Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands eV

Referate

anlässlich der

49. Jahrestagung
der Fachgruppe Psychiatrie

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem

Asklepios Fachklinikum

Göttingen

Vorsitzender

Holger Höhmann
LVR-Klinik Langenfeld
Kölner Straße 82
40764 Langenfeld

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

Verantwortlich:
Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD

Dezember, 2015

Inhaltsverzeichnis

Grußworte

Manfred Huppertz, Geschäftsführer, Asklepios Fachklinikum Göttingen

Personal gewinnen, führen und halten
Referate zum Thema:

- Dr. Thilo Rübenstahl, Senior Manager, Referatsleiter: Personalbedarfsplanung, Arbeitszeit, Institut für Innovative Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (In.IAK GmbH)
- Norbert Klein, Kaufmännischer Direktor, LVR-HPH-Netz Ost
- Dipl. Psych. Birgit Conradt, LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Qualitäts- und Risikomanagement
Referate zum Thema:

- Reinhard Belling, Geschäftsführer, Vitos GmbH
- Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer, Abteilungsleiter Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie im regionalen Netz Bochum/Herten/Herne des LWL
- Prof. Dr. rer. nat. Dorina Gumm, Fachhochschule Lübeck, Fachbereich Elektronik und Informatik
- Dipl. Pflegew. (FH) Anja Röske, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG e.V.), Dezernat I Personalwesen und Krankenhausorganisation, Referentin für Psychiatrie und Psychosomatik

PEPP - aktuelle Entwicklungen
Referate zum Thema:

- Prof. Dr. med. Arno Deister, President Elect, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Urban Roths, Stellv. Geschäftsführer, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG e.V.), Dezernat II Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung
- Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

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

Kurzbericht über die 49. Fachgruppentagung in der „krankenhausumschau"

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

Auswertung der Evaluationsbögen

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

Bilder

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

Referentenverzeichnis

- Dr. Thilo Rübenstahl, Senior Manager, Referatsleiter: Personalbedarfsplanung, Arbeitszeit, Institut für Innovative Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (In.IAK GmbH), Hammer Straße 165, 48153 Münster

- Norbert Klein, Kaufmännischer Direktor, LVR-HPH-Netz Ost, Kölner Straße 82, 40764 Langenfeld

- Dipl. Psych. Birgit Conradt, LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

- Reinhard Belling, Geschäftsführer, Vitos GmbH, Ständeplatz 2, 34117 Kassel

- Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer, Abteilungsleiter Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie im regionalen Netz Bochum/Herten/Herne des LWL, Freiherr-vom-Stein-Platz 1, 48147 Münster

- Prof. Dr. rer. nat. Dorina Gumm, Fachhochschule Lübeck, Fachbereich Elektronik und Informatik, Mönkhofer Weg 239, 23562 Lübeck

- Dipl. Pflegew. (FH) Anja Röske, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Dezernat I Personalwesen und Krankenhausorganisation, Referentin für Psychiatrie und Psychosomatik, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

- Prof. Dr. med. Arno Deister, President Elect, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Reinhardtstr. 27 B, 10117 Berlin

- Urban Roths, Stellv. Geschäftsführer, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Dezernat II Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

- Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren (VKD), Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender, LVR-Klinik Langenfeld, Kölner Straße 82, 40764 Langenfeld

Grußwort

vom 22. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Manfred Huppertz, Geschäftsführer,
Asklepios Fachklinikum Göttingen

ASKLEPIOS

Qualität mit PEPP?

49. Tagung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands vom 22. bis 23. Oktober 2015 im Asklepios Fachklinikum Göttingen

Agenda

ASKLEPIOS

- 01 Historie
- 02 Pflichtversorgung
- 03 Leistungsspektrum
- 04 Organisatorisches

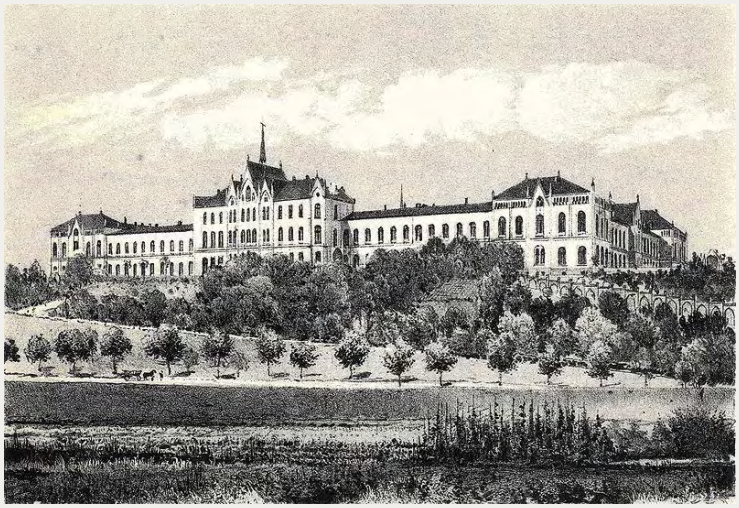
1-1 Zur Geschichte

ASKLEPIOS

1866 als „Provinzial - Irrenstalt“ gegründet

1934-1954 Direktorat von Prof. Dr. G. Ewald - Probleme mit der Psychiatrie im Nationalsozialismus (Sterilisierungen, „Euthanasie“)

1954 Trennung von Anstalt und Universitätsklinik



1-2 Zur Geschichte

ASKLEPIOS

Bis 1995 Auflösung der Langzeitbereiche

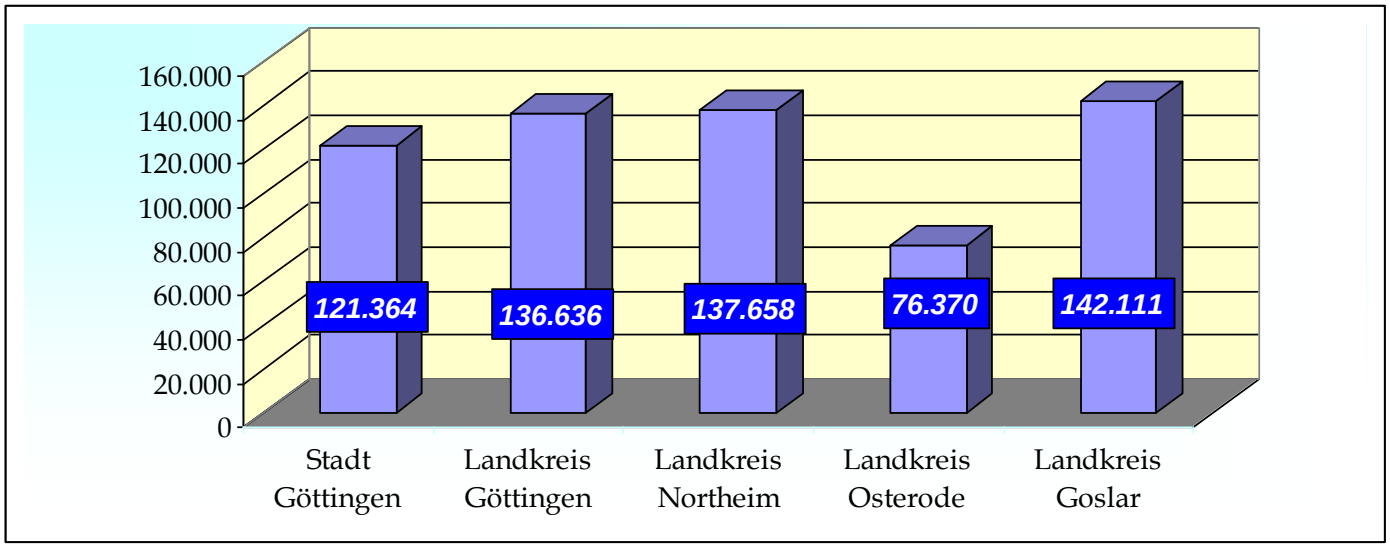
Entwicklung eines differenzierten *(voll-, teilstationär, ambulant)* und spezialisierten Behandlungskonzepts

2007 Privatisierung der Landeskrankenhäuser Niedersachsen

2-1 Pflichtversorgung

ASKLEPIOS

Gesamt ca. 530.000 Einwohner
Landkreis Goslar zählt nur z.T. zum Einzugsgebiet



3-1 Leistungsspektrum

ASKLEPIOS

Bereiche der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie:

- *Akutpsychiatrie (CA H. Faure)*
- *Sucht (CÄ C. Lüdecke)*
- *Sozialpsychiatrie (CA F. Kandulski)*
- *Gerontopsychiatrie (CA und ÄD Dr. M. Koller)*
- *Psychotherapie (CA Dr. W. Herbold)*

Zusammen 428 vollstationäre Planbetten

Klinik für Forensische Psychiatrie
(CA Prof. Dr. J. Müller) 63 Planbetten

3-2 Leistungsspektrum

ASKLEPIOS

- Allgemeine Institutsambulanz
- Spezialisierte Institutsambulanzen für Sucht und Forensik
- Allgemeine Tagesklinik und spezialisierte Tageskliniken für Sucht und Gerontopsychiatrie (zus. 58 Plätze)
- Zentrum ambulante Pflege (Ambulante Hilfen, ambulante fachpsychiatrische Pflege)
- Bildungszentrum (Krankenpflegeschule 75 Plätze, Weiterbildungsstätte Fachpsychiatrie, Fortbildung)

4 Organisatorisches

ASKLEPIOS

Donnerstag, 22.10.2015:

Empfehlung: Fahrzeug auf Klinik-Parkplatz stehen lassen!

17:30 Uhr:	Abfahrt zu den Hotels
	Hotel Freizeit In, InterCity Hotel
18:30 Uhr:	Abfahrt am Hotel und Transfer zur Abendveranstaltung
	Gräflicher Landsitz Hardenberg, Hinterhaus 11a, 37176 Nörten-Hardenberg
23:00 Uhr:	Abfahrt und Transfer zum Hotel

Freitag, 23.10.2015

09:00 Uhr:	Abfahrt am Hotel

Abfrage Teilnahme Museumsbesuch / Reproduktion Klingebiehl-Zelle

WLAN Zugang über Telekom Hotspot

In diesem Sinne…

…einen guten Tagungsverlauf!

Personal gewinnen, führen und halten

Personalgewinnung in psychiatrischen Krankenhäusern

vom 22. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Dr. Thilo Rübenstahl,
Institut für Innovative Arbeitsbedingungen im Krankenhaus
(In.IAK)

In.IAK

Personalgewinnung und –bindung in Psychiatrischen Kliniken

VKD Jahrestagung der
Fachgruppe Psychiatrie

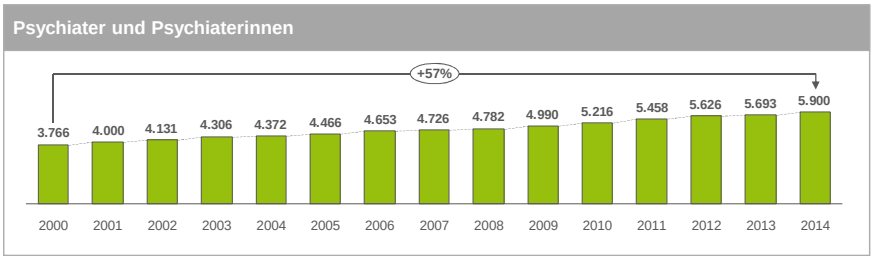
Dr. Thilo Rübenstahl

Göttingen, 22. Oktober 2015

1	**Entwicklungen Personal im Krankenhaus**
2	Herausforderungen an Personalmanagement
3	Personalgewinnung - Optionen

In der Psychiatrie ist ein kontinuierlicher Aufbau von Personal zu verzeichnen

Entwicklung Personalzahlen – Psychiatrie Ärzte



Quelle: stat. Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Psychiatrien haben in den vergangenen 15 Jahren kontinuierlich Personal aufbauen können

In.IAK

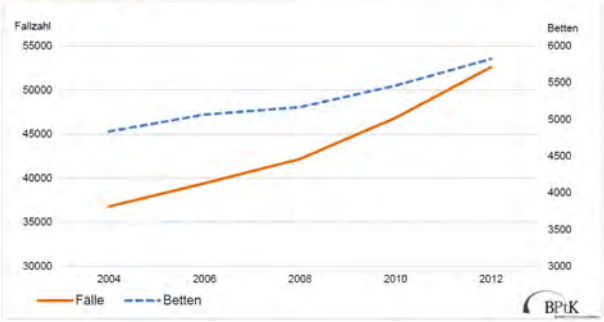
Die Entwicklung der Fallzahlen unterstützt den Bedarf in der Psychiatrie

Die Fallzahlen sind ebenfalls kontinuierlich gestiegen – mit ca. 15 % in der Erwachsenenpsychiatrie (Betrachtungszeitraum 2004 – 2012)

In.IAK

Entwicklung der Fallzahlen unterstützt den Bedarf in der Psychiatrie

Abbildung 3: Betten- und Fallzahlentwicklung in Einrichtungen der Psychiatrie (Kinder und Jugendliche) 2004 - 2012

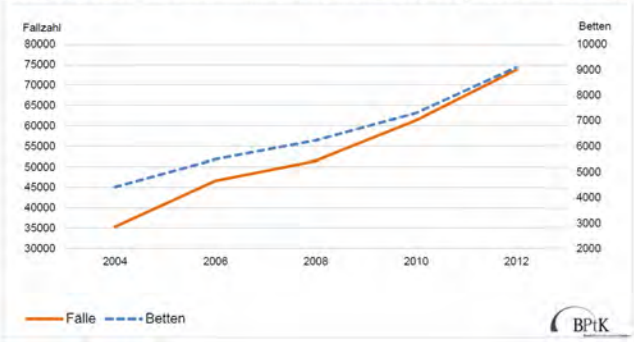


Die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie steigen viel stärker mit ca. 60 % im Betrachtungszeitraum (2004 – 2012)

In.IAK

Entwicklung der Fallzahlen unterstützt den Bedarf in der Psychiatrie

Abbildung 2: Betten- und Fallzahlentwicklung in Einrichtungen der Psychosomatik 2004 - 2012

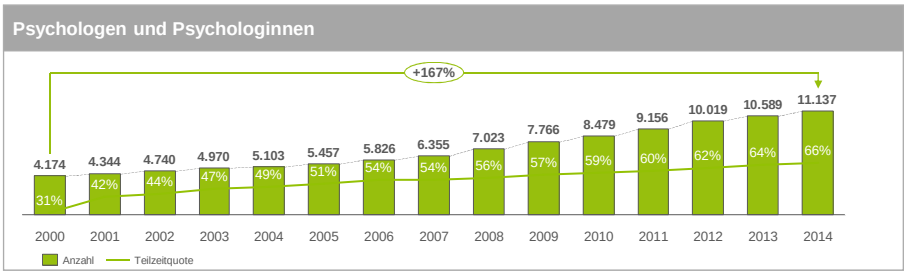


In der Psychosomatik sind sogar 115 % Steigerungen zu verzeichnen – kann der benötigte Personalaufbau noch regelhaft erfolgen?

In.IAK

Die Entwicklung der Fallzahlen schlagen sich auch in dem gestiegenen Bedarf an Psychologen nieder – der Psychologe als „Arztersatz“?

Entwicklung Personalzahlen – Psychiatrie Psychologen



Quelle: stat. Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes

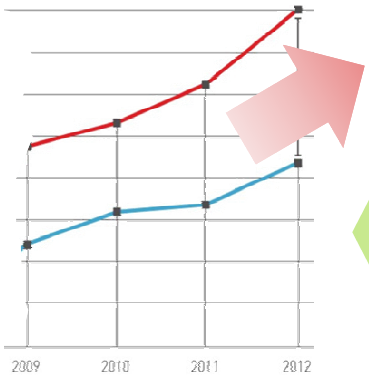
Scheinbar hält der Personalaufbau noch dem Fallzahlwachstum stand – Im Betrachtungszeitraum der BPTK-Studie (2004 – 2012) entspricht dieser ca. 97 % - im betrachteten Zeitraum verdoppelt sich jedoch auch der Anteil der Teilzeitkräfte – dieser Trend verschärft die Situation enorm

In.IAK

151022 VKD Personal 7

Der Fachkräftemangel im Krankenhaus führt schon heute zu einem Umdenken – Der „Kampf um die besten Köpfe“ hat längst begonnen

Niemand kann den Fachkräftemangel allein bewältigen



30.000 Arztstellen ...

... in Krankenhäusern können 2019 nicht besetzt werden: Hauptgrund ist **altersbedingtes Ausscheiden**

Quelle: Bundesärztekammer, 2010

414.000 Pflegestellen ...

... in Krankenhäusern können 2030 nicht besetzt werden: Hauptgrund ist **mangelnder Nachwuchs**

Quelle: Roland Berger, 2014

In.IAK

151022 VKD Personal 8

Die Problemlage wird komplizierter

Generation Y *18–30 Jahre* *(1983–1995)* 	• ***Leben auch beim Arbeiten*** • Zwischen hoher Leistungs-orientierung und „Wohlfühlkultur“ • Konsumorientierte Einstellung • Selbstverwirklichung
Generation X *31–50 Jahre* *(1963–1982)* 	• ***Arbeiten, um zu Leben*** • Stressresistent, leistungsbereit, weiterbildungsfreudig & pragmatisch • Lebensphase der Familiengründung – Vereinbarkeit spielt wichtige Rolle
Baby Boomer *51–65 Jahre* *(1948–1962)* 	• ***Leben, um zu Arbeiten*** • Konkurrenz- und Konflikterprobt (Durchsetzung in großen Geburtenjahrgängen) • Hohe Loyalität

- **Anteil der Ärztinnen steigt** (5% in den letzten 10 Jahren, schneller steigend)
- **2/3 der Studienanfänger** in der Humanmedizin sind weiblich und Mehrzahl junger Ärzte sind weiblich (57% der unter 35 Jährigen)
- **Trend zur Teilzeit** besonders bei Ärztinnen (10.000 mehr Teilzeitstellen bis 2020, Wochen-arbeitsstunden aktuell: Ø Arzt = 37 Std. vs. Ø Ärztin = 28 Std.)
- **Andere Werte**
  - *Frauen:* Image und ethische Werte
  - *Männer:* Macht und Geld
  - *Beide*: Spaß im Beruf und Familie

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011; Bundesärztekammer; Bundesarztregister der KBV Statistisches Bundesamt; RUB – Frauen in Führungspositionen

In.IAK

151022 VKD Personal 9

Doppelte Demografiefalle führt in einen Teufelskreis

Der demografische Wandel führt zu
… einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen
… einer Reduzierung der Beitragszahler in der Krankenversicherung

Der zunehmende wirtschaftliche Druck auf die Kliniken führt zu
… einer Leistungsverdichtung und weiterer Belastung der Beschäftigten
… sinkender Attraktivität von Gesundheitsberufen und Nachwuchsmangel

Der mangelnde Nachwuchs in Kliniken führt zu
… einer Verknappung des Angebots von Gesundheitsleistungen
… verschärftem Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte

In.IAK

151022 VKD Personal 10

1 Entwicklungen Personal im Krankenhaus

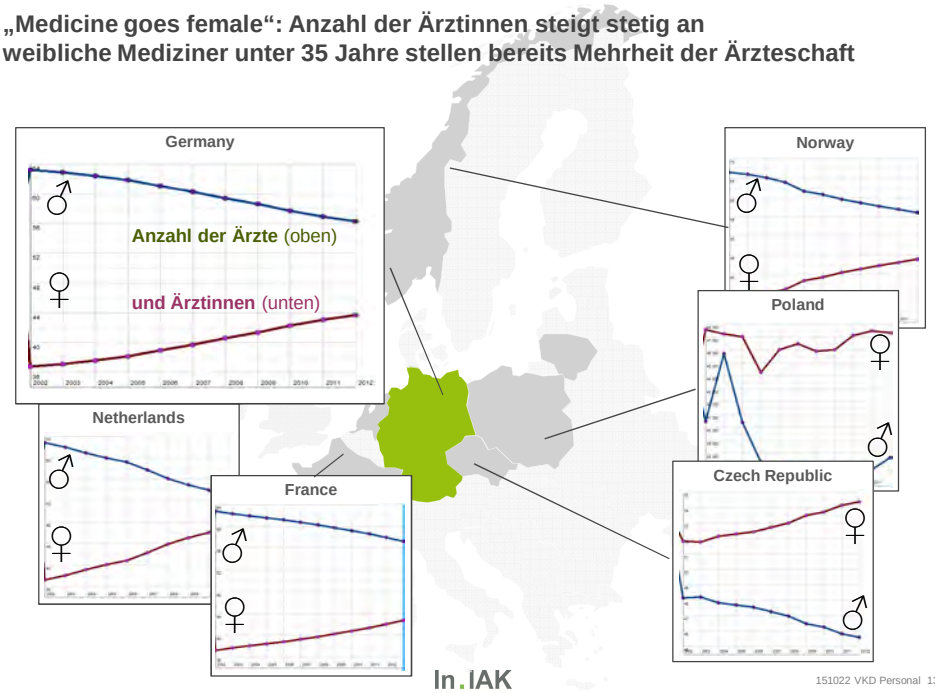
2 Herausforderungen an Personalmanagement

3 Personalgewinnung - Optionen

Thesen zur Personalgewinnung und -bindung

1	**Generationen-, Geschlechter- und Wertewandel treffen im Krankenhaus zusammen:** Probleme benennen und bewerten → **Arbeitszeit, Beförderungskriterien und Führungsstil müssen „geschlechtergerecht“ werden**
2	**Stellenbesetzung geht schnell, Stellenwechsel gehen noch schneller:** Wertschätzung und Karriereperspektiven verbessern → **Im steigenden Wettbewerb gewinnen Häuser, die Lebensarbeitsperspektiven bieten**
3	**Mitarbeiterschaft ist an den Beruf, nicht an den Arbeitgeber gebunden:** Nicht nur den Beruf, sondern auch die Arbeit im Unternehmen besonders machen und bewerben → **Arbeitgebermarke bilden, Selbstbewusstsein gewinnen**

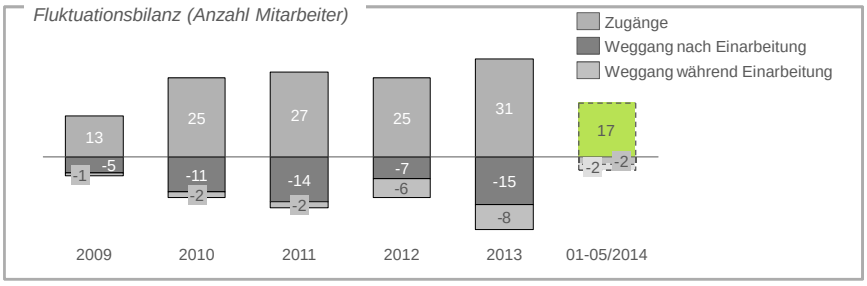
„Medicine goes female“: Anzahl der Ärztinnen steigt stetig an weibliche Mediziner unter 35 Jahre stellen bereits Mehrheit der Ärzteschaft

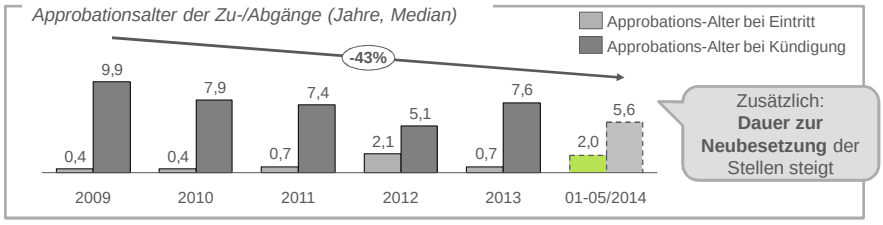


In.IAK

151022 VKD Personal 13

Fluktuationsbilanz einer Klinik: Abwanderungsgeschwindigkeit +40% in 5 Jahren





* Facharzt-Standard beschreibt ein Approbationsalter von 5 Jahren (Mindest-Weiterbildungsdauer)
Quelle: Eigene Daten der Klinik für Anästhesiologie, op. Intensivmed., Schmerztherapie

In.IAK

151022 VKD Personal 14

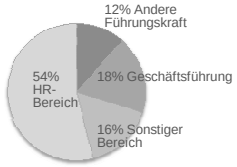
Führungskräfte aus verschiedenen Branchen zu Maßnahmen der Personalgewinnung und -bindung befragt

Studienüberblick (1/3)

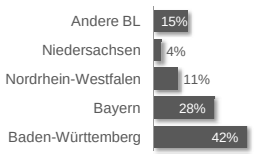
Datenerhebung

- / Siebenwöchiger Erhebungszeitraum
- / Teilnahme online oder auf Papier
- / Verbreitung über Medienpartner
- / **387** teilnehmende Unternehmen
- / **58 Gesundheit / Krankenhaus**
- / 54% männlich, 46% weiblich

Position der Befragten

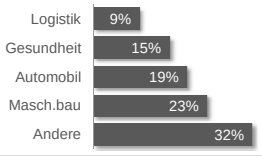


Unternehmenssitz

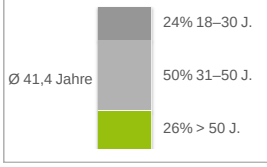


Unternehmensgröße

Branchenzugehörigkeit



Altersstruktur Mitarbeiter



Unterstützer im Bereich Health Care

Quelle: Best-Practice-Studie DHBW

In.IAK

Anteil Hochqualifizierter etwas höher – Besetzungsdauer in Kliniken deutlich schneller

Studienüberblick (2/3)

Strukturfragen

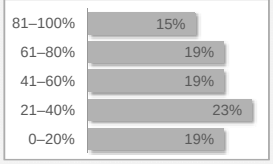
- / Wie hoch ist der Anteil Hochqualifizierter?
- / Wie lange dauert die Besetzung für einen hoch qualifizierten Mitarbeiter?

Erkenntnisse:

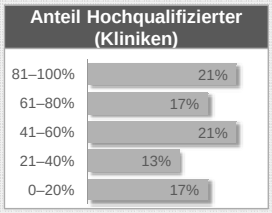
- / Hoher Anteil an hoch qualifizierten Mitarbeitern im Klinikbereich
- / Die **Besetzungsdauer** bei knapp der Hälfte der Befragten beträgt **bis zu sechs Monate**

Krankenhäuser

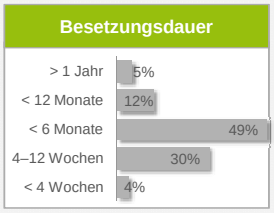
Anteil Hochqualifizierter



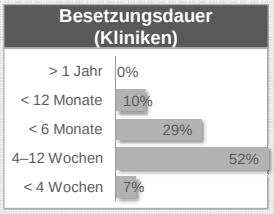
Anteil Hochqualifizierter (Kliniken)



Besetzungsdauer



Besetzungsdauer (Kliniken)



*Kategorie „Weiß ich nicht" nicht in den Abbildungen aufgeführt

Quelle: Best-Practice-Studie DHBW

In.IAK

Anteil unbesetzter Stellen eher gering, Verweildauer auf den Stellen aber auch

Studienüberblick (3/3)

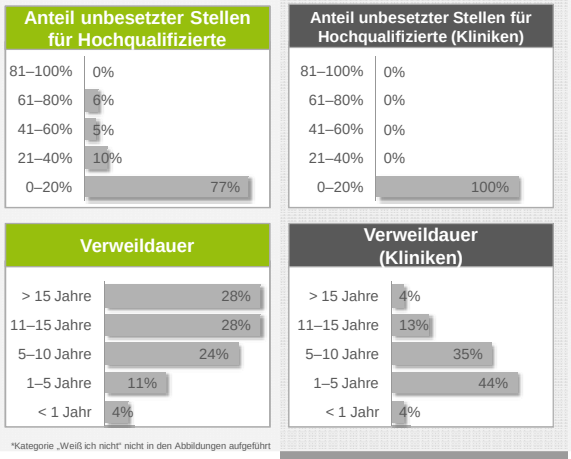
Strukturfragen

- Wie viele hoch qualifizierte Stellen können nicht besetzt werden
- Wie ist die Verweildauer der vorhandenen Mitarbeiter?

Erkenntnisse:

- Bereits heute können Stellen für hoch qualifizierte Mitarbeiter **nicht vollständig besetzt** werden
- **Verweildauer** der Mitarbeiter im Health-Care-Bereich ist deutlich **geringer** als im Branchendurchschnitt

Krankenhäuser



*Kategorie „Weiß ich nicht" nicht in den Abbildungen aufgeführt

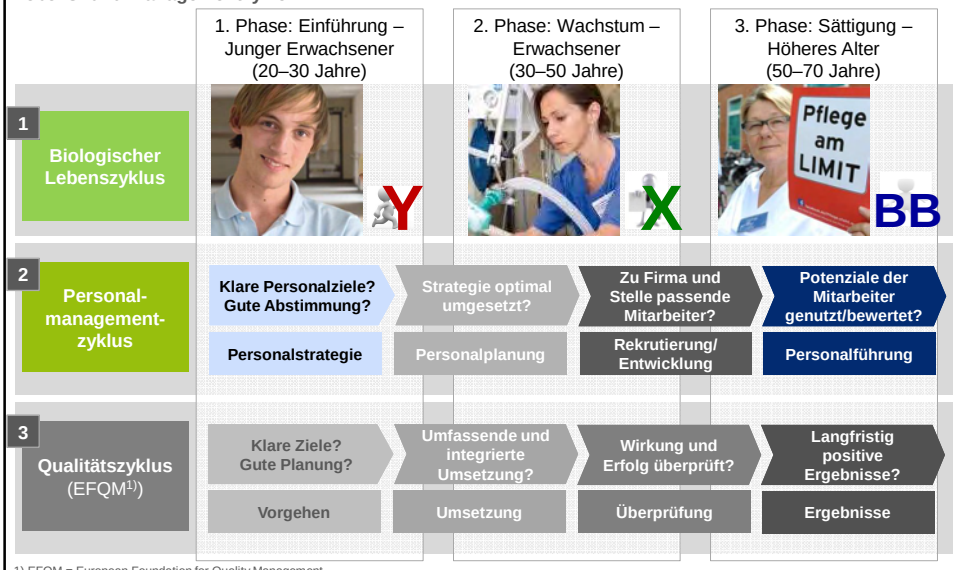
Quelle: Best-Practice-Studie DHBW

In.IAK

151022 VKD Personal 17

Die Studie umfasst 3 Aspekte: 1. Lebenszyklus , 2. Generationsunterschiede und 3. Personalmanagementzyklus / Qualitätsmanagement

Lebens- und Managementzyklen



1) EFQM = European Foundation for Quality Management

In.IAK

151022 VKD Personal 18

Maßnahmen der Personalgewinnung und -bindung besitzen für Generationen unterschiedliche Relevanz

1 Berücksichtigung der unterschiedlichen Generationen (1/2)

Faktor	Maßnahme	18–30 J.	31–50 J.	50+ J.	Fazit
Personal-entwicklung	Persönliche Weiterbildung	1,27	1,33	2,24	/ Persönl. Weiterbildung/Feedback besonders für 18–30-Jährige / PE für 50+ als nicht relevant angesehen
	Regelmäßiges Feedback	1,34	1,44	2,08	
	Fachliche Weiterbildung	1,42	1,27	1,98	
	Führungskraft als Personalentwickler	1,82	1,50	2,09	
Vereinbarkeit Beruf und Privatleben	Vereinbarkeit Beruf & Familie	1,72	1,23	2,33	/ Vereinbarkeit Beruf und Privatleben für MA 31–50 Jahre / Geringer Fokus auf Frauenförderung
	Betriebliche Kinderbetreuung	1,69	1,27	2,68	
	Flexible Arbeitszeiten	1,52	1,32	1,77	
	Maßnahmen zur Frauenförderung	1,72	1,47	2,44	
Vergütung/ Jobsicherheit	Leistungsorientierte Vergütung	1,38	1,31	1,99	/ Vergütung im generationalen Vergleich am wichtigsten für 31–50-Jährige / Ausnahme: Arbeitsplatzsicherheit für 50+ von höchster Relevanz
	Nichtfinanzielle Zusatzanreize	1,72	1,42	1,73	
	Individuelle Vertragsgestaltung	1,84	1,54	2,02	
	MA-Beteiligung Unternehmenserfolg	1,70	1,39	1,67	
	Arbeitsplatzsicherheit	2,13	1,53	1,27	

1,0–1,4 | 1,41–1,8 | >1,8

= Im Generationenvergleich „bester" Wert; Skala von 1–3 (1=höchste Relevanz)

Quelle: Best-Practice-Studie DHBW

In.IAK

151022 VKD Personal 19

Personalarbeit vielfach nach „Generationsschablone": Entwicklung für die „Jungen", Sicherheit für die „Alten"

1 Berücksichtigung der unterschiedlichen Generationen (2/2)

Faktor	Maßnahme	18–30 J.	31–50 J.	50+ J.	Fazit
Karriere-förderung	Internationaler Einsatz	1,21	1,75	2,53	/ Maßnahmen der Karriereförderung mit klarem Fokus auf 18–30 Jahre / Für ältere Arbeitnehmer sehr niedrige Relevanz (geringster Skalenmittelwert)
	Attraktive Karrieremöglichkeiten	1,26	1,36	2,50	
	Talentpool für interne & externe Kand.	1,37	1,63	2,64	
	Struktur. Laufbahnen für High Potent.	1,31	1,45	2,56	
	Herausfordernde Aufg./Job Rotation	1,36	1,55	2,40	
Kultur / Soziale Aspekte	Wertorientierte Führung	1,56	1,31	1,68	/ Unternehmenskultur eher Hygienefaktor – mittlere generat. Relevanz / Corporate Social Responsibility weniger wichtig für alle Generationen
	Förderung Unternehmenskultur	1,51	1,47	1,71	
	Corporate Social Responsibility	1,97	1,77	1,79	
	Selbstorganisierte Arbeitsgruppen	1,41	1,45	2,01	
	Flache Hierarchien	1,46	1,52	2,00	

1,0–1,4 | 1,41–1,8 | >1,8

= Im Generationenvergleich „bester" Wert; Skala von 1–3 (1=höchste Relevanz)

- / **18–30 Jahre:** Karriere und persönliche Weiterentwicklung
- / **31–50 Jahre:** Vereinbarkeit Beruf und Privatleben, attraktive Vergütung, fachliche und persönliche Weiterbildung
- / **50+:** Arbeitsplatzsicherheit, sonst im generationalen Vergleich kaum berücksichtigt

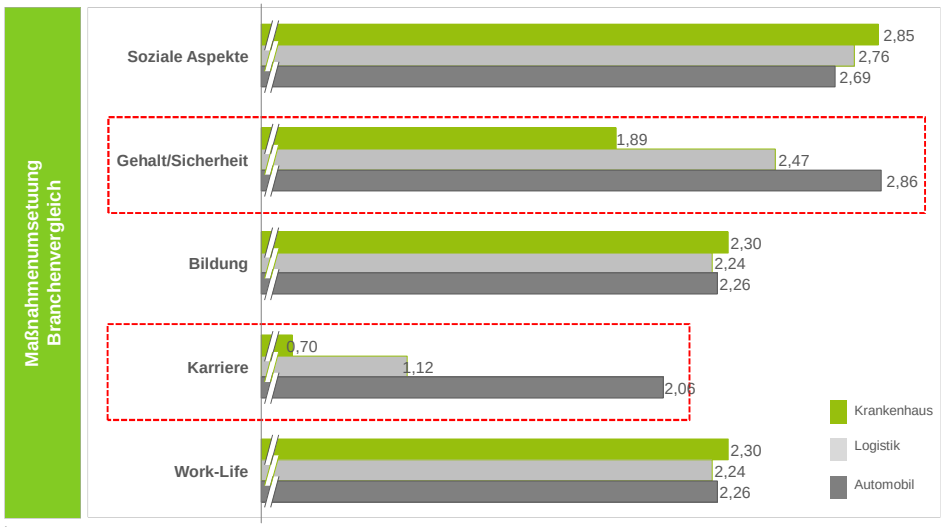
Quelle: Best-Practice-Studie DHBW

In.IAK

151022 VKD Personal 20

Im Vergleich zu anderen Branchen wird zu wenig getan

2 Auszug Studie „Gewinnung und Bindung Hochqualifizierter“ DHBW



[1] Best-Practice-Studie „Gewinnung und Bindung Hochqualifizierter im Generationenvergleich“, Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW)

In.IAK

Dabei könnte einiges getan werden: Was kaum gemacht wird und viel bringt, verspricht hohen Nutzen

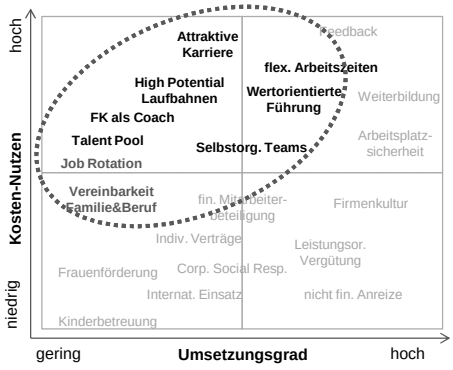
3 Umsetzungsgrad und -nutzen

Umsetzung macht attraktiv!

/ Zusammenhang Umsetzungsgrad und Arbeitgeberattraktivität

Viel Potenzial in der Umsetzung!

/ Kosten-Nutzen-Verhältnis und Umsetzungsgrad



Quelle: Best-Practice-Studie

In.IAK

1 Entwicklungen Personal im Krankenhaus

2 Herausforderungen an Personalmanagement

3 Personalgewinnung - Optionen

Erfahrungen zeigen, dass in dezentral organisierten Unternehmen für eine erfolgreiche Personalgewinnung insbesondere vier Punkte zu beachten sind

Erfahrungen in Projekten

1	/ Klares Rollenbild zur Abstimmung erforderlich: / Geschäftsbereich Personal (zentral) ist verantwortlich für Impulse und Rahmensetzung / Dezentrale Bereiche haben Umsetzungs- und Entscheidungskompetenz
2	/ Zentrale Vorgaben und Rahmenbedingungen des Geschäftsbereichs Personal sind entscheidend für die Qualität im Recruiting: / Verbindliche Standards im Recruiting für Prozessablauf, Datenpflege, Marktanalysen und Plattformen für Social Media und Active Sourcing
3	/ Dezentrale Bereiche durch gezielte Unterstützung stärken, u.a.: / Argumentationsleitfaden, Prozess mit Test/Assessment-Möglichkeit zur besseren Auswahl auch hinsichtl. der kulturellen Passung und Führungskompetenz, Marktdaten sowie Effizienz- und Effektcontrolling, Lesehilfe für Unterlagen/Zeugnisse, aktuelles Arbeitsrecht (Newsletter/Infoportal), Interview- und ggf. Beobachtertraining
4	/ Einfache zentrale Vorgaben des Geschäftsbereichs Personal als Qualitätstreiber, z. B.: / Maximale Zeit zur Beantwortung von Bewerbungen, eindeutige und einheitliche Aussagen zum Unternehmen in allen Anzeigen, Unterlagen und Gesprächen (Employer Branding, Behavioral Branding)

In.IAK

Durch Research und Befragung der Kandidaten und Mitarbeiter den Recruitingprozess weiter optimieren

Marktforschung

„Schlau“ werden durch Research

Arbeitsmarkt

- Entwicklung des Arbeitsmarktes untersuchen
- Zukunftsszenarien auf Grundlage der Arbeitsmarktentwicklung ausarbeiten und durchspielen

Kandidatengruppe

- Informations- und Arbeitsplatzsuchverhalten der Zielgruppen analysieren
- Befragung der Kandidaten zur Qualität der Recruitingdienstleistung (u.a. Gründe für/gegen eine Entscheidung für das Unternehmen, Unterscheidung zu Wettbewerbern, etc.)

Mitarbeiter

- Befragung der Mitarbeiter zur Qualität der Recruitingdienstleistung (u.a. Gründe für/gegen eine Entscheidung für das Unternehmen, Unterscheidung zu Wettbewerbern, etc.)

Die Aufmerksamkeit und Erreichbarkeit der Kandidaten kann durch die Aufnahme neuer Trends im Personalmarketing erhöht werden

Personalmarketing – aktuelle Trends

Aktuelle Trends

Zielgruppenadäquate Arbeitgeberqualität
- Generationengerechte Arbeitsumwelten

Berater als Markenbotschafter
- z. B. über Twitter, Facebook, XING

Plattformkonvergenz im Web
- Austausch über Karrieremöglichkeiten über Karrierewebsite und Arbeitgeberbewertung

Employer PR
- „Arbeitgeber als lebendige Litfaßsäule“

Green Employer Branding
- Nachdruck auf ökologisches Denken und Handeln, z. B. ISO-Normen

Kollaboratives Employer Branding
- z. B. Kraft der kollaborativen Kreativität

Guerilla Marketing
- Große Wirkung mit geringem Mitteleinsatz

Professionalisierung der Gesprächsaktivitäten und -führung sowie standardisierte Auswahlinstrumente führen zu einer Verbesserung der Kandidatenauswahl

Kandidatenauswahl – beispielhaft

Projektbeispiel

1 Einsatz von teils zielgruppenspezifischen Auswahlinstrumenten

2 **Zur Professionalisierung der Gesprächsführung im Bewerbungsgespräch gibt es künftig einen standardisierten Prozess – Ankündigung des Assessment-Centers erfolgt im Gespräch**

1 1. Phase (ca. 30 Minuten)	2 2. Phase (ca. 45 Minuten)	3 3. Phase (ca. 15 Minuten)
/ Begrüßung und kurzer Warm-up / Kurze Darstellung des Ziels sowie des Gesprächsablaufs / Klärung der Erwartungen/zentrale Fragestellungen / Feedback zum Interessentengespräch / Vertiefende Fragen zu den Bewerbungsunterlagen	/ Einkommenssimulation / Aktivitäten-kette – was steht wann an / Führungsprozess / Organisation	/ Klärung der wichtigsten Fragen/ weitere Vorgehensweise (z. B. Hospitation) / Übergabe von Unterlagen (z. B. Leistungen d. Hauses) / Abschlussfeedback und Verabschiedung
Ziel Endgültige Klarheit über die Eignung	**Ziel** Sicherheit und Perspektive für den Kandidaten	

90 Minuten

3 Durchführung eines zielgruppenspezifischen Assessment-Centers (AC) – zentrale Pflege sämtlicher AC-Übungsaufgaben/Inhalte und halbjährliche Überprüfung der Aufgaben/Inhalte

In.IAK

151022 VKD Personal 27

Kandidaten- und Mitarbeiterbindung während des gesamten Recruitingprozesses bis zum tatsächlichen Arbeitsbeginn und darüberhinaus

Vertrags- und Einführungsmanagement (1/2) – Mitarbeiter in Spe-Management

Projektbeispiel

Ganzheitliches Mitarbeiter in Spe-Management

Vertragsunterzeichnung → Arbeitsaufnahme

Monat 3 bis Einstellung	Monat 2 bis Einstellung	Monat 1 bis Einstellung
Fachliche Information	Persönliches Treffen	Soziale Maßnahme	Persönliches Treffen	Persönliches Treffen
Anruf, Anruf, Anruf	Anruf, Anruf, Anruf	Anruf, Anruf, Anruf

Persönlicher Kontakt	+	Fachlicher Kontakt	+	Sozialer/kultureller Kontakt
/ Wöchentlicher Anruf / Monatliches persönliches Treffen / …		/ Zusenden von Informationsmaterialien / Tätigkeitsspezifische Hinweise, z. B. Handbücher / …		/ Einladung zum Teamtreffen / „Kleine Gesten erhalten die Mitarbeiter“: Geburtstagskarte … / …

In.IAK

151022 VKD Personal 28

Die Ausgestaltung des „1. Arbeitstages“ soll die Wertschätzung für den neuen Mitarbeiter verdeutlichen und Entscheidung verstärken

Vertrags- und Einführungsmanagement (2/2) – Beschreibung des „1. Arbeitstages“

Projektbeispiel

Ziele	Maßnahmen
/ Wertschätzung zeigen / Willkommen heißen / Fremdsein reduzieren / Professionalität zeigen / Integration ins Team / Teaming als Unternehmenswert darstellen / Vorbildfunktion demonstrieren / Hemmungen abbauen / Aktivitätenerwartungen aufzeigen / Entscheidung im familiären Umfeld positiv verstärken / Zweifel „final“ ausräumen	/ Begrüßung durch den jeweiligen Vorgesetzen ggf. bei Abwesenheit zu delegieren / Vorbereiteter Arbeitsplatzes (inkl. Technik) *Anforderungen zu beschreiben* / Teaming: Vorstellung des Teams inkl. eines Sektempfangs / Durchsprache/Besprechen des Einarbeitungsplans und Ausblick auf die nächsten vier Wochen / Organisation Versand Blumenstrauß/Weinflasche an Partner des jeweiligen neuen Mitarbeiter versenden (zentral zu initiieren) – Ankunft am 1. Arbeitstag

In.IAK

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

In.IAK

IHRE ANSPRECHPARTNER

Lutz Hammerschlag
Geschäftsführer In.IAK

E-Mail LHammerschlag@iniak.de
Phone +49.89.543433.398
Mobile +49.172.8889557
Fax +49.89.543433.300

Dr. Thilo Rübenstahl
Referatsleiter

E-Mail TRuebenstahl@iniak.de
Phone +49.30.473753.132
Mobile +49.171.2954200
Fax +49.30.473753.300

Personal gewinnen, führen und halten

Führung im Krankenhaus – na klar! Aber wie und wohin?!

vom 22. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Norbert Klein,
LVR-HPH-Netz Ost

Führung im Krankenhaus – na klar! Aber wie und wohin?!
Vortrag im Rahmen der 49. VKD-Fachgruppentagung

Donnerstag, 22.10.2015 im Asklepios-Fachklinikum Göttingen

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

herzlichen Dank an die Veranstalter der Fachgruppentagung für die Einladung, heute zu Ihnen zum Thema Führung im Krankenhaus zu sprechen. Ein Krankenhaus ohne Führung ist nur schwer vorstellbar wenn nicht sogar unmöglich – insoweit: Führung - na klar! Aber wie geht das eigentlich und wohin wird geführt? Denn wir alle wissen aufgrund von Beispielen und persönlicher Erfahrung: Die vorhandene Führung ist auch in Krankenhäusern kein zuverlässiger Garant für dauerhaften unternehmerischen Erfolg!

Was macht „Führung" zu einem der beliebtesten (oder auch kritischsten) Literatur- und Seminarthemen? Was sind die Herausforderungen, die trotz guter Führung auch in Krankenhäusern Projekte verzögern oder scheitern lassen? Was ist zu beachten, damit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wegen einer Führungskraft kommen, aber nicht wegen einer Führungskraft gehen? Was ist das Spezielle im Krankenhausalltag?

Sie alle sind erfahrene Führungskräfte. Sie erinnern sicherlich Situationen, in denen Sie vorbildliche oder auch kritische Führung erlebt haben. Aus Ihren eigenen Erfahrungen haben Sie im Verlauf Ihrer Berufstätigkeit Ihre individuelle Vorstellung zum Thema Führung entwickelt. Dies verstehe ich sowohl in Ihrer Rolle als „Führende" als auch in Ihrer Rolle als „Geführte". Und nichts hält sich so hartnäckig wie der erste Eindruck oder die Nachwirkungen einer verunglückten Begegnung, ein Urteil oder Vorurteil.

1 Führung allgemein betrachtet

Führung ist ein greifbares, transparentes und solides Instrument. Führen und geführt werden ist eine wirtschaftliche Notwendigkeit und ein soziales Bedürfnis. Doch das „Führungs-Handwerk" wird im Rahmen von Ausbildungen wenn überhaupt nur im Ansatz vermittelt. Die Frage, ob Führungsverhalten erlernbar ist, wird sehr oft strittig diskutiert. Die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse müssen Schritt für Schritt in der Praxis erworben werden. Und das mit einem (zum Teil sehr) hohen Preis – finanziell, ideell oder sogar gesundheitlich!

Werden Führungskräfte und Beschäftigte gefragt, was Ihnen besonders wichtig ist, was sie motiviert den Arbeitsplatz zu wechseln oder was sie zu besonderen Leistungen anspornt – so wird immer wieder auf „Führung" verwiesen. Sowohl herausragende Führung als Attraktivitätsfaktor als auch kritische Führungsmuster sind immer wieder Gegenstand engagierter Diskussionen.

Literatur zu den Themen Führung und Leadership ist umfangreich vorhanden und dennoch nehmen die Klagen über schlechten Führungsstil nicht ab. Mangelnde Wertschätzung, schlechter Umgang, fehlendes Augenmaß oder auch Unerreichbarkeit sind beispielhafte Kritikpunkte. Mit Führung wird offensichtlich mehr verbunden als betriebliche Ziele zu verfolgen und Ergebnisse planmäßig zu realisieren.

Was also hat es auf sich mit der Führung? Sie kann eine Herausforderung darstellen, sie kann faszinieren und begeistern, sie kann Quell von Ärger und Konflikt sein und sie wird häufig als schwierig empfunden, insbesondere, wenn der Dialog gewollt oder ungewollt verstummt. Worauf kommt es mir an? In meinem Beitrag werde ich die Komplexität von Führungsverhalten beschreiben und mögliche Konsequenzen verdeutlichen.

2 Führungsverständnis - Versuch einer Definition

In der Managementliteratur tauchen die Begriffe Führung, Management und Leadership immer wieder auf. Sie sind nur schwer inhaltlich trennscharf voneinander abzugrenzen. Im Nachfolgenden wird daher der Begriff der Führung eingesetzt, auch wenn gelegentlich die beiden anderen Begriffe passender erscheinen mögen.

> „Der Ausdruck **„Führung"** bzw. dessen Verb **„führen"** trägt im Neuhochdeutschen die Bedeutung „leiten", „die Richtung bestimmen", „in Bewegung setzen" ... Speziell in den Sozialwissenschaften bezeichnet der Begriff planende, koordinierende und kontrollierende Tätigkeiten in Gruppen und Organisationen (engl. leadership)."
> (Zitiert: Wikipedia, Abruf am 12.10.2015 https://de.wikipedia.org/wiki/F%C3%BChrung_(Sozialwissenschaften))

Prof. Oswald **Neuberger** bietet in seinem Buch „Führen und führen lassen" folgende Führungsdefinition:

> „Der Versuch einer Führungskraft steuernd und richtungsweisend auf eigenes und fremdes Handeln mit geeigneten Führungsinstrumenten einzuwirken. Führung ist eine Methode, „geführte" Menschen für die gesetzten Ziele zu motivieren und auf den Weg der Erfüllung der Ziele mitzunehmen, für den gemeinsamen Erfolg. Der Führungsprozess ist eine „ständige Begleitung" der Geführten. Als Geführte können im Rahmen der Individualführung einzelne Personen, aber auch Personengruppen genannt werden."
> Prof. Oswald **Neuberger**: Führen und führen lassen, 6. Aufl., Stuttgart 2002, Vorwort

Peter F. **Drucker** definiert Management wie folgt:

> „Menschen durch gemeinsame Werte, Ziele und Strukturen, durch Aus- und Weiterbildung in die Lage zu versetzen, eine gemeinsame Leistung zu vollbringen und auf Veränderungen zu reagieren."

Führung ist eine dynamische Tätigkeit. Innere und äußere Entwicklungen sind in Einklang zu bringen. Führung ist situativ unterschiedlich und hängt von der Führungspersönlichkeit, ihren Zielen und Werten ab. Zur Orientierung benötigt sie klare Zielsetzungen, eine Strategie, ein Leitbild und eine Vision.

3 Bedeutung und Zweck von Führung

Zur **Bedeutung** kann wie folgt differenziert werden:

1. Die Handlung, der Prozess oder die Tätigkeit, ein bewegliches Objekt oder eine Person/Personengruppe zu steuern, in eine Richtung oder ein Verhalten zu weisen oder zu führen.
2. Das Recht oder die Rolle einer leitenden Person in einem Unternehmen, Leitungsaufgaben auszuführen, insbesondere zu personellen Maßnahmen, wie Arbeitseinteilung, Personaleinstellung und –entlassung.
3. Eine leitende oder führende (Spitzen-)Person oder Personengruppe, welche in einem Unternehmen, einer Institution, einer Partei, einem Verein oder Ähnlichem, Führungsaufgaben ausführen darf.
4. Technik: das Objekt selbst wie etwa ein Maschinenelement, welches einem anderen Bauteil beziehungsweise Bauelement eine bestimmte, zielgerichtete, geführte Bewegungsrichtung oder Position aufzwingt.

5. Eine geleitete Besichtigung, zumeist mit entsprechenden Erklärungen.
6. Einen zeitlichen und/oder räumlichen Vorsprung vor jemandem oder etwas besitzen.

www.wiktionary.org

„Der **Zweck der Führung** besteht in der Beeinflussung der Einstellungen und des Verhaltens zur Zielerreichung. Die Funktion der Führung wird von Mitgliedern der Gruppe als soziale Rolle in Umfang und Intensität unterschiedlich wahrgenommen. Diese Mitglieder (Führungskräfte) müssen über bestimmte, organisationsspezifische Führungskompetenzen verfügen. Die Verhaltensbeeinflussung kann direkt oder indirekt erfolgen. Beispiele für direkte Einflussnahme sind die Erfüllung der Vorbildfunktion, das Setzen oder Vereinbaren von Zielen, die Entwicklung von Fähigkeiten oder die Erfolgskontrolle von Leistungen. Die indirekte Führung erfolgt in der Regel über Anreiz-, Planungs- oder Kennzahlensysteme und über kulturelle Normen, Werte und Standards."
(Zitiert: Wikipedia, Abruf am 12.10.2015
https://de.wikipedia.org/wiki/F%C3%BChrung_(Sozialwissenschaften))

4 Führung, Strategie, Werte und Kultur

Führung steht in persönlicher und institutioneller Sicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Unternehmensstrategie, der Unternehmenskultur und den Unternehmenswerten. Diese vier Faktoren werden über die betriebliche Kommunikation gesteuert. Sie bestimmen nachhaltig die Leistungsqualität und Zufriedenheit der Beschäftigten. Hierzu ein übereinstimmendes Verständnis im Krankenhaus zu entwickeln ist eine wesentliche strategische Herausforderung.

Dabei stellen sich folgende (provozierende) Fragen und Thesen:

- **Führung** – von wem eigentlich? Und wenn überhaupt, wohin?
- Geht es auch ohne Führung? Wir wissen doch alle, was zu tun ist!
- Sind die angestrebten Ziele den Geführten bekannt?
- Sind Ziel und Führung von den Geführten akzeptiert?
- Verfügen alle über die erforderlichen Mittel?

- Die **Strategie** ist an der Basis unbekannt.
- Die Führungskräfte sind nur zufällig beteiligt / informiert.
- Damit sind sie einverstanden. Das interessiert sowieso nicht!
- Wo kämen wir hin, wenn wir auch noch Strategie machen?

- **Werte** sind (nur) in Euro wichtig!
- Burn-out ist eine Modekrankheit.
- Nur der Beste setzt sich durch – die Anderen können gehen!
- Der Patient im Mittelpunkt – und dort stört er.

- **Kultur** ist nicht wichtig – es geht doch auch ohne.
- Kultur gehört in Kirchen und Museen.
- Leitbild und Kultur sind luxuriöses Beiwerk.
- Kultur kostet Zeit und stört den Unternehmenserfolg.

5 Gestaltende Rahmenbedingen der Krankenhäuser

Das Krankenhaus ist einer Fülle von externen Einflüssen ausgesetzt. Beispielhaft nenne ich ohne Anspruch auf Vollzähligkeit und ohne Wertung sechs Perspektiven:

- Die **Bundes- und Landesgesetzgebung**, die mit einer Vielzahl von Normen die Standards und Rahmenbedingungen der Krankenhäuser in sich verkürzenden Zeitabständen regulieren.
- Vorgaben und Forderungen der Verwaltungen auf der **Bundes-, Landes- und Kommunalebene**, die ergänzend zu den gesetzlichen Vorgaben weitere Anforderungen definieren. Auf Landesebene ist vor allem die Krankenhausplanung zu erwähnen. Auf der kommunalen, örtlichen Ebene verweise ich auf die zahlreichen Genehmigungsverfahren und ordnungsbehördlichen Begehungen.
- **Gesetzliche und private Krankenversicherungen**, die auf Bundes- und Landesebene im Gesetzgebungsverfahren, auf Landesebene im Rahmen der Krankenhausplanung, bezogen auf das einzelne Krankenhaus über die Budgetverhandlungen und im Einzelfall über Leistungsentscheidungen für ihre Versicherten Einfluss nehmen auf den Handlungsspielraum und die zukünftige Entwicklung des Krankenhauses. In diesem Zusammenhang steht auch die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der zur Begutachtung von Einzelfällen aber auch zu sogenannten Fehlbelegungsprüfungen eingesetzt werden kann.
- Abhängig von der Rechts- und Organisationsform definieren die **Eigentümer bzw. Krankenhausträger** ihre Interessen. Dabei sind die übergeordneten Themen und Ziele sind nicht immer mit den örtlichen Vorstellungen in Einklang zu bringen sind. Je nach Rechtsform sind sie mehr oder minder politisch oder von Konzerninteressen beeinflusst.
- Die **Patientinnen und Patienten**, ihre Angehörigen oder rechtlichen Betreuer, Verbände ehemaliger Patienten, die ihre Interessen durchsetzen wollen und im Zweifelsfall mit den Füssen abstimmen.

- Die **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**, deren kollektive Interessen von den Tarifvertragsparteien und Berufsverbänden gebündelt werden, die aber auch durch individuelles konkretes Handeln die Behandlungs- und Versorgungsqualität direkt beeinflussen.
- Die **Öffentlichkeit sowie Presse, Funk und Fernsehen**, die das Ansehen des Krankenhauses wahrnehmen und beeinflussen.

Hinsichtlich der Rechtsform findet eine Verschiebung der Relationen statt. Der Anteil öffentlicher und frei gemeinnütziger Krankenhäuser hat sich zu Gunsten privater Träger verlagert. Die Verweilzeiten von Geschäftsführungen und Führungskräften verkürzen sich, die Fluktuation steigt.

6 Veränderungsprozess psychiatrischer Krankenhäuser

Das psychiatrische Fachkrankenhaus ist ein Anbieter von Dienstleistungen, der seit Jahren einem ständigen **Veränderungsprozess** ausgesetzt ist. Die vormals fast ausschließlich stationäre Versorgung wurde im Sinne einer Bedarfsorientierung durch teilstationäre und ambulante Angebote ergänzt. Gleichzeitig wird den Krankenhäusern Überkapazität unterstellt, die im Rahmen der Gesundheitspolitik abgebaut werden sollen. Die psychiatrischen Fachkliniken müssen ihre Angebote mit benachbarten psychiatrischen Abteilungen und komplementären Angeboten vernetzen. Eine anspruchsvolle Führungsaufgabe stellt hier die Gestaltung der Behandlungspfade und die Koordinierung der Vor- und Nachsorge dar.

Die besonderen Herausforderungen des psychiatrischen Krankenhauses liegen in dem angemessenen Verhältnis zwischen Diagnose und therapeutischen Maßnahmen zur Erreichung eines Behandlungserfolges, dem erforderlichen Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen über die

Grenzen der einzelnen Abteilung hinweg und den Wechselwirkungen zwischen der Krankenhausbehandlung und der komplementären Vor- und Nachsorge.

Im Behandlungsgeschehen haben sich die Verweildauern deutlich verkürzt bei steigenden Fallzahlen. Neue Krankheitsbilder – insbesondere im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen – müssen behandelt werden. Der demographische Wandel zwingt zu Konsequenzen in der Kapazitätsplanung und zu neuen Ansätzen gegenüber den Beschäftigten. Das neue Finanzierungssystem PEPP für stationäre und teilstationäre psychiatrische Leistungen wird noch erprobt. Seit Jahrzehnten besteht ein gravierender Stau bei der Investitionskostenfinanzierung. Aktuell stehen auch die psychiatrischen Krankenhäuser vor neuen Anforderungen: Eine steigende Zahl von Migrantinnen und Migranten ist in die Behandlung zu integrieren. Sprachbarrieren müssen überwunden werden, interkulturelle Behandlungsansätze sind zu entwickeln.

Dieser in Schlagworten skizzierte Veränderungsprozess erfordert unterschiedlichste Führungskompetenz. Die Krankenhausleitung hat eine Strategie festzulegen und fortzuschreiben, mit der die kurz-, mittel- und langfristigen Ziele verfolgt werden. Verhandlungen unterschiedlichster Art sind zu führen. Personal will gewonnen, qualifiziert und gebunden werden. Planungs- und Realisierungsprozesse sind im Rahmen der Zeit- und Finanzbudgets zu steuern. Und vor allem: Multiprofessionelle Teams sind so zu führen, dass der eigentliche Zweck – die Versorgung von Patientinnen und Patienten – mit den gegebenen Mitteln erreicht wird.

7 Strategie und Zielvereinbarungen als Orientierungshilfe

Ausgehend von der Vision und der Mission entwickelt die oberste Krankenhausführung mit ihren Führungskräften eine differenzierte Strategie.

Sie sollte sowohl die kurz, mittel und langfristigen Ziele enthalten als auch entsprechende konkrete Maßnahmen und Messgrößen. Die Umsetzung der Strategie und der darin definierten Maßnahmen kann durch den Abschluss von institutionellen und persönlichen Zielvereinbarungen erfolgen. Dies wäre zum Beispiel denkbar zwischen der obersten Krankenhausleitung und einer Abteilung.

Die erfolgreiche Erarbeitung einer Strategie setzt drei wichtige Eigenschaften der Führungskräfte voraus:

- Kreativität zur Erarbeitung der Ziele und einer Vision wohin sich das Krankenhaus in der Zukunft entwickeln soll.

- Nachhaltiges Agieren, damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontinuierlich im Rahmen der Strategie geführt werden.

- Den Fokus auf das Wesentliche haben, denn die Detailarbeit gehört auf die Mitarbeiterebene.

Zielvereinbarungen sind Teil der alltäglichen Kommunikation sowie der persönlichen und beruflichen Lebensgestaltung. Sie beeinflussen das Betriebsklima und die Unternehmenskultur, wenn der Kommunikationsprozess angemessen gestaltet wird. Zielvereinbarungen gelten als umstritten (Gerechtigkeit?), sie machen Arbeit (Dokumentationsaufwand) und kosten Vorbereitungs- und Besprechungszeit. Dennoch kann der Unternehmenserfolg verbessert werden, wenn Themen und Ziele über die Vereinbarungsebenen hinweg korrekt weitergegeben werden, ein übereinstimmendes Verständnis zur betrieblichen Ausrichtung hergestellt wird und die zwischenmenschlichen Bedürfnisse wertschätzend gehandhabt werden.

Die institutionelle (auf Einrichtungen oder Organisationseinheiten bezogene) Zielvereinbarung wird zwischen einer einzelnen Führungskraft oder

einem Führungsgremium mit einer Organisationseinheit geschlossen, die ebenfalls durch eine Führungskraft oder ein Führungsgremium repräsentiert wird. Wichtigstes, bekanntes Beispiel ist die Zielvereinbarung zwischen Krankenhausträger und Krankenhausbetriebsleitung oder dem Geschäftsführer.

Die Laufzeit einer institutionellen Zielvereinbarung bezieht sich im Regelfall auf ein Geschäftsjahr oder – abhängig vom Ziel – einen längeren Zeitraum. Für ihre Wirksamkeit ist es wichtig, dass sie innerbetrieblich im Rahmen der hierarchischen Ebenen kommuniziert wird. Ziele (und Werte) der Krankenhausleitung, die an der Basis nicht bekannt sind, können dort auch nicht umgesetzt werden.

Die individuelle Zielvereinbarung zwischen zwei Personen sollte vertraulich behandelt werden. Sie ist individuell am Leistungsvermögen zu orientieren. Es wird differenziert zwischen Erhaltungszielen und Entwicklungszielen. Es empfiehlt sich, die vereinbarten Ziele schriftlich zu dokumentieren und in einem oder mehreren Bilanzgesprächen im Verlauf des Vereinbarungszeitraumes zu reflektieren, um Enttäuschungen oder Zielverfehlungen entgegenzuwirken und rechtzeitig Korrekturmaßnahmen einleiten zu können. Kern der Gespräche sind die konkreten Ziele; weitere Themen aus dem Arbeitsalltag oder dem persönlichen Umfeld sind unbedingt einzubeziehen.

Hier stellen sich besonders folgende Fragen:

- Werden bei gleichen Jobs gleiche Ziele vereinbart?
- Macht ein Förderziel mehr Sinn als ein Erhaltungsziel?
- Handelt es sich um ein Jahresziel oder ein mehrjähriges Ziel?
- Sollte ein fachlich-inhaltliches Ziel vereinbart werden
  oder ein in der Person begründetes Verhaltensziel?

- Wie ambitioniert kann das Ziel sein, damit es noch erreichbar bleibt?
- Stellt das Ziel eine Zusatzaufgabe dar oder ist es Teil des „Hauptgeschäftes"?
- Stehen die für die Zielerreichung erforderlichen Ressourcen zur Verfügung?

Bei der Vorbereitung der Zielvereinbarung ist zu klären:

- Wie wird die Zusammenarbeit aus der Rückschau gesehen?
- Was kann zur positiven Gestaltung der Gesprächskultur helfen?
- Welche Ziele lassen sich für die bevorstehende Zeitspanne anschließen?
- Wie werden die Ziele klar, eindeutig und messbar definiert?
- Wie kann ein übereinstimmendes Verständnis hergestellt werden?
- Ist eine Gruppenvereinbarung sinnvoller als eine Einzelvereinbarung?

Spätestens nach Abschluss des Vereinbarungszeitraumes, besser aber schon während dessen, ist gemeinsam zu klären:

- Wie wurde mit (unvorhergesehenen) Hindernissen umgegangen?
- Wie wurden Interessenkollisionen gehandhabt?
- Wurden Ziele angepasst oder sind unerwünschte Folgen eingetreten?
- Wie kann ein Konsens in der Bewertung der Zielerreichung hergestellt werden?
- Wer trägt die Verantwortung und zieht Konsequenzen bei Zielverfehlungen?

8 Führung und Personalwesen

Neben der klassischen Personalarbeit im Sinne von Personalverwaltung setzt sich zunehmend die Personalentwicklung durch. Besondere Bedeutung haben dabei qualifizierte Schulungsmaßnahmen, Talentförderung, betriebliches Gesundheitsmanagement und vor allem die Entwicklung einer gesunden Führungskultur. Dies kann unter anderem durch gezielte Coaching-Maßnahmen oder sogenannte Führungskräftezirkel unterstützt werden. Aus den Ergebnissen von Mitarbeiterbefragungen können Indikatoren abgeleitet werden, auf welche Bereiche ein besonderes Augenmerk gelegt werden muss. Eine besondere Herausforderung stellt im Krankenhaus die Abteilungs- und Berufsgruppen übergreifende Zusammenarbeit dar. Sie wird durch die sich verknappenden Ressourcen verschärft. Der insbesondere in ländlichen Gebieten festzustellende Fachkräftemangel führt dazu, dass die Arbeitgeberattraktivität durch gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen verbessert und bekanntgemacht werden muss.

Führung erhält unter dem demographischen Aspekt zusätzliche Bedeutung: Hierarchien werden in Frage gestellt, Generationskonflikte sind zu bewältigen, Minderheiten sind zu integrieren, Fachkräfte sind zu gewinnen oder zu binden und nicht zuletzt gilt gute Führung als ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Bemühung um Arbeitgeberattraktivität.

9 Coaching als systemische Aufgabe der Führungskräfte

> "Die zukünftige Führungskraft muss ihre Mitarbeiter coachen und Talente zusammenführen - und nicht starre, zahlengetriebene Rahmenvorgaben durchpauken."
> Thomas Sattelberger

> „Gute Führungskräfte nehmen Stress."
> Sabine Asgodom

Das Instrument des Coachings wird im Rahmen der Personalentwicklung Führungskräften und Beschäftigten angeboten. Die Führungskraft muss entscheiden, in welchem Umfang sie als Business-Coach im Wettbewerb mit Controlling und Finanzwesen Steuerungsaufgaben übernehmen will (und darf). Sie muss über die Unternehmensstrategie informiert sein. Sie wird nur erfolgreich sein können, wenn sie im Rahmen ihrer Aufgabenerledigung selbst einen umfassenden und dauerhaften Veränderungsprozess durchläuft. Die Rolle aus dem Arbeitsauftrag und die Machbarkeit sowie der Spagat zwischen betrieblichen Anforderungen und menschlich individueller Leistungsfähigkeit sind in Einklang zu bringen!

Im Vorfeld einer Intervention durch Coaching kann auch das Instrument der „kollegialen Beratung eingesetzt werden. Sie kann sich sowohl auf ein Fachthema als auch auf ein Führungsthema beziehen. Dieses Instrument baut auf dem alten aristotelischen Grundsatz auf: Das Ganze (die Gruppe) ist mehr als die Summe seiner Teile (Synergie-Effekt durch gegenseitige Förderung).

Der Fachkräftemangel verlangt gerade im Krankenhaus eine Führung, die individuell, flexibel und kreativ den Interessen vorhandener oder zukünftiger Arbeitnehmer entspricht. Die Ausrichtung der Führung an einem partnerschaftlichen Modell auf Augenhöhe trägt zur Arbeitgeberattraktivität bei. Demografie und Kostendruck wird die Führungskräfte weiter fordern, die ihnen zugeordneten Menschen individuell zu begleiten und zu unterstützen. Eine wertschätzende Personalarbeit ist Aufgabe aller Führungskräfte.

10 Krankenhausführung durch Kommunikation

Wesentliche Bedeutung für die Führung hat die Unternehmenskommunikation. Kommunikationsmittel sind Einzelgespräche, Besprechungen, Rundschreiben, E-Mails, Krankenhauszeitungen oder im externen Bereich die Kommunikation über das Internet und die sozialen Medien. Die entscheidende Frage ist, ob gesichert werden kann, dass an der Basis ankommt, was die oberste Krankenhausleitung mitteilen will. Die zielgerichtete Kommunikation soll unterstützen, dass im gemeinsamen Interesse die im Rahmen der Strategie festgelegten Ziele kooperativ verfolgt werden. Aber es stellt sich die Frage, inwieweit über das Ganze ein einheitliches Verständnis besteht. Eine offene und wertschätzende Kommunikationskultur trägt mit dazu bei, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinne von Weiterentwicklung und Innovation ihre persönlichen Ideen dem Krankenhausbetrieb zur Verfügung stellen.

Zu einer erfolgreichen betrieblichen Kommunikation gehört auch, die persönlichen Kommunikationsmuster zu erkennen und zu entwickeln: Gelingt es, authentisch zu sein, den Gesprächsmoment richtig zu deuten, das (betriebliche oder persönliche) Anliegen zu vermitteln? Kommt die Botschaft an? Wird der Auftrag umgesetzt? Was spielt sich offen auf der Bühne ab, was läuft verdeckt hinter dem Vorhang?

Gedacht heißt nicht immer gesagt.
Gesagt heißt nicht immer richtig gehört.
Gehört heißt nicht immer richtig verstanden.
Verstanden heißt nicht immer einverstanden.
Einverstanden heißt nicht immer behalten.
Behalten heißt nicht immer angewandt.
Angewandt heißt noch lange nicht beibehalten.
Nach: Konrad Lorenz,
Verhaltensforscher und Nobelpreisträger

Um kommunizieren zu können, müssen mindestens ein Sender (der eine Nachricht übermitteln will) und mindestens ein Empfänger (der zum Empfang bereit ist) vorhanden sein.

11 Selbstführung nach Malik

Nach **Malik** ist Führung bzw. Management ein Beruf, den jede Führungskraft im Krankenhaus zusätzlich zu ihrem angestammten Beruf als Arzt oder Ärztin, als diplomierte Pflegefachkraft, als Physiotherapeut, Psychologe oder Betriebswirt in der Verwaltung erlernen muss. Wie jeder Beruf, so definiert sich auch der Beruf der Führungskraft über Aufgaben, Werkzeuge, Grundsätze sowie Verantwortung. Um systematisch Führungsqualität in einem Krankenhaus zu verankern, bedarf es nach **Malik** eines Veränderungsprozesses mit Maßnahmen auf der Ebene der Unternehmenspolitik, der Organisationsstrukturen sowie auf Personalebene.

Alle Berufsgruppen die Leitungsaufgaben übernehmen, müssen sich bewusst werden, dass sie neben Ihren fachlichen Aufgaben auch Aufgaben als Führungskräfte wahrzunehmen haben. Nicht jeder ist bereit, diese Führungsverantwortung tatsächlich auch anzunehmen. Je höher die Position in der Krankenhaus Hierarchie ist, desto größer wird der Anteil an Führungsaufgaben.

Malik nennt sieben Werkzeuge wirksamer und professioneller Führung:

- Sitzungen
- Schriftliche Kommunikation / Reports
- Stellengestaltung und Einsatzsteuerung
- Persönliche Arbeitsmethodik
- Budget und Budgetierung
- Leistungsbeurteilung

- Systematische Müllabfuhr

Wirksame Führung beruht nach **Malik** auf sechs wirksamen Grundsätzen:

- Resultatorientierung
- Beitrag zum Ganzen
- Konzentration auf Wesentliches
- Stärkenorientierung
- Vertrauen
- Konstruktives Denken

Zur selbst Überprüfung regt **Malik** an, unter anderem folgende Fragen zu beantworten:

- Wofür stehen wir mit unserem Krankenhaus/ unserer Klinik und wie können wir uns auf dem für uns relevanten Markt bestmöglich aufstellen?
- Was müssen wir gemeinsam tun um unserer Leistungen produktiver und besser zu erfüllen?

  UND

- Was müssen wir gemeinsam tun, um die Innovationsleistung in den einzelnen Klinken zu verbessern?
- Was können wir als Klinik tun, um für Patienten und gute Mitarbeiter attraktiver zu sein?

12 Vielfalt der Führungtypen

Führung gelingt leichter, wenn Klarheit besteht über die Frage, wer wen trifft. Denn jeder Vorgesetzte hat seine eigene Vorstellung von einem gut

geführten Unternehmen und natürlich auch von seinem eigenen Führungsstil. Umgekehrt sind die Persönlichkeiten, Zielvorstellungen und Bedürfnisse der Geführten ebenso individuell. Das „Forum Gute Führung" (www.forum-gute-fuehrung.de) differenziert in seiner aktuellen Studie zwischen fünf Führungstypen.

Der Fürsorgliche Typ

Ihnen ist wichtig, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wohlfühlen und mit Freude und Enthusiasmus arbeiten. Konflikte zwischen den Kollegen schlichten sie persönlich und sofort, wobei sie hier versuchen keine Partei zu ergreifen und diplomatisch zu handeln. Sie geben oft ein positives Feedback und unterstreichen die individuellen Stärken. Trotzdem strahlen Sie eine natürliche Autorität aus. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich bei Ihnen gut aufgehoben und sind Ihnen gegenüber loyal eingestellt. Laut Umfrage sind das 13,5 % aller deutschen Vorgesetzten.

Der Controller

Sie bauen Ihr Management auf Zahlen und genaues Monitoring auf. Ihr Führungsstil zielt in erster Linie darauf ab, dass ein höherer Profit und eine entsprechende Rendite für die Unternehmenseigner erzielt werden. Mit ihrem eher auf Zahlen fokussierten Blick ordnen sich 29,25% aller deutschen Vorgesetzten diesem Führungstyp zu.

Der Teamcoach

Ihre Angestellten werden von Ihnen nicht kontrolliert, sondern in Teams aufgeteilt. Diese Teams gestalten sie gerne so, dass möglichst verschiedene Charaktere und Gedanken zusammenkommen. So entstehen neue dynamische und flexible Strukturen. Sie leiten die Teams zwar an und verteilen auch die Aufgaben, halten sich aber in Sachen Kontrolle der Arbeit zurück. Stattdessen sorgen sie dafür, dass der Informationsfluss zwischen den Beteiligten nicht abbricht und alle Teams über die Fortschritte der an-

deren informiert werden. Ihnen gehören 17,75% aller deutschen Führungskräfte an.

Der Netzwerker

Sie fördern eine hierarchiefreie Struktur und die Vernetzung aller Beteiligten. Auch legen sie Wert darauf, dass möglichst viele verschiedene Angestellte flexibel zusammenarbeiten. Auch dieser Führungsstil verlässt sich mehr auf die Selbstverantwortlichkeit und Eigenkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auf deren Kontrolle. Sie beschränken ihre Aufgabe auf die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen und greifen nicht direkt in den Arbeitsprozess ein. Das Ziel Ihrer Strategie ist es durch dynamische Firmennetze möglichst schnell und flexibel auf die sich wandelnde Marktsituation reagieren zu können. 24 % der deutschen Vorgesetzten sehen sich als „Netzwerker"

Der Demokrat

Sie verstehen sich in erster Linie als Motivator Ihrer Belegschaft. Ihr Ziel ist es, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Ihren Aufgaben eine sinnvolle Arbeit sehen, die nicht nur der Firma, sondern auch der Gesellschaft einen Mehrwert bringt. Sie sind das Gegenteil des „Controllers", denn ihnen ist die Machtabgabe ein zentrales Anliegen. Hierbei ist es ihnen wichtig, dass alle Beteiligten zu Wort kommen und Entscheidungen gemeinschaftlich gefällt werden. Diese Gruppe macht 15,5% der deutschen Führungskräfte aus.

Führungskräfte sind . . .

- unzugänglich, kompliziert, unbeweglich oder uninteressiert.

Oder sind sie . . .

- dynamisch, wertschätzend, leistungsstark, hilfsbereit.

In jedem Fall sind sie – wie die Geführten – **INDIVIDUELL**!

Führungskräfte können für die Geführten ein bio-psycho-soziales Gesundheitsrisiko sein:

- Ungelöste Konflikte mit vorgesetzten Führungskräften senken die Arbeitszufriedenheit und damit auch Leistungsbereitschaft der Beschäftigten; sie tragen zu einer Erhöhung des Krankenstandes bei.
- Die Arbeitszufriedenheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten sinkt, wenn sie ihre vorgesetzten Führungskräfte beispielsweise wie folgt wahrnehmen:
    - **unberechenbar** („weiß nie, was er von mir erwartet")
    - **misstrauisch** kontrollierend („traut mir nicht zu, es alleine zu können, und dann kann ich es auch nicht"),
    - **unfair** („bevorzugt die, die buckeln")
    - **spürbar überfordert** („weiß selbst nicht, wo es lang geht, kann es aber nicht zugeben")
    - **reizbar** („lässt seine schlechte Stimmung an mir aus")

Die Unterschiedlichkeit der Führungskräfte und ihr Selbstverständnis bewegen sich zwischen den Polen einer hierarchischen unnahbaren Autorität und einem kollegial aufgeschlossenen „Teamplayer". Um als Partner auf Augenhöhe agieren zu können, bedarf es emotionaler Intelligenz und hoher Sensibilität. Denn es zeigt sich, dass neben den beruflichen Anforderungen auch die persönliche Situation die Arbeitsergebnisse beeinflussen.

13 Besprechungen als Führungsinstrument

Es ist nichts gegen Besprechungen als Führungsinstrument einzuwenden, soweit sie gut geführt sind und damit für den Gesamtprozess hilfreiche Ergebnisse erreicht werden. Dies kann nur gelingen, wenn Selbstverständlichkeiten eingehalten werden. Die Praxis zeigt aber, dass es offensichtlich gar nicht so selbstverständlich ist, das zu tun, was nahe liegt und was dazu beiträgt, das gemeinsame Arbeitsleben zu erleichtern.

Besprechungen kosten Zeit und damit nicht nur Geld, sondern auch Nerven und Einsatzfreude. Wer kennt nicht die Klagen über dringende „Sofort-Besprechungen", die „unnötigen" Konferenzen, an denen nichts stimmt. Und wer kennt nicht das Gefühl des Unwohlseins, wenn das Ende einer unerfreulichen Veranstaltung noch in weiter Ferne liegt, aber Flucht (auch in Mobilgeräte) nicht zulässig ist.

Eine spezielle Form der Besprechung ist das Mitarbeitergespräch. Oft werden ihm gegenüber Vorbehalte formuliert:

„Das ist doch gar nicht nötig!"
„Wir sind doch sowieso im Gespräch."
„Dafür habe ich keine Zeit!"

Dies würde aber bedeuten, die Chancen des **Mitarbeitergesprächs** ungenutzt lassen. Erfolgreich gelingen kann es allerdings nur, wenn einige Grundregeln eingehalten werden. Oberste Anforderung an die Beteiligten (in der Regel sollte es auf zwei Personen begrenzt sein!) ist die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre gegenseitiger, ehrlicher Wertschätzung. Dies mag nicht immer einfach sein, ist aber für ein konstruktives Ergebnis unverzichtbar. Ebenso sollte ein angemessenes Zeitfenster vorgesehen werden, denn unter Zeitdruck mangelt es oft an Konzentration und Aufmerksamkeit für das, was nicht gesagt wird aber über Körpersprache oder verdeckte Botschaften vermittelt wird.

Eine besondere Form des Mitarbeitergesprächs ist das **Kritikgespräch**. Dabei gilt es, Fehlverhalten zu verdeutlichen, Konsens über anzustrebende Korrekturen herzustellen und Vereinbarungen über konkrete Maßnahmen zu treffen. Sofern in besonderen Einzelfällen arbeitsrechtliche Konsequenzen erwogen werden, ist das Kritikgespräch eine wichtige Grundlage.

Auch im Krankenhaus treten durch die vorgegebenen Arbeitsprozesse immer wieder Konflikte auf. Sie können in fachlichen Vorgaben begründet sein, in berufsständischen Missverständnissen, in zwischenmenschlichen Verhaltensformen, in differierenden Werten, subjektiven Wahrnehmungen oder Täuschungen und auch in (gefühlter) mangelnder Wertschätzung. Art und Hintergrund eines Konflikts rechtzeitig zu erkennen und ihn professionell zu entschärfen, setzt eine kontinuierliche Kommunikation und die Bereitschaft zur Offenheit voraus. Hier ist die Führungskraft gefordert, sich selbst über ihr Konfliktverhalten Klarheit zu verschaffen und frühzeitig in vorhandene Konflikte einzugreifen, denn Konflikte können Sprengkraft entwickeln oder aber Verlust von Arbeitskraft durch „innere Kündigungen" zur Folge haben. Durch Konfliktgespräche kann die Situation analysiert und Verständnis vermittelt werden, Strategien und Lösungsoptionen können erarbeitet und die jeweiligen subjektiven Wahrnehmungen kommuniziert werden. In Extremfällen empfiehlt sich die Beteiligung eines neutralen Konfliktmoderators.

14 Selbstmanagement als Voraussetzung guter Führung

Erfolgreiche Führung setzt ein kontinuierliches **Selbstmanagement** voraus. Dies beginnt im Zentrum der Arbeit, dem Schreibtisch der Führungskraft. Die Größe der Arbeitsfläche wird unter anderem vom Verhalten der Führungskraft bestimmt: Je ausgeprägter die Neigung zum Jagen und Sammeln schriftlicher Informationen ist, desto weniger „Frei-Fläche" verbleibt auf der Tischplatte. Daneben drohen die persönlichen Bilderrahmen, Sammlungen von Geschenken und Souvenirs, Tassen oder anderen Artikeln die Übersicht zu begrenzen.

Auch in Zeiten der elektronischen Kommunikation geht es nicht ohne Papier. Aber muss wirklich alles ausgedruckt werden? Häufig verschwinden Ausdrucke ungenutzt in Stapeln oder Sammlungen mit der Bezeichnung

„noch zu lesen". Und je häufiger Dokumente geändert oder überarbeitet werden, desto dringlicher die Frage, wann der richtige Zeitpunkt für den Ausdruck gekommen ist.

Vor allem stellt sich die Frage, welche Information wirklich wichtig und vor allem zuverlässig ist. Der Kampf gegen die Informationsflut ist auf Dauer ohne ein beherztes „Mut zur Lücke" nicht zu gewinnen. Die Abwägung zwischen Wichtigem, Interessantem, Lesenswertem und Hintergründigem setzt Erfahrung voraus. Das Risiko der Überinformation ist für Führungskräfte eine ernste Herausforderung. Was muss ich selbst wissen und wann kann ich mich auf andere verlassen? Was ist (strategisch) führungsrelevant?

Ein zentrales Problem der Arbeitswelt ist das zur Verfügung stehende Zeitbudget - es ist eng, sehr häufig zu eng. Die vierundzwanzig Stunden des Tages lassen sich auch durch Multitasking nicht wirklich ausdehnen. Schneller, effizienter, billiger sind die Zauberworte. Aber ist das realistisch? Stehen dem nicht die Gefühle von Gereiztheit, Erschöpfung und Ausgebrannt-sein gegenüber?

Häufig ist festzustellen, dass am Ende eines Tages alles anders abgelaufen ist, als es am Vortag oder am Beginn des Tages geplant war. Die geplanten Aktivitäten mussten zurückstehen gegenüber unvorhergesehenen, unabweisbaren Anforderungen. Dennoch empfiehlt sich am Ende des Tages den nächsten Arbeitstag zu planen. Ergänzend zur zeitlichen Planung können To-do-Listen und / oder Checklisten eingesetzt werden. Es gilt der Grundsatz: Eigene Planung ist auch Arbeitszeit, die zu berücksichtigen ist!

Zu einem guten Selbstmanagement gehört auch der professionelle Umgang mit Störungen aller Art. Dazu gehören auch die „Störungen" in der Führungskraft selbst wie zum Beispiel Ablenkungen durch Spielverhalten, Surfen, soziale Medien, Gefühle der Unlust oder „Aufschieberitis", das kur-

ze Gespräch auf der Suche nach dem neuesten Gerücht und andere Vermeidungsstrategien. Selbstverständlich ist kein Tag durchgehend und gleichmäßig produktiv, aber jeder frage sich selbst ehrlich nach dem Umgang mit Störungen.

Störend kann es auch sein, wenn Wissenslücken bestehen und dies nicht offen angesprochen wird. Dies führt zu unnötigen Verzögerungen, belastenden Gefühlen, Konflikten mit anderen und eventuell echten Schäden oder Verlusten.

Eine wichtige Aufgabe bei der Selbstorganisation ist der Ausgleich der verschiedenen persönlichen Zielfelder. Im Spannungsfeld der knappen Zeit geht es nicht nur um „Work-life-balance". Auszugleichen sind die zeitlichen Anforderungen aus

- der beruflichen Situation, die zumindest gedanklich oft über die Arbeitszeit hinausgehen,
- den familiären Bedürfnissen, Wünschen und Verpflichtungen der eigenen und der Ursprungsfamilie,
- dem Austausch im Freundeskreis oder im Kreis sozialer Organisationen (Vereine, Parteien, Initiativen u.a.) und
- den eigenen Bedürfnissen (Lektüre, Sport, Hobby u.a.).

Auch wenn sich diese Bereiche je nach Interessenlage überschneiden, gilt es, ihnen das angemessene Zeitmaß zuzuordnen im Sinne der persönlichen Gesundheit und Prävention.

Die familiären und sozialen Zusammenhänge, die Ausbildung und die berufliche Biographie prägen die individuelle Persönlichkeit einer Führungskraft. Insbesondere Konfliktsituationen oder Entscheidungen mit weitreichender Bedeutung für die Existenz des Unternehmens oder die Zukunft der Beschäftigten verlangen eine stabile Ausrichtung an Werten und Prin-

zipien. Die Stichworte „Beruf und Familie" oder die Balance zwischen „Beruf und Freizeit" symbolisieren den Zielkonflikt zwischen beruflichen und persönlichen Interessen.

15 Grenzen des Wachstums?

Der Auftrag lautet: „Es muss laufen!" oder „Die Rendite muss stimmen." Anderenfalls drohen Beschwerden, Ärger und Störungen. Aber wie geht das? Denn es stellt sich die Frage: Sind Humanität und Effizienz ein Widerspruch? Wie schützen wir die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter vor den finanziellen Interessen des Unternehmens? Gibt es „Grenzen des Wachstums?" Denn Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern sind: Sinn in ihrer eigenen Leistung zu finden und Anerkennung zu erfahren, Vertrauen zu erleben statt Angst und in einer wertschätzenden Unternehmenskultur zu arbeiten. Diese drückt sich am einfachsten in den Begriffen Zeit, Zuwendung und Zufriedenheit aus.

Nicht zuletzt geht es bei der Führung auch darum, Grenzen in der eigenen Person und im Gegenüber zu erkennen und konstruktiv zu gestalten. Die Gründe können sehr unterschiedlich sein, sollten aber nicht ignoriert werden. Denn ein gutes Führungsverständnis schließt den offenen Umgang mit persönlichen Dispositionen ein.

In einer zunehmenden Fallzahl scheint das sogenannte „**Leistungs-Doping**" auch im Krankenhaus selbstverständlich zu werden. Der beruflich empfundene Druck wird durch den Einsatz von Psychopharmaka gelindert, der natürliche Schlafbedarf oder die Konzentrationsfähigkeit manipuliert. Gleichzeitig steigen die Zahl der psychischen Erkrankten, der Abhängigkeitskranken und die Zahl der „Ausgebrannten", die in ihrer Tätigkeit (manche auch in ihrem Leben) keinen Sinn mehr erkennen und sich den beruflichen Belastungen auf diesem Weg entziehen.

16 Krankenhaus 4.0

Die Email entwickelt sich für viele Führungskräfte zur ernsten Belastung. Nicht nur die Menge der eingehenden Emails sondern auch das Gefühl, stets und ständig reagieren zu können, spielt dabei eine Rolle. Was als technischer Fortschritt gefeiert wurde, ist inzwischen für Unternehmen eine ernste Herausforderung. Die Einführung von Email-Knigge, der Versuch, ohne Email zu arbeiten, oder Email-Abstinenz sind erste Gegenbewegungen.

Für den Einzelnen gilt bei Emails (und SMS!) die gleiche Disziplin einzuhalten wie im konventionellen Schriftverkehr - nach Möglichkeit nur einmal lesen und dann entscheiden:

- Löschen bzw. vernichten
- Weiterleiten zur Bearbeitung
- Selbst bearbeiten
- Archivieren

Für einen angemessenen Umgang mit Emails gilt außerdem, den Empfängerkreis sorgfältig einzugrenzen und nicht unnötig auszuweiten. Der Betreff sollte klar und eindeutig sein, der Text sollte verständlich und zielorientiert sein und am Ende erkennen lassen, ob eine Antwort erforderlich ist. Und vor allem: „In der Kürze liegt die Würze". Eine Email kostet Zeit zu schreiben und Zeit zu lesen, wobei die Lesezeit von der Zahl der Empfänger abhängt. Auch die Dateianhänge sollten sich an den Adressaten orientieren. Nicht alles ist für alle wichtig!

Die Digitalisierung schreitet auch im Krankenhaus unaufhaltsam fort. Prozesse werden immer wieder neu definiert, Krankenhausinformationssys-

teme etabliert und verfeinert, Mobilität unterstützt und Kommunikation u.a. durch Email beschleunigt. Aber wer führt? Entspricht die per „Klick" dokumentierte Einzelleistung dem Qualitätsanspruch des Krankenhauses und ist die Summe der dokumentierten Leistungen ein Abbild der tatsächlich erbrachten Leistungen? Liegt die Summe der Leistungen im Rahmen der Planwerte? Und was bedeutet es, wenn ärztliches und pflegerisches Personal wegen der Arbeitsbedingungen im deutschen Krankenhaus in's Ausland abwandert? Sind unsere Abläufe so optimiert, dass sie physisch und psychisch belasten? Gibt es eine Grenze der Optimierung? Ab wann ersetzen wir humane Pflegemodule durch humanoide Technik?

Führung 4.0 ist das Schlagwort für eine neue Art der Führung, die die bisherigen hierarchischen Strukturen auflöst um schnell zu reagieren und flexibel zu gestalten. Können wir das Krankenhaus als „Schwarmintelligenz" erkennen und als vernetztes System steuern? Sind die Werte der nachfolgenden Generation wirklich anders und sind wir im Krankenhaus bereit und in der Lage, dies zu berücksichtigen und Traditionen anzupassen? Was sind die Anforderungen der Zukunft, wenn wir die heute auf der Grundlage des PEPP-Kataloges geführte Diskussion betrachten: welchen Deckungsbeitrag lässt eine Diagnose erwarten und wie müsste kodiert werden, damit auch diejenigen weiterhin in die Versorgung einbezogen werden können, deren Krankheitsbild nicht zu den Definitionen passt oder deren zu erwartender Heilungsprozess ausgedrückt in der Verweildauer den Rahmen sprengt?

Wie lassen sich die ständig wachsenden Informationsmengen angemessen verarbeiten, archivieren und nutzbar machen? Was bedeutet die ständige digitale Beschleunigung für die psychiatrische Behandlung und für die Belastungsfähigkeit der Beschäftigten? Was bedeuten die zunehmende Vernetzung und der Einsatz digitaler Simulationen für erforderliche Entscheidungsprozesse? Wie werden unsere Meinungen, unsere Wertungen und unser Denken durch die sozialen Netzwerke und dominanten Suchmaschi-

nen beeinflusst? Führen die Patientenprofile bei den Versicherungen zu Limitierungen und Selektionen? Welches Profil zum Leistungsverhalten der Beschäftigten ergibt sich? Wie verkraften wir die kontinuierliche Optimierung aufgrund ökonomischer Zwänge und wo sind die Grenzen der menschlichen Leistungsfähigkeit?

17 Zusammenfassung und Ausblick

Im Rahmen eines Vortrags ist es nicht möglich, konkrete Lösungen für Führungskonflikte anzubieten. Dazu bedürfte es einer anderen Veranstaltung. Wichtig ist mir aber, die verschiedenen Einflussfaktoren zu verdeutlichen, die die Führung im Krankenhaus beeinflussen und die Führungsziele nicht selten konterkarieren. Oft lässt sich ein Ziel nicht erreichen oder eine vermeintlich gute Absicht nicht realisieren, weil außen im Umfeld oder innen im Team Widerstände auftauchen, die nicht oder nicht angemessen berücksichtigt werden. Hier kommt es auf eine zielorientierte angemessene Kommunikation an.

Führung entfaltet im Dialog die höchste Wirksamkeit. Im Regelfall sind zunächst zwei Personen betroffen und erst in zweiter Linie das Team als Ganzes oder die Organisationseinheit. Nicht umsonst wird von der „Kunst" der Führung gesprochen, dass heißt in der konkreten Situation (also kein zu früh oder zu spät) den Führungsbedarf richtig einzuschätzen (also kein zu viel und kein zu wenig) und vor allem die „richtigen" Entscheidungen zu treffen und ihre Sinnhaftigkeit zu vermitteln (also bin ich selbst verstanden worden und einverstanden, aber auch ist die andere Person wirklich verstanden worden und einverstanden). Und was ist die große gemeinsame Orientierung? Welche Ziele und Interessen werden verfolgt?

Ein wesentlicher Faktor ist auch hier die Zeit: Muss ich – z.B. in akuten Krisen- oder Gewaltsituationen - sofort und ohne Abstimmung entschei-

den? Sind in anderen Situationen Bedenk-Zeiten möglich oder sogar erforderlich? Kann oder müsste ich getroffene Entscheidungen revidieren und bin ich dazu ggf. in der Lage? Muss ich langfristige Ziele zugunsten kurzfristiger Ziele aufgeben oder umgekehrt? An welchen Werten orientiere ich mich und kann ich Entscheidungszusammenhänge vermitteln? Nach welchen Maßstäben entscheide ich Zielkonflikte?

Führung beginnt bei jedem Einzelnen in Form von Selbstorganisation, Selbstführung und Persönlichkeitsentwicklung. Dies geht nicht ohne Niederlagen und Neuanfänge. Nur durch Erfahrung reift der Mensch zu der Persönlichkeit heran, die ihn unverwechselbar und an seinem Platz einmalig macht.

Von der Person entwickelt sich die Führung zum Team, beginnend in der kleinsten Form als Zweier-Team bis zu Großteams in Organisationseinheiten und Unternehmen. Es gilt den Überblick zu behalten, die erforderliche Orientierung zu geben und den Auftrag und das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

Die vorstehenden Ausführungen können nur als Anregung verstanden werden, sich mit einzelnen Fragestellungen der Führung vertiefend auseinanderzusetzen. Nicht alle Themen der Führung konnten berücksichtigt werden. Wenn die Ausführungen dazu beitragen konnten, bei den Leserinnen und Lesern die Sensibilität für Vertrauen und Intuition zu fördern, haben sie ihr Ziel erreicht. Denn vornehmste Aufgabe der Führung ist es, das allen Unbekannte aus der Zukunft in die Gegenwart zu holen. Denn trotz aller Führungstechniken bleibt in der Führung und Zusammenarbeit zwischen Menschen ein unerklärliches Moment.

„Wer Menschen führen will, muss hinter ihnen gehen."
Laotse (4./3. Jh. v. Chr.), chinesischer Philosoph

In meinem Vortrag habe ich bewusst viele Fragen gestellt. Die passenden kreativen Antworten in der jeweiligen Führungsrolle zu finden ist Ihre Aufgabe im Alltag. Alle Führungskräfte sind herausgefordert, das Unternehmen Krankenhaus mit ihren Teams in die Zukunft zu führen, dazu Ziele vorzugeben und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren Aufgaben zu unterstützen. Dabei das richtige Maß zu finden und ein positives Vorbild zu sein, ist die eigentliche Führungsaufgabe. Bei dieser Aufgabe wünsche ich Ihnen weiterhin viel Erfolg.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Bei Interesse: Norbert Klein
Kaufm. Direktor
LVR-HPH-Netz Ost
Kölner Str. 82
40764 Langenfeld

Norbert.Klein@LVR.de
Telefon: 02173 . 1014 100

Personal gewinnen, führen und halten

Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe

vom 22. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Dipl. Psych. Birgit Conradt,
LVR-Klinikum Düsseldorf,
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

49. Fachgruppentagung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. Fachgruppe Psychiatrie am 22.Oktober 2015 im Asklepios Fachklinikum Göttingen

Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe

Dipl. Psychologin Birgit Conradt
Psychologische Psychotherapeutin
Supervisorin
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität

Kontakt: Birgit.conradt@lvr.de
0174/4429841

Themen

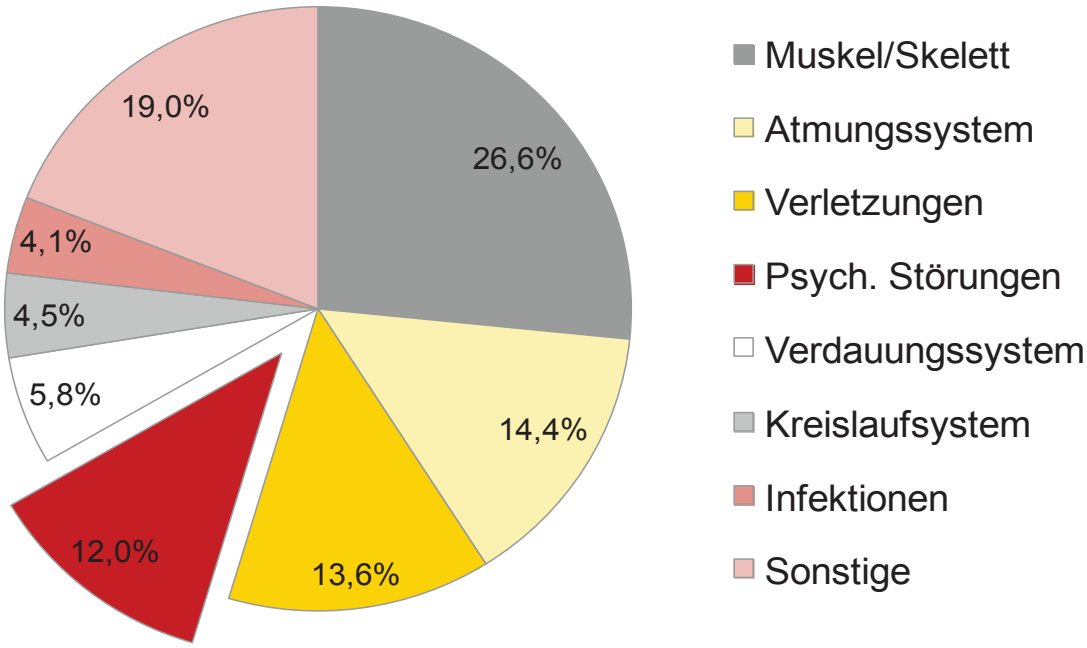
1. Zielrichtung – Gesunde Arbeit
2. Psychische Erkrankungen – Auswirkungen in der Arbeitswelt
3. Stress und stressassozierte Erkrankungen
4. Zusammenhang Führung und Gesundheit / Umgang mit belasteten Mitarbeitern
5. Prävention – Handlungsfelder
   Rolle des Unternehmens, der Führungskraft und des Einzelnen

1. Zielrichtung - Gesunde Arbeit

Kowalski 2011/BGF

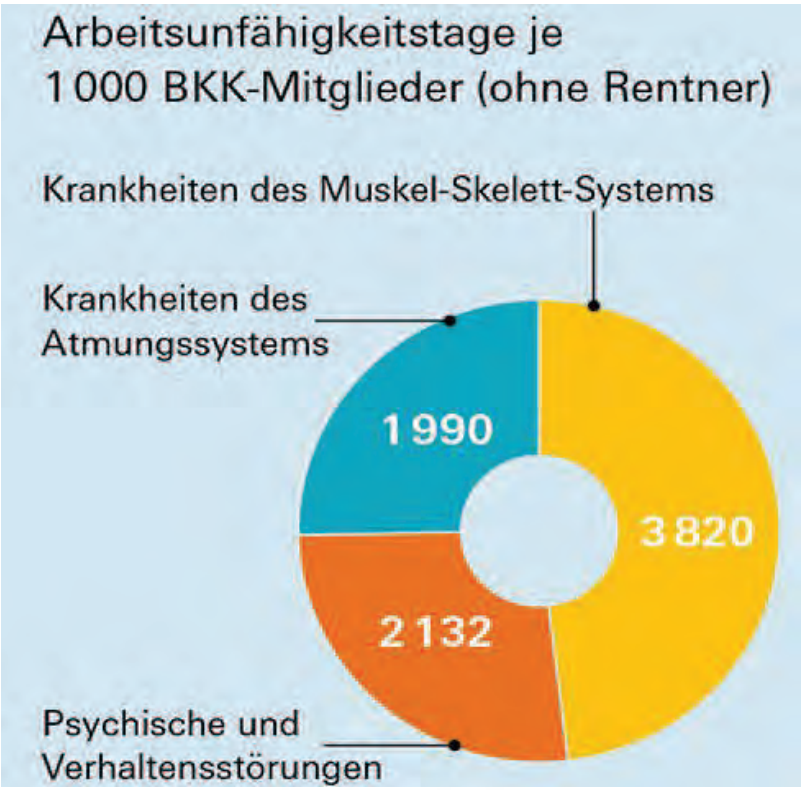
2. Psychische Erkrankungen – Auswirkungen in der Arbeitswelt

Die häufigsten Krankheitsarten

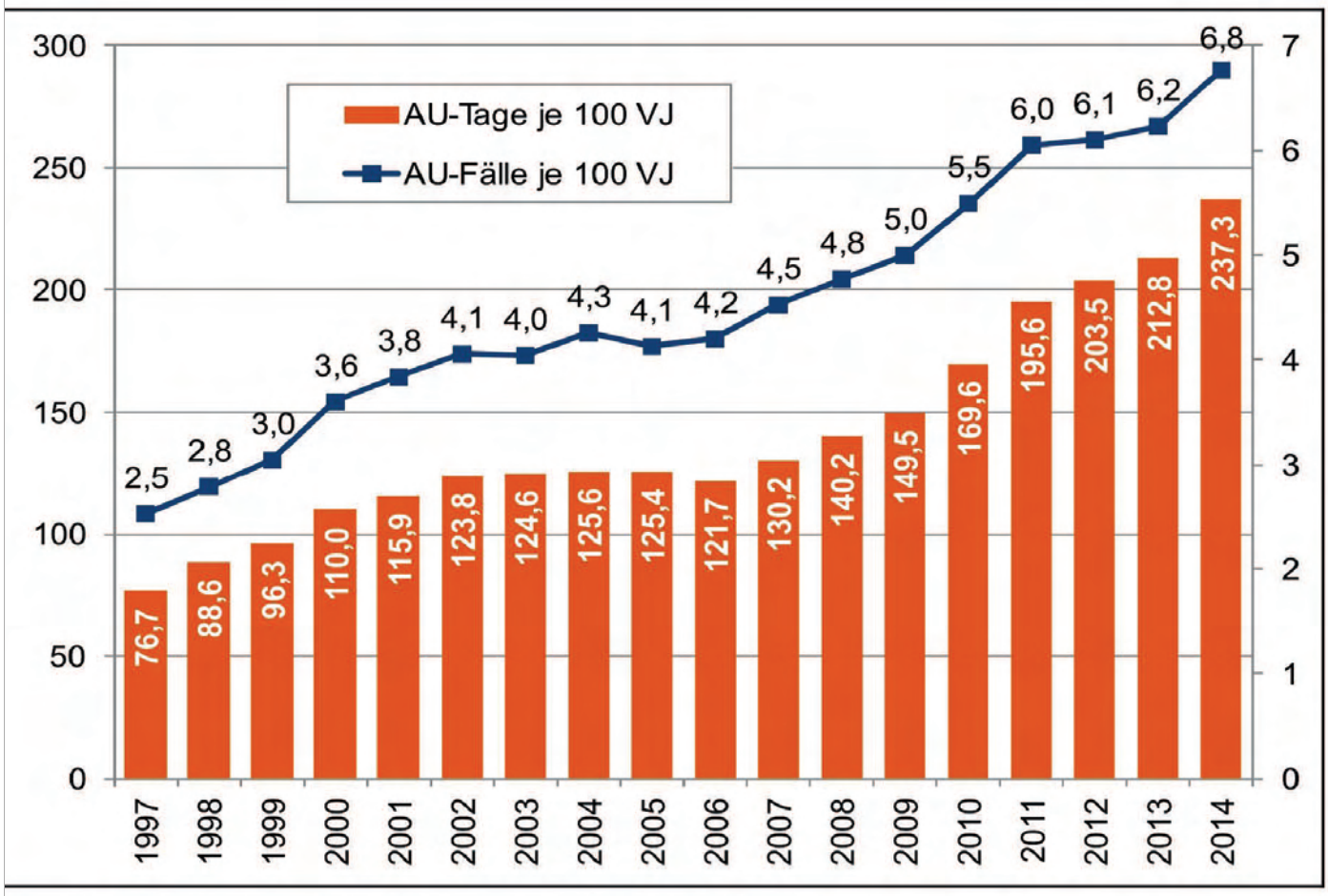


Quelle: BKK Bundesverband

Fehlzeiten nach Krankheitsarten 2013



Quelle: BKK Gesundheitsreport 2013



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997 - 2014

Frühberentung /Berufsunfähigkeit

- Psychiatrische Erkrankungen häufigste (42 %) Ursache von Frühberentungen (seit 2001)
- 75.000 Menschen sind im vergangenen Jahr wegen psychischer Erkrankungen in Frührente gegangen, das sind 25.000 Menschen mehr als vor zehn Jahren
- Niedriges Zugangsalter: Durchschnitt 49 Jahre

Präsentismus

- Menschen gehen zur Arbeit, obwohl sie krank und nur begrenzt leistungsfähig sind
  - Verursacht hohe Kosten, die sich nicht direkt abbilden

Studie Bundes-Psychotherapeuten-Kammer 2014

Betriebliche Indikatoren für hohe Belastung

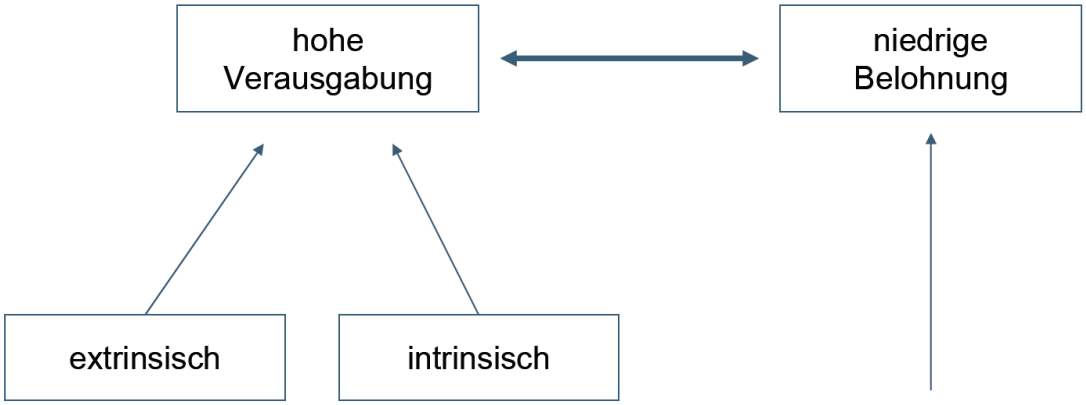
Fehlzeiten/ Fluktuation	Arbeitsbeziehungen	Arbeitsprozesse/ -ergebnisse
• **auffällige Fehlzeiten und Unfall- oder Erkrankungshäufigkeiten** • **hohe Fluktuation**	• **schlechtes Betriebsklima** • **häufige Konflikte (Mobbing etc.)** • **geringe Identifikation mit dem Unternehmen** • **defizitäre Kooperation mit dem Unternehmen** • **Konkurrenz statt Zusammenarbeit**	• **häufiges Auftreten von Störungen** • **häufige Fehlhandlungen** • **hohe Nacharbeitungszeiten** • **innere Kündigung** • **wenig Kreativität bei den Mitarbeitern** • **eintönige, monotone Tätigkeiten** • **Reibungsverluste** • **Tätigkeiten unter Zeitdruck** • **schlechte Produktqualität**
Betriebliche Probleme infolge dauerhaft hoher psychischer Belastung		

Quelle: inqa.de: Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz,

Veränderte Arbeitsbedingungen

- Zeitdruck
- Arbeitsverdichtung
- Schnelle Veränderungen (neue Arbeitsformen, neue Technologie),
- Aufhebung der Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit (allzeit verfügbar, auch im Urlaub)
- Kostendruck
- Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes
- Weite Wege zur Arbeit (Mobilitätsdruck)
- Lebenslanges Lernen (schneller Verfall des erlernten Wissens, Wissenexplosion)
- Häufige Ortswechsel (soziale und emotionale Isolation)
- Häufige Veränderungen in der Unternehmensstruktur

Gratifikationsmodell nach Siegrist



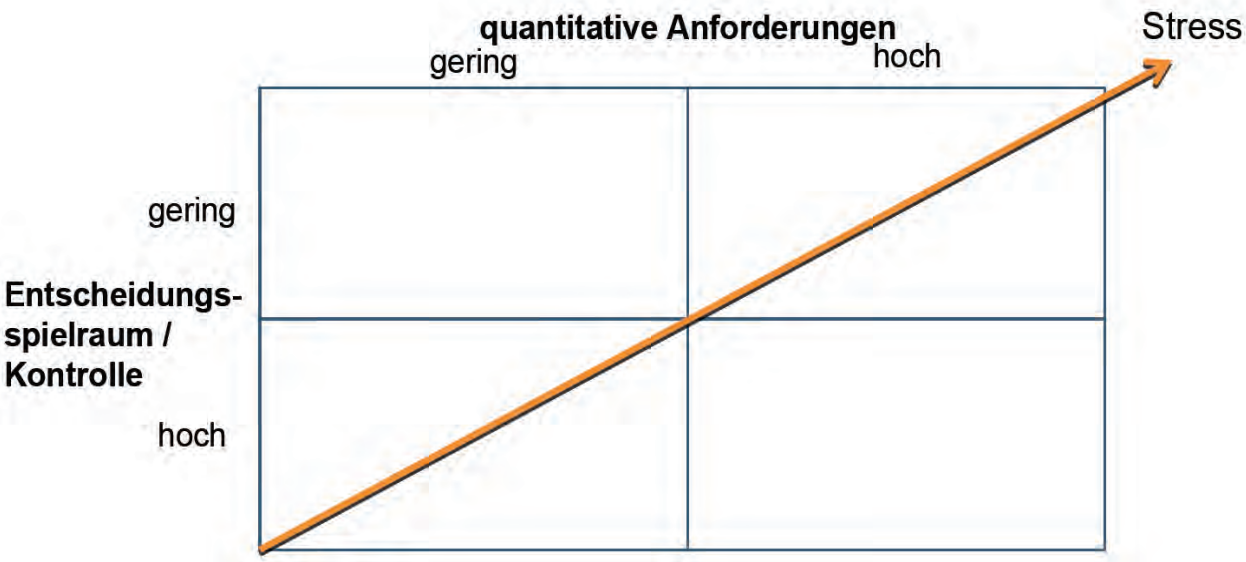
- Anforderungen
- Verpflichtungen

- kritische Bewältigung, z.B. berufliche Kontrollbestrebungen

- **Einkommen**
- **Anerkennung**
- **Statuskontrolle**

Siegrist 1995

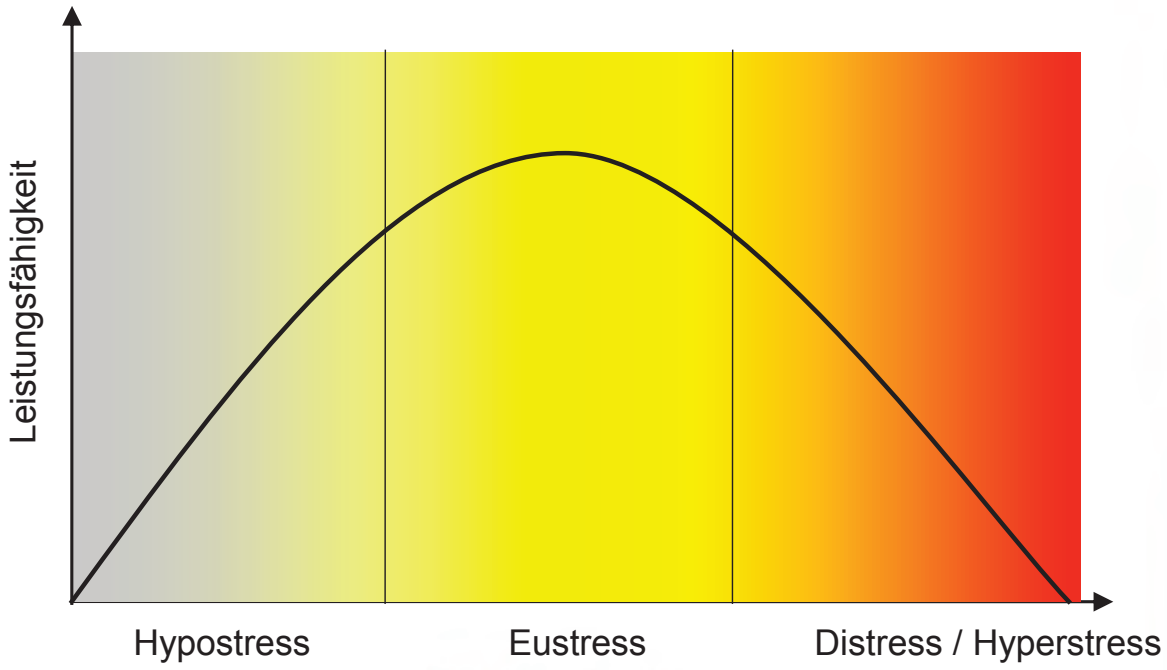
Anforderungs-Kontrollmodell nach Karasek



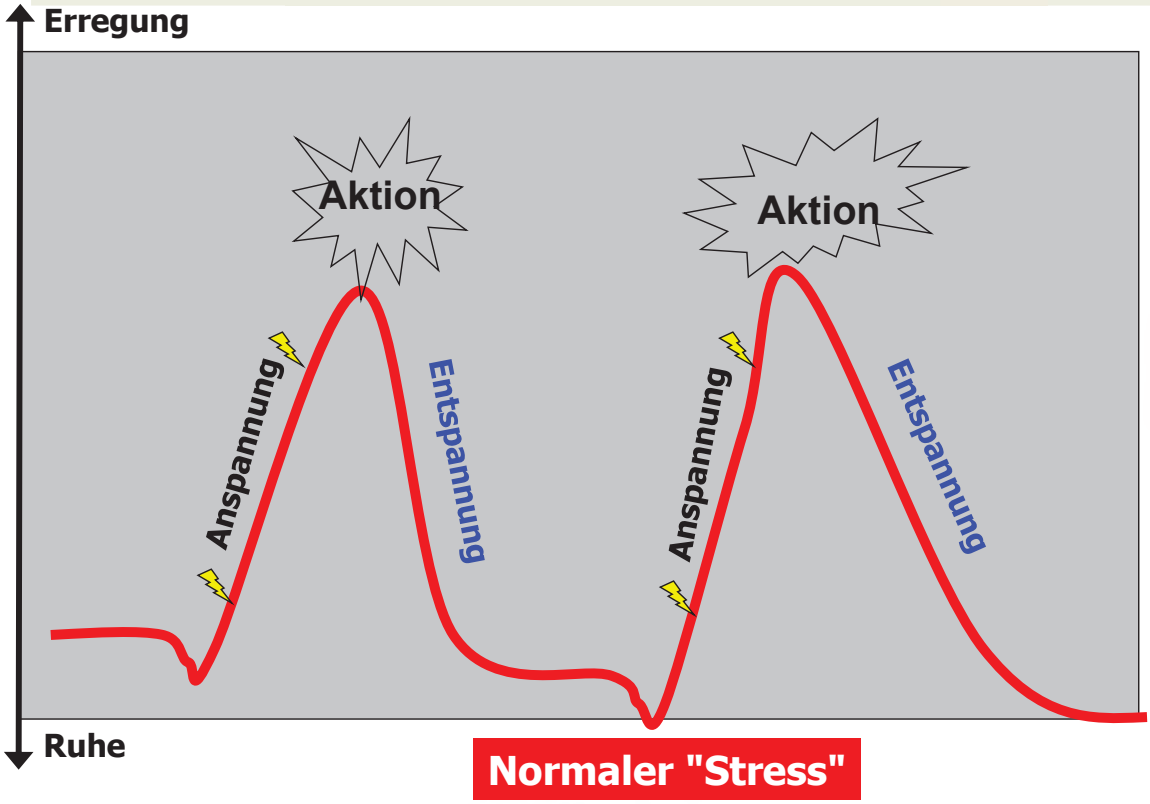
3. Stress und stressassozierte Erkrankungen

Auf die richtige Dosis kommt es an!

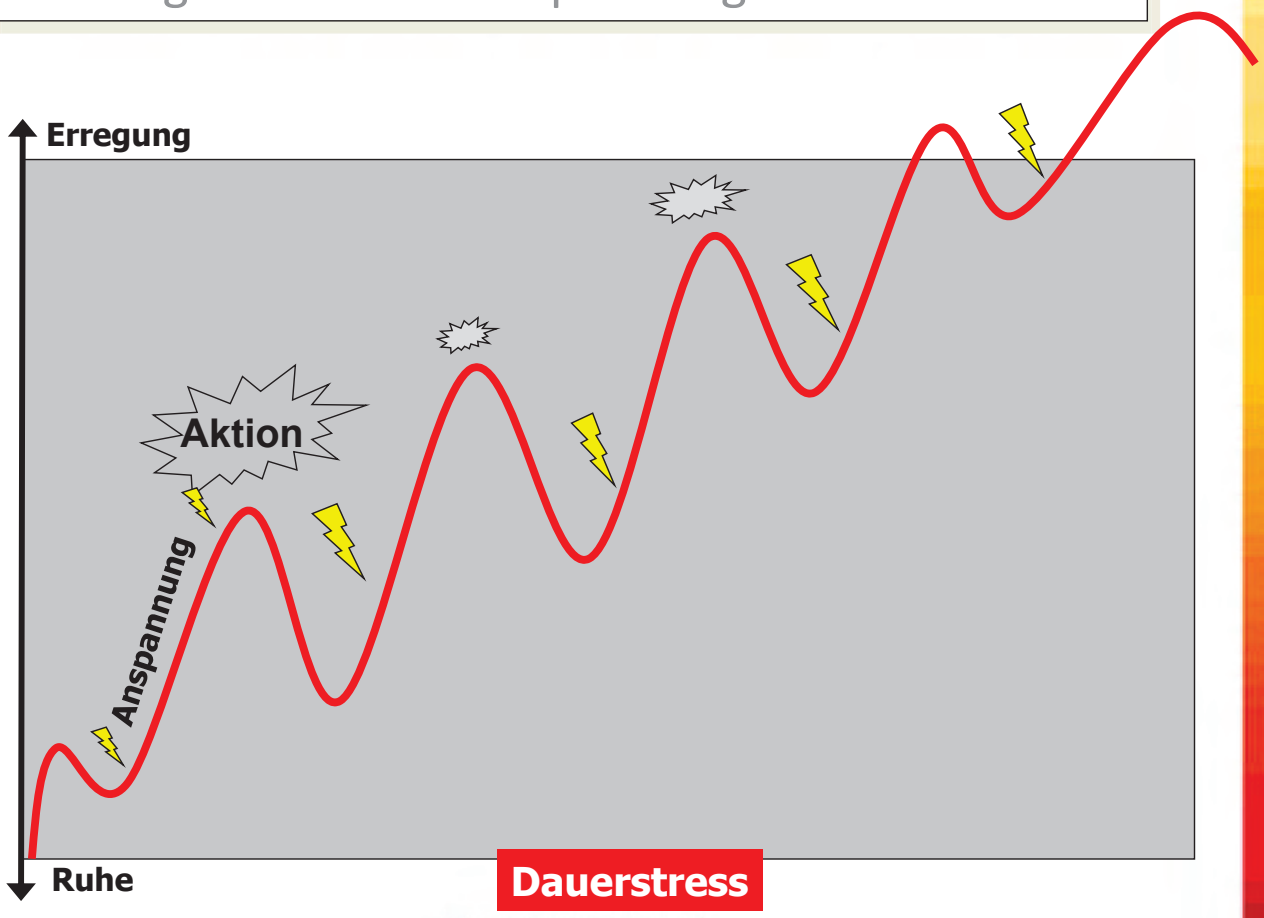
Stress und Leistung



Normaler Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung



Ständig wachsende Anspannung bei Dauerstress



"Geh Du vor", sagt die Seele zum Körper
"auf mich hört er nicht, vielleicht hört er auf Dich".
"Ich werde krank werden, dann wird er Zeit für Dich haben"
sagt der Körper zur Seele.

- Ulrich Schaffer -

Definition Burnout

Als **Burnout-Syndrom** wird eine Gesundheitsstörung verstanden, die als Überforderungsreaktion auf eine anhaltend und übermäßig belastende Berufsausübung entsteht.

Dinner, 2005

Leitsymptome:

- emotionale Erschöpfung (Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit)
- Depersonalisation (Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Zynismus)
- Abnahme der persönlichen Leistungsfähigkeit, Leistungsunzufriedenheit (Ineffektivität, Erleben von Misserfolg)

Bauer et al., 2003

Burnout –zwölf Stufen bis zur völligen Erschöpfung

KStA-Grafik: Groo, Quelle: www.naturanamed.de

Depression: Epidemiologie

- ca. 4 Millionen Bundesbürger (5 %) leiden zur Zeit an einer Depression
- Alle Altersgruppen und alle gesellschaftlichen Schichten
- Frauen doppelt so häufig wie Männer
- Erkrankungsalter sinkt
- Erkrankungshäufigkeit steigt

→ Ca. jede 4. Frau und jeder 8. Mann erkranken im Laufe des Lebens an einer Depression

4. Zusammenhang Führung und Gesundheit

Gesundheit als Führungsaufgabe – Vorgehen

- Veränderungen erkennen
- Veränderungen ansprechen (frühzeitig)
- Weiteres Vorgehen besprechen
- Nutzen antidepressiver Faktoren am Arbeitplatz
- Balance zwischen Verständnis und Konfrontation mit den Anforderungen

H-I-L-F-E Konzept bei belasteten MA

H insehen (erkennen)

I nitiative ergreifen (frühzeitiges Ansprechen)

L eitungsfunktion wahrnehmen

F ührungsverantwortung: Fördern – Fordern

E xperten hinzuziehen

Grundlage für Gespräche mit Mitarbeitern, die unter einer psychischen Störung leiden

Entwickelt vom BBK Bundesverband und der Familienselbsthilfe Psychiatrie für Vorgesetzte und Personalverantwortliche

Angelehnt an gestuften Interventionsplan zum Umgang mit Suchterkrankungen

Dimensionen gesunder Führung (Anne Katrin Matyssek)

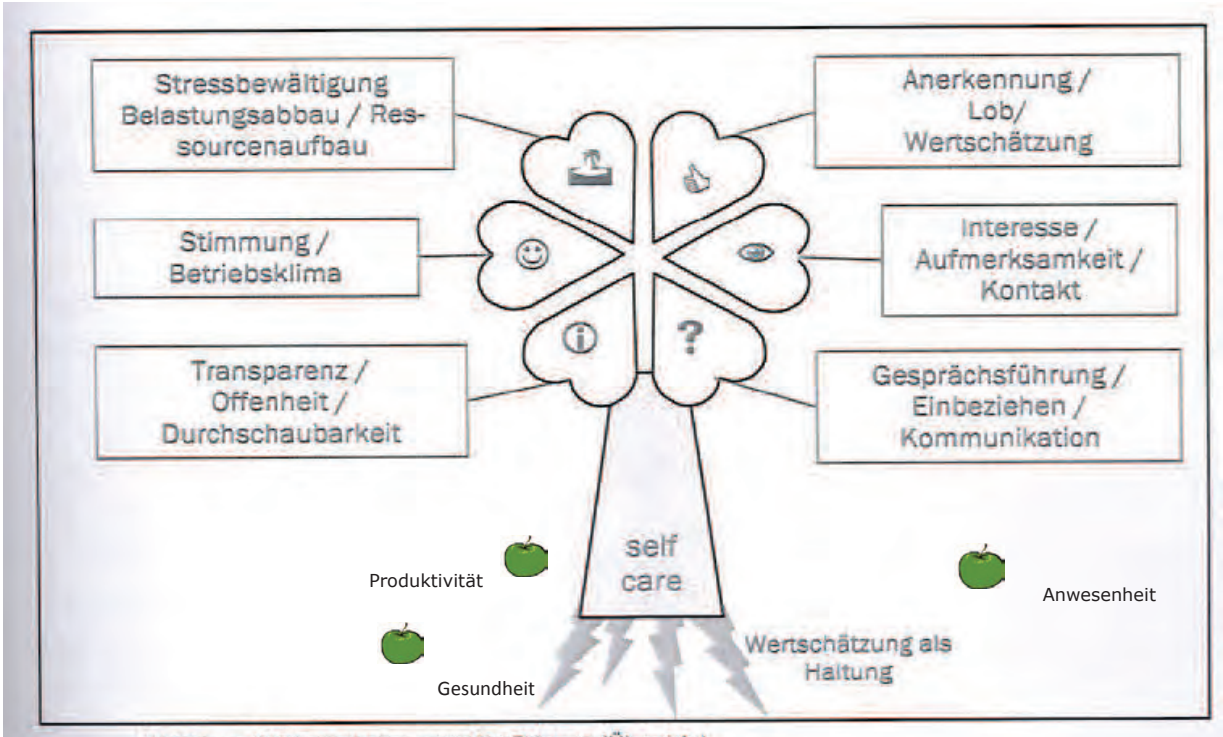


Abbildung 5: Dimensionen gesunder Führung (Übersicht)

Dr. Anne Katrin Matyssek

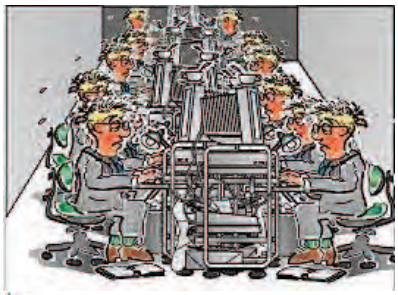
4. Prävention - Handlungsfelder

Prävention und Handlungsmöglichkeiten

<u>Verhältnisprävention</u>

Reduzierung potentieller Stressoren

- Arbeitsplatzgestaltung
- Arbeitsorganisation
- Soziale Unterstützung / Ansprechpartner
- Schaffung von Kommunikationsmöglichkeiten
- .....



Prävention und Handlungsmöglichkeiten

Verhaltensprävention

Stärkung der individuellen Ressourcen

- Aus- und Weiterbildung
- Zeitmanagement
- Einstellungsänderungen
- Ausgleichsstrategien
- körperliche Fitness
- Coaching / Beratung
- therapeutische Unterstützung
- ……..

Dipl.-Psych.B.Conradt

Was das Unternehmen tun kann

- Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeits- und Organisationsbedingungen
- Entwicklung von Arbeitszeit-und Schichtdienstmodellen, Berücksichtigung des demographischen Wandels
- Förderung eines gesundheitsorientierter Führungsstil
- Förderung eines gesundheitsorientierter Führungsstil
- Pflege einer wertschätzenden Unternehmenskultur
- Einbettung der Maßnahmen in Unternehmenskultur
- Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement
- Gesundheitsberichterstattung, Status-Quo Erfassung
- Bereitstellung eines innerbetrieblichen Beratungsangebot
- Individuelle Beratung für Führungskräfte im Umgang mit belasteten Mitarbeitern
- Vermittlung externer Hilfen (zeitnah, anonym)
- Seminare für Mitarbeiter und Führungskräfte (die eigene psychische und physische Gesundheit im Blick zu halten)
- Kurse für Stress- und Zeitmanagement, Entspannung, Bewegung
- …….

Gesundheitsförderung am Beispiel des LVR Klinikum Düsseldorf (I)

Basis: Arbeitskreis Gesundheitsmanagement

- Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement (BEM)
- Gesundheitszirkel
- Personalentwicklung: Regelmäßige Supervisionen, Teamtage
- Nachsorgekonzept nach Übergriffen
- Spezifische Fortbildungen z.B. Deeskalationstraining
- verbindliche Schulung von Führungskräften

Gesundheitsförderung am Beispiel des LVR Klinikum Düsseldorf (II)

- Hilfe bei seelischen Problemen (über Betriebsarzt)
- Nutzung von Unterstützungsmöglichkeiten beim LVR (z.B. coaching, Seminare, Beratung von Führungskräften)
- Beratungsangebot für pflegende Angehörige; Sozialberatung
- Betriebliche Suchtberatung: -> Suchtbeauftragter LVR- Klinikum
  -> Broschüre zum Thema Alkohol am Arbeitsplatz
- Betriebskindergarten, familienfreundliche Arbeitszeiten

Gesundheitsförderung am Beispiel der LVR Klinikum Düsseldorf (III)

- Gesundheitsaktionen z.B.
  - -> Kostenfreie Zusatzunter-suchungen durch Betriebsarzt
  - -> Düsseldorf gegen Darmkrebs
  - -> Mit dem Rad zur Arbeit
- Gesundheitsinformationen
  - -> z.B.richtiges Trinken macht fit!
  - -> Rückenfit am Arbeitsplatz
- Kursangebote z.B.
  - -> Yoga Kurse
  - -> Tai- Chi Kurs
  - -> Stress lass nach – Wege zur inneren Balance
  - -> Life Kinetik
- Betriebssport

Was die Führungskraft tun kann

Führungsverantwortung übernehmen

- Vorbild sein
- Klima der Wertschätzung
- Mitarbeiterorientierten Führungsstil
- Kenntnis über Belastungen des Arbeitsfeldes und der Belastbarkeit der Mitarbeiter
- Psychische Gesundheit fördern durch Stärkung von Ressourcen
- "Tüchtig oder süchtig" unterscheiden lernen
- Probleme ansprechen, ohne Therapeut zu sein

→ Führungskräfte sind auch Mitarbeiter, die Verantwortung für sich tragen

Was der einzelne tun kann
Waage-Modell der seelischen Gesundheit

Grenzbereich

Bereich seelischer Krisen

Bereich seelischer Gesundheit

Nach Kieserg & Hornung (1996)

www.beratung-conradt.de

Erhöhung der Belastbarkeit / Förderung individueller Ressourcen-Resilienzstärkung

- Sportliche Aktivitäten
- Soziale Unterstützung
- Entspannungsverfahren
- Kognitives Stress-management

www.beratung-conradt.de

Auch die
Führungskraft ist
Mitarbeiter!

Bleiben Sie gesund**!**

www.beratung-conradt.de

Qualitäts- und Risikomanagement

Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie

vom 22. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Reinhard Belling,
Vitos GmbH

vitos:

Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie //

VKD-Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie, 22.10.15, Göttingen

Reinhard Belling
Geschäftsführer Vitos GmbH

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Inhaltsverzeichnis //

- Einführung
- Qualitätsmerkmale bei Vitos
- Auswahl von Qualitätsindikatoren
- Überblick zu den ersten Ergebnissen
- Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Einführung //

Aufgabe: Qualitätsindikatoren für psychiatrische Versorgungsangebote entwickeln

Ziel: mithilfe geeigneter Qualitätsindikatoren medizinische und therapeutische Behandlung in der stationären, psychiatrischen Versorgung beurteilen

Vorgehen:

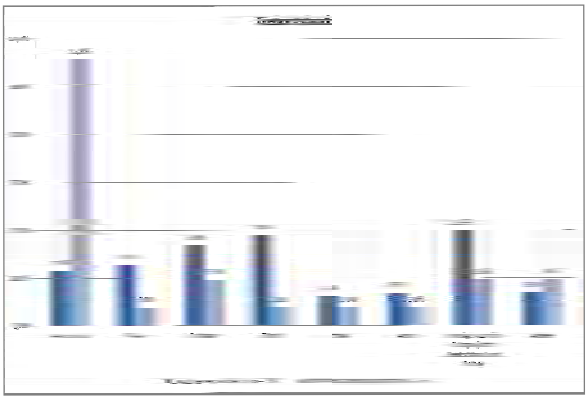
- wichtigstes Ziel: Ergebnisqualität erheben
- daneben struktur- und prozessqualitative Daten analysieren
- medizinischen Versorgung und Betreuung der Patienten mittels Benchmarking verbessern
- Indikatoren für die Gestaltung des täglichen, individuellen Patientenkontakts nutzen

vitos:

Qualitätsmerkmale bei Vitos //

Ergebnisse der Migrationserhebung

- Vitosweit liegt der Anteil an Patienten mit Zuwanderungsgeschichte bei etwa 19,2%
- Das jeweilige Geburtsland unterscheidet sich stark zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Familiensprache ist bei 42,9 % der Patienten mit Migrationshintergrund in der Erwachsenenpsychiatrie und bei 65,1 % in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Deutsch

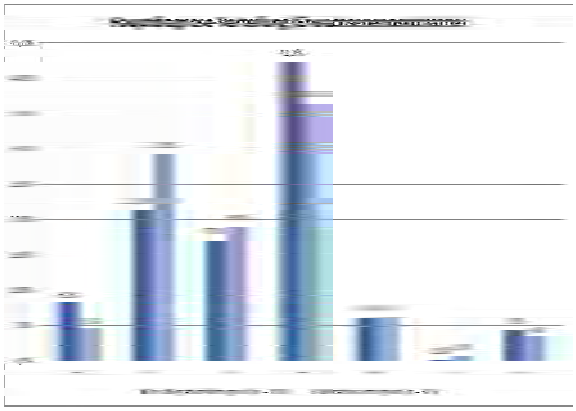


vitos:

Qualitätsmerkmale bei Vitos //

Ergebnisse der Migrationserhebung

- Die größten Auffälligkeiten gibt es bei Suchterkrankungen (F1-Diagnosen). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen werden häufiger bei Patienten mit Migrationshintergrund diagnostiziert
- Der Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund in der Gerontopsychiatrie (F0-Diagnosen) wird voraussichtlich in den nächsten Jahren steigen (zum Teil demografischer Effekt)



Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Qualitätsmerkmale bei Vitos //

Ergebnisse der Migrationserhebung

	Prozentualer konzernweiter Anteil *
Unzureichende Verständigung in deutscher Sprache	23,1 % (n = 394)
War die Kommunikation im **Diagnostikprozess** erschwert / teilweise erschwert?	34,1 % (n = 387)
War die Kommunikation in der **Therapie** erschwert / teilweise erschwert?	36,0 % (n = 392)
Dolmetschereinsatz im Rahmen der **Diagnostik**	7,3 % (n = 395)
Wenn die **Therapie** in einer anderen Sprache stattfand, dann vorwiegend mit…	6x Profi-Dolmetscher 9x Vitos-Dolmetscher 3x Familienangehörige

- Berücksichtigt wurde hier nur die Teilstichprobe der Migranten (n = 394). Betrachtet man alle Patienten (mit und ohne Migrationshintergrund), so beträgt der konzernweite und fachbereichsübergreifende prozentuale Anteil an Patienten, die sich nur unzureichend auf Deutsch verständigen können, 11,1 %
- Obwohl sich 23,1 % der Patienten mit Migrationshintergrund nur unzureichend in deutscher Sprache verständigen konnten, wurden im Rahmen der Diagnostik nur in 7,3 % der Fälle Dolmetscher eingesetzt

Ein Unternehmen des LWVHessen

* Die angegebenen prozentualen Anteile wurden auf Basis der befragten Patienten mit Migrationshintergrund errechnet

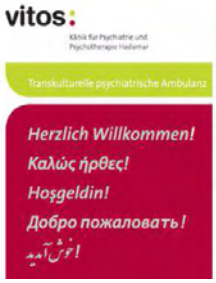
vitos:

Qualitätsmerkmale bei Vitos //

Empfehlungen aus der AG der Migrationsbeauftragten

Ziel: 100 % = Dolmetschereinsätze sollen immer dann erfolgen, wenn diese benötigt werden

- Vernetzung zwischen den Vitos Gesellschaften und ortsnahen Dolmetscherdiensten
- Hausinterne Dolmetscherlisten
- Schulung hausinterner Dolmetscher für ihre verantwortungsvolle Tätigkeit
- Außerdem: Übersetzung wichtiger Formulare und Patienteninformationen sowie Ausbau eines fremdsprachigen Internetauftritts



Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Auswahl von Qualitätsindikatoren //

Vitos Projektgruppe

- Initiierung einer Projektgruppe „Qualitätsindikatoren“ unter Beteiligung u.a. von leitenden Ärzten mehrere Vitos Kliniken und Vertretern des Qualitätsmanagements
- Herausforderung an die Projektgruppe: die ausgewählten Scores sollten dazu geeignet sein, in die Therapieplanung und Abschlussdokumentation einzufließen
- Umsetzung von IT-technische Erfassungs- und Auswertungsmöglichkeiten
- Ziel: Erfassungsquote in den Kliniken von 50%
- Erst nach Erreichen dieses ersten Zielpunkts gehen die Daten in die Ergebnisbewertung ein

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Auswahl von Qualitätsindikatoren //

Überblick zu den gewählten Instrumenten

- Systematische Erfassung von „Zwangsmaßnahmen“
  - Nach Anlass, Art und Dauer
- Allgemeinen „Krankheitsschwere“ als Prä-Post-Messung
  - **CGI** (Clinical Global Impression Scale) Zur Bestimmung des aktuellen Schweregrads und der Veränderung einer psychischen Erkrankung - Fremdbewertung
  - **GAF** (Global Assessment Scale of Functioning) Zur Beurteilung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen eines Patienten beziehungsweise seiner Beeinträchtigung – Fremdbewertung
- Störungsspezifische Messinstrumente
  - **BDI** (Beck'sches Depressionsinventar), für die Selbsteinschätzung der depressiven Patienten (Diagnoseschlüssel ICD 10 F3)
  - **PANSS-8** (Positiv and negativ Syndrom Scale) als psychopathologisches Fremdrating von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD 10 F 2)

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Auswahl von Qualitätsindikatoren //

Mit guter Dokumentation zu Qualitätsindikatoren

	Erfassungsquoten									
Qualitäts-indikator	Vitos Klinik A	Vitos Klinik B	Vitos Klinik C	Vitos Klinik D	Vitos Klinik E	Vitos Klinik F	Vitos Klinik G	Vitos Klinik H	Vitos Klinik I	Vitos Klinik J
CGI diagnoseüber-greifend	**94,35**	**72,4**	**63,73**	**57,00**	**94,20**	**67,00**	**34,00**	**77,49**	**99,79**	**95,73**
GAF diagnoseüber-greifend	**94,35**	**73,50**	**64,29**	**67,00**	**91,50**	**68,00**	**35,00**	**19,56**	**99,79**	**95,55**
PANSS bei Schizophrenie	**78,03**	**59,9**	**42,68**	**17,00**	**86,30**	**26,00**	**21,00**	**70,00**	**63,91**	**85,31**
BDI bei Depression	**83,41**	**52,1**	**36,92**	**17,00**	**13,80**	**40,00**	**16,00**	**74,53**	**84,33**	**77,46**

Für den BDI gibt es keine Vorgabe für die Erfüllungsquote (= freiwillige Selbstauskunft des Patienten).

Übersicht über die Erfassungsquoten in Prozent der Gesamtzahl der Fälle bei den bei Aufnahme und Entlassung erhobenen Qualitätsindikatoren (Scores) in den verschiedenen psychiatrischen Vitos Kliniken

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Überblick zu den ersten Ergebnissen //

Erste Auswertungen liegen vor

- Darstellung der Wert-Differenzen zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt hinsichtlich der Krankheitsschwere (GAF, CGI)
- Auswertung der PANSS 8-Skala in Verbindung mit dem erhobenen Rechtsstatus

⇒ Künftig wird die Risikoadjustierung eine große Rolle spielen

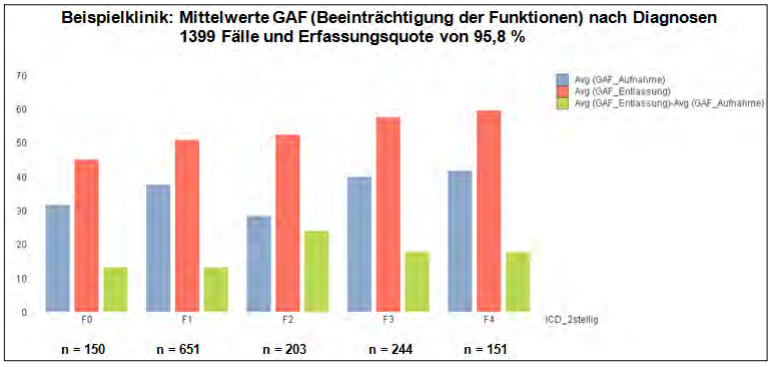
⇒ Regelmäßige Trainings sollen dazu beitragen, dass die Interraterreliabilität in den Kliniken auf einem gleichen oder mindestens ähnlichen Bewertungsmaßstab beruht

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Überblick zu den ersten Ergebnissen //

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)



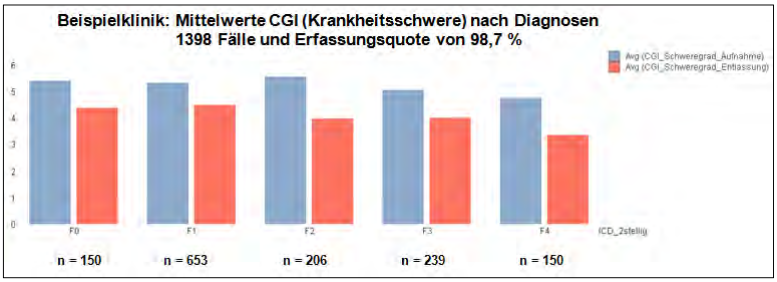
Funktionsniveau GAF bei Aufnahme, Entlassung sowie Differenz aus Aufnahme und Entlassung (Mittelwerte), Zunahme des Punktwerts (der Funktionsniveaus) während der stationären Versorgung aufgeschlüsselt nach den an der ICD 10 orientierten Störungsgruppen der Hauptdiagnose (zum Beispiel F3 = affektive Störungen)

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Überblick zu den ersten Ergebnissen //

Clinical Global Impression Scale (CGI)



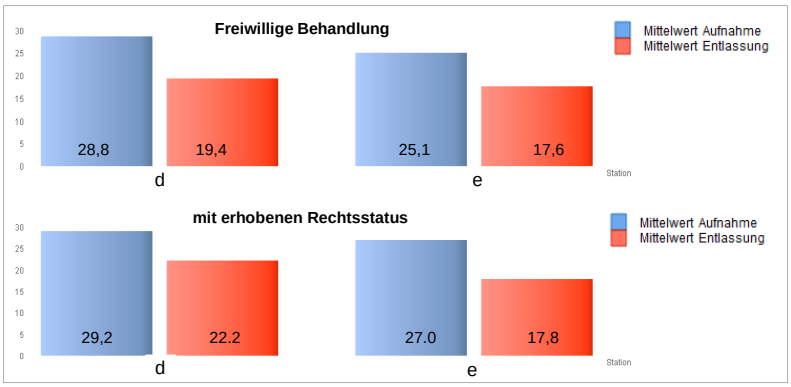
Krankheitsschwere CGI nach ICD 10-Hauptdiagnose aufgegliedert (zum Beispiel F1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) bei Aufnahme und Entlassung (Mittelwerte), Abnahme des Punktwerts (der Krankheitsschwere) während der stationären Versorgung

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Überblick zu den ersten Ergebnissen //

PANSS 8



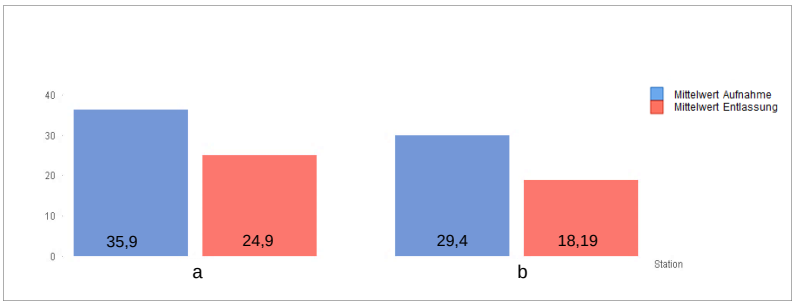
PANSS 8 Mittelwerte Aufnahme und Entlassung mit und ohne richterliche Unterbringung
Station d mit 103 Fällen, davon 33 untergebrachte Patienten (Erfassungsquote 94-96%)
Station e mit 78 Fällen, davon 32 untergebrachte Patienten (Erfassungsquote 97,5-100%)

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Überblick zu den ersten Ergebnissen //

BDI II



BDI II Mittelwerte bei Aufnahme und Entlassung
Station a mit 16 Fällen, durchschnittliche Verweildauer 38,1 Tage
Station b mit 24 Fällen, durchschnittliche Verweildauer 33,6 Tage

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren //

Bausteine für die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren

Vielfältige Entwicklungsperspektiven sind erkennbar, bspw.:

- Weitere Krankheitsbilder und Sektoren einbeziehen
- Allgemeine Scores der Lebensqualität
- Prozessqualitative Elemente mit den vorhandenen Qualitätsindikatoren verschränken (Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen)
- PEPP
- § 64 b SGB V

Ein Unternehmen des LWVHessen

vitos:

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ein Unternehmen des
LWVHessen

Qualitäts- und Risikomanagement

Vom Risiko und seinem Management in der Psychiatrie

vom 22. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer,
LWL-Universitätsklinikum Bochum, LWL-Klinik Herten und
LWL-MRV-Klinik Herne

„Vom Risiko und seinem Management in der Psychiatrie?“

49. Fachgruppentagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD
- 22.10.2015 -

LWL Für die Menschen. Für Westfalen Lippe. LWL-Universitätsklinikum Bochum – LWL-Klinik Herten – LWL-MRV-Klinik Herne

Kurze Vorstellung:

- Name: Michael Kramer
- Ausbildung: Arbeits- & Organisationspsychologe; Krankenpfleger
- Position: Abteilungsleiter für Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie,
  davor Leiter „Stabsstelle QM, Medizincontrolling, A&O-Psychologie“

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer Abteilung Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie

„Begrifflichkeiten 1“: Was ist Risiko?

Risiko leitet sich aus dem frühitalienischen 'ris(i)co' ab, die Klippe, die es zu umschiffen gilt.

LWL Für die Menschen. Für Westfalen Lippe. LWL-Universitätsklinikum Bochum – LWL-Klinik Herten – LWL-MRV-Klinik Herne

„Begrifflichkeiten 1“: Was ist Risiko?

Risiko

= Abweichung von einem erwarteten Wert

= Produkt aus Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenshöhe

= als Chance (Grad der Wahrscheinlichkeit) des Verlustes

= Unsicherheit

„Risiko ist das besondere Kennzeichen einer Situation, die durch mangelnde Voraussehbarkeit des Kommenden mögliche Schäden, Verluste u. dgl. In Aussicht stellt.“

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer Abteilung Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie

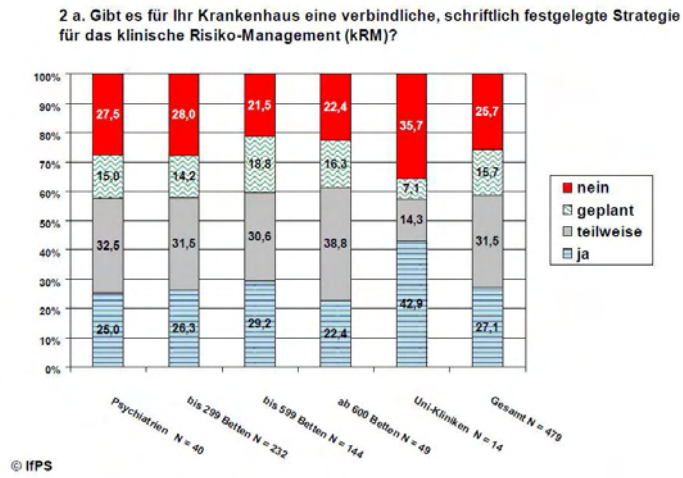
„Warum kümmert uns das Thema Risikomanagement?“

„Seit das Patientenrechtegesetz im Februar 2013 in Deutschland in Kraft getreten ist und sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Januar 2014 über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V geeinigt hat, ist die Einführung eines klinischen Risikomanagements (kRM) verpflichtend für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser.“ (IfPs, 2012)

„(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum 26. Februar 2014 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren.“…

& weil es Geld kosten kann, kein RM zu betreiben

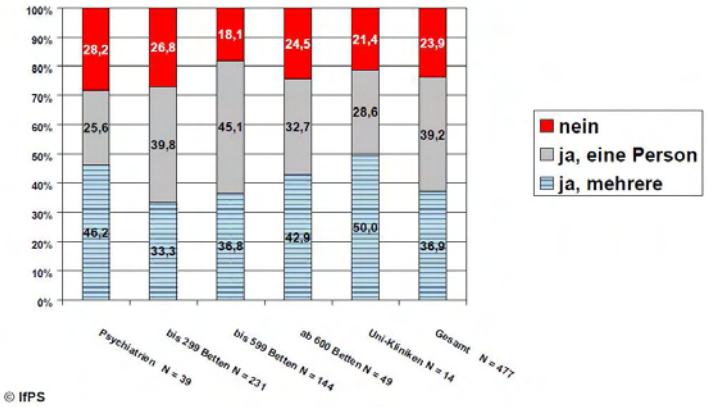
Empirie



IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

Empirie

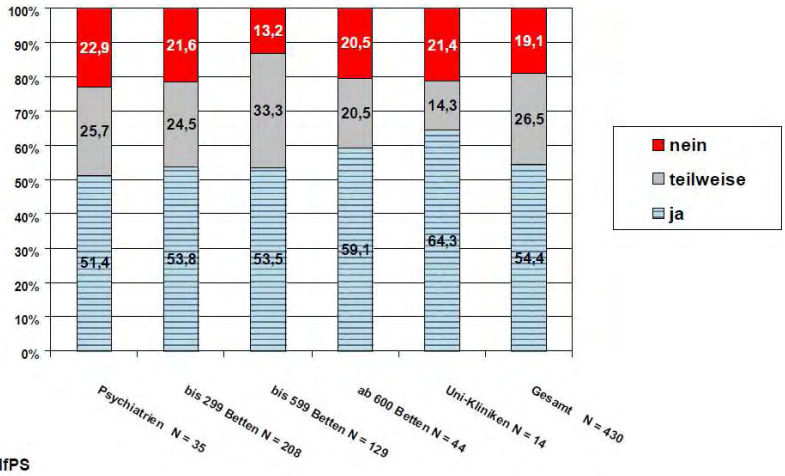
3 a. Gibt es Mitarbeiter in Ihrem Krankenhaus, die in zentraler Funktion die Aktivitäten für das kRM koordinieren und deren Umsetzung steuern?



IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

Empirie

3 c. Ist / Sind diese (-r) Mitarbeiter zugleich im Qualitätsmanagement beschäftigt?



IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

„Ist Risikomanagement teil des QM?“

KTQ Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

5.5.1.1.PLAN

- Die Zielsetzungen des umfassenden Risikomanagements
- Das Konzept zum Einsatz eines klinischen Risikomanagements (z.B. CIRS, Risikoaudits, Fehlerursachenanalysen, Meldekreise)
- Die Verantwortlichkeit und Maßnahmen des finanziellen Risikomanagements (z.B. Liquiditätsplan, Frühwarnsysteme)
- Die abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Nutzung der Instrumente (z.B. auch Belegärzte)
- Den Aufbau einer „Fehlerkultur“

5.5.1.2.DO

- Die Durchführung einer umfassenden Risikoanalyse
- Die Maßnahmen, die gewährleisten, dass Mitarbeiter angstfrei Zwischenfälle und Beinahezwischenfälle melden können
- Die Sicherstellung der Zugänglichkeit der Meldesysteme und anderer Instrumente des klinischen Risikomanagements
- Die Schulungen zur Befähigung der Mitarbeiter für eine aktive Nutzung der Meldekreise

5.5.1.3.CHECK

- Die Akzeptanz des umfassenden Risikomanagementsystems (z.B. bei Mitarbeitern, Versicherern, Wirtschaftsprüfern)
- Die Zahl der Meldungen zu Zwischenfällen und Beinahezwischenfällen
- Die Anzahl und Art der Meldungen, die zu einer Optimierung geführt haben
- Den Abgleich der Ergebnisse mit anderen Abteilungen bzw. Einrichtungen

LWL Für die Menschen. Für Westfalen Lippe. LWL-Universitätsklinikum Bochum – LWL-Klinik Herten – LWL-MRV-Klinik Herne

„Ist Risikomanagement teil des QM?“

Abgeleitet aus dem QM (DIN 9001ff; Deming-Zyklus)

DIN 31000:2009

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer Abteilung Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie

„Ist Risikomanagement teil des QM?“

Das Qualitätsmanagement

schafft Strukturen, Standards, legt Verantwortlichkeiten fest, beschreibt Prozesse und Schnittstellen und ermöglicht damit die verbindliche Einigung auf zu erreichende Qualitätsstandards in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Das Fehlermanagement

nutzt über die Analyse von bereits geschehenen Fehlern oder Beinahe-Fehlern die Möglichkeit, aus der Vergangenheit zu lernen. Hier wird die retrospektive Betrachtung für zukünftige Fehlerreduktion genutzt

Das Risikomanagement

ist die prospektive Analyse möglicher zukünftiger Probleme. Mögliche Entwicklungen oder Ereignisse werden antizipiert und anhand ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit und der möglichen Schadenswirkung bewertet

Abb. 1: Abgrenzung Qualitätsmanagement, Fehlermanagement, Risikomanagement

aus B. Lang, Risikomanagement im Krankenhaus (in Risikomanagement und Risikocontrolling, Haufe)

„Begrifflichkeiten 2“: Was soll eigentlich erfasst werden?

Unerwünschtes Ereignis[1]: *„Eine Schädigung, die das Ereignis der medizinischen Behandlung ist und nicht dem zugrunde liegenden Gesundheitszustand des Patienten geschuldet ist. […] Sie sind unmittelbar auf die medizinische Behandlung zurückzuführen […]“ „Vorkommnisse bzw. Ereignisse, die möglicher Weise, aber nicht zwangsläufig zu einem konsekutiven Schaden für den Patienten führen.“*

Unerwartetes Ereignis[2]: *= Unerwünschtes Ereignis ohne zwingenden Ursprung in der medizinischen Behandlung.*

Fehler[1]: *„Ein richtiges Vorhaben wird nicht wie geplant durchgeführt, oder dem Geschehen liegt ein falsches Ziel zugrunde.“ …„Ein Fehler ist eine Abweichung von einem optimalen Zustand oder Verfahren; er ist somit als Regelverletzung zu bewerten.“*

Aktiver Fehler[1]: *„Aktive Fehler treten auf der Ebene der praktisch tätigen Leistungsträger auf (etwa die Verabreichung einer falschen Arzneimitteldosis) und sind einfacher zu messen, da sie zeitlich und räumlich begrenzt sind.“*

Beinahe-Fehler[1]: *„Ein Fehler, wobei das Abweichungen rechtzeitig erkannt wird und so ein tatsächlicher Fehler vermieden wird. Als Beinahe-Fehler gilt jedes Vorkommnis, das unerwünschte Folgen hätte haben können, im konkreten Fall jedoch nicht hatte und abgesehen vom Ergebnis (Outcome) von einem richtigen unerwünschten Ereignis nicht zu unterscheiden war.“*

Kritisches Ereignis[1]: *„Ein Ereignis, das mit einem Schädigungspotential einhergeht, das eintreten wird, wenn nicht gegengesteuert wird.“*

Zwischenfall[1]: *„Ein Ereignis (incident) im Rahmen einer Heilbehandlung, welches zu einer unbeabsichtigten und/oder unnötigen Schädigung einer Person oder zu einem Verlust hätte führen können oder geführt hat.“*

Gesundheitsschaden[1]: *„Eine vorübergehende oder dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigung, die der Patient im Zusammenhang mit der Heilbehandlung, unabhängig von einem eventuellen Verschulden des Behandlers erlitten hat.“*

[1] nach Thomeczek et al. (2004); [2] nach Hartel (2009)

Zur Vereinfachung für die Praxis bleiben wir heute beim „Risiko“

„Was gehört zum Risikomanagement?“: methodisch

Risikomanagement beinhaltet die systematische…

- Erfassung
- Bewertung
- Vermeidung von Risiken = Problemen / Situationen…
  - Planung
  - Durchführung von Maßnahmen
  - Überprüfung der Wirksamkeit
  - Evaluation des RM-Systems

- Risiko- & ggfs. Schadenskommunikation

LWL Für die Menschen. Für Westfalen Lippe. LWL-Universitätsklinikum Bochum – LWL-Klinik Herten – LWL-MRV-Klinik Herne

„Was gehört zum Risikomanagement?“: inhaltlich

- Medizinische Behandlung
- Personal
- Umwelt
- Finanzen
- Technik
- Logistik
- Kommunikation
- Datenschutz
- Allgemeine Sicherheit
- Arbeitsschutz
- Marktrisiken

aus B. Lang, Risikomanagement im Krankenhaus (in Risikomanagement und Risikocontrolling, Haufe)

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer Abteilung Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie

„Was steht einem umfassenden RM im Weg?“

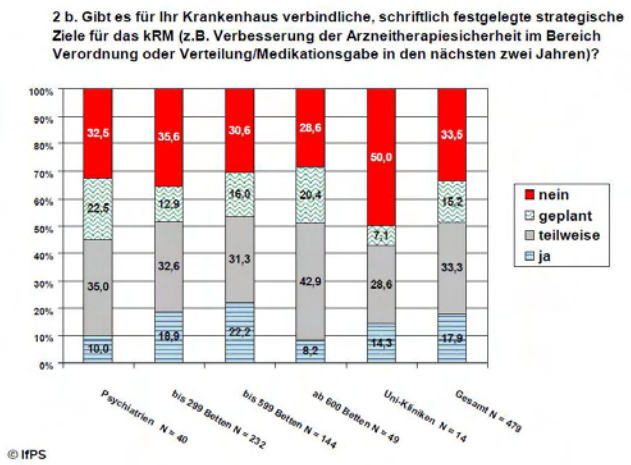
• die oft zitierte Hierarchie der deutschen Kliniken mit entsprechend schlecht ausgebildeten Kommunikationsstrukturen,

• starre Organisationsstrukturen mit strikter Trennung von ärztlichem, pflegerischem, technischem und administrativem Bereich und letztlich

• ein immer noch fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich der finanziellen Folgen von eingetretenen Risiken, die das gesamte Krankenhaus und damit auch den eigenen Arbeitsplatz bedrohen.

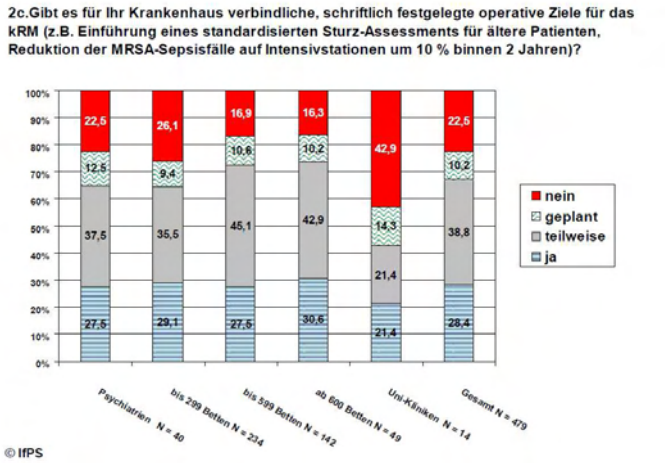
aus B. Lang, Risikomanagement im Krankenhaus (in Risikomanagement und Risikocontrolling, Haufe)

Empirie



IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

Empirie



IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

„Wie können Risiken erfasst werden?“

- Expertenmeinungen
- Literaturrecherchen
- Mitarbeiter- und Patientenbefragungen
- tatsächliche Vorkommnisse (bes. Vorkommnisse)
- Qualitätssicherungsverfahren (QSV, QSA)
- berichtete Beschwerden und Verbesserungsideen
- beinahe Vorkommnisse („Critical Incident Reporting Sytem“)

„Was ist CIRS?“

Ein **Critical Incident Reporting System (CIRS)** (deutsch *Berichtssystem über kritische Vorkommnisse*) ist ein **Berichtssystem zur anonymisierten Meldung** von kritischen Ereignissen (englisch *critical incident*) und Beinahe-Schäden (englisch *near miss*) in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Luftfahrt.

Diese Systeme arbeiten im Internet auf einer **anonymen Basis** oder allein auf dem Postweg zum **sicheren Schutz der Daten**.

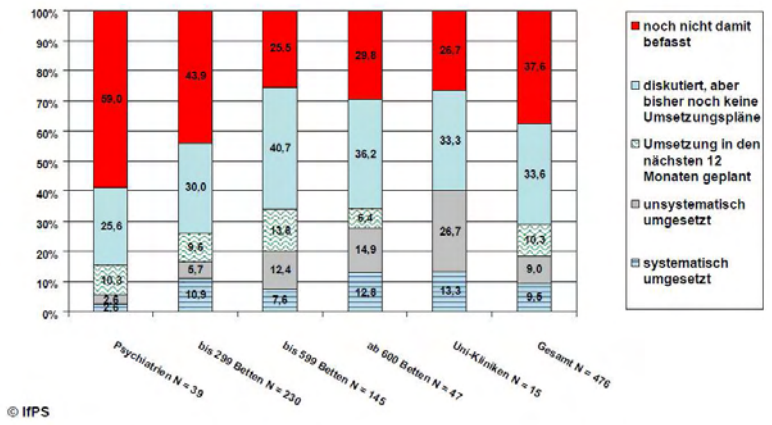
Der Berichtende (Arzt, Pfleger, Sanitäter etc.) **füllt anonymisiert ein Online-Formular über den Vorfall aus** und kann bereits **Lösungsvorschläge**, um ein erneutes Auftreten dieses kritischen Ereignisses zu verhindern, hinzufügen. **Anschließend bewerten Experten** des CIRS (z. B. Fachärzte, Lehrsanitäter) den Vorfall und geben **ihrerseits Lösungsvorschläge** ab. Der Vorfall wird nun im CIRS-Portal veröffentlicht, um anderen die Möglichkeit zu geben aus Fehlern zu lernen.

Mit solchen Online-Portalen soll die bislang **wenig ausgeprägte Fehlerkultur** in medizinischen Berufen **verbessert** werden. Das Wichtige, um potentiell tödliche Fehler zu vermeiden, sei: „Lernen, darüber zu sprechen“.

aus Wikipaedia am 19.10.2015

Empirie

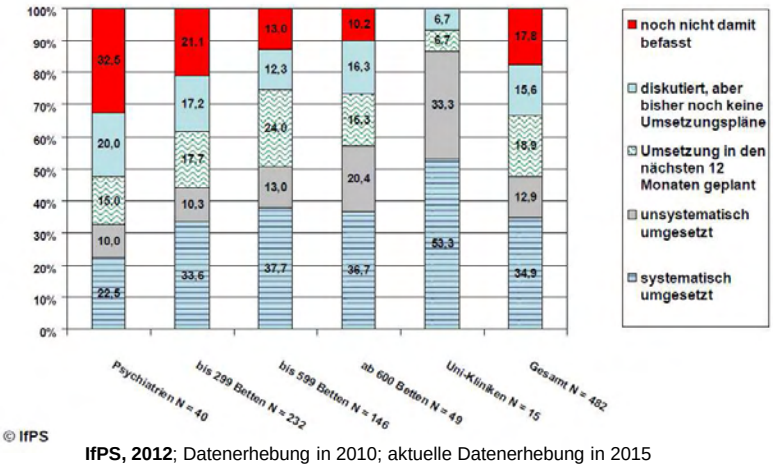
5 I. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch: Beteiligung an internet-basiertem CIRS (Critical Incident Reporting System) von Fachgesellschaften, Berufsverbänden wie PASOS, CIRS-Medical u.a.



IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

Empirie

5 m. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Lokales CIRS



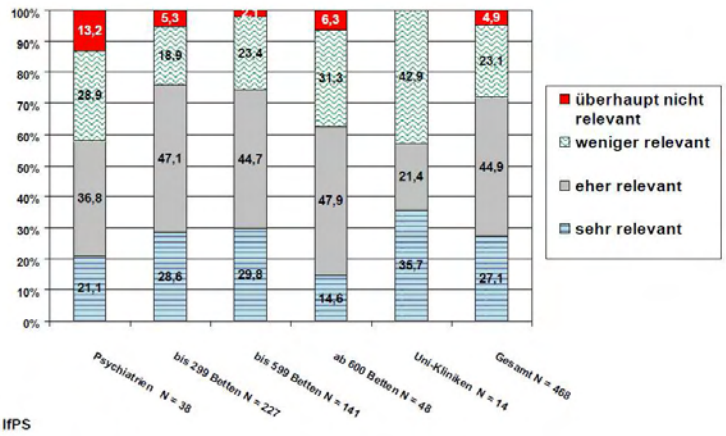
© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

LWL Für die Menschen. Für Westfalen Lippe. LWL-Universitätsklinikum Bochum – LWL-Klinik Herten – LWL-MRV-Klinik Herne

Empirie

10.1b Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM…
- Methoden der Risikoinformationssammlung (ohne CIRS)



© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer Abteilung Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie

Praxis-beispiel

Zum Umgang mit einer

Entlastungsanzeige / Qualitätssicherungsvermerk

in der LWL Klinik Herten

Pflegedirektion und Personalvertretung der LWL- Klinik Herten sind übereingekommen, das „Instrument" Entlastungsanzeige / Qualitätssicherungsvermerk systematisch für den Pflegebereich anzuwenden. Ein entsprechendes Verfahren wurde gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement erarbeitet.

Was ist eine Entlastungsanzeige?
Die Entlastungsanzeige ist eine schriftliche Mitteilung an den Arbeitgeber bezüglich der Arbeitsbedingungen, die eine ordnungsgemäße Erfüllung der Arbeitsleistung gefährden, womöglich die Patienten gefährden, oder die Beschäftigten über Gebühr (gesundheitlich) belasten.

Warum wird die Entlastungsanzeige eingeführt?
- Sie dient dem Schutz des Personals vor möglichen Haftungsansprüchen und soll ermöglichen evtl. Mängel abzustellen
- Sie dient dem Schutz vor unangemessener gesundheitlicher Belastung
- Sie soll dazu dienen evtl. strukturelle Mängel aufzuzeigen und diese ggf. zu beheben
- Sie gibt der Pflegedirektion, Personalvertretung und Qualitätsmanagement die Möglichkeit sich mit der dargestellten Problematik zu befassen.
- Hinweis: Auch bei Erstellung einer Entlastungsanzeige ist das Personal weiterhin verpflichtet, nach besten Kräften ihre Aufgabe sach- und fachgerecht durchzuführen.

Was habe ich zu tun?
Im Falle einer schwierigen Situation, die ggf. die Patientenversorgung gefährdet, wird unverzüglich die beiliegende Entlastungsanzeige/Qualitätssicherungsvermerk ausgefüllt und entsprechend weitergeleitet. Auf der Vorderseite wird die Situation beschrieben und auf der Rückseite werden die ergriffenen Maßnahmen dokumentiert.

Wie ist das Verfahren?
Das ausgefüllte Formular wird an den/die direkte(n) Vorgesetzte(n) bzw. dessen Vertretung vor Ort weitergeleitet. Dieser(r) prüft die Situation und dokumentiert, die von ihm/ihr initiierten Maßnahmen zur Abhilfe. Danach wird das Formular an die Pflegedirektion geleitet. Auch hier werden die Situation und die bisher eingeleiteten Maßnahmen geprüft und ggf. um weitere Maßnahmen ergänzt, dokumentiert auf dem selben Formular. Im Anschluss daran wird die Entlastungsanzeige/Qualitätssicherungsvermerk (Vor- und Rückseite) kopiert und dem Personalrat, dem QM, der Betriebsärztin sowie der Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Kenntnis gegeben.

Rechtliche Grundlagen

Arbeitschutzgesetz
§ 15 Pflichten der Beschäftigten
(1) Die Beschäftigten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Entsprechend Satz 1 haben die Beschäftigten auch für die Sicherheit und Gesundheit der Personen zu Sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind.

§ 16 Besondere Unterstützungspflichten
(1) Die Beschäftigten haben dem Arbeitgeber oder dem zuständigen Vorgesetzten jede von ihnen festgestellte unmittelbar erhebliche Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit zu melden.
(2) Die Beschäftigten haben gemeinsam mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit den Arbeitgeber dann zu unterstützen, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit zu gewährleisten.

Bürgerliches Gesetzbuch
§ 242 BGB
Verpflichtet u.a. die Beschäftigten, ihre Arbeitsleistung so zu erbringen „wie Treu und Glaube und die Verkehrssitte es erfordern."

Entlastungsanzeige / Qualitätssicherungsvermerk

Hiermit möchte(n) ich/wir darauf aufmerksam machen, dass ich/wir uns wegen der

☐ Personalbesetzung: (____ examiniertes; ____ nicht-examinierte Pflegekräfte)

☐ Belegungssituation / Aufnahmesituation

☐ Sonstiges: _____

Anzahl der reg. Betten/Station: _____ Anzahl der Patienten: _____

Nicht in der Lage sehen, alle notwendigen Aufgaben ordnungsgemäß, in der erforderlichen Qualität und im Interesse der von uns betreuten Patienten durchzuführen. Die Arbeitssituation bedeutet für den/die Unterzeichner/innen eine permanente physische und psychische Überlastung. Durch:

☐ Geräusche ☐ Unruhe ☐ _____

☐ Häufige Unterbrechung der Arbeitsabläufe durch _____

☐ keine ungestörten Pausen

☐ ____ Patienten mit erhöhtem Pflegeaufwand / Betreuungsaufwand wg.
- ☐ Intensivüberwachung Anzahl: _____
- ☐ Fixierung / Sitzwache Anzahl: _____
- ☐ Grundpflegebedarf Anzahl: _____
- ☐ _____

Kurzbeschreibung der Situation: _____

Herten, _____, Uhrzeit: _____

Unterschrift(en):

Bitte hier die Maßnahmen eintragen, die ergriffen wurden (z.B. Dienstplanänderungen, „Wegfallen" von „Angeboten", ...)

Bisher ergriffene Maßnahmen: Name, Datum, Unterschrift

LWL Für die Menschen. Für Westfalen Lippe. LWL-Universitätsklinikum Bochum – LWL-Klinik Herten – LWL-Maßregelvollzugsklinik Herne

Praxis-beispiel

Risikostruktur
- Beispiele Risiken -

Interne Risiken	Externe Risiken
• **Behandlungsrisiken** - Medikationsfehler - Verletzung eines Patienten - Fehlbelegung • **IT-Risiken** • **Personalrisiken** - Unterbesetzung Pflegebereich - Unterbesetzung assistenzärztlicher Bereich • **Einbruch von Behandlungsbereichen** - Integrierte Versorgung - Maßregelvollzug - Förderbereich • **Defizite der Tageskliniken** • **Psychosomatik**	• **Übergeordnete Entscheidungen in Bezug auf den Universitätsstatus** • **Trägerentscheidungen**

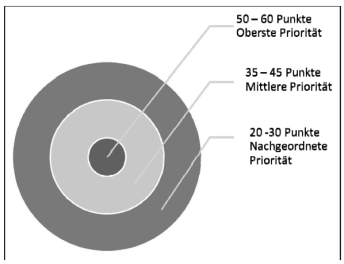
Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer Abteilung Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie

„Wie können Risiken bewertet werden?“

- Eintrittswahrscheinlichkeit
- Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
- Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
- Kosten der Präventivmaßnahmen

	Jeweils 5 Punkte	Jeweils 10 Punkte	Jeweils 15 Punkte
Eintrittswahrscheinlichkeit	niedrig	mittel	hoch
Schwere der (finanziellen)	gering	mittel	hoch
Wirkung der möglichen Maßnahmen	langsam	mittel	schnell
Kosten der Maßnahmen	hoch	mittel	gering

Abb. 3: Einfache Prioritätentabelle



aus B. Lang, Risikomanagement im Krankenhaus (in Risikomanagement und Risikocontrolling, Haufe)

Bewertungskriterien für Risiken:

- Eintrittswahrscheinlichkeit
- Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
- Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
- Kosten der Präventivmaßnahmen
- Katastrophenpotential („Anzahl der Betroffenen“)
- Kontrollierbarkeit („Salmonellen in der Klinikküche“)

aerzteblatt.de

POLITIK

Bis zu 30.000 Tote pro Jahr durch Krankenhausinfektionen

Montag, 9. Mai 2011

dpa

Berlin – In Deutschland sterben nach Angaben von Hygieneexperten bis zu 30.000 Patienten pro Jahr an Krankenhaus-infektionen – doppelt so viele wie bisher angenommen. Das geht aus einer gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin sowie des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für den Gesundheitsausschuss des Bundestages hervor. Die Experten die bisherigen Schätzungen der Krankenhaus-Infektionen mit resistenten Erregern für geschönt.

Bewertungskriterien für Risiken:

- Eintrittswahrscheinlichkeit
- Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
- Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
- Kosten der Präventivmaßnahmen
- Katastrophenpotential („Anzahl der Betroffenen“)
- Kontrollierbarkeit („Salmonellen in der Klinikküche“)
- Verursachung („Mutwillig / Fahrlässig“)

AOK-Krankenhausreport

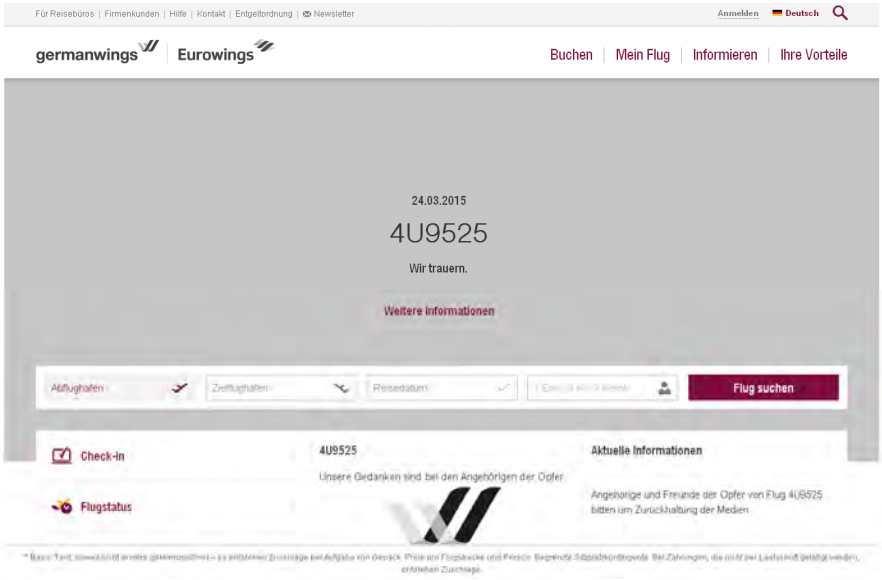
Mehr Tote durch Behandlungsfehler als durch Verkehrsunfälle

Durch Behandlungsfehler in deutschen Kliniken sterben jährlich fünf mal mehr Menschen als bei Verkehrsunfällen. Bei rund 188.000 Behandlungen kommt es laut dem AOK-Krankenhausreport zu Fehlern. In vielen Fällen seien sie vermeidbar.

21.01.2014

Bewertungskriterien für Risiken:

- Eintrittswahrscheinlichkeit
- Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
- Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
- Kosten der Präventivmaßnahmen
- Katastrophenpotential („Anzahl der Betroffenen“)
- Kontrollierbarkeit („Salmonellen in der Klinikküche“)
- Verursachung („Mutwillig / Fahrlässig“)
- Schrecklichkeit („Blutiger Suizid außerhalb der Klinik“)
- Auswirkung auf Kinder
- Aufmerksamkeit der Medien



Bewertungskriterien für Risiken:

- Eintrittswahrscheinlichkeit
- Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
- Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
- Kosten der Präventivmaßnahmen
- Katastrophenpotential („Anzahl der Betroffenen“)
- Kontrollierbarkeit („Salmonellen in der Klinikküche“)
- Verursachung („Mutwillig / Fahrlässig“)
- Schrecklichkeit („Blutiger Suizid außerhalb der Klinik“)
- Auswirkung auf Kinder
- Aufmerksamkeit der Medien

- **Nutzen des Risikos („Medikamentennebenwirkungen“)**

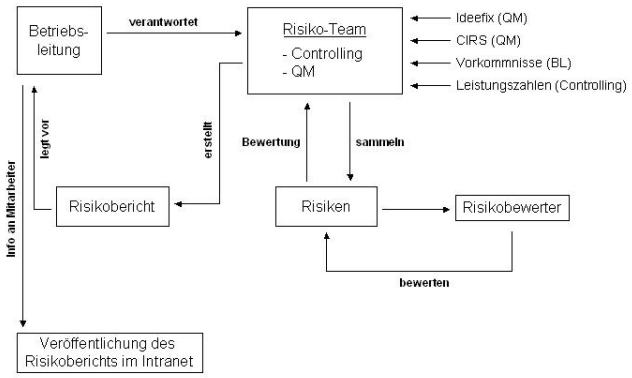
„Wie können Risiken bearbeitet werden?“

- Priorisierung nach den Bewertungskriterien
- Analyse der Einflussfaktoren („Ursachen des Risikos?“)
- Erarbeitung und Umsetzung präventiver Maßnahmen zu Vermeidung
- Bewertung der potenziellen Wirksamkeit der Maßnahmen
- Entwicklung eines Maßnahmenplans beim Eintritt des Risikos

Praxis-beispiel

„Wie können Risiken bearbeitet werden?“

Risikomanagementprozess

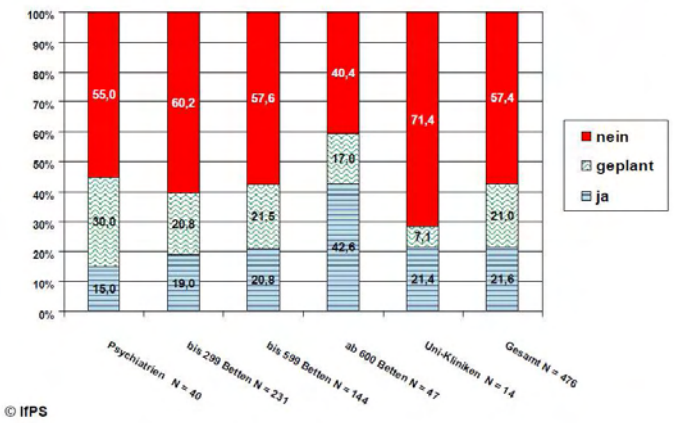


„Wie fehlt noch?“

- Priorisierung nach den Bewertungskriterien
- Analyse der Einflussfaktoren („Ursachen des Risikos?“)
- Erarbeitung und Umsetzung präventiver Maßnahmen zu Vermeidung
- Bewertung der potenziellen Wirksamkeit der Maßnahmen
- Entwicklung eines Maßnahmenplans beim Eintritt des Risikos
- Entwicklung einer Kommunikationsstrategie gegenüber von
    - Betroffenen
    - Angehörigen / Betreuern
    - Öffentlichkeit /Medien

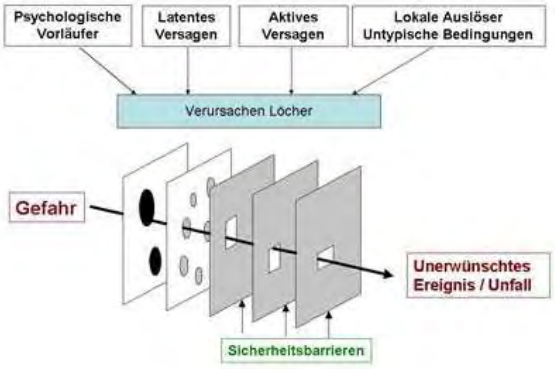
Empirie

2 j. Es existiert ein krankenhausinterner Standard, der sicherstellt, dass Patienten oder deren Angehörige über gravierende Behandlungsfehler mit Schadensfolge zeitnah informiert werden und ein Unterstützungsangebot erhalten



IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

„meist menschliches Versagen“ – doch dies ist nicht alles…



nach Reason, 1990; 2006

„Welche Grundsätze sind bei der Kommunikation nach dem Eintritt des Risikos zu beachten?“

- Verständlichkeit
- Transparenz
- Nutzbarkeit der gegeben Informationen
- Bekanntheit des Risikos und subjektive Informiertheit der Öffentlichkeit
- Schweregrad
- Wahrscheinlichkeit der individuellen Schädigung
- Wahrscheinlichkeit der Schädigung im Vergleich mit anderen
- Grad der Besorgnis
- Freiwilligkeit der Risikoübernahme

Praxis-beispiel

Die Welt, 22.09.15

Die Welt, 22.09.15

Greenpeace auf Twitter, 25.09.15

Br.de, 25.09.15

Qualitäts- und Risikomanagement

DV-Systeme als Unterstützung des Qualitätsmanagements

vom 22. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Prof. Dr. Dorina Gumm,
Fachhochschule Lübeck

DV-Systeme als Unterstützung des QM

Oder die Geschichte vom „liquid QM“

Vortrag für die 49. Fachgruppentagung des VKD e.V. in Göttingen

Abstract

QM ist nicht nur ein Unternehmensbereich, der einen Pool an Informationen bereit stellt; beim QM geht es darum, dass sich diese Informationen geschmeidig im Unternehmen ausbreiten und an Ort und Stelle genutzt werden können. Damit ist QM eine Aufgabe des unternehmerischen Informationsmanagements und QM muss sich in die informationelle Infrastruktur einbetten wie viele andere Informationsthemen der Organisation auch.

Wenn wir uns also mit „DV-Systemen zur Unterstützung des QM“ beschäftigen, sollten wir weniger nach einer DV-Lösung (einem System) suchen, sondern nach einer „Infrastrukturlösung“. Meine Erfahrungen aus zahlreichen Intranetprojekten, in denen QM immer eine Rolle spielte, zeigen, dass ein gut gestaltetes Intranet (im Sinne eines Mitarbeiterportals) genau eine solche informationelle und technische Infrastruktur bieten kann.

In diesem Vortrag stelle ich Ihnen zwei Metaphern vor, über QM im Unternehmen nachzudenken: Erstens flüssiges Qualitätsmanagement („liquid QM“), das die Information im QM in den Fokus nimmt. Zweitens spreche ich statt von DV-Systemen lieber von Infrastrukturen, die eine Gesamtversorgung bieten, über die liquid QM ermöglicht werden kann. Vor diesem Hintergrund empfehle ich Ihnen drei Perspektiven, die Ihnen ermöglichen, für die Umsetzung von QM (im Intranet) die richtigen Fragen zu stellen, mögliche Lösungen zu hinterfragen und Angebote zu bewerten.

Prof. Dr. Dorina Gumm
Professorin für Web Information Systems

Fachhochschule Lübeck
Mönckhofer Weg 239
.....

dorina.gumm@fh-luebeck.de
Tel: .49 45.....

Qualitäts- und Risikomanagement

Ergebnisse der Arbeitsgruppe des G-BA zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie

vom 23. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Dipl. Pflegew. (FH) Anja Röske,
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Ergebnisse der Arbeitsgruppe des G-BA von Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie

VKD-Fachgruppe Psychiatrie - Jahrestagung 2015

Anja Röske
Referentin für Psychiatrie und Psychosomatik
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Gliederung

- Gesetzliche Rahmenbedingungen
- Rahmenbedingungen G-BA
- Vorbericht von AQUA
- Ausblick Verfahren AQUA-Abschlussbericht

Gesetzliche Rahmenbedingungen

- Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen 01/2013 - Erweiterung des § 137 SGB V (Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung) um den Absatz 1c:

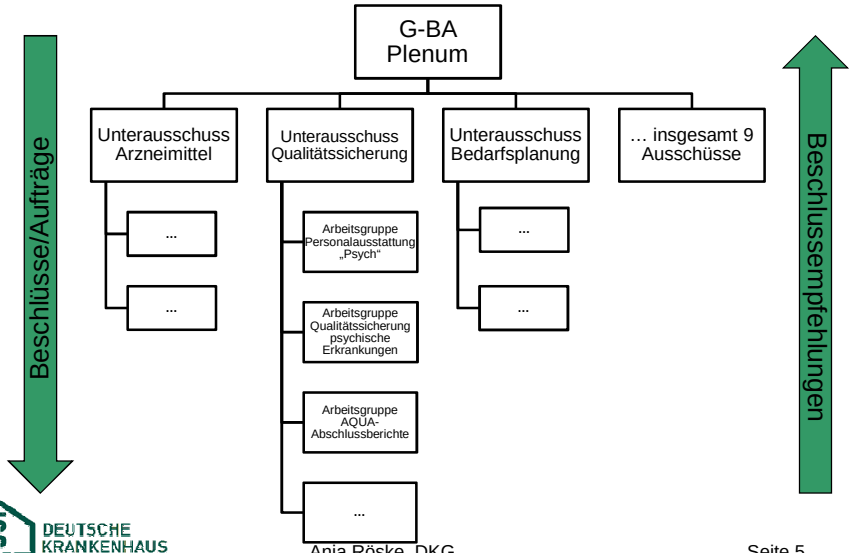
„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und

- 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. (…)“

Rahmenbedingungen – Struktur G-BA

- zentrales Entscheidungsgremium : Plenum (13 Mitglieder)
- Vertreter Leistungserbringer stimmberechtigt zu den Themen ihres Versorgungsbereiches
- Patientenvertreter haben Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht
- zu Richtlinien und Beschlüssen der Qualitätssicherung mitberatende Teilnahme jeweils ein/e VertreterIn Bundesärztekammer, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutscher Pflegerat
- ggf. auch Beteiligungsrecht Bundespsychotherapeutenkammer oder Bundeszahnärztekammer

Rahmenbedingungen – Struktur G-BA



Rahmenbedingungen – Auftrag

- Beschluss zur Beauftragung eines sektorenüber-greifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen - 15.03.2012
- Änderung der Beauftragung mit Beschluss vom 19.06.2014
  - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung von **volljährigen PatientInnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen** mit Instrumenten und Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemäß § 137 Abs. 1c SBG V **sowie** die notwendige Dokumentation

Rahmenbedingungen – Procedere

- Abgabe Vorbericht - 15.07.2015
- Stellungnahme-Verfahren 15.07. - 11.09.2015
- Präsentation beim G-BA - 22.10.2015
- Abgabe des Abschlussberichtes - 09.11.2015
- erste Beratung zur Abnahme in der G-BA AG AQUA-Abschlussberichte - 17.11.2015

Vorbericht - Indikatoren

- Vorlage eines sehr umfangreichen Indikatorensets:
  - ca. 2/3 Indikatoren stationäre Leistungserbringung (davon zu restriktiven Maßnahmen)
  - 1/3 Indikatoren ambulante Leistungserbringung
  - 2 Indikatoren sektorenübergreifend

  - Prozessqualität überproportional häufig zu Strukturqualität und Ergebnisqualität abgebildet

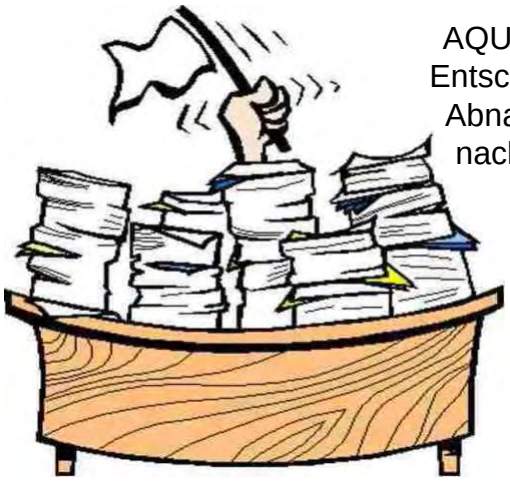
Vorbericht - Qualitätspotentiale

- Koordination, Kooperation und Kontinuität
- Pharmakotherapie
- Somatische Versorgung
- Restriktive Maßnahmen
- Psychotherapie
- Empowerment und Angehörigenpartizipation
- Struktur

Vorbericht - Datenerhebung

- stationäre Datenerhebung
  - 1. Teil QS-Dokumentation
  - 2. Teil Einrichtungsbefragung
- ambulante Datenerhebung
  - 1. Teil Sozialdaten
  - 2. Teil Einrichtungsbefragung
- Sektorenübergreifende Datenerhebung
  - 2 Indikatoren Sozialdaten

Vorbericht - Indikatoren



AQUA kann vor Entscheidung zur Abnahme noch nacharbeiten!

Vorbericht - Kritik I

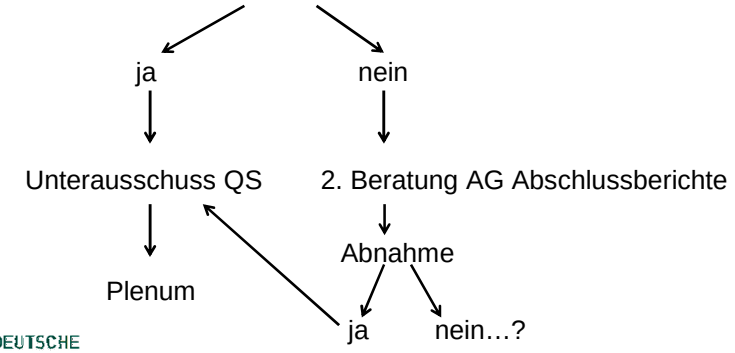
- deutliches Übergewicht stationärer Sektor – sektorenübergreifend?
- Indikatorenset für eine Diagnosegruppe innerhalb einer Fachabteilung sehr umfangreich
- nähere Definition schwerer und schwerster Verläufe mit Prüfung von Möglichkeiten diese Fälle zu filtern > nicht erfolgt
- Darstellung der Ergebnisqualität deutlich unterrepräsentiert

Vorbericht - Kritik II

- Abbildung Strukturqualität im ambulanten Bereich > nicht erfüllt
- Datenerfassung im stationären Bereich dringend auf den Aufwand bei der Datenerhebung zu untersuchen
- patientenrelevante Endpunkte kaum berücksichtigt
- Restriktive Maßnahmen überbewertet

Wie geht es weiter im Verfahren?

- Vorlage Abschlussbericht **09.11.2015**
- 1. Beratung in der G-BA AG AQUA-Abschlussberichte **17.11.2015** – Abnahme?



Wie geht es weiter im Verfahren?

- Stimmungsbild AQUA-Präsentation im G-BA
- Nacharbeitung unter Einbezug der Stellungnahmen
  - einzelne Indikatoren streichen oder zusammenlegen
  - Prüfung der Eingrenzung schwerer Verläufe
  - Potentiale für ambulanten Bereich aufzeigen
  - Potentiale von Patienten- und Angehörigenbefragung aufzeigen
  - DKG: restriktive Maßnahmen auf zu erwartende Varianz der Aussagen überprüfen
- Prüfung des Abschlussberichtes auf Erfüllung der Beauftragung

Arbeitsgruppe des G-BA von Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie

Vielen Dank für Ihr Interesse!

PEPP - aktuelle Entwicklung

Aktuelle Entwicklungen des Finanzierungssystems in der Psychiatrie

aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

vom 23. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Prof. Dr. med. Arno Deister,
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Aktuelle Entwicklungen des Finanzierungssystems in der Psychiatrie aus Sicht der DGPPN

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
Prof. Dr. Arno Deister – President Elect – Klinikum Itzehoe

Ausgangssituation

- Psychiatrie-Personalverordnung seit *1991*
- Psychiatrie und Psychotherapie sind *ausgenommen* aus dem DRG-System
- 2009 im *§17d KHG* Vorgabe eines Pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- 2012 mit dem PsychEntgG Einführung des *PEPP*-Systems
- 2014 *Verlängerung* der Optionsphase um zwei Jahre
- Ende 2018 Auslaufen der *PsychPV* / 2019 Beginn der Konvergenzphase

Warum ein Entgeltsystem für die Psychiatrie?

- Im SGB V wird die Berücksichtigung der *besonderen Bedürfnisse* von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefordert
- Das *fragmentierte* Finanzierungs- und Versorgungssystem hat für die psychiatrische Versorgung besonders negative Folgen
- Besondere Bedeutung der (Behandlungs-)*Setting-übergreifenden* Versorgung
- *Innovative Versorgungsformen* werden nicht ausreichend finanziert
- Reduktion des *Misstrauensaufwandes* dringend erforderlich

- Die aktuelle Situation ist eine *große Chance*, ein Finanzierungssystem zu entwickeln, dass den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen aller Altersstufen angemessen ist

Anforderungen an ein Entgeltsystem für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

- Berücksichtigung der *besonderen Bedürfnisse* von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- *Individuelle* und *flexible* Versorgung
- Setting-*übergreifend*
- Berücksichtigung der *regionalen* Besonderheiten
- *Dynamische* Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen
- *Verantwortlicher* Umgang mit den vorhandenen Ressourcen
- Reduktion von *Fehlanreizen*
- Reduktion des *Misstrauensaufwandes*

Die Kritik am PEPP-System

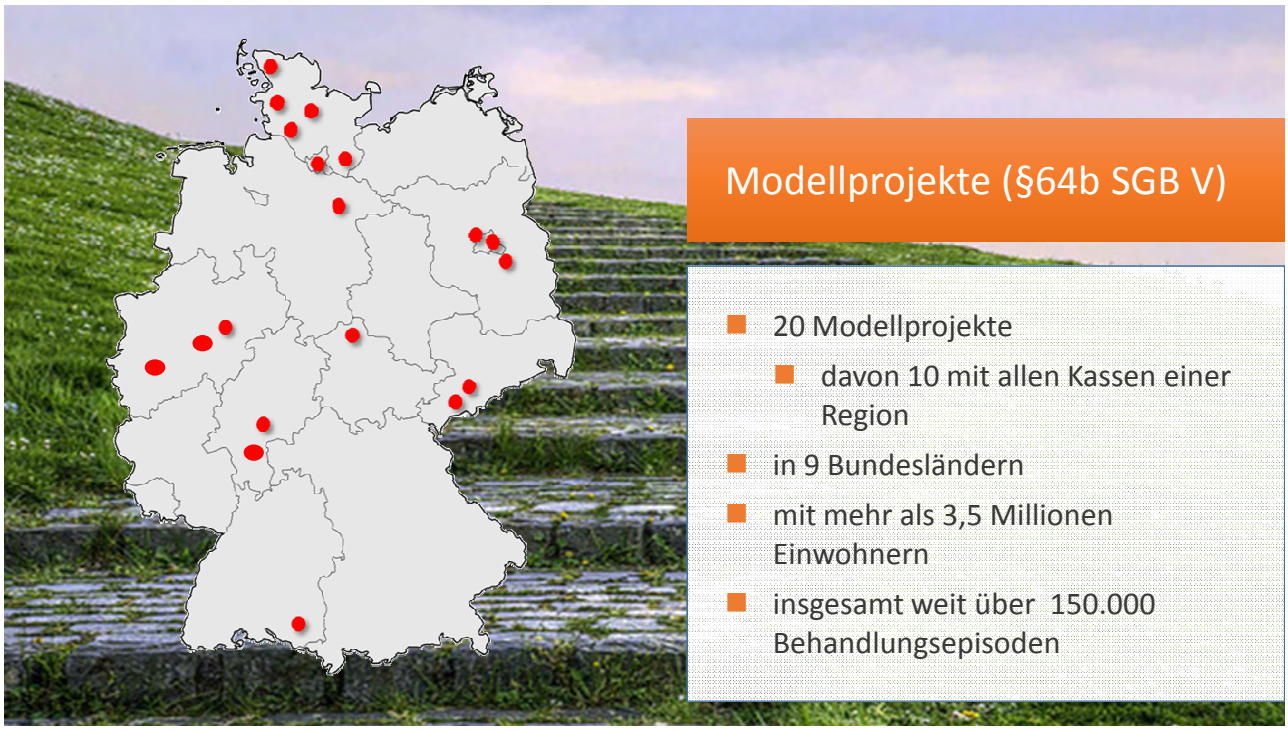
- *Einzelleistungen* bilden die Gesamtleistung nicht ab
- Falsche *Anreizsystematik* durch Einzelleistungen
- Kalkulation aus dem *bestehenden* System
- *Mehrfache* Degression
- Nicht sektor-übergreifend, keine Unterstützung von *innovativen Versorgungsformen*
- Primärer Fall- und Diagnosenbezug

Die aktuellen Entwicklungen

- Seit 2003 Entwicklung und Umsetzung von *Modellprojekten* für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (u.a. Regionale Budgets)
- Aktuell etwa 150 *Optionshäuser* im Rahmen des PEPP-Systems
- *PEPP-Katalog 2016* wird durch die Partner der Selbstverwaltung angenommen
- Entwicklung eines Konzeptes für ein *Budgetorientiertes Entgeltsystem* als Alternative zum PEPP-System
- *Weitere Verlängerung der Optionsphase??*

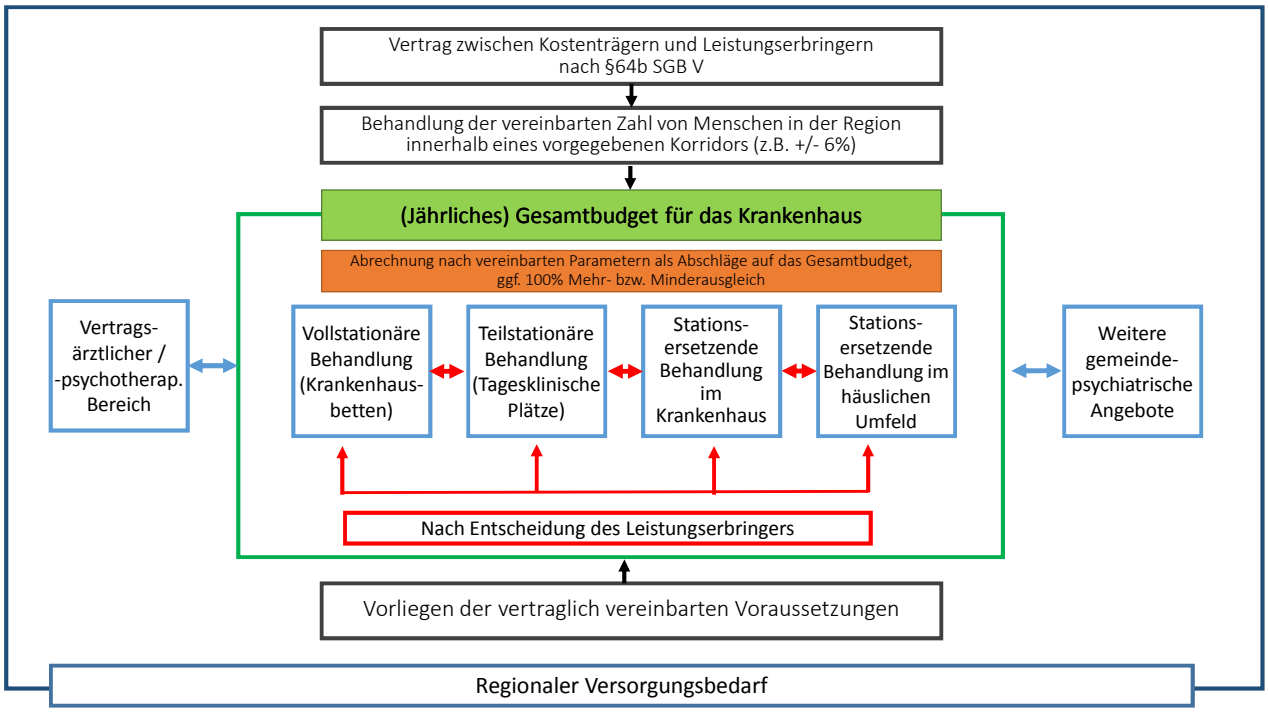
Modellprojekte (§64b SGB V)

- (1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die *Weiterentwicklung der Versorgung* psychisch kranker Menschen sein, die auf eine *Verbesserung der Patientenversorgung* oder der *sektorenübergreifenden* Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im *häuslichen Umfeld*. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. […]“

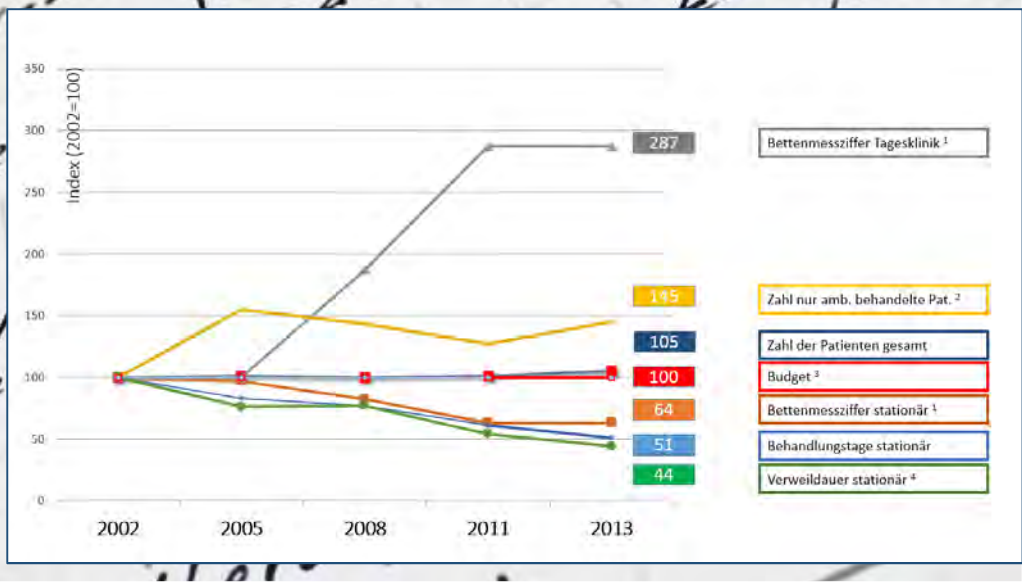


Modellprojekte (§64b SGB V)

- 20 Modellprojekte
  - davon 10 mit allen Kassen einer Region
- in 9 Bundesländern
- mit mehr als 3,5 Millionen Einwohnern
- insgesamt weit über 150.000 Behandlungsepisoden

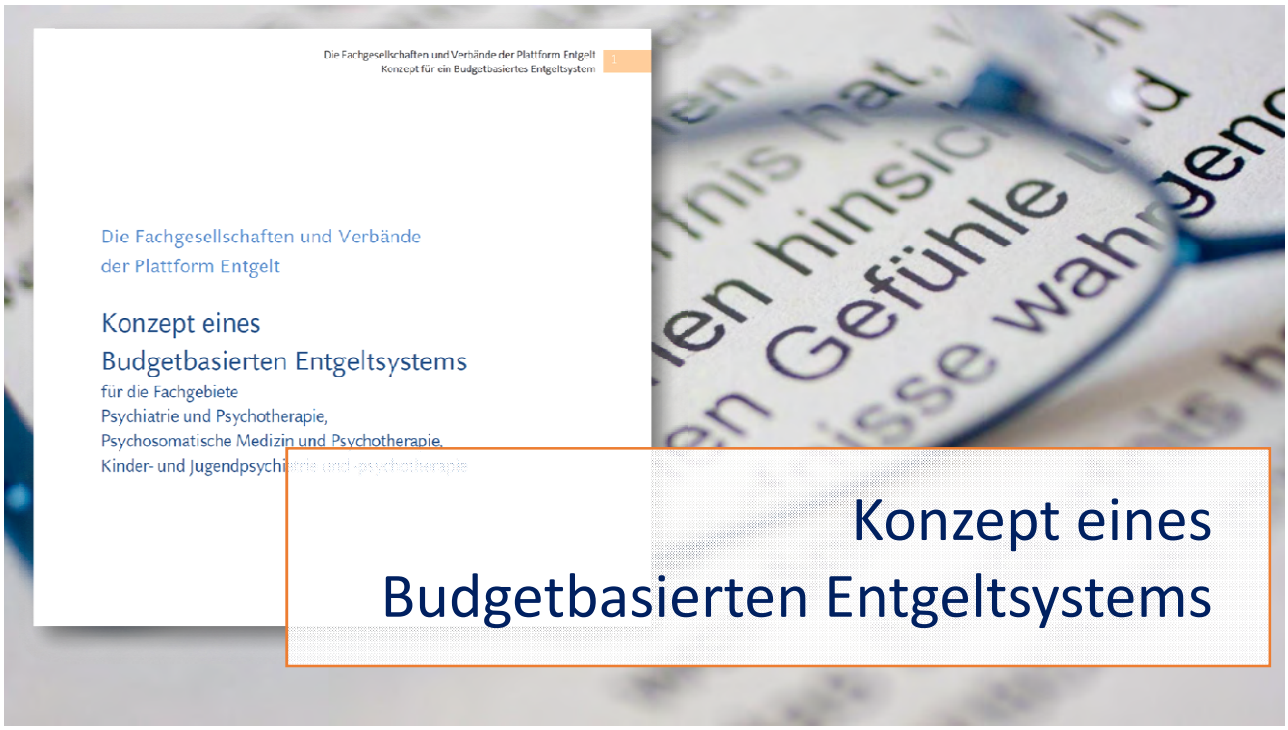


Entwicklungen



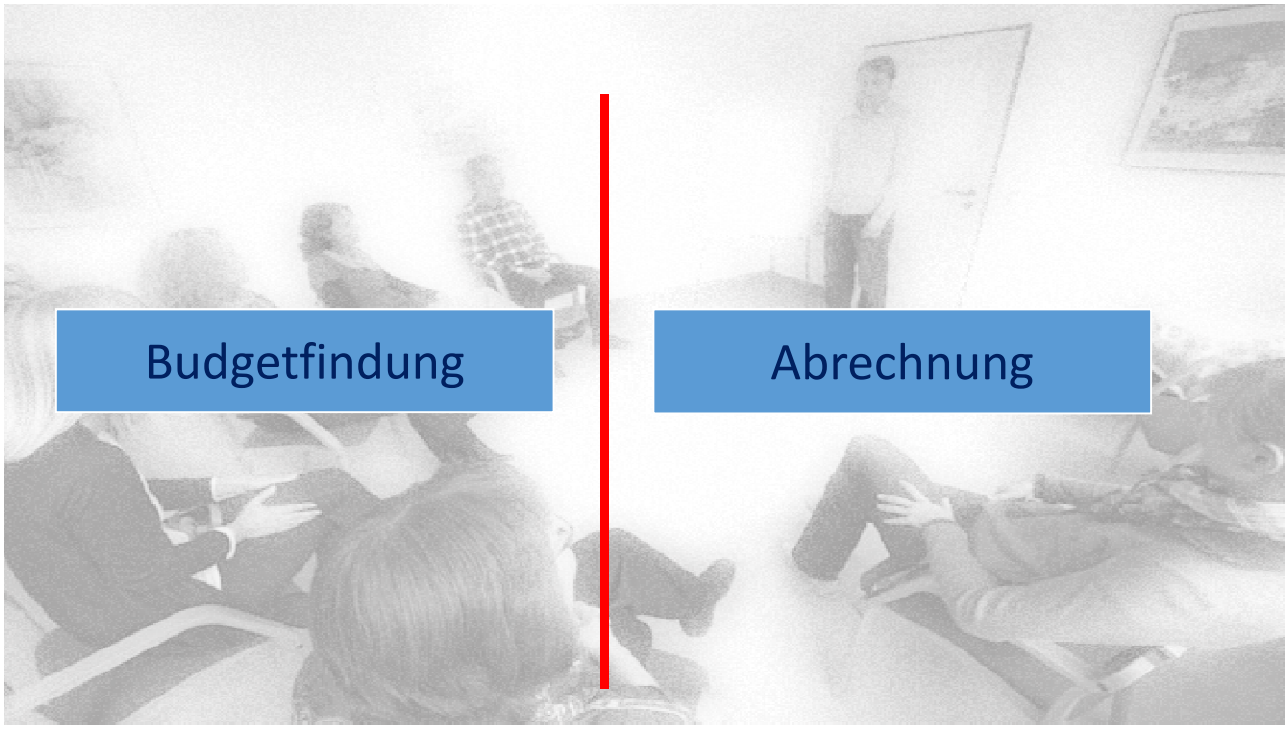
Erfahrungen aus den Modellprojekten

- Die Modellprojekte haben *gezeigt*, dass
  - die personenbezogene Finanzierung zur drastischen *Reduktion stationärer Behandlung* zugunsten teilstationärer und insbesondere auch zugunsten stationsersetzender (ambulanter) Leistungen führt
  - die Möglichkeit zu stationsersetzenden (ambulanten) Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus eine stationäre Behandlung *vermeiden kann.*
  - es nicht einer Transparenz der Erbringung von Einzelleistungen bedarf, sondern einer Transparenz und Überprüfbarkeit von *Strukturen und Ergebnisqualität*.
  - *Dies reduziert auch den Misstrauensaufwand*



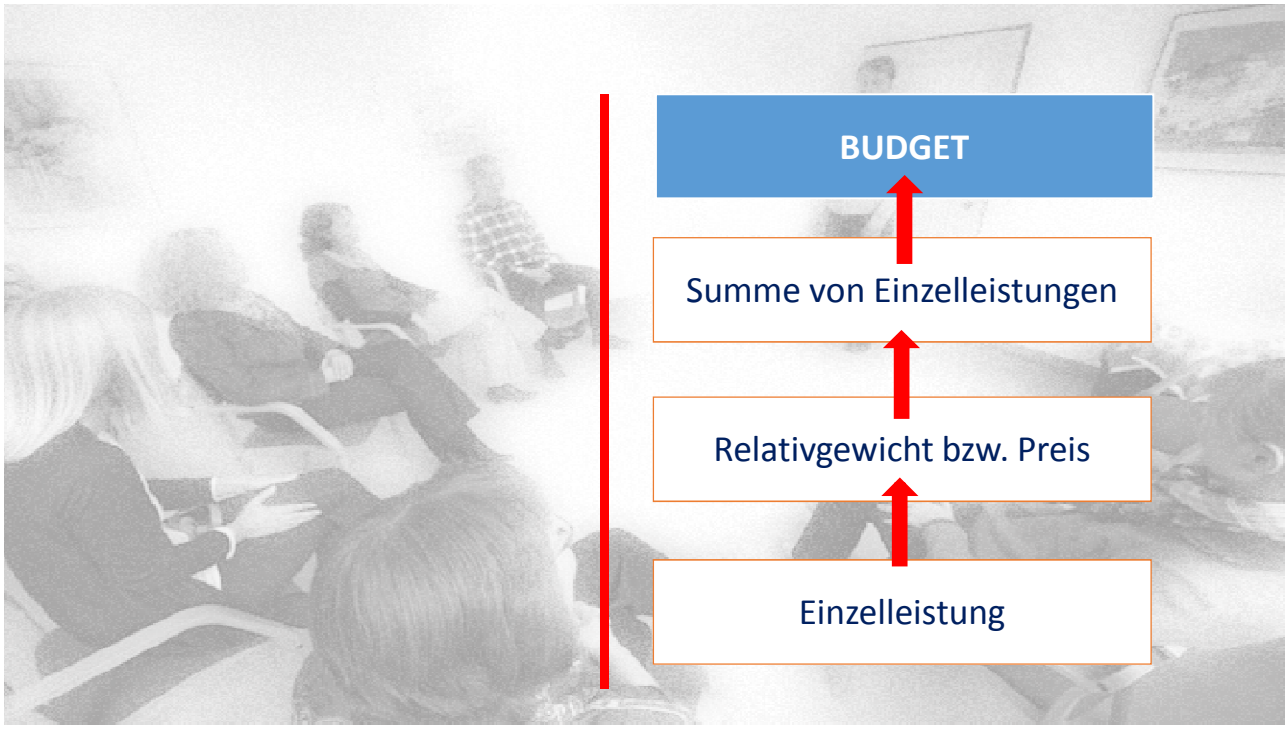
Die 17 Autoren des Konzeptes

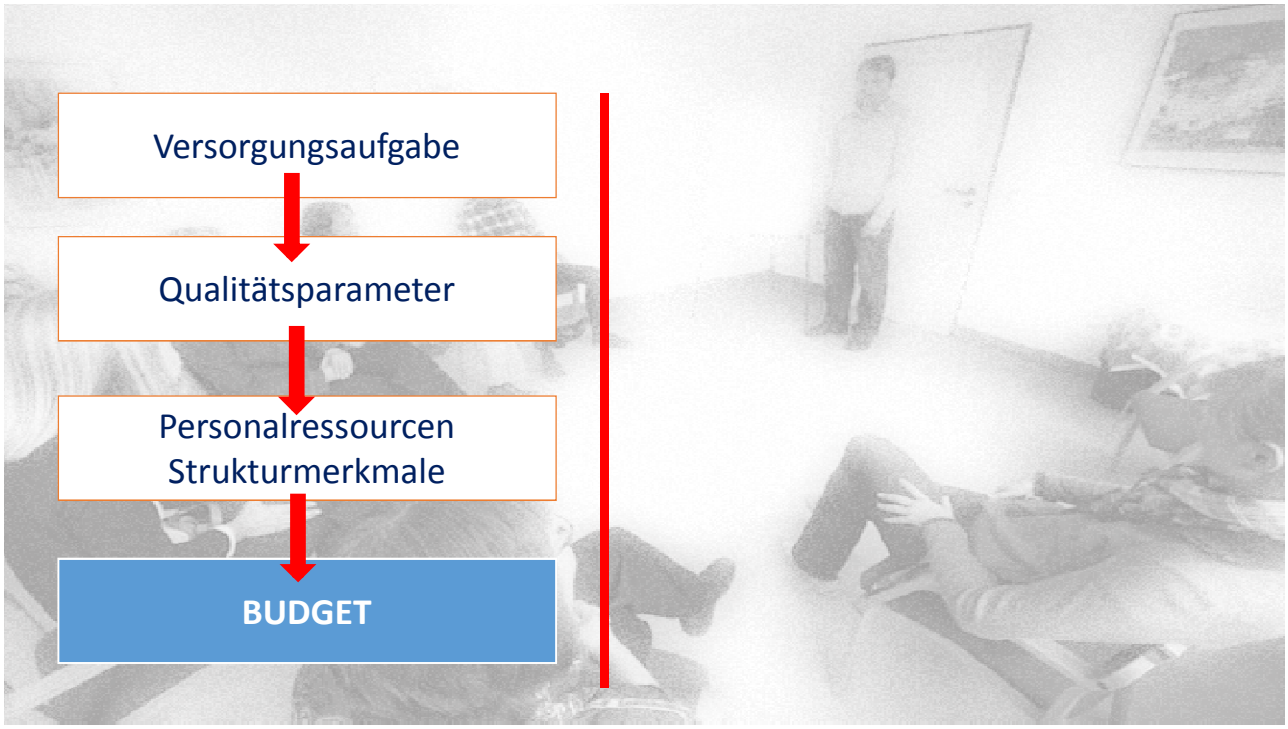
- Die vier Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (DGPPN, DGKJP, DGPM, DGGPP)
- Vier Verbände der Krankenhausdirektoren und der Träger (VKD-FG Psychiatrie, BAG, VUD, BAG-KJP)
- Verbände der Betroffenen und Angehörigen
- Vier medizinisch-ärztliche Verbände
- Drei Verbände der Pflege
- *Weitere Verbände schließen sich zur Zeit an*



Die Entstehung

- Umfassender Protest gegen das PEPP-System seit 2012
- Strukturierter Dialog mit dem Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe (erster Termin am 4. Mai 2015)
- Eckpunkte-Papier der Verbände am 5. Juni 2015
- Entwicklung des Budgetbasierten Entgeltsystems in der Plattform Entgelt der DGPPN seit Juni 2015
- Vorlage des Konzeptes an das Bundesministerium für Gesundheit am 9. September 2015


BUDGET
Summe von Einzelleistungen
Relativgewicht bzw. Preis
Einzelleistung


Versorgungsaufgabe
Qualitätsparameter
Personalressourcen
Strukturmerkmale
BUDGET

Grundannahmen

- Das Entgeltsystem darf keine Fehlanreize setzen für eine an rein ökonomischen Aspekten ausgerichtete Versorgung
- Der bestehende Misstrauensaufwand führt zum gravierenden Entzug von Ressourcen aus der Versorgung

↓

- Das Entgeltsystem muss die auf bestehender Evidenz und den erforderlichen Qualitätsparametern basierenden Personalressourcen sicherstellen

Grundannahmen

- Menschen mit psychischen Erkrankungen haben besondere Bedürfnisse in Bezug auf das Versorgungssystem
- Psychische Erkrankungen sind immer in einem Kontext von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zu sehen

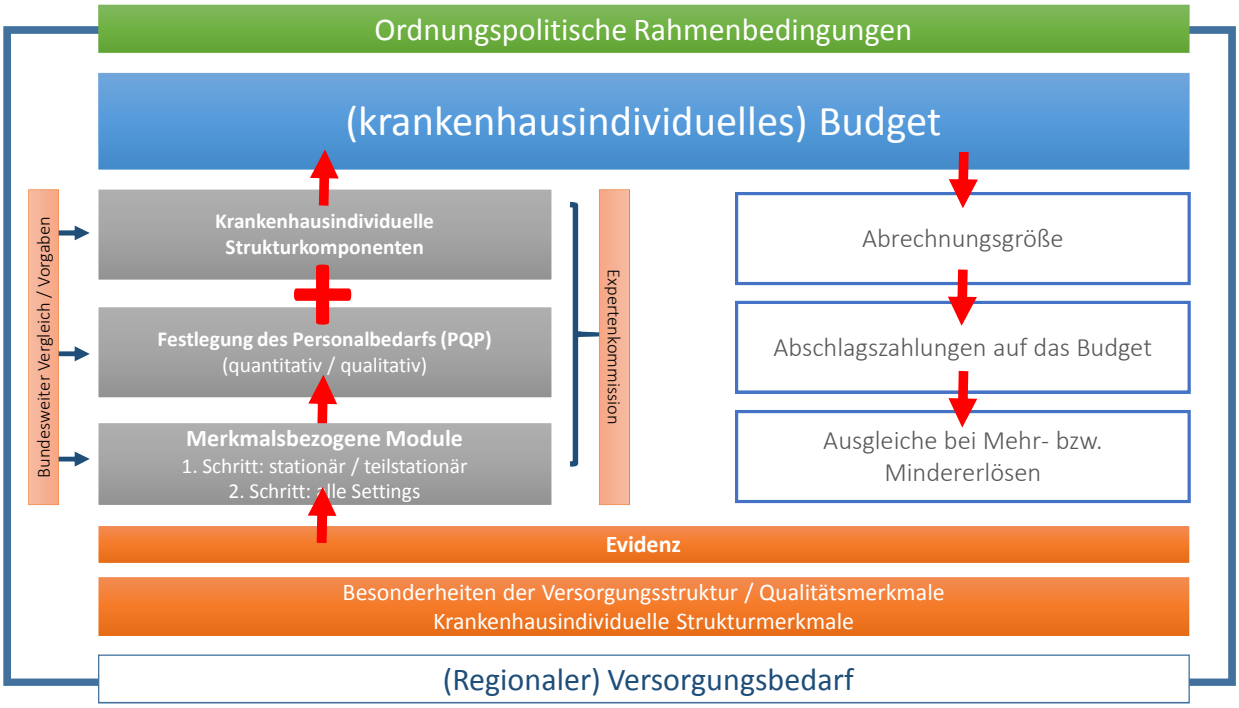
↓

- Das Finanzierungssystem muss geeignet sein für eine sektorenübergreifenden Versorgung und für die Unterstützung innovativer Versorgungsstrukturen

Grundannahmen

- Eine reine Preisorientierung ist für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung nicht geeignet
- Die Finanzierung muss verstärkt auf die Versorgungs- und Leistungsstrukturen sowie auf regionale bzw. krankenhausindividuelle Elemente ausgerichtet werden

- Das Budget wird krankenhausindividuell verhandelt und basiert auf qualitätsorientierten Personalressourcen und krankenhausspezifischen Strukturmerkmalen



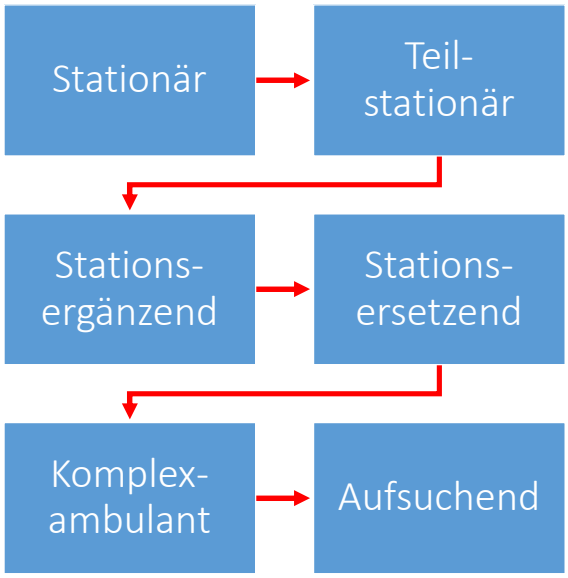
Der Rahmen

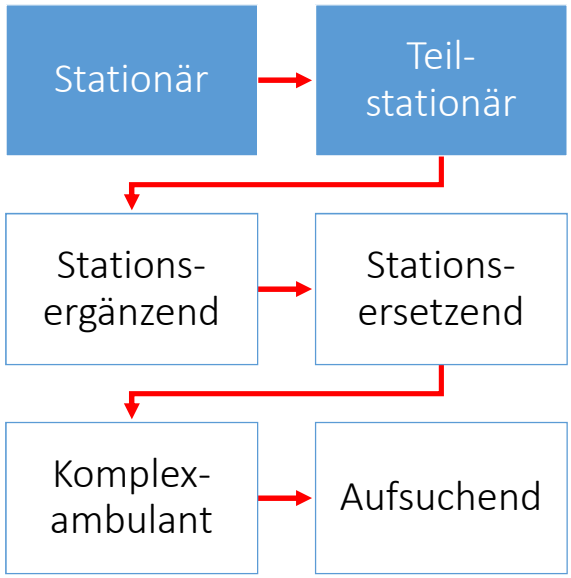
- Ordnungspolitische Rahmenbedingungen sind erforderlich, um eine *zielgerichtete Weiterentwicklung* der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sicherzustellen
- Rechtlich abgesicherter *Anspruch* auf Finanzierung der verhandelten personellen Ressourcen
- Konkrete *Vorgaben* für Modellprojekte
- *Schiedsstellenfähigkeit* der Vereinbarungen

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Das Budget

- Vereinbarung auf der *Krankenhaus-Ebene*
- Orientierung an den *Versorgungs-Aufgaben* in der *Region*
- auf der Basis von *Qualitätsmerkmalen*
- Erforderliche *Personalressourcen* als Grundlage
- Berücksichtigung Krankenhausindividueller *Strukturmerkmale*
- Berücksichtigung der erforderlichen Personalausstattung in Höhe der *Kosten*
- Geeignet für *alle Behandlungssettings*


Stationär
Teil-
stationär
Stations-
ergänzend
Stations-
ersetzend
Komplex-
ambulant
Aufsuchend


Stationär
Teil-
stationär
Stations-
ergänzend
Stations-
ersetzend
Komplex-
ambulant
Aufsuchend

1.

2.

PQP

(Patienten- und Qualitätsorientierter Personalbedarf)

- Die Bemessung des Personalbedarfs
  - orientiert sich an den *Bedürfnissen der Patienten*,
  - sichert eine ausreichende und wirtschaftliche *Behandlungsqualität* und
  - basiert auf merkmalsbezogenen *Modulen*.
- Zahl und Struktur der merkmalsbezogenen Module müssen
  - praktikabel sein und den
  - Misstrauensaufwand begrenzen

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Der Personalbedarf

- Orientierung am aktuellen *wissenschaftlichen Standards* (u.a. Leitlinien) und gesichertem klinischen Wissen
- Festlegung des Personalbedarfs
  - *qualitativ* (Kompetenzen) und
  - *quantitativ* (Zeit für Patienten)
- Erstellung und Weiterentwicklung mit Hilfe einer *Expertenkommission*

Die Module

- 10-15 Module beschreiben die Situation im *gesamten Behandlungsverlauf*
- Beschreiben Situationen mit *vergleichbarem Aufwand* und Ressourcenverbrauch
- Spiegeln die *unterschiedlichen Schwerpunkte* in der Diagnostik und im Behandlungsverlauf wieder
- Werden *tagesbezogen* dargestellt
- Beschreibung der Module anhand *klinischer Beispiele*

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Die Module: Beispiele

- Diagnostikmodul
- **Basisbehandlung**
- **Intensivbehandlung**
- Spezielle psychotherapeutische Behandlung
- Basisbehandlungsmodul mit intensiver somatischer Mitbehandlung
- **Spezielle Module für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen**

Beispiel

Modul „Intensivbehandlung“

- Beschreibung von Patientenmerkmalen, die den *allgemeinen Betreuungsaufwand* wesentlich erhöhen
  - Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
  - Akute Fremdgefährdung
  - Schwere Antriebsstörung
  - Keine eigenständige Flüssigkeits- bzw. Nahrungsaufnahme
  - Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung
  - Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen
  - im Aufwand vergleichbare Merkmale

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Krankenhausindividuelle Strukturkomponenten

- Grundlage für die Berechnung der Kosten für *krankenhausindividuelle Strukturelemente* sind die im Folgenden aufgeführten Bereiche.
- Diese jeweils krankenhausindividuellen Aufstellungen von Kostenpositionen, die außerhalb des unmittelbaren Personalbezugs entstehen, müssen für eine
  - Aufrechterhaltung des *Leistungsspektrums* und zur
  - Weiterentwicklung der *patientenorientierten* Versorgung
  - gemäß der *regionalen* Bedingungen vor Ort

  verhandelt und vereinbart werden.

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Beispiel

KRANKENHAUSINDIVIDUELLE STRUKTURKOMPONENTEN

- *Krankenhausindividuelle* Strukturkomponenten
  - Kosten für akute Notfallversorgung
  - Kosten für spezielle Einrichtungen
  - Kosten für Aus- und Weiterbildung
  - Kosten für Einrichtungen zur Verbesserung der wohnortnahen Patientenversorgung
  - Kosten für an milieutherapeutischen Anforderungen orientierte Stationsgrößen und spezielle Bauten
  - Kosten für innovative Versorgungskonzepte und Behandlungsmethoden

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Beispiel

KRANKENHAUSINDIVIDUELLE STRUKTURKOMPONENTEN

- *Basiskosten* einer Einrichtung
  - Medizinische Institute bzw. Leistungen (z. B. Radiologie) und Dienstleistungen (z. B. Konsiliardienste, Hygiene)
  - Leitungskräfte und deren Strukturen (z. B. Klinikleitung, Pflegedirektion, Chefärzte, incl. Sekretariate)
  - Medizinische Verbrauchsgüter
  - Administrative Dienstleistungen (Kosten der Verwaltung)
  - Sonstige Dienstleistungen (z. B. Küche)
  - Infrastrukturelle Verbrauchsgüter (z. B. Energie)

Krankenhausindividuelle Strukturkomponenten

- Zur Orientierung der Verhandlungspartner wird ein *bundesweiter Krankenhausvergleich* etabliert, aus dem die Bandbreiten der Kosten der einzelnen Strukturleistungstatbestände hervorgehen.
- In einem zu regelnden Verfahren werden diese *Vergleichskalkulationen* jährlich weiter entwickelt und gegenüber den Verhandlungspartnern transparent ausgewiesen.
- Bei nachweisbaren *Extremkosten* können diese Positionen auch abweichend verhandelt werden.

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Sicherstellung der Leistungstransparenz

- Leistungstransparenz dient nicht nur der Weitentwicklung der Versorgungsstrukturen, sondern auch der Abbildung von strukturellen und *leistungsbezogenen Unterschieden* zwischen den Krankenhäusern.
- Die Transparenz des Leistungsspektrums und der erbrachten Leistungen erfüllt auch eine wesentliche Funktion in der Sicherung der *erforderlichen Qualität* psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung.

Sicherstellung der Leistungstransparenz

- Die Kliniken verpflichten sich zu einer sach- und *leistungsgerechten Darstellung* der vorhandenen strukturellen Merkmale, der Behandlungssituation und der erbrachten Leistungen.
- Der MDK kann *Konzepte* und die strukturellen Auswirkungen dieser Konzepte sowie exemplarisch die Eingruppierung von Patienten in die merkmalsbezogenen Module überprüfen .
- Es muss darauf geachtet werden, dass das System der Überprüfung möglichst bürokratiearm erfolgt und *Misstrauensaufwand* so weit wie möglich reduziert wird.

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Leistungsabrechnung

- Grundsätzlich erfolgt die Abrechnung patientenbezogen auf der Basis der Behandlungstage im Sinne von *Abschlagszahlungen* auf das vereinbarte Budget.
- Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage von bundeseinheitlich definierten, *tagesbezogenen Entgelten* mit einheitlich vorgegebenen Bewertungsrelationen.
- Der *Abrechnungsbetrag* eines Tagesentgeltes ergibt sich durch Multiplikation von Bewertungsrelation und krankenhausindividuellem Basisentgeltwert.

Leistungsabrechnung

- Als bundeseinheitlicher Entgeltkatalog kommen die tagesbezogenen *Behandlungsmodule des PQP* oder ein grundlegend neu ausgerichteter und vereinfachter *PEPP-Katalog ohne Degression* in Frage.
- Es ist noch zu diskutieren bzw. zu prüfen, ob die o.g. Anforderungen an das Abrechnungssystems eher mit einem einheitlichen Katalog für Personalbedarf und Abrechnung oder eher mit einem gesonderten Entgeltkatalog für die Abrechnung erfüllt werden können.
- Die *Entscheidung* über die Struktur des Abrechnungssystems ist abhängig von vorheriger Klärung der Ausgleiche von Mehr- und Mindererlösen, des Dokumentationsaufwandes und der Regeln zur Dynamisierung des Budgets bei veränderten Rahmenbedingungen.

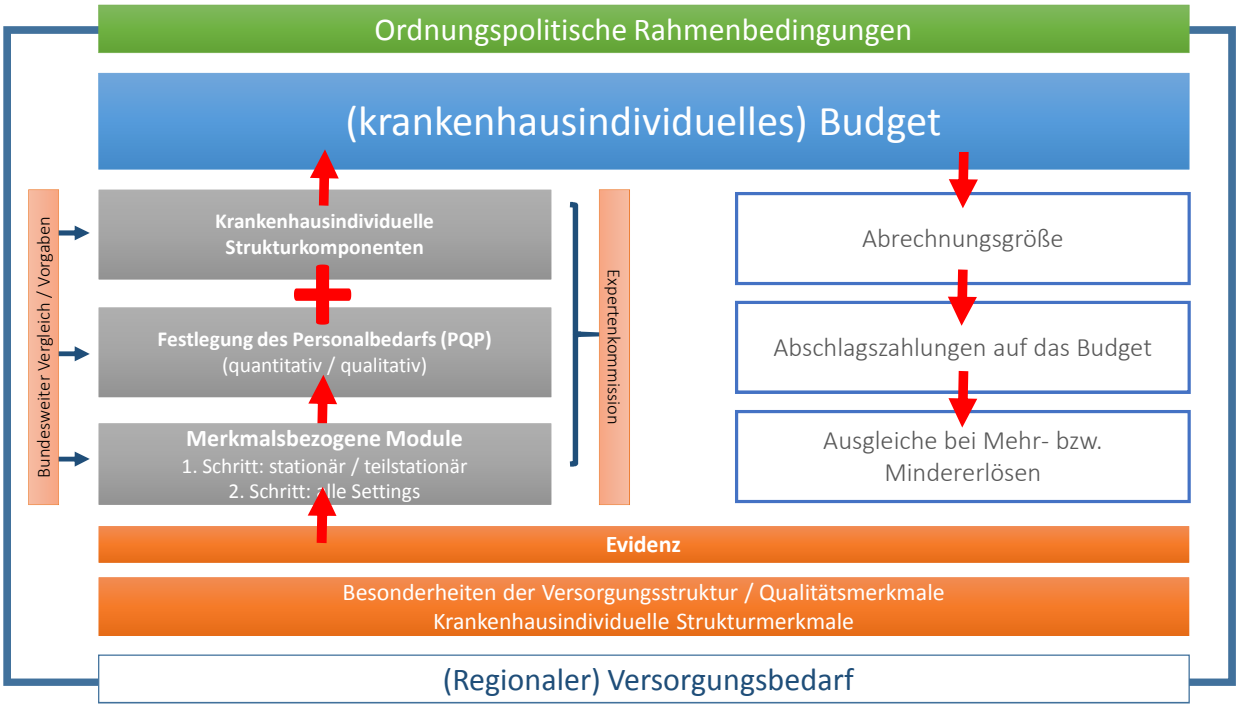
Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

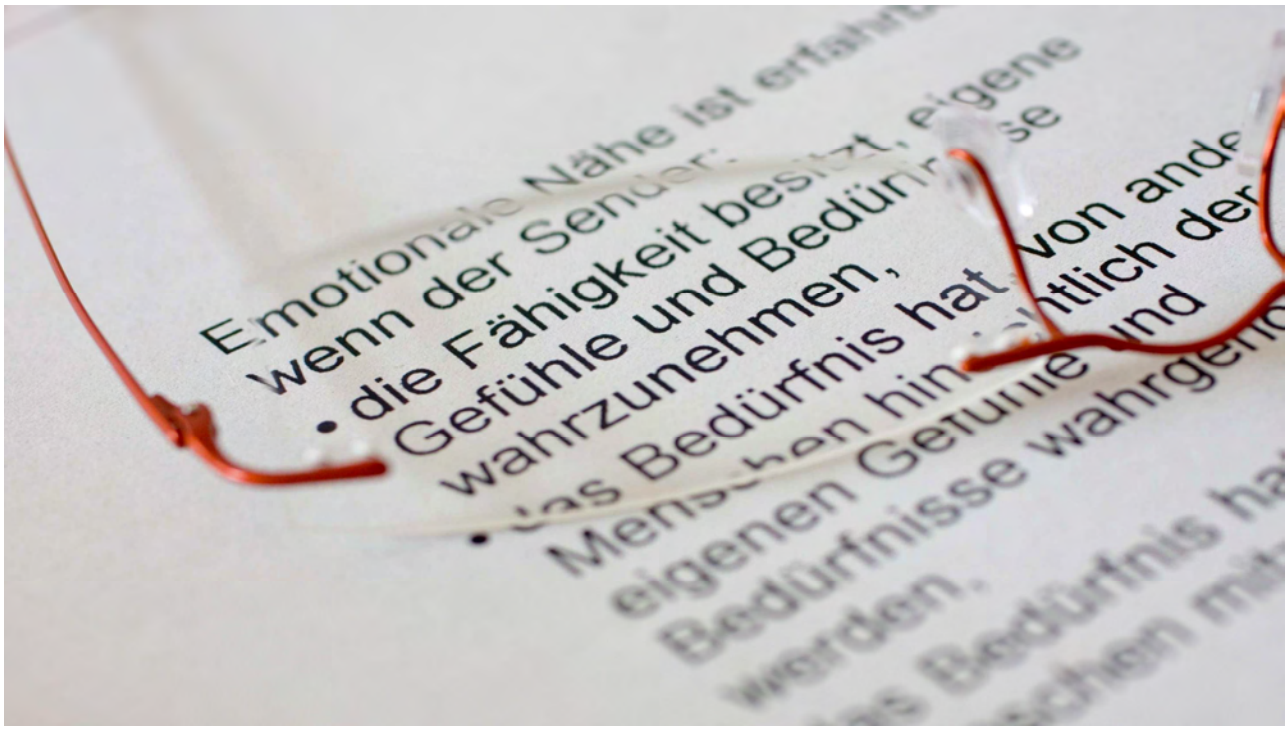
Umsetzung

- Die Umsetzung des Budgetbasierten Entgeltsystems erfolgt *schrittweise.*
- In einem *ersten Schritt* werden die merkmalsbezogenen Module sowie der Patienten- und Qualitätsorientierte Personalbedarf (PQP) definiert und zwischen den Partnern der Selbstverwaltung konsentiert.
- Auf der Basis der merkmalsbezogenen Module und der krankenhausindividuellen Strukturkomponenten werden *krankenhausindividuelle Budgets* vereinbart.

UMSETZUNG

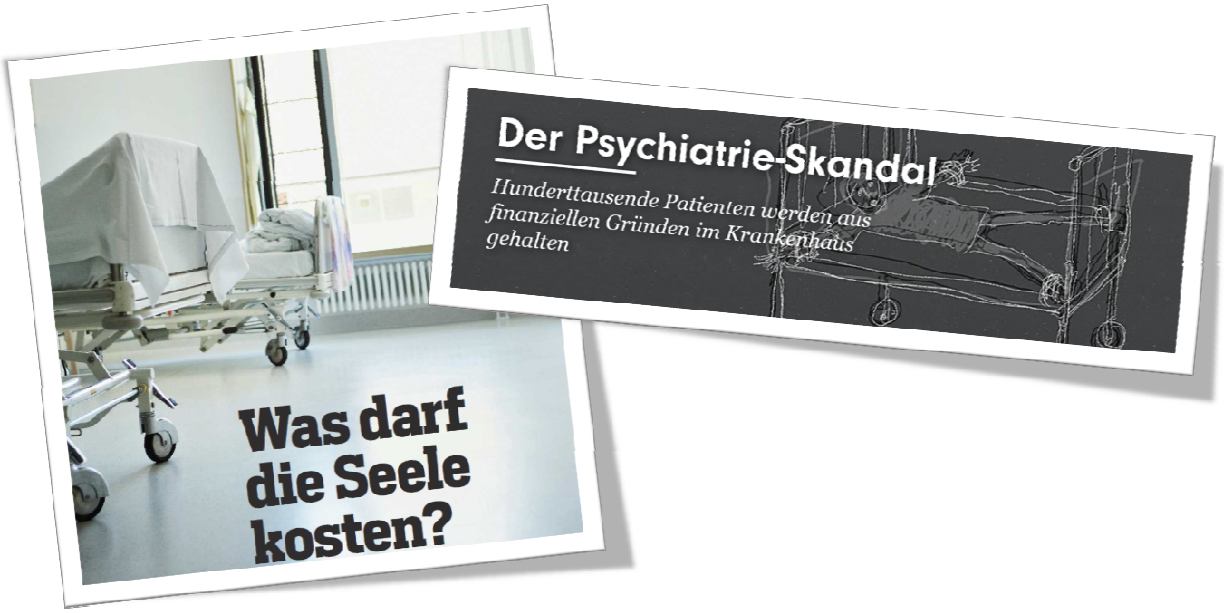
- *Ausgangsbasis* der zu verhandelnden Budgets ist das zum Zeitpunkt der Einführung des Budgetbasierten Entgeltsystems bestehende Krankenhausbudget.
- Die krankenhausindividuellen Budgets werden *schrittweise fortentwickelt* unter Berücksichtigung der Merkmale vergleichbarer Krankenhäuser mit vergleichbaren regionalen Rahmenbedingungen.
- Es erfolgt eine regelmäßige Überprüfung und evtl. *Anpassung* der Definitionen der merkmalsbezogenen Module und der PQP durch eine Expertenkommission.

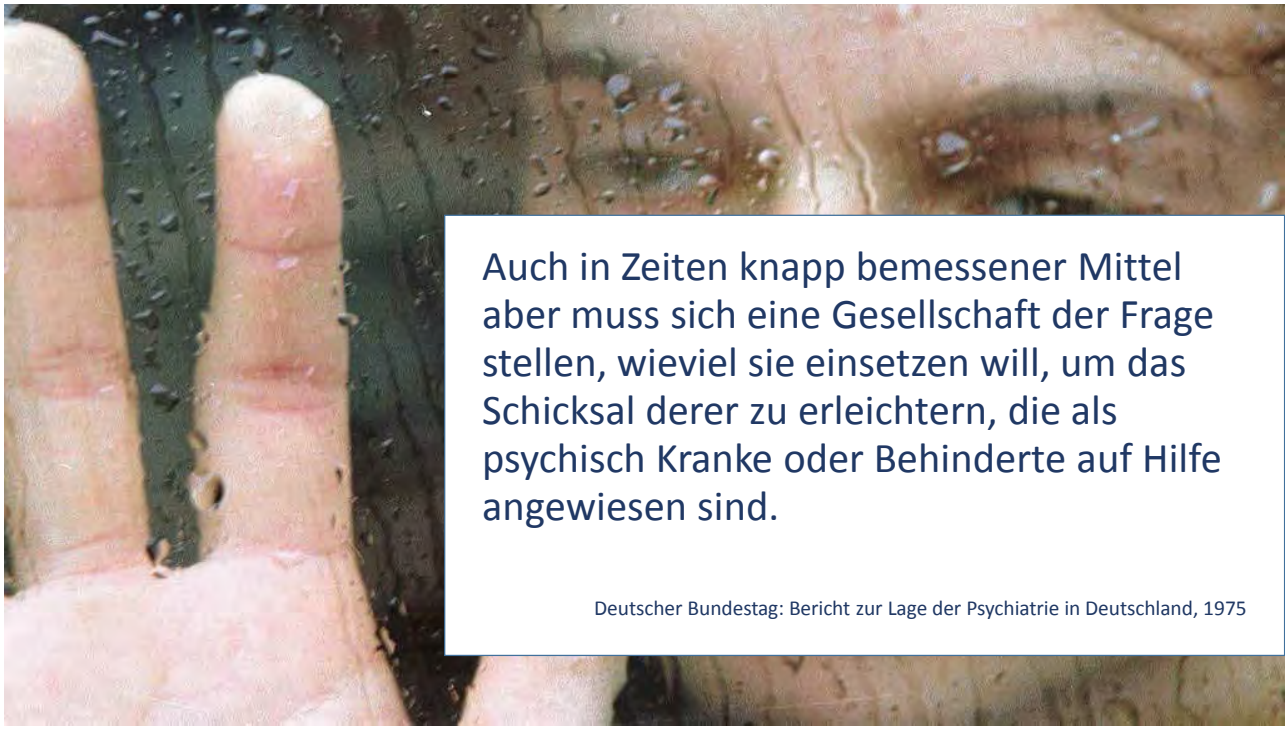



Emotionale Nähe ist erfahrbar
wenn der Sender:
• die Fähigkeit besitzt, eigene
Gefühle und Bedürfnisse
wahrzunehmen,
• das Bedürfnis hat, von anderen
Menschen hinsichtlich der
eigenen Gefühle und
Bedürfnisse wahrgenommen
werden.

BUDGET
statt
PREIS

Verantwortung für die Versorgung
statt
Ökonomisch motivierter Erlösoptimierung





Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.

Deutscher Bundestag: Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, 1975

Danke !

PEPP - aktuelle Entwicklung

Aktuelle Entwicklungen des Finanzierungssystems in der Psychiatrie

aus der Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft

vom 23. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Urban Roths
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Aktuelle Entwicklungen zum Psych-Entgeltsystem

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.
Fachgruppe Psychiatrie

49. Fachgruppentagung am 23.10.2015 in Göttingen

Urban Roths
Stellvertreter des Geschäftsführers im Dezernat II,
Krankenhausfinanzierung und Planung
DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland
Wegelystrasse 3, 10623 Berlin
Telefon 030/39801-1201, Telefax 030/39801-3210, U.Roths@dkgev.de

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Finanzierungsreform

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

vom personalbedarfsorientierten
Budgetsystem…

… zum leistungsorientierten
Preissystem

Budget- vs. Preissystem

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Personalbedarfsorientiertes Budgetsystem
(„alte“ BPflV mit Psych-PV)

- Fortschreibung der KH-individuellen Budgets
- Leistung = Berechnungstage, Fälle, VD
- tagesgleiche Pflegesätze
- KH-individuelle „Preise“
- Der Personalbedarf und die individuelle Kostenstruktur bestimmen das KH-Budget
- Strukturqualität durch Psych-PV mit Budgetwirkung
- Begrenzung der GKV-Ausgaben durch Budgetdeckelung
- Relativ geringe Anforderungen an die Leistungsdokumentation
- Ansatzpunkt für Rechnungsprüfung sind primäre- und sekundäre Fehlbelegung
- Anreizwirkung…

Leistungsorientiertes Preissystem
(aktuelle BPflV mit PEPP-System)

- Ziel: Leistungsgerechte KH-Budgets
- Leistung = Behandlungsleistungen (OPS)
- Entgelte = bundeseinheitliche Pauschalen
- „Festpreise“ auf Landesebene
- Die „PEPP-Leistungen“ bestimmen das KH-Budget
- Qualitätssicherung: G-BA-Vorgaben zur Personalausstattung ohne Budgetwirkung
- Begrenzung der GKV-Ausgaben durch Preisdeckelung (Landesentgeltwert)
- Hohe Anforderungen an Leistungsdokumentation (bürokratischer Aufwand)
- Die gesamte Leistungsdokumentation bietet Ansatzpunkte für Rechnungsprüfung (Misstrauensaufwand)
- Anreizwirkung…

Systemsicht: Chancen und Risiken eines Preissystems

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Chancen

- Ablösung der historischen Budgets durch leistungsgerechte Finanzierung
- Vermeidung von Versorgungsengpässen durch Leistungswettbewerb
- Verbesserung der Qualität durch Wettbewerb
- Sachgerechte Finanzierung von Leistungsentwicklungen
- Transparenz als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen

Risiken

- Unbegründete Umverteilung der Finanzmittel zwischen den Krankenhäusern
- Kein Anspruch auf Finanzierung von Strukturen und Personal
- Qualitätskontrolle (Mindestanforderungen) statt „Qualitätsfinanzierung“
- Unzureichende Finanzierung von Leistungssteigerungen
- Kollektivhaftung der Krankenhäuser für Mengenentwicklung (doppelte Degression)

Krankenhaussicht: Chancen und Risiken eines Preissystems

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Chancen

- Leistungsgerechtes Budget („Gewinner und Verlierer“)
- Alleine die Leistungen und nicht die individuellen Kosten bestimmen das Budget („Gleiches Geld für gleiche Leistung“)
- Leistung „lohnt sich wieder“ (Leistungswettbewerb)
- Freie Verwendung der Erlöse (Freiraum für Gestaltung)
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit nutzt dem eigenen Krankenhaus
- Transparenz als Instrument der internen Steuerung

Risiken

- Hoher investiver und organisatorischer Aufwand
- Komplexe Leistungsplanung führt zu Budgetunsicherheit (keine Erlösneutralität)
- Bei Tagespauschalen nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Prozessoptimierung
- Nur eingeschränkte Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten

Meilensteine der Katalogentwicklung

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

2010 bis 2012 Entwicklung der Methoden und Verfahren zur Kalkulation

- Entwicklung eines weltweit neuen Systems („Neuland“)
- Fallbezug und Diagnosen als Klassifikationsansatz
- Grundlagenvereinbarungen der SV vom 17.11.2009 und 16.03.2012

Erster PEPP-Katalog für 2013 (11/2012)

- Hauptkritikpunkte: Leistungsabbildung und degressive Vergütungssätze
- Ersatzvornahme durch das BMG (Rechtsverordnung)

Zweiter PEPP-Katalog für 2014 (11/2013)

- Zustimmung der DKG nur in Verbindung mit Prüfauftrag an das InEK und einer Verlängerung der Optionsphase um 2 Jahre

Umsetzung des Prüfauftrages durch das InEK (Anfang 2014)

Neuausrichtung der Katalogentwicklung

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Ergänzungsvereinbarung der SV zur Weiterentwicklung des Systems (04/2014)

- Grundlegende Anpassung der Katalogsystematik ab 2015.
- Abschaffung der Vergütungsstufen (jetzt Vergütungsklassen).
- Einführung von Ergänzenden Tagesentgelten (ET) für spezifische Leistungen, um Variationen des Aufwands im Behandlungsverlauf abzubilden.
- Einbeziehung des Entlassungstages als Abrechnungstag.
- Einheitliche Bewertungsrelation ab dem Tag, ab dem die Tageskosten nur noch geringfügig variieren.
- Ermittlung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen als durchschnittliche Kosten der Fälle mit Entlassung am gleichen Pflegetag.

Dritter PEPP-Katalog für 2015 (09/2014)

- Erstmalige Umsetzung der von der Selbstverwaltung vereinbarten methodischen Änderungen.

Aktuell: PEPP-Katalog für 2016

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

PEPP-Katalog 2016

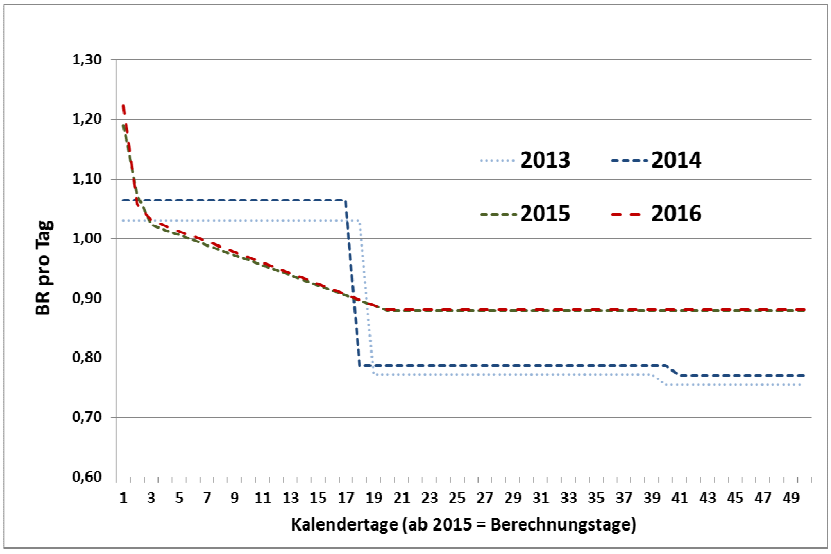
- Nach der grundlegenden Umstellung von 2014 auf 2015 zeigt der Katalog für 2016 zahlreiche Feinanpassungen mit Überarbeitung der Vergütungsklassen und Bewertungsrelationen.
- In Hinblick auf die Rahmenbedingungen für das Jahr 2016 hat die DKG dem Katalog zugestimmt. Bezüglich der zukünftigen ordnungspolitischen Einbindung des PEPP-Kataloges wird die Positionierung der DKG für eine Abkehr vom Preissystem unmissverständlich aufrechterhalten.

Der PEPP-Katalog für 2016 wurde von den Selbstverwaltungspartnern im Spitzengespräch am 24.09.2015 vereinbart.

Umstellung der Methodik von 2014 auf 2015

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Bewertungsrelationen der PEPP PA04C



Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

KHRG 03/2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009)

- Einführung des Systems ab dem Jahr 2013 (§ 17d KHG), verbunden mit einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen (6 Abs. 4 BPflV)

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)

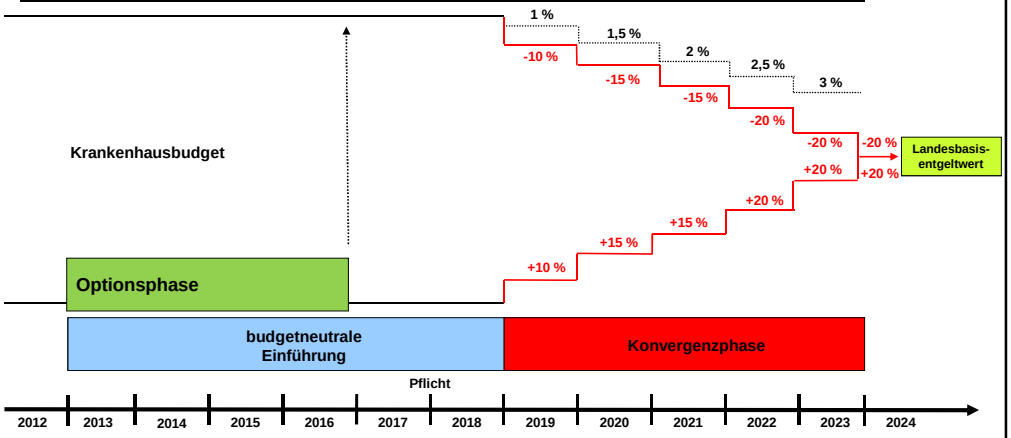
- Verlängerung der optionalen Einführungsphase um 2 Jahre, doppelte Obergrenze für Optionskrankenhäuser in 2015 und 2016 (2015: 2,53% x 2 = 5,06%)

Nach wie vor problematisch:

- „Leistungskappung“ (Verschlechterung für Mehrleistungen)
- Wegfall der Tarifrate (BAT-Ausgleich)
- Doppelte Degression mit Kollektivhaftung
- Wegfall der Psych-PV bei gleichzeitig fehlender Refinanzierung der Personalanforderungen durch den G-BA

Gesetzliche Einführungsphasen

Mehrerlöse	**65 %**	**85 bzw. 90 %**
Mindererlöse	**95 %**	**20 %**



Anwendungserfahrungen in den Krankenhäusern

Bereitschaft zum optionalen (freiwilligen) Umstieg
(Anzahl konkreter Optionserklärungen, Grundgesamtheit der Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen insgesamt 573, Anzahl über die Jahre kumuliert)

- **2013: 45 = 8%**
- **2014: 79 = 14%**
- **2015: 156 = 27%**

Anwendungserfahrungen der Optionskrankenhäuser

- Sehr hoher Dokumentationsaufwand (Bindung des therapeutischen Personals).
- Hoher organisatorischer Aufwand (EDV, Personal).
- Komplexe Leistungsplanung und Leistungsvereinbarung.
- Sprunghafter Anstieg der MdK-Prüfungen (von rd. 1% auf 12-30% der Fälle!) verursacht extremen „Misstrauensaufwand“ für die Krankenhäuser.

Zusammenfassende Bewertung des Systems als Ganzes

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

PEPP-Katalog

- Leistungsbezug für Psych-Versorgung problematisch
- „Kostentrenner“ schwierig
- Anreizwirkungen kritisch
- Strukturfinanzierung ungelöst

Anwendungs-erfahrungen

- Bürokratieaufwand
- Misstrauensaufwand
- Komplexität
- Planungssicherheit

Ordnungspolitischer Rahmen

- „Geschützter“ Rahmen für Optionsphase, danach restriktive Erlösentwickung
- Mit Eintritt in die Konvergenz Start in den „Wettbewerb um PEPP-Leistungen“ mit Umverteilung und Preisdegression
- Keine Refinanzierung von Personal- und Qualitätsanfor-derungen
- Keine Refinanzierung von Tarifentwicklungen

Ist ein Preissystem für die Psych-Versorgung geeignet?

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Sind die Behandlungen soweit „standardisiert“, dass eine Pauschalierung (auch in Hinblick auf die Wirksamkeit der Anreize) sinnvoll ist?

– Die Behandlungsleistungen sind nur schwer zu beschreiben. Auch ist eine Pauschalierung schwierig, da Behandlungskonzepte in Abhängigkeit der individuellen Patientensituation sehr unterschiedlich sind und auch im Laufe einer Behandlung angepasst werden müssen.

Ist Leistungswettbewerb überhaupt für die Psych-Versorgung geeignet?

– Wie ist Leistungswettbewerb in Einklang mit einer Regionalisierung der Versorgung und dem Verständnis der Pflichtversorgung zu bringen? Kann die Qualität der Psych-Versorgung durch Leistungswettbewerb verbessert werden?

Wie soll die Versorgungsqualität sichergestellt werden?

– Die Versorgungsqualität wird bisher über die Budgetwirksamkeit der Psych-PV gefördert. In einem Preissystem sind die individuellen Personalkosten eines KH irrelevant. Die Personalvorgaben des G-BA sind ausschließlich als Instrument der Qualitätssicherung (ohne Budgetwirkung) zu verstehen.

Positionen der DKG vom 16.06.2015

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

- Die vorgesehene **Preisorientierung** des neuen Entgeltsystems ist für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung **nicht geeignet**.
- Das Finanzierungssystem sollte dem **besonderen Leistungsverständnis** der Psych-Versorgung Rechnung tragen, indem nicht einzelne Behandlungsleistungen, sondern das **Versorgungsangebot der Einrichtung in den Mittelpunkt** der Finanzierung treten.
- Eine **Umverteilung** der Finanzmittel zwischen den Krankenhäusern bzw. eine Konvergenz hin zu landeseinheitlichen „Preisen“ ist aufgrund der problematischen Abbildung und Bewertung von psychiatrischen Leistungen **nicht zu verantworten**. Insbesondere unberechtigte Budgetkürzungen würden die regionale Versorgung massiv gefährden.
- Das Finanzierungssystem muss auf den hierfür erforderlichen **Personalbedarf** abstellen.
- Das Entgelt- und Abrechnungssystem muss **bürokratiearm** sein und der **Misstrauensaufwand** auf das Notwendige begrenzt werden.

Vorschlag der DKG vom 16.06.2015

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Entwicklung von Regelungen und Instrumenten für eine **bedarfsgerechte, aber auch leistungsorientierte Budgetfindung** nach den folgenden Eckpunkten:

- Maßgeblich für das Krankenhausbudget sollen der **Versorgungsbedarf** der Patienten, die Aufgaben (insbesondere Pflichtversorgung) und das **Patienten- und Leistungsspektrum eines Krankenhauses** sein.
- Zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs ist insbesondere der Personalbedarf zu berücksichtigen. Hierzu ist eine zeitgemäße **Nachfolgeregelung für die Psych-PV** zu entwickeln, die alle Bereiche der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung abbildet.
- Ein vereinfachter **PEPP-Katalog** kann im Sinne von **Abschlagszahlungen** auf das krankenhausindividuelle Budget als Abrechnungssystem eingesetzt werden. Der **Bürokratie- und Misstrauensaufwand** kann damit auf ein sinnvolles Maß **begrenzt** werden.
- Auch **sinnvolle Transparenz** kann über einen vereinfachten PEPP-Katalog geschaffen werden (medizinisch und versorgungspolitisch sinnvolle Gruppen statt bestmöglicher „Kostentrennung“).

Aktuelle politische Entwicklung

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

- Dialog im BMG am 04.05.2015
- DKG-Eckpunkte für ein alternatives System vom 16.06.2015
- Konzept der Fachverbände vom 09.09.2015
- Fortsetzung des politischen Dialoges

Richtungswechsel der Finanzierungsreform ?

Chancen und Risiken eines <u>neuen</u> Budgetsystem

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Chancen

- Weiterentwicklung der **krankenhausindividuelle Budgets** nach **einheitlichen „Spielregeln“** und mit **einheitlichen Instrumenten**.
- Planungs- bzw. Budgetsicherheit für das Krankenhaus
- Refinanzierung von Struktur- und Personalanforderungen
- Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und innovativer Versorgungskonzepte
- Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten und der Verantwortung auf der Ortsebene
- Leistungstransparenz durch Abrechnung einheitlicher Entgelte (PEPP) mit krankenhausindividuellen Preisen (Abschlagszahlungen auf das Budget)

Risiken

- Strukturfinanzierung bedingt „Budgetdisziplin“ (z.B. hohe Erlösausgleiche)
- „Budgetdeckelung“ bleibt auf der Ortsebene (begrenzte Entwicklungsmöglichkeiten)
- Finanzierung der Personalkosten könnte mit Zweckbindung verknüpft werden

Ausblick: Regelungen im KHSG für den Psych-Bereich

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Gesetzentwurf von CDU/CSU und SPD vom 30.06.2015

- Qualitätszu- und -abschläge (Vorgaben des G-BA nach § 136b SGB V)
- Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten durch G-BA-RL
- Abschaffung der absenkenden Wir ung von Zuschlägen auf den Landesentgeltwert
- Repräsentative Kalkulation anstelle freiwilliger Kalkulationsteilnahme
- Strukturfonds zum Abbau von Überkapazitäten, Konzentration und Umwandlung

Formulierungshilfen des BMG vom 12.10.2015 für Änderungsanträge

- Tarifrate zur hälftigen Finanzierung von Tarifsteigerungen (Erhöhungsrate von 40%).
- Extrabudgetäre Vergütung von Krankenhausleistungen für Asylbewerber (auf Verlangen des Krankenhauses, auch rückwirkend für 2015)
- Verzicht auf die Ausweitung der Rückzahlungsverpflichtungen von Psych-PV Mitteln vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Prüfung des PEPP-Systems.

Abschließende Lesung im Bundestag am 5. oder 6. November 2015

Ausblick: Schwerpunkte des KHSG für den DRG-Bereich

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Gesetzentwurf und Formulierungshilfen für Änderungsanträge (ÄA)

Abschaffung der doppelten Degression

- Fixkostendegressionsabschlag über (fünf) drei Jahre statt Mehrleistungsabschlag
- Streichung der absenkenden Wirkungen auf die LBFW („Kollektivhaftung“)

Förderung der Personalausstattung

- Pflegestellen-Förderprogramm 2016-2018 (660 bzw. 330 Mio. p.a.)
- Überführung des Versorgungszuschlages in einen Pflegezuschlag (500 Mio. p.a.)
- Expertenrunde zur Abbildung der Pflege im DRG-System
- Tarifrate zur hälftigen Finanzierung von Tarifsteigerungen (33%).

Finanzierung von Qualität und Struktur

- Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge mit Leistungsausschluss
- Stärkung der Zuschlagsfinanzierung (Notfallversorgung, Zentren, Sicherstellung)

PEPP - aktuelle Entwicklung

Aktuelle Entwicklungen des Finanzierungssystems in der Psychiatrie

aus der Sicht des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

vom 23. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Holger Höhmann,
Verband der Kranhausdirektoren Deutschlands e.V.

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Aktuelle Entwicklungen des Finanzierungssystems in der Psychiatrie aus Sicht des VKD

Holger Höhmann

Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD e.V.

Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender der LVR-Klinik Langenfeld

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Aktuelle Lage der Krankenhäuser

- ein Drittel aller Krankenhäuser schreibt rote Zahlen
- neun von zehn Kliniken sind nicht mehr in der Lage, die für eine sichere Zukunft notwendigen Überschüsse zu erwirtschaften
- zusätzlich besteht eine Unterfinanzierung der Investitionen von über 3 Milliarden Euro pro Jahr – die Produktivität muss also gesteigert werden, um diese Kosten auch noch abdecken zu können

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Aktuelle politische Entwicklungen

Und was wird durch die Bundesregierung angedacht?

- Streichung des Versorgungszuschlages
- neue Preiskürzungen
- keine Neuregelung der widerrechtlich entzogenen Investitionsfinanzierung
- Unterfinanzierung der Personalkosten infolge der Preis-Tarif-Schere, aktuell kumuliert auf rund 2,5 Millionen Euro im Jahr
- …und vieles mehr!

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Aktuelle politische Entwicklungen

Hatten Einige auf eine Intervention zu den unglaublichen Kürzungen im Regierungsentwurf des Krankenhausstruktur-gesetzes gehofft - so kam leider auch aus dem Bundesrat weniger als ein laues Lüftchen!

- Fortführung der Schlechterstellung von psychisch Kranken gegenüber somatisch Kranken
- kein Einhalt bei der Prüfwut des MDK
- Rückzahlungen für Psychiatriestellen

Aktuelle politische Entwicklungen

- Dies alles kann nicht zu einer qualitativen Versorgung führen – vielmehr wird ein „Krankenhaussterben" initiiert – auf dem Rücken unserer Patientinnen und Patienten!
- Die Politik spricht von Qualität und setzt Gesetze in Kraft, die genau das Gegenteil bewirken!

Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands eV

Qualitätsindikatoren für die Psychiatrie

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Qualitätsindikatoren für die Psychiatrie I

Vorbericht des AQUA-Institutes – Stellungnahme des VKD:

- Einstieg in die Qualitätssicherung – Verfahrung muss weiterentwickelt und ergänzt werden
- Qualitätssicherungsverfahren anderer Ländern sollten als Beispiel dienen
- Daten der Indikatoren dürfen nicht nur erhoben und als Rohdaten dargestellt werden, zusätzlich muss eine Risikoadjustierung vorgenommen werden
- Werden die Qualitätsindikatoren mit finanziellen Anreizen verbunden, so muss ein korrektes, nicht angreifbares Verfahren vorhanden sein

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Qualitätsindikatoren für die Psychiatrie II

Vorbericht des AQUA-Institutes – Stellungnahme des VKD:

- Auswertung der erhobenen Daten wird den Kliniken spät mitgeteilt wird - der Erkenntnisgewinn für die behandelnden Personen ist daher ohne direkten Fallbezug nicht eindeutig
- Der Bericht kann somit nicht darlegen, ob die zukünftige psychiatrische Behandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten verbessert werden kann

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Qualitätsindikatoren für die Psychiatrie III

Vorbericht des AQUA-Institutes – Stellungnahme des VKD:

- Grundsätzlich sollte bedacht werden, dass die Prozessqualität in dem derzeitigen Verfahren nicht im Mittelpunkt steht
- Durch gesetzlich vorgeschriebene Veröffentlichung der Prozess- und Ergebnisqualität kann aber eine deutlich höhere Transparenz erzeugt werden
- Gleichwohl erhöht dies den administrativen und dokumentarischen Aufwand
- Die Erfassung der Daten von Struktur- und Ergebnisqualität ist aber dennoch wünschenswert

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Qualitätsindikatoren für die Psychiatrie IV

Vorbericht des AQUA-Institutes – Stellungnahme des VKD:

- Es ist erforderlich, den zusätzlichen Aufwand bei der Qualitätssicherung möglichst konkret zu benennen
- Eine Refinanzierung des Aufwands (Personal- und Sachkosten) durch die Kostenträger ist in Anbetracht der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser in Deutschland unabdingbar und muss vom Gesetzgeber geregelt werden
- Auch in der Kommission Qualität der DKG wurde besprochen, dass die DKG den vorliegenden Vorbericht ablehnen wird

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Weg von PEPP?

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Weg von PEPP?

zumindest machen die aktuellen Entwicklungen Hoffnungen für das Finanzierungssystem der Psychiatrie:

- Politische Vertreterinnen und Vertreter äußern sich immer häufiger und vehementer gegen PEPP
- Die Verbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaft haben sich zusammengetan und eine Alternative zu PEPP vorgeschlagen
- Dies allein spricht schon für die hohe Notwendigkeit des Weges „Weg von PEPP!"

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

für die Fachgebiete
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)
- Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
- Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)
- Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Weg von PEPP?

- Wir hoffen, dass durch eine Änderung des Finanzierungssystem die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten abgebildet werden – nur so können die Krankenhäuser die optimale Versorgung sicherstellen!

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Mitgliederversammlung

vom 22. Oktober 2015

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Holger Höhmann,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Protokoll der Mitgliederversammlung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) am 22.10.2015, 16:45 Uhr im Asklepios Fachklinikum Göttingen

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 September 2014 hat der Fachgruppenvorstand sich zu vier Vorstandssitzungen zusammengefunden. Zusätzlich fanden fünf Telefonkonferenzen des Fachgruppenvorstandes sowie ca. 25 Termine in Berlin unter Beteiligung des Fachgruppenvorstandes statt. Auf europäischer Ebene wurden von Vertreterinnen und Vertretern des Fachgruppenvorstandes drei Termine wahrgenommen. Die Arbeitsgruppe Neues Entgelt unter Moderation von Herrn Dr. Voigt hat seit September 2014 insgesamt drei Mal getagt.

Des Weiteren veröffentlichte bzw. beteiligte sich der Fachgruppenvorstand an vier Stellungnahmen zu dem neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie. Die Stellungnahmen wurden sowohl politisch als auch in der Presse verbreitet. Darüber hinaus war die Fachgruppe an der Entwicklung eines alternativen Finanzierungssystems „Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems" und der entsprechenden Verbreitung beteiligt. Zusätzlich erstellte die Fachgruppe Psychiatrie eine Stellungnahme des VKD zum Vorbericht des AQUA-Institutes zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V: „Versorgung von psychischen Erkrankungen".

Der EDV-Benchmark für psychiatrische Krankenhäuser, welcher durch die Fachgruppe initiiert wurde, wurde abgeschlossen. 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 2016

Die 50. Fachgruppentagung ist für den 27. und 28. Oktober 2016 in der LVR-Klinik Köln festgelegt.

TOP 4 - Verschiedenes

Herr Höhmann dankt den Referentinnen und Referenten und den Gastgebern für Ihre Unterstützung. Er bittet die Mitglieder in ihren Häusern nach interessanten Themen zu suchen, die im nächsten Jahr mittels eines Vortrages vorgestellt werden könnten.

Ende der Sitzung: 17:15 Uhr

Für die Richtigkeit des Protokolls:
Dominique Ahling

Kurzbericht

Kurzbericht über die 49. Fachgruppentagung in der „krankenhausumschau“

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Holger Höhmann,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

VKD Fachgruppe Psychiatrie: "Qualität mit PEPP?"

49. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD vom 22. bis 23.10.2015
im Asklepios Fachklinikum Göttingen

von Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD

Die 49. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) vom 22. bis 23.10.2015 fand in diesem Jahr mit dem Leitthema „Qualität mit PEPP?" im Asklepios Fachklinikum Göttingen statt. Nahezu 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer besuchten die Tagung, um auch in diesem Jahr wieder an dem intensiven Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen über die aktuellsten Themen der psychiatrischen Versorgung teilzunehmen.

Zahlreiche anspruchsvolle Themen werden die psychiatrischen Krankenhäuser in naher Zukunft zunehmend in Atem halten. Neben der Einführung des PEPP-Systems (PEPP – Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) stehen die psychiatrischen Häuser auch der stetig ansteigenden Bedeutung des Qualitäts- und Risikomanagement sowie den verschiedenste Personalproblematiken gegenüber. Anlässlich der 49. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), die vom 22. bis 23. Oktober im Asklepios Fachklinikum Göttingen stattfand, wurden diese drei Themenblöcke unter dem Generalthema „Qualität mit PEPP?" eingehend beleuchtet und mit den knapp 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern lebhaft diskutiert.

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD, eröffnete mit einem kurzen Grußwort die zweitägige Veranstaltung und hieß alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer herzlich willkommen. Begrüßt wurden die Gäste anschließend von dem Geschäftsführer des gastgebenden Asklepios Fachklinikums Göttingen, **Manfred Huppertz**, der die Klinik aufschlussreich vorstellte und allen eine gute und impulsgebende Veranstaltung wünschte.

Die Vortragsreihe des ersten Themenblocks „Personal gewinnen, führen und halten" wurde mit einen Vortrag von **Dr. Thilo Rübenstahl** zum Thema „Personalgewinnung in deutschen Krankenhäusern" eröffnet. Dr. Rübenstahl zeigte zunächst die aktuellen Entwicklungen innerhalb des Personalwesens und die daraus resultierenden Herausforderungen für das Personalmanagement auf. Dabei ging er insbesondere auf den Fachkräftemangel und den Generationen-, Geschlechter und Wertewandel ein. Im Anschluss erläuterte er die möglichen Optionen für die Personalgewinnung, die den beschriebenen Herausforderungen gewachsen sind. Dabei ging Rübenstahl sowohl auf die Optimierungsmöglichkeiten des Recruitingsprozesses als auch auf die aktuellen Trends der Personalgewinnung ein, und gab

den Teilnehmerinnen und Teilnehmern somit konkrete Möglichkeiten zur Verbesserung der Personalgewinnung unter den aktuellen Besonderheiten mit.

Folgend referierte **Norbert Klein** zum Thema „Führung im Krankenhaus – na klar! Aber wie und wohin?!". In seinem Beitrag beschrieb er die Komplexität von Führungsverhalten und verdeutlichte mögliche Konsequenzen. Wichtig war ihm dabei, die verschiedenen Einflussfaktoren zu verdeutlichen, die die Führung im Krankenhaus beeinflussen und die Führungsziele hierbei nicht selten durchkreuzen. Er hob hierbei hervor, dass es auf eine zielorientierte Kommunikation ankomme. Führung im Dialog habe die höchste Wirksamkeit. Als wesentlichen Faktor benannte er auch die Zeit, die eine Führungskraft sich nehmen sollte, auch wenn es mal unmöglich erscheine. Führung beginne bei jedem Einzelnen in Form von Selbstorganisation, Selbstführung und Persönlichkeitsentwicklung. Von dieser Person aus entwickle sich die Führung zum Team, beginnend als Zweier-Team bis hin zum Großteam.

Zum Abschluss des ersten Themenfeldes stellte **Birgit Conradt** „Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe" dar. Dabei erläuterte sie zunächst die häufigsten Krankheitsarten. Hier hob sie den großen Faktor der psychischen Erkrankung hervor und stellte auch in diesem Zusammenhang die betrieblichen Indikatoren für hohe Belastungen dar. Die Mitarbeiterin und der Mitarbeiter müssten sich auf immer mehr veränderte Arbeitsbedingungen einstellen, in immer kürzerer Zeit. Eine Führungskraft müsse sich der heutigen schnelllebigen Zeit anpassen, in dem sie die Gesundheit als Führungsaufgabe sieht und Veränderungen bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erkennt und diese auch frühzeitig anspricht und mit ihnen das weitere Vorgehen bespricht. Zum Ende ging Conradt auf das ein, was das Unternehmen tun könnte, damit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schon durch den Arbeitgeber Hilfestellungen gegeben werden. Abschließend referierte sie darüber, was man als Führungskraft tun könne um seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu unterstützen.

Der zweite Themenschwerpunkt „Qualitäts- und Risikomanagement" startete mit einem Vortrag von **Reinhard Belling** zu „Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie". Dabei ging er zunächst auf die Einführung der Qualitätsmerkmale für psychiatrische Versorgungsangebote bei der Vitos GmbH ein und erläuterte eingehend, wie dort die Auswahl der Qualitätsindikatoren vorgenommen wurde. Nach einer sehr interessanten Präsentation der ersten Ergebnisse der Vitos Kliniken erläuterte Belling, in welchen Bereichen die bestehende Projektgruppe die ermittelten Qualitätsindikatoren weiterentwickeln werde. Dabei solle bspw. eine Erweiterung auf weitere Sektoren und Krankheitsbilder vorgenommen werden, um die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu erweitern.

Anschließend erörterte **Dr. Michael Kramer** zu der Thematik „Vom Risiko und seinem Management in der Psychiatrie". Zunächst ging er hierbei auf die Erläuterung der Begrifflichkeit „Risiko" ein und ging dann zum Thema „Risikomanagement" über, welches

verpflichtend für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser vorgeschrieben ist. Er erläuterte, was genau erfasst werden sollte und welche Aspekte dem Risikomanagement zugeordnet werden können. Dabei ging Dr. Kramer auch darauf ein, was dem umfassenden Risikomanagement im Weg steht. Zum Schluss referierte er den Gästen, wie Risiken bewertet und bearbeitet werden können, sowie die Grundsätze, die bei der Kommunikation nach dem Eintreten des Risikos zu beachten sind.

Der erste Tagungstag fand seinen Abschluss in einem Vortrag von **Prof. Dr. Dorina Gumm** zu „DV-Systeme als Unterstützung des Qualitätsmanagements". Prof. Dr. Gumm referierte, dass Qualitätsmanagement eine Aufgabe des unternehmerischen Informationsmanagements sei und somit in die informationelle Infrastruktur eingebettet werden solle. Ihre Aussage war, dass weniger nach einer DV-Lösung als nach einer Infrastrukturlösung gesucht werden solle. Ihrer Erfahrung nach zeigte sich, dass ein gut gestaltetes Intranet eine solche informationelle und technische Infrastruktur bieten könne. In ihrem Vortrag stellte sie zwei Metaphern vor, die über das Qualitätsmanagement nachdenken lassen sollten: Zum Einen das „liquid QM", welches die Informationen im Qualitätsmanagement in den Fokus nimmt und zum Anderen die DV-Systeme/Infrastrukturen, die eine Gesamtversorgung bieten, über die „liquid QM" ermöglicht werden können.

Anja Röske eröffnete den zweiten Tagungstag mit dem abschließenden Vortrag im Themenblock „Qualitäts- und Risikomanagement" mit einem Beitrag zu den „Ergebnissen der Arbeitsgruppe des G-BA zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie". Nach einer Darstellung der zugrunde liegenden Rahmenbedingungen stellte Röske den anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Ergebnisse des Vorberichtes der Arbeitsgruppe des G-BA detailliert dar und ging dabei auch auf die gravierenden bestehenden Kritikpunkte ein. Im Anschluss erläuterte sie die weitere Vorgehensweise des Verfahrens nach Abgabe des Abschlussberichtes und die entsprechende Nachbereitung aufgrund der eingegangenen Stellungnahmen.

Im dritten Themenblock „PEPP-aktuelle Entwicklungen" präsentierte zunächst **Prof. Dr. Arno Deister** die „aktuellen Entwicklungen des Finanzierungssystems aus Sicht der DGPPN". Prof. Dr. Deister sieht die aktuelle Situation als eine Chance, ein Finanzierungssystem zu entwickeln, dass den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen aller Altersstufen angemessen ist. Nach einer Erläuterung, warum gerade das PEPP-System hierfür nicht geeignet ist, stellte er den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die von 17 Verbänden gemeinsam entwickelte Alternative eines Finanzierungssystems für die Psychiatrie, das Konzeptes eines Budgetbasierten Entgeltsystems vor. In diesem Alternativsystem sei nicht ökonomisch motivierte Erlösoptimierung sondern vielmehr die Verantwortung für die Versorgung die Basis.

Urban Roths erläuterte die „aktuellen Entwicklungen des Finanzierungssystems aus Sicht der DKG". Nach einer Darstellung der Chancen und Risiken eines Preissystems als Finanzierungsystem der psychiatrischen Versorgung und einer Beleuchtung des aktuellen Stands des PEPP-Systems, kam Roths zu dem Ergebnis, dass das vorgesehene PEPP-System für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung aufgrund zahlreicher Aspekte nicht geeignet ist. Er erläuterte Eckpunkte, die für eine bedarfsgerechte, aber auch leistungsorientierte Budgetfindung betrachtet und hinzugezogen werden müssten und hofft aufgrund der aktuellen politischen Entwicklungen auf einen Richtungswechsel der Finanzierungsreform. Zum Abschluss stellte Roths die Regelungen im neuen KHSG für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor.

Zum Abschluss des Themenblocks erläuterte **Holger Höhmann** die „aktuellen Entwicklungen des Finanzierungssystems aus Sicht des VKD". Dabei ging Höhmann zunächst auf die prekäre finanzielle Lage der Krankenhäuser ein und zeigte auf, dass die aktuellen politischen Entwicklungen diese ohnehin schon schwierige Lage weiter verstärken werden. Die politischen Vorgaben sollen zu mehr Qualität führen, würden allerdings genau das Gegenteil bewirken. Im Bezug auf die Psychiatrie erörterte Höhmann zu dieser Thematik die bestehenden Kritikpunkte am aktuellen Vorbericht des AQUA-Institutes zu den Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Schlussendlich stellte er dar, dass der VKD hofft, dass durch eine Änderung des Finanzierungssystem für die Psychiatrie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgebildet werden, da die Krankenhäuser nur so die optimale Versorgung sicherstellen könnten.

Zum Abschluss der 49. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmern von **Holger Höhmann**, Vorsitzender der Fachgruppe, verabschiedet und herzlich für die Sonderveranstaltung zum neuen Entgeltkatalog am 03.03. in Köln sowie bereits zur nächsten Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie, die am 28. und 29.10.2016 in der LVR-Klinik in Köln stattfinden, eingeladen.

Auswertung der Evaluationsbögen

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

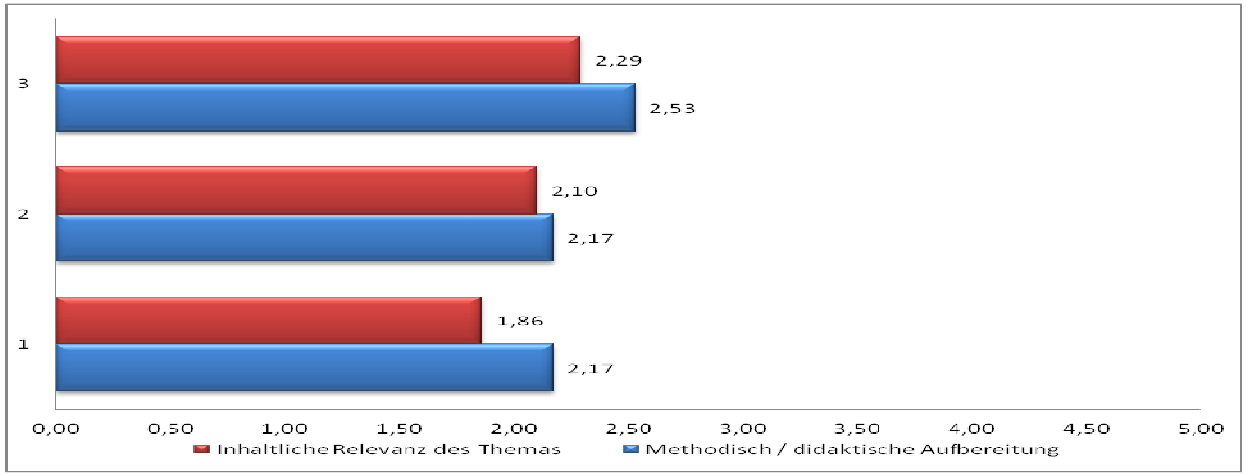
von

Holger Höhmann,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

49. Fachgruppentagung vom 22. bis 23. Oktober 2015
in dem Asklepios Fachklinikum Göttingen

		1	2	3	4	5
	Methodisch / didaktische Aufbereitung	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht
	Inhaltliche Relevanz des Themas	sehr hoch	hoch	mittel	gering	sehr gering

Personal gewinnen, führen und halten
Führung im Krankenhaus – na klar! Aber wie und wohin?! Norbert Klein
Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe Birgit Conradt
Personalgewinnung in psychiatrischen Krankenhäusern Dr. Thilo Rübenstahl

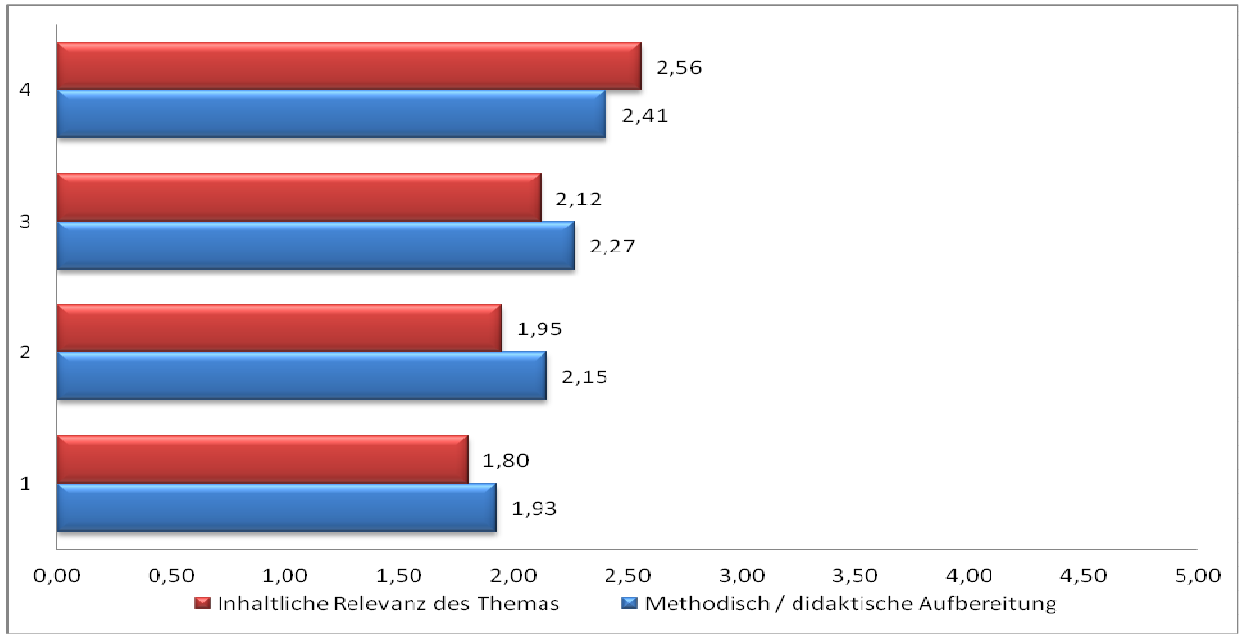


Personal gewinnen, führen und halten	**Methodisch / didaktische Aufbereitung**	**Inhaltliche Relevanz des Themas**
Personalgewinnung in psychiatrischen Krankenhäusern Dr. Thilo Rübenstahl	**2,17**	**1,86**
Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe Birgit Conradt	**2,17**	**2,10**
Führung im Krankenhaus – na klar! Aber wie und wohin?! Norbert Klein	**2,53**	**2,29**

49. Fachgruppentagung vom 22. bis 23. Oktober 2015
in dem Asklepios Fachklinikum Göttingen

		1	2	3	4	5
	Methodisch / didaktische Aufbereitung	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht
	Inhaltliche Relevanz des Themas	sehr hoch	hoch	mittel	gering	sehr gering

Qualitäts- und Risikomanagement
Vom Risiko und seinem Management in der Psychiatrie Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer
DV-Systeme als Unterstützung des Qualitätsmanagement Prof. Dr. Dorina Gumm
Ergebnisse der Arbeitsgruppe des G-BA zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie Dipl. Pflegew. (FH) Anja Röske
Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie Reinhard Belling

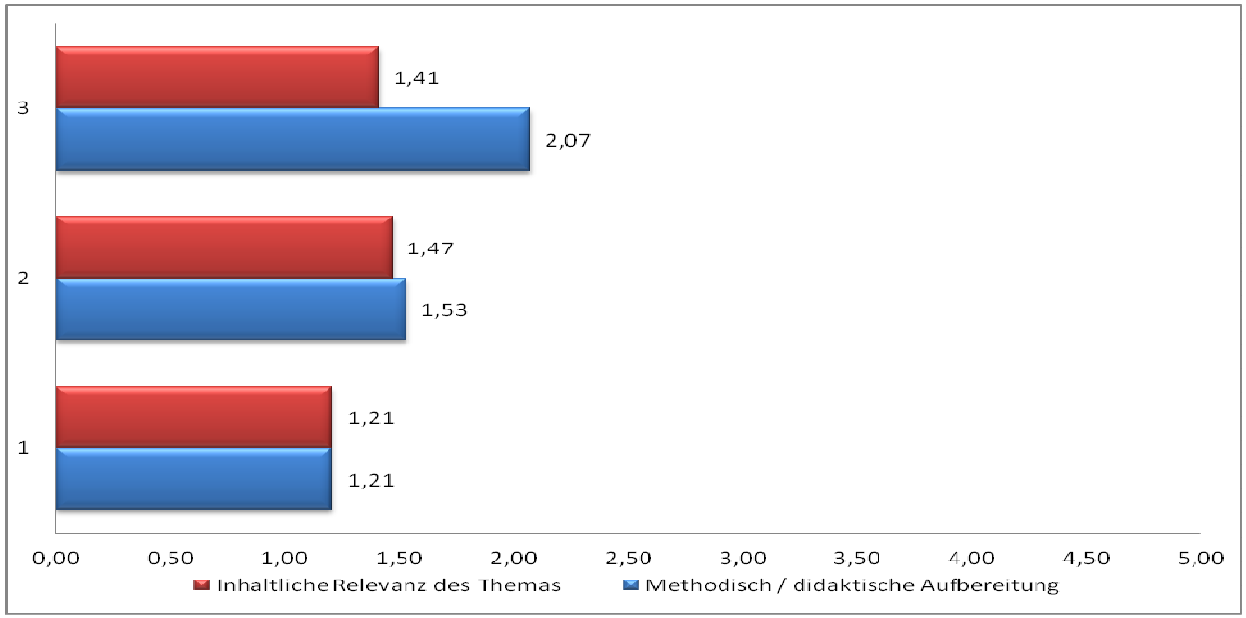


Qualitäts- und Risikomanagement	**Methodisch / didaktische Aufbereitung**	**Inhaltliche Relevanz des Themas**
Reinhard Belling	**1,93**	**1,80**
Dipl. Pflegew. (FH) Anja Röske	**2,15**	**1,95**
Prof. Dr. Dorina Gumm	**2,27**	**2,12**
Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Kramer	**2,41**	**2,56**

49. Fachgruppentagung vom 22. bis 23. Oktober 2015
in dem Asklepios Fachklinikum Göttingen

		1	2	3	4	5
	Methodisch / didaktische Aufbereitung	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht
	Inhaltliche Relevanz des Themas	sehr hoch	hoch	mittel	gering	sehr gering

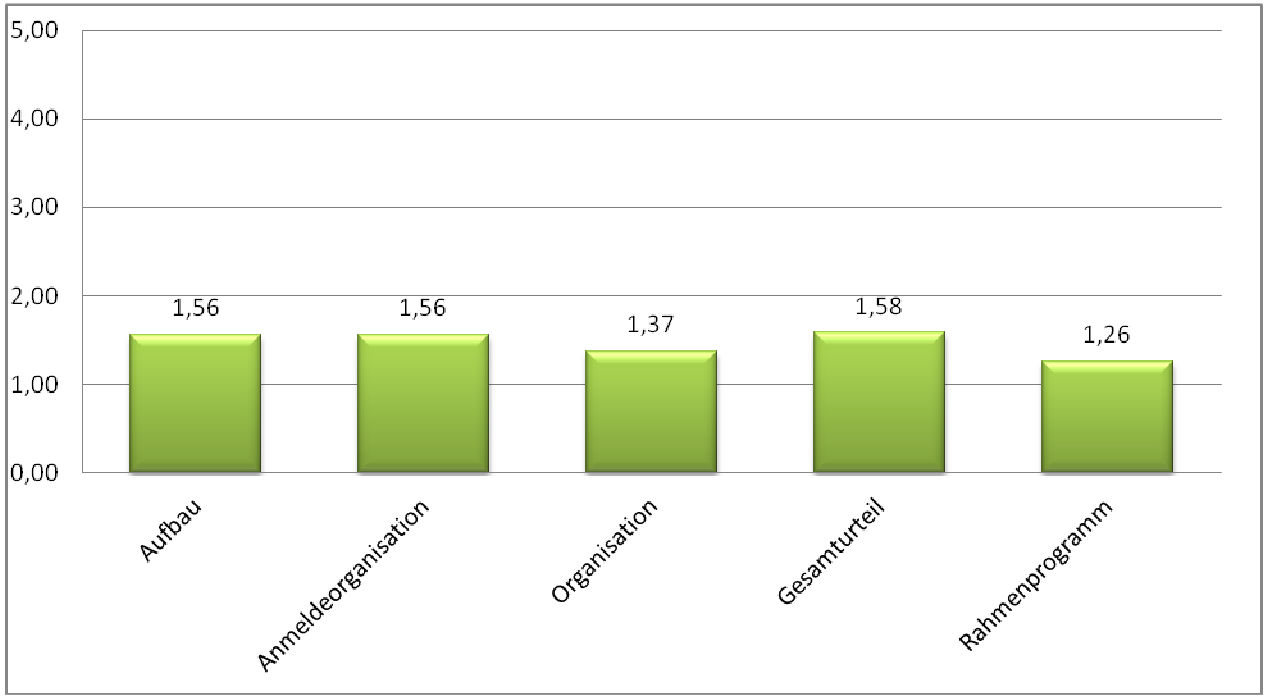
PEPP-aktuelle Entwicklungen
Aktuelle Entwicklungen des Finanzierungssystems in der Psychiatrie aus der Sicht der DKG Urban Roths
Aktuelle Entwicklungen des Finanzierungssystems in der Psychiatrie aus der Sicht des VKD Holger Höhmann
Aktuelle Entwicklungen des Finanzierungssystems in der Psychiatrie aus der Sicht der DGPPN Prof. Dr. Arno Deister



PEPP-aktuelle Entwicklungen	**Methodisch / didaktische Aufbereitung**	**Inhaltliche Relevanz des Themas**
Prof. Dr. Arno Deister	**1,21**	**1,21**
Holger Höhmann	**1,53**	**1,47**
Urban Roths	**2,07**	**1,47**

49. Fachgruppentagung vom 22. bis 23. Oktober 2015
in dem Asklepios Fachklinikum Göttingen

	1	2	3	4	5
	Sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht



VKD Tagung / Programm	
Wie beurteilen Sie den **Aufbau** der Tagung? (Zeitpunkt im Jahr, Dauer, Struktur, Pausen)	**1,56**
Wie beurteilen Sie die **Anmeldeorganisation** im Vorfeld der Tagung?	**1,56**
Wie beurteilen Sie die **Organisation** der Tagung?	**1,37**
Wie ist Ihr **Gesamturteil** der Tagung?	**1,58**
Wie beurteilen Sie das **Rahmenprogramm**?	**1,26**

Bilder

49. Fachgruppentagung

vom 22. – 23. Oktober 2015

in dem
Asklepios Fachklinikum
Göttingen

von

Holger Höhmann,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Brennerei

Anno
1598

WILTHENER
Goldkrone
Cola