

Wolfgang Rieger
Aus der Sicht des Geschäftsführers

Warum dieses Thema?

In der Bundesrepublik Deutschland leben wir gegenwärtig in einem niemals zuvor da gewesenen Wohlstand. Gleichzeitig haben viele Menschen das Gefühl, die Entsolidarisierung und die Ausgrenzung von Menschen nehme zu. Eine wichtige Rolle hierbei spielt die öffentliche Diskussion um die Frage, wie und in welchem Umfang der Sozialstaat der 70-er, 80-er und 90-er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts noch erhalten werden kann, ob nicht mehr oder weniger wichtige Elemente verzichtbar seien oder ob sie nicht der individuellen Vorsorge der Menschen vorbehalten sein sollten.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Arbeitsfelder, insbesondere auch bei uns in der Psychiatrie, meinen, einschneidende Veränderungen im Arbeitsalltag wahrzunehmen.

Angeblich mache sich eine zunehmende Ökonomisierung, die alle Bereiche unserer Arbeit berührt, breit. Es scheint aussichtslos und naiv, sich dagegen zu wehren, ein lähmendes Gefühl der Hilflosigkeit macht sich breit.

Aber ist das wirklich so? Was ist bei diesen Gefühlen in einem medienorientierten "mainstream" begründet, was ist rational nachvollziehbares Wissen?

Haushaltspolitik und Sozialpolitik

Zunächst einmal ist es wichtig, die Eckpunkte zu bestimmen, unter denen Psychiatrie in den letzten 30 Jahren nach dem Vorliegen der Psychiatrie-Enquete des Jahres 1975 in Deutschland betrieben worden ist.

Die Psychiatrielandschaft in Deutschland ist auf der einen Seite durch die sog.

Fachkrankenhäuser geprägt, die an wenigen Standorten in den 16 Bundesländern für ein jeweils großes Einzugsgebiet Psychiatrie häufig gemeindefern und nur im stationären Bereich betrieben haben, auf der anderen Seite gibt es die Abteilungspsychiatrien, die mit Bettenzahlen zwischen 80 und 100 Betten alle psychiatrischen Krankheitsfälle einer kleineren Region als Abteilungen von somatischen Allgemeinkrankenhäusern behandeln. Beide versorgen jeweils etwa 50 % der Gesamtbevölkerung.

Träger der Fachkrankenhäuser ist in den meisten Fällen das jeweilige Bundesland, z.B.

Baden-Württemberg oder Hessen. Vereinzelt sind auch frei-gemeinnützige Träger (Kirchen, Stiftungen) tätig, in einigen Bundesländern sind einzelne Teilregionen wie Landschaftverbände (Nordrhein-Westfalen) oder Bezirke (Bayern) öffentliche Träger der Psychiatriekrankenhäuser.

Geprägt durch das ausgeprägte soziale Denken der letzten Jahrzehnte im ausgehenden 20.

Jahrhundert sowie die bitteren Erfahrungen der Deutschen mit den Sünden der Psychiatrie in der Nazi-Zeit war unbestritten, dass nach der Psychiatrie-Enquete des Jahres 1975 die Psychiatriepolitik in der Sozialpolitik der Bundesländer einen wichtigen Stellenwert hatte. Die Politik wollte sich auf keinen Fall den Vorwurf machen lassen, inhuman mit diesem sensiblen Thema umzugehen. Die Sozialpolitik formulierte die fachlichen Erfordernisse, z.B. als Qualitätsstandard die Psychiatrie-Personalverordnung, in der genau festgelegt wurde, für wie viele Patienten wie viele Mitarbeiter von den Krankenkassen bezahlt werden müssen. Auch den baulichen Anforderungen der Psychiater wurde in der Regel ohne große Widerstände im Rahmen der Landeshaushalte entsprochen. Die Sozialpsychiatrie formulierte die Forderungen: Ambulant vor stationär!

Gemeindenah vor gemeindefern!

Diese von Optimismus und Vorwärtstreben gekennzeichnete Periode prägte die deutsche Psychiatrie bis Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts, auf den

Psychiatrietagen wurde von den verschiedenen Institutionen ein Projekt nach dem anderen vorgestellt, in dem man seine Beteiligung an diesem "mainstream" nachwies, die Politik glänzte mit der Eröffnung neuer Tageskliniken und Presseveröffentlichungen, die die soziale Verantwortung der jeweiligen Regierung betonten.

Ab Mitte der neunziger Jahre gab es dann allerdings in der Politik ein Erwachen bezüglich der Frage, inwieweit dies alles denn auch zu finanzieren sei. Die Globalisierung der Wirtschaft infolge des Internet- und Mobiltelefonbooms machte rasante Fortschritte, in Deutschland fielen mit ständig steigender Geschwindigkeit Arbeitsplätze weg, das Geld im Gesundheitswesen, aber auch in den öffentlichen Haushalten allgemein begann knapp zu werden. Die Mittel, die der Psychiatrie zugewiesen wurden, sei es als laufende Behandlungskosten durch die Krankenkassen, sei es als Investitionskosten durch die öffentlichen Haushalte, wurden von Jahr zu Jahr gekürzt. Primat war und ist heute noch in Deutschland die Konsolidierung der Haushalte, d.h. Abbau der Schulden des öffentlichen Bereichs über eine Verminderung der Mittel für den laufenden Bedarf.

Die Träger der Psychiatrieinstitutionen reagierten unterschiedlich. Einige taten nichts, ausser nach der sogenannten "Rasenmäher-Methode" die Budgets aller Krankenhaus- und Heimbereiche zu rationieren. Folglich wurden sowohl die Gelder für das Personal gekürzt, das sich direkt mit dem Patienten beschäftigt, also für Ärzte, andere Therapeuten und Pflegekräfte, man verringerte aber auch die Budgets im Bereich der Infrastruktur. Andere Träger versuchten, intelligenter mit dem Problem umzugehen. Sie erinnerten sich daran, dass wegfallende Erlöse ein Standardproblem der freien Wirtschaft sind und deren Manager es gewohnt sind, mit solchen Problemen umzugehen. Man stellte folglich vermehrt Krankenhausmanager aus anderen Branchen ein, denen in der Psychiatrie natürlich sofort der Ruf vorauselte, sie seien kapitalistische Gewinnmaximierer und die ethischen und sozialen Ziele der Psychiatriepolitik seien damit am Ende.

Das ökonomische Prinzip

In der Mitarbeiterschaft der Psychiatrieorganisationen entbrannte also die Diskussion darüber, ob Psychiatrien sich wirklich nur "ökonomisch" führen lassen, wenn auf ethische Grundsätze verzichtet wird. Behauptet wurde und wird zum Teil noch, dass ökonomisches Handeln immer nur zu Gunsten der "Organisation" auf Kosten anderer möglich sei, nämlich auf Kosten der Patienten und Heimbewohner sowie auf Kosten der Mitarbeiter. Offensichtlicher Hintergrund ist die in weiten Kreisen der Psychiatriemitarbeiter übliche Bewertung und Gleichstellung des Begriffs "Ökonomie" mit Begriffen wie Gewinnmaximierung, Manchester-Kapitalismus u.ä..

Der Ökonom hingegen verweist darauf, dass "ökonomisches Handeln" nach dem Grundgesetz der Ökonomie zunächst völlig wertfrei ist:

Ökonomisches Handeln heisst:

"mit gegebenen Mitteln den größtmöglichen Nutzen zu erzielen"

oder in der Umkehrung

"einen vorgegebenen Nutzen mit möglichst geringen Mitteln zu erreichen".

Es gilt also, den Begriff des Nutzens mit einer Werteskala zu versehen, die es ermöglicht, Zielerreichungsgrade wie geringer Nutzen, hoher Nutzen, sehr hoher Nutzen unterschiedlichen Handlungsszenarien zuzuordnen. Für die freie Wirtschaft ist dies relativ einfach: der Nutzen wird in Geld bewertet und je mehr Geld man mittel- oder langfristig verdient, desto grösser ist der Nutzen. Die Psychiatrien sind jedoch in den meisten Fällen "non-profit-Unternehmen". Ihr Ziel ist ex definitione, keinen monetären Gewinn zu machen. Hier ist das Geld nur eine Rahmenbedingung, deren Grenzen durch das von der Gesellschaft zur Verfügung gestellte Psychiatriebudget festgelegt sind, also durch die Zahlungen der Kranken- und Pflegekassen oder der Sozialhilfeträger und des Staates mit seinen

Fördermitteln. In diesem Rahmen gilt es, "mit gegebenen Mitteln den größtmöglichen Nutzen zu erzielen".

Der Nutzen in der Psychiatrie wiederum lässt sich nicht eindimensional wie in der freien Wirtschaft in Geldeinheiten messen. Die Psychiatrie kann nur verschiedene Handlungsszenarien miteinander vergleichen und diese im Expertenurteil mit ihrem Nutzen bewerten.

So kann eine Alternative lauten, in einem Großkrankenhaus zentral für eine Region die Patienten zu behandeln, dabei jedoch hochwertige Arzneimittel wie atypische Neuroleptika oder teure Diagnosemöglichkeiten wie einen eigenen Magnetresonanztomographen einzusetzen. Die andere Alternative wäre, für das gleiche Geld an verschiedenen Standorten Ambulanzen und Tageskliniken gemeindenah neben einer kleineren Zentrale zu betreiben. Nur eine Gruppe von mit den Bedürfnissen der Patienten vertrauter Experten kann bewerten, in welchem der beiden Fälle der Nutzen für die Patienten höher ist. Der Ökonom wählt hieraus die Alternative, für die ihm der größere Nutzen zugesagt wird. Interessant wird diese Denkweise als Prinzip natürlich erst dann, wenn es sich nicht um derartige triviale Handlungsalternativen handelt, sondern wenn die vielfältige Welt der Psychiatrie mit akuten und chronischen Schizophreniepatienten, mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern, mit Patienten aus dem Suchtbereich oder auch mit psychosomatischen Erkrankungen das Objekt des Handelns ist. Hier ist in der Tat der Ökonom gefragt, der gewohnt ist, mit den Mitteln der strategischen und operativen Planung, mit Budgets und Kostenstellen und ähnlichen Instrumenten Ordnung in die alternativen Handlungsmöglichkeiten des Psychiaters zu bringen. Wie gesagt geht dies allerdings nur, wenn er bei der Bewertung von Zielerreichungsgraden bezüglich des Nutzens von Psychiatern, von Patienten und Selbsterfahrungsgruppen, von Angehörigengruppen und anderen unterstützt wird. Nutzen in der Psychiatrie kann immer nur von einem solchen Kollektiv bewertet werden.

Es wird in diesem Zusammenhang auch deutlich, wie schwammig und wenig exakt der Begriff des "Sozialen", wie er im Titel dieser Abhandlung erscheint, für den Ökonomen ist. Ob eine psychiatrische Handlungskonstellation "sozial" ist, lässt sich immer nur mit Hilfe von wertbildenden Rangordnungen einzelner Menschen oder Gruppen beurteilen.

Selbstverständlich ist der Ablauf des ökonomischen Handelns in der Psychiatrie immer auch in den üblichen PDCA-Zyklus des Qualitätsmanagements eingebettet:

Den Rahmen bilden eine Mission und eine Vision des Unternehmens, eng verknüpft mit den grundlegenden Unternehmenswerten (core values). Innerhalb dieses Rahmens findet die strategische und operative Planung des Psychiatriegeschehens statt (planning), ihr folgt die Phase der Umsetzung im Jahresablauf (doing), begleitet von einem ständigen controlling dieser Aktivitäten und entsprechenden Korrekturen (acting).

Insgesamt muss also für diesen Abschnitt festgehalten werden: Sparmassnahmen der Gesellschaft, die mit Hilfe von Budgetkürzungen der verschiedenen Kostenträger und der öffentlichen Haushalte den Rahmen psychiatrischen Handelns bestimmen, haben zunächst nichts mit Ökonomie zu tun sondern sind politische Willensäußerungen. Für den Ökonomen ist der jeweilige Geldbetrag ein Datum, in dessen Rahmen nach dem wertfreien ökonomischen Prinzip der größte Nutzen zu bestimmen ist.

Nutzenbewertung und Umsetzung in den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie (SWZ)

Wie vorher beschrieben gliedert sich der Prozeß der Nutzenbewertung in verschiedene Ebenen. Zunächst wurde für das Gesamtunternehmen eine Mission unserer Arbeit mit vier Kernforderungen entwickelt:

- Patienten: "Krisen bewältigen - das Leben gestalten!"
- Struktur: "Ambulant vor stationär!"

- Struktur: "Gemeindenah vor gemeindefern!"
- Finanzen: "Keine Inanspruchnahme des Gewährsträgers!"

Daneben gelten drei grundlegende Unternehmenswerte:

- Bestmögliche Behandlung und Versorgung unserer Patienten und Bewohner
- Soziale Sicherheit für Mitarbeiter
- Ressourceneinsatz nach ökonomischen Grundsätzen

Die nächste Stufe ist die Entwicklung einer Vision, wie das Unternehmen unter Berücksichtigung der Mission in x Jahren als patientenorientierte Versorgungsstruktur aussehen soll:

- Behandlungseinheiten sollen gemeindenah und erreichbar sein. Einheiten
 - nach dem Satellitenkonzept
 - als Tageskliniken
 - als Ambulanzen

sollen in jedem Land-/Stadtkreis 1-2 mal vorhanden sein

- Die Behandlung soll umfassend sein. Dies erfolgt durch
 - Spezialisierung einzelner stationärer Standorte
 - Also Depression, Drogenentzug, Soteria, Epilepsie.....
 - Beispiel ist das SINOVA Konzept in der Psychotherapie (womit wir eine Überwindung der Diskussion in Deutschland erreichen, wie sich das Verhältnis der Psychotherapie zur Psychiatrie gestaltet)
- Die Behandlung soll vernetzt erfolgen. Dies geschieht durch
 - den Aufbau komplementärer Versorgungsangebote (in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur..) in allen Landkreisen
 - den Aufbau Gemeindepsychiatrischer Zentren in den Landkreisen
 - die Vernetzung mit bestehenden Angeboten durch Beteiligungen, vertragliche Vereinbarungen und verbindliche Kooperationen

- das medizinische Handeln soll auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Stands erfolgen. Vor diesem Hintergrund haben wir gerade in Südwürttemberg neben den alten Standorten der "Landeskrankenhäuser" Ravensburg-Weissenau, Bad Schussenried und Zwiefalten eine Vielzahl dezentraler Einrichtungen geschaffen, die in den Anlagen 1 bis 3 gezeigt werden. Der Abbau von Betten in den alten zentralen Häusern wird mit Hilfe folgender Tabelle deutlich:

Neben umfangreichen Veränderungen in den Arbeitsprozessen waren natürlich ebenso umfangreiche Finanzmittel notwendig, um Tageskliniken und Satelliten zu bauen, um Eigentumswohnungen und Häuser zu mieten, in denen dezentrales Wohnen stattfinden kann oder um sich an Gemeindepsychiatrischen Zentren zu beteiligen. Wie haben wir dies geschafft?

Folgende Grundsätze waren bei der Finanzierung hilfreich:

- Wir bauen nur dann, wenn an den alten Standorten Stationen aufwendig hätten renoviert werden müssen.
- Wir versuchen eher günstiger zu mieten, als selbst teuer zu bauen.
- Wir kaufen zu marktgerechten, sprich günstigen Preisen nicht mehr benötigte Kliniken, Hotels oder ähnliches.
- Wenn wir bauen, bauen wir architektonisch anspruchsvoll, verzichten aber auf "goldene Türklinden".

Damit ist es uns selbst bei rückläufigen Fördermitteln des Landes während der letzten zehn Jahre gelungen, unsere Vision zu 95% umzusetzen.

Non-profit- und Profit-Psychiatrien

Aus ökonomischer Sicht möchte ich noch etwas zum Verhältnis von non-profit- und profit-orientierten Unternehmen in der Psychiatrie sagen. Unter dem Gesichtspunkt, wie ethische

und soziale Ziele erfüllt werden können, scheint mir dies wichtig zu sein. In den vorhergehenden Abschnitten ist davon ausgegangen worden, dass das psychiatrische Unternehmen eine non-profit-Organisation, also nach dem deutschen Steuerrecht ein gemeinnütziges Unternehmen ist. Ein solches Unternehmen braucht in Deutschland keine Steuern zu zahlen, hat aber die Verpflichtung, dem Management nur angemessene Vergütungen zu gewähren und eventuelle Gewinne innerhalb von zwei Jahren wieder dem gemeinnützigen Bereich zuzuführen. Es können vom Eigentümer keine Gewinne aus dem Unternehmen entnommen werden.

In diesen Unternehmen ist es zunächst gleich, ob der Eigentümer eine öffentliche Institution oder ein privater Träger ist. Beide haben die gleichen Marktbedingungen bezüglich der Kostenträger, beide bekommen oder bekommen nicht Fördermittel aus den öffentlichen Haushalten. Insofern müsste auch der Nutzen für die Patienten unabhängig vom Eigentümer gleich sein.

Anders verhält es sich, wenn die Psychiatrie ein profit-Unternehmen ist, in Deutschland also als nicht gemeinnützig eingestuft ist. In diesem Fall erwartet der Eigentümer neben den normalen Bankzinsen für das über Bankkredite finanzierte Anlagevermögen noch eine mehr oder weniger angemessene Verzinsung seines eingesetzten Kapitals sowie einen Ausgleich seines unternehmerischen Risikos. Solange sich eventuelle Zinserwartungen in bankähnlicher Höhe nur auf das selbst finanzierte Anlagevermögen beziehen, ergeben sich für den psychiatrischen Alltagsbetrieb und seine Finanzierung auch dann keine Probleme. Probleme und damit eine Einschränkung der finanziellen Rahmenbedingungen für die Psychiatriearbeit ergeben sich dann, wenn

- a) neben dem Anlagevermögen noch ein immaterieller Firmenwert refinanziert werden muss, d.h. wenn beim Erwerb der Psychiatrie hierfür ein Kaufpreis gezahlt worden ist, der über den tatsächlichen Wert des Unternehmens hinausgeht¹,
- b) die Zinserwartung des Eigentümers für das im Anlagevermögen investierte Kapital normale Bankzinsen überschreitet,
- c) eine Aktiengesellschaft als Eigentümer shareholder-value-orientiert arbeiten muss, d.h. zur Steigerung des Aktienkurses Maximalgewinne erzielen will,
- d) das Psychiatrieunternehmen auf Basis einer exit-Strategie (also dem geplanten Ausstieg nach einigen Jahren) von einer private-equity-Organisation mit dem Ziel der Wertsteigerung erworben wird.

In allen diesen Fällen stehen zum Teil deutlich weniger Mittel für die Psychiatriearbeit zur Verfügung als bei einem gleich gut wirtschaftenden non-profit-Unternehmen. Aus ökonomischer Sicht heisst dies, dass der Rahmen der Finanzmittel geringer ist und damit der Nutzen für die Patienten systemimmanent (deutlich) niedriger sein muss.