

1 Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie im gesellschaftlichen Kontext

Arno Deister

1.1 Die besonderen gesellschaftlichen Anforderungen

Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie stehen in einem besonderen gesellschaftlichen Kontext. Die Erwartungen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik an die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken sind umfassend, vielfältig und dabei nicht selten widersprüchlich. Hohe Anforderungen an die Qualität der zu erbringenden Leistungen mischen sich mit einer oft grundsätzlichen Infragestellung der Notwendigkeit und Effektivität psychiatrischen und psychotherapeutischen Handelns. Personen, die in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Verantwortung getragen, sehen sich deutlich komplexeren gesellschaftlichen Herausforderungen gegenüber als dies für die entsprechenden Funktionen in der somatischen Medizin gilt.

Im Bereich des Krankenhausmanagements hat dies direkte Auswirkungen auf Diskussionen mit Kostenträgern über Fragen der Budgets und mit der Gesundheitspolitik über die Notwendigkeit und Effizienz des Einsatzes von Ressourcen. Die häufig fehlende Selbstverständlichkeit im Wissen über das Wesen psychischer Erkrankungen führt dazu, dass nicht nur einzelne Maßnahmen, sondern auch die grundsätzliche Sinnhaftigkeit der Behandlung psy-

chischer Erkrankungen infrage gestellt werden. Die komplexe ordnungspolitische Funktion von Psychiatrie und Psychotherapie verstärkt diese Problematik noch zusätzlich. Neben den eher kritischen und skeptischen Einstellungen wird auf der anderen Seite vom Fach Psychiatrie und Psychotherapie häufig erwartet, dass zu grundsätzlichen gesellschaftlichen Fragen und Themen Stellung bezogen wird. Dies gilt auch dann, wenn diese Fragestellungen mit dem Kernbereich des Faches – nämlich der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – wenig zu tun haben. Die Einflüsse des Faches auf gesellschaftliche und politische Entscheidungen sind nicht selten beträchtlich, was in der Konsequenz zu einer besonderen Verantwortung der Entscheidungsträger führt. Die Gefahr der Instrumentalisierung von Psychiatrie und Psychotherapie für Problembereiche, die durch die Gesellschaft nicht verstehbar oder lösbar erscheinen, ist dabei stets gegeben. In Einzelfällen ist auch ein Missbrauch der Kompetenzen von Psychiatrie und Psychotherapie nicht auszuschließen. Das Management psychiatrischer und psychotherapeutischer Krankenhäuser kann dann zeitweise eine Gratwanderung zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Problembereichen darstellen (s. Abb. 1).



Abb. 1 Gesellschaftliche Einflussfaktoren

Psychische Erkrankungen und Störungen haben grundsätzlich und oft langfristig Einfluss auf den gesellschaftlichen Kontext. Mit diesen Erwartungen geht regelhaft auch eine Einschränkung der Teilhabe an sozialen Prozessen einher. Psychische Erkrankungen und das gesellschaftliche Umfeld stehen in einer Wechselwirkung zueinander, die einerseits zu Stigmatisierung oder gar Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beiträgt, auf der anderen Seite zu Ängsten und Belastungen der Bevölkerung (auch in finanzieller Hinsicht) führen kann. Menschen mit psychischen Erkrankungen fällt es krankheitsbedingt oft schwer, sich für ihre eigenen Bedürfnisse und Belange adäquat einzusetzen. Angehörige übernehmen evtl. einen Teil dieser Aufgaben. Es bleibt aber auch eine wesentliche Herausforderung der in diesen Bereichen Tätigen, diesen Aspekt psychischer Erkrankungen mit in ihr professionelles Handeln einzubeziehen. Im klinischen Kontext bilden sich die Wechselwirkungen mit dem gesellschaftlichen Bereich in dem Bestreben ab, durch psychosoziale Maßnahmen wie Milieugestaltung, Psychoedukation und Empowerment einen umfassenden Prozess der Genesung (im Sinne von Recovery) anzustoßen und zu unterstützen.

1.2 Wandel der Gesellschaft und die Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie

In der Mitte des 19. Jahrhunderts befand sich das Fachgebiet inhaltlich und konzeptuell noch im Anfangsstadium. Für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krankenhäusern galt das in besonderer Weise. Im Vordergrund stand die Vorstellung, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ein heilsames Milieu außerhalb des alltäglichen Lebens- und Arbeitsumfeldes benötigen. Weitgehend geografisch und damit auch sozial isolierte psychiatrische Großkrankenhäuser abseits der größeren Städte und für die engsten Bezugspersonen kaum erreichbar, waren die heute in einigen Regionen noch sichtbare Konsequenz (Brink 2010). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gab es die ersten Bestrebungen zu differenzierteren Versorgungsformen, die auch den Gedanken der Gemeindennähe umfassten. Die in der Zeit des Nationalsozialismus pervertierten Ideen einer genetisch definierten „Minderwertigkeit“ von Menschen mit psychischen Erkrankungen haben Reformbestrebungen langfristig schon im An-

satz erstickt und in das Gegenteil verkehrt. Der Entzug der Menschenwürde und jeglichen Lebensrechtes von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat in der Zeit bis 1945 zu hunderttausendfacher Ermordung von Menschen mit psychischen Erkrankungen geführt. Der gesellschaftliche Umgang mit psychiatrischen Krankenhäusern war dadurch für lange Zeit in massiver Weise belastet und geprägt.

Psychiatrische Großkrankenhäuser mit häufig deutlich mehr als 1.000 Betten und äußerst geringer Personalausstattung haben zu durchschnittlichen Verweildauern geführt, die um 250 Tage pro „Fall“ lagen. In der Phase der „verwahrenden Anstaltspsychiatrie“ bis etwa 1975 war der gesellschaftliche Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen von Ausgrenzung geprägt. Seit der danach einsetzenden gesellschaftlichen und politischen Diskussion über die Psychiatrie und der daraus resultierenden Psychiatrie-Enquête haben sich die gesellschaftlichen Vorstellungen von psychischen Erkrankungen und der Umgang mit den betroffenen Menschen langsam verändert. Die 1991 eingeführte Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) hat erstmalig verbindliche Personalstandards für Krankenhäuser vorgegeben und zu einer deutlichen Zunahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Kompetenz in den Krankenhäusern geführt. Als wesentliche Folge der Psychiatrie-Enquete kam es zur Gründung zahlreicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Abteilungen und Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern sowie zu einer teilweise drastischen Verkleinerung und zur Regionalisierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken. Parallel dazu wurden Tageskliniken und Institutsambulanzen weitgehend flächendeckend eingeführt. Die zunehmende Gemeindenähe der Versorgung hat auch zu einer veränderten gesellschaftlichen Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen geführt. Die Entwicklungstendenzen im medizinischen Versorgungssystem insgesamt (insbesondere auch die Pauschalierung der Finanzierung durch die Diagnosis Related Groups; DRG) haben zu einer zunehmenden Ökonomisierung von Versorgungsstrukturen, Behandlungsprozessen und Vergütung seit Beginn der 2000er-Jahre in Deutschland geführt.

Die aktuell geführte Diskussion über die weitere Entwicklung der Vergütung bildet auch die wesentlichen Trends der Versorgung ab. Die zukünftige Struktur eines Hilfe- und Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland sollte sich an den gesellschaftlichen Erwartungen einer verstärkt an den individuellen

Bedürfnissen der betroffenen Menschen orientierten, flexiblen, settingübergreifenden und vernetzten Versorgung ausrichten. Die „UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-BRK), die in Deutschland geltendes Recht ist, beschreibt wesentliche Anforderungen an die Gesellschaft, die auch im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen gelten (BMAS 2011). Dazu gehört u.a. das Recht von Menschen mit Behinderungen auf ungehinderten und ungeschmäleren Zugang zum Gesundheitssystem, das Anbieten von Gesundheitsleistungen, die speziell von Menschen mit Behinderungen benötigt werden und das Angebot von möglichst gemeindenaher Versorgung.

1.3 Krankenhäuser im Spannungsfeld unterschiedlicher gesellschaftlicher Erwartungen

1.3.1 Behandlung und Sicherung

Das ganz grundsätzliche Spannungs-(und häufig auch Konflikt-)Feld besteht in den teilweise widersprüchlichen gesellschaftlichen und politischen Erwartungen an die Qualität der Behandlung einerseits und der Effektivität von Maßnahmen der Sicherung andererseits. Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie haben in der Regel einen (gesundheits-)politischen Versorgungsauftrag für eine geografisch definierte Region und sind in diesem Zusammenhang einerseits in die Krankenhausplanung der Bundesländer eingebunden, andererseits aber auch mit Aufgaben der Abwehr von Eigengefährdung ihrer Patientinnen und Patienten bzw. mit der Sicherung vor Fremdgefährdung durch Menschen mit psychischen Erkrankungen beauftragt. In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, dass die Verbindung der beiden genannten Aspekte allenfalls aus den individuellen Symptomen und Folgen der jeweiligen Erkrankung heraus entstehen darf und nicht aus allgemeinen kriminalpräventiven Anforderungen. Im Vordergrund des Versorgungsauftrags muss immer die medizinisch-psychologische Versorgungsnotwendigkeit stehen. Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unterliegt zunächst der Verpflichtung zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Diagnostik, Therapie und Rehabilitation und unterscheidet sich darin nicht grundsätzlich von den Anforderungen an die Behandlung bei somatischen Erkrankungen. Maßnahmen der Si-

cherung können nur dann von Krankenhäusern erwartet werden, wenn die Gefährdung der Sicherheit individueller Ausdruck der bestehenden psychischen Störung ist und durch therapeutische Maßnahmen abgewendet oder zumindest reduziert werden kann. Die Tatsache, dass schwere psychische Erkrankungen zu einer Einschränkung oder gar Aufhebung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung bzw. der Einwilligung in therapeutische Maßnahmen jeder Art führen können, ist allein noch keine ausreichende Grundlage für einen Sicherungsauftrag der Krankenhäuser. Maßnahmen der Sicherung sind ganz grundsätzlich mit der Frage nach der ethischen, rechtlichen und medizinischen Rechtfertigung von Maßnahmen der Unterbringung und evtl. Behandlung ohne die Zustimmung der betroffenen Personen oder sogar gegen deren (natürlichen) Willen gekennzeichnet.

1.3.2 Ethik und Ökonomie

Ist das Spannungsfeld zwischen ethischen und ökonomischen Anforderungen schon in der medizinischen Versorgung allgemein ein höchst relevantes Thema, so erhält es im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie noch ein besonderes Gewicht. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind oft weniger als Menschen mit primär körperlichen Erkrankungen in der Lage, ihre berechtigten persönlichen Interessen und Wünsche im Versorgungssystem wirkungsvoll vorzubringen und zu vertreten. Gleichzeitig ist die Transparenz der erforderlichen und der erbrachten Leistungen im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie noch schwieriger sicherzustellen als in anderen medizinischen Fächern. Somit besteht die Gefahr, dass primär an ökonomischen Aspekten ausgerichtete Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse schwerer als in anderen Bereichen der Medizin erkennbar sind. Der Deutsche Ethikrat hat in einer umfassenden Stellungnahme 2016 festgestellt, dass eine Orientierung am Patientenwohl an drei wesentlichen Kriterien gemessen werden muss:

1. Die Ermöglichung einer durch Selbstbestimmung getragenen Sorge für den Patienten,
2. eine gute Behandlungsqualität sowie
3. die gerechte Verteilung der für die Krankenhausversorgung verfügbaren Ressourcen.

Diese Kriterien gelten ungeschmälert auch für den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie.

1.3.3 Verteilungsgerechtigkeit und Begrenztheit der Ressourcen

Schon in der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags aus dem Jahr 1975 (Deutscher Bundestag 1975) wurde gefordert, dass eine Gesellschaft sich „auch in Zeiten knapp bemessener Mittel der Frage stellen muss, wie viel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind“. Im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie ist es bezogen auf die Verteilungsgerechtigkeit die entscheidende Frage, welcher (gesellschaftliche und gesundheitspolitische) Wert der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zugemessen wird. Die ökonomische Bedeutung von psychischen Erkrankungen ist dabei kaum zu überschätzen. Etwa 11% aller für die Gesundheitsversorgung in Deutschland aufgewendeten direkten Kosten sind durch psychische Störungen bedingt. 2015 waren das insgesamt mehr als 35 Milliarden € pro Jahr. Die bzgl. der Gesamtkosten teuersten Erkrankungen sind dabei die psychotischen Erkrankungen, gefolgt von den affektiven Störungen und den Störungen durch psychotrope Substanzen (in erster Linie alkoholabhängige Störungen). Noch deutlich höher anzusetzen sind die indirekt durch psychische Erkrankungen bedingten Kosten, z.B. durch Erwerbsminderung, erforderliche soziale und finanzielle Unterstützungsmaßnahmen oder erhöhte Mortalität. Die Gesamtkosten, die in Deutschland durch psychische Erkrankungen entstehen, werden in einer Größenordnung von 3-4% des Bruttoinlandsproduktes eingeschätzt. Im Rahmen der hochgradigen Fragmentierung der Versorgungsstrukturen ebenso wie den zuständigen Kostenträgern im deutschen Gesundheitswesen kommt es darüber hinaus in besonderer Weise zu einer geringen ökonomischen Sichtbarkeit von Maßnahmen der Prävention bzw. der effektiven frühzeitigen Behandlung von psychischen Störungen. Eine der dadurch bedingten Folgen ist die gerade im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ausgeprägte implizite Rationierung von Gesundheitsleistungen, die sich einer wirksamen gesellschaftlichen Kontrolle weitgehend entzieht (Deister u. Wilms 2014).

1.3.4 Fürsorge versus Partizipation

Die gesellschaftlichen Erwartungen an die Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie und deren Behandlungskonzepte haben sich in den letzten

Jahrzehnten gewandelt – von einer paternalistisch-kustodialen Einstellung hin zu therapeutischen Konzepten, die an partizipativer Entscheidungsfindung orientiert sind. Der paternalistisch-kustodiale Ansatz stellt das Prinzip der Fürsorge und der Sicherheit in den Vordergrund und betont in besonderer Weise die Kompetenz des professionellen Bereichs für die patientenbezogenen diagnostisch-therapeutischen Entscheidungen. Dagegen ist der Einbezug von Patienten in die grundlegenden Entscheidungen über die Zielrichtung der Behandlung und damit auch der Wahl der Behandlungsform zunehmend mehr Bestandteil der explizit formulierten Qualitätsstandards und wird damit von den Kliniken auch eingefordert. Es ist in Leitlinien formulierter Standard, dass insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen die Patienten ein Recht darauf haben,

„in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem eigenen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden. Sie sollen dabei unterstützt werden, ihre eigenen Interessen selbst durchzusetzen, dabei frei und unabhängig zu entscheiden sowie sich und ihre Lebensverhältnisse selbstbestimmt zu organisieren (Empowerment) (DGPPN 2012).“

Bei zahlreichen psychischen Erkrankungen besteht das Ziel der Behandlung nicht (mehr) in erster Linie in einem vollständigen Abklingen der krankheitsbedingten Symptomatik, sondern im Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Fähigkeit zur aktiven und verantwortungsvollen Teilhabe am Leben im jeweiligen psychosozialen Kontext. Konzepte des Empowerments und Recovery sind zunehmend häufiger auch die Grundlagen der Behandlung in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie geworden. In den jeweiligen Versorgungsregionen der Kliniken werden zunehmend mehr an den Prinzipien des Dialogs zwischen den von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen, deren Angehörigen und den im Versorgungssystem professionell tätigen Menschen orientierte Angebote aufgebaut und gepflegt.

1.3.5 Autonomie des Patienten und Zwangsmaßnahmen

Die Wertschätzung und Beachtung der Autonomie des Menschen – die gleichzeitig und ungeschmälert auch die Autonomie von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist – stellt heute eine wesentliche gesellschaftliche Bedingung des Denkens und Handelns insbesondere im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie dar. Nicht nur die Regelungen der

UN-Konvention für die Menschen mit Behinderungen (Vereinte Nationen 2006), sondern auch die rechtspolitischen Überzeugungen in Deutschland lassen hier keinen Spielraum. Eine Einschränkung der Autonomie kann in der Regel nur zeitlich begrenzt und unter der Voraussetzung des Vorliegens eng definierter rechtlicher Rahmenbedingungen zum Tragen kommen. Soweit medizinisch möglich muss das Bestreben des Hilfe- und Versorgungssystems darauf ausgerichtet sein, eine evtl. krankheitsbedingt eingeschränkte Autonomie der Patienten möglichst schnell und umfassend wiederherzustellen. Einschränkungen der Autonomie, die allein darauf ausgerichtet sind, die Interessen Dritter zu schützen (soweit sie nicht zur Fremdgefährdung führen), sind keine ausreichende Grundlage für Einschränkungen der Autonomie. In den letzten Jahren wurden die Regeln für eine mögliche Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Unterbringung und Behandlung) konkretisiert. Trotzdem ergibt sich weiterhin die Problematik, dass aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Rahmenbedingungen für die Unterbringung und für Zwangsmaßnahmen (insbesondere zwischen den einzelnen Bundesländern) die Umsetzung nicht einheitlich geregelt ist und durchgeführt wird.

1.3.6 Prinzip der Normalität, Inklusion und Stigmatisierung

Das Prinzip der Normalität ist ein wesentlicher Bestandteil moderner Behandlungskonzepte in der Psychiatrie und Psychotherapie. Diesem Prinzip folgend wird angestrebt, im Rahmen stationärer oder teilstationärer Behandlungen in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie das Milieu und die Abläufe so zu gestalten, dass sich die Anforderungen an die Patientinnen und Patienten möglichst wenig von der Situation im gewohnten sozialen Umfeld unterscheiden. Die sog. Milieuthherapie umfasst „alle gezielt therapeutisch eingesetzten Veränderungen von Umweltfaktoren (z.B. bauliche Gegebenheiten und Organisationsstrukturen) sowie zwischenmenschlichen Umgangsformen. Auf der anderen Seite leiden Menschen mit psychischen Störungen weiterhin unter deutlicher Stigmatisierung und zeitweise auch Diskriminierung im Alltag. Die Einstellungen der Bevölkerung zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern haben sich in den letzten Jahren insgesamt zum positiven hin gewandelt; dies betrifft jedoch die Einstellungen zu den betroffenen Menschen und zu gemeindepsychiatrischen Behand-

lungsformen in viel geringerem Ausmaß (Sartorius 2012; Schomerus u. Angermeyer 2013). Weiterhin erforderlich sind ernsthafte Bestrebungen zu einer möglichst weitgehenden Integration bzw. Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

1.3.7 Qualität der Leistungserbringung und Effizienz des Ressourceneinsatzes

Die erforderliche und von den Leistungserbringern erwartete Qualität psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen einerseits und die begrenzten Ressourcen im personellen und finanziellen Bereich andererseits beschreiben teilweise gegenläufige gesellschaftliche Anforderungen an das Management von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Mehr noch als in anderen Fächern der Medizin gibt es im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie bisher keine einheitliche Definition von Qualitätsparametern auf den unterschiedlichen Qualitätsebenen. An die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden von Seiten der Gesellschaft unterschiedliche Kriterien angelegt. In den Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften werden Standards insbesondere für die Diagnose- und Behandlungsprozesse vorgegeben. Im Rahmen der Ergebnisqualität wird die Frage nach der Funktionsfähigkeit im alltäglichen Umfeld und im Berufsleben in besonderer Weise diskutiert. Auf der anderen Seite wird bezüglich der in der jeweiligen Versorgungsregion zur Verfügung stehenden Ressourcen besonderer Wert auf effektiven Ressourceneinsatz gelegt. Die Steigerungsraten für die vor Ort verfügbaren Budgets werden normativ eng definiert und richten sich nur sehr begrenzt an der Entwicklung der Behandlungsmethoden aus. Die Strukturqualität drückt sich in besonderer Weise – aber nicht ausschließlich – in den verfügbaren Personalressourcen aus, die den mit Abstand größten Anteil an den Budgets haben (Klimke et al. 2015). Die gesellschaftlichen Einflüsse zeigen sich hier insbesondere auch in der Frage der Attraktivität des Fachgebietes und dem daraus folgenden Nachwuchs an qualifizierten Bewerbern in den unterschiedlichen Berufsgruppen. Hier zeichnet sich ein anhaltender Mangel in den zentralen Berufsgruppen ab.

1.4 Fazit

Gesellschaftliche Erwartungen, Einflüsse und Problembereiche prägen das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie allgemein, die Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie aber in ganz besonderer Weise. Die Kliniken sehen sich in wesentlichen Bereichen differenzierten und teilweise widersprüchlichen Anforderungen ausgesetzt. Diese sind Ausdruck insbesondere des doppelten Auftrags an die Kliniken, also des Auftrags zur Behandlung und der ordnungspolitischen Funktionen, sowie des Spannungsfeldes zwischen ethischer und ökonomischer Betrachtungsweise. Dies zu beachten und in Management-Entscheidungen mit einzubeziehen, ist eine zentrale Aufgabe für Führungskräfte in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie.

Literatur

- Brink C (2010) Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980. Wallstein-Verlag Göttingen
- Deister A, Wilms B (2014) Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Psychiatrie-Verlag Köln
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2012) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer Berlin
- Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag Berlin, Drucksache 7/4200
- Klimke A, Godemann F, Hauth I, Deister A (2015) Strukturqualität in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken. Nervenarzt 86, 525–533
- Sartorius N (2012) Seelische Gesundheit: Standort und Perspektiven. Schattauer Stuttgart
- Schomerus G, Angermeyer MC (2013) Psychiatrie – endlich entstigmatisiert? Psych Prax 40, 59–61
- Vereinte Nationen (2006) Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung

2 Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie im unternehmerischen Kontext

Bernhard Ziegler und Arno Deister

Die Bedeutung von Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie für den unternehmerischen Bereich ist spätestens seit Beginn der 1990er-Jahre einem steten Wandel unterworfen. Veränderte Versorgungsstrukturen, weiterentwickelte psychiatrische und psychotherapeutische Therapiemöglichkeiten, aber auch veränderte Finanzierungsformen haben die Stellung der psychiatrischen Kliniken im deutschen Gesundheitssystem relevant beeinflusst. Dazu beigetragen hat zum einen die Erweiterung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung auf die Allgemeinkrankenhäuser, zum anderen aber auch die 1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung. Diese hat durch einen (zunächst) verbindlichen Anspruch auf eine am individuellen Behandlungsaufwand orientierte Budgetbemessung auch ökonomische Anreize für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gesetzt. Dadurch hat sich die Versorgung in den psychiatrischen Fächern zunehmend mehr derjenigen in den primär somatischen Fächern angenähert. Hinzu gekommen ist eine insgesamt zunehmende Inanspruchnahme, auch aufgrund gewandelter gesellschaftlicher Einstellungen zu Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dies hat in den letzten 20 Jahren zu einer deutlichen Zunahme der Behandlungsfälle bei gleichzeitiger Abnahme der Verweildauer im Krankenhaus geführt.

Heute sind die Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie nicht nur ein ökonomisch äußerst relevanter Bereich der Gesundheitsversorgung, sondern sie bieten auch vielfälti-

ge Herausforderungen und Entwicklungsmöglichkeiten. Aber auch die Probleme, denen Krankenhausmanagement in der Gesundheitsversorgung allgemein ausgesetzt ist, machen vor Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie in keiner Weise halt. In besonderer Weise sind Krankenhäuser herausgefordert, sich auf die – gerade in der Psychiatrie und Psychotherapie – inzwischen aufgehobene Beschränkung auf stationäre und teilstationäre Behandlungen strukturell und organisatorisch einzustellen. Die Herausforderung für die Verantwortlichen im Management der Krankenhäuser ist groß – und wird groß bleiben.

2.1 Psychiatrische und psychotherapeutische Krankenhäuser im Gesundheitswesen

Die volkswirtschaftliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen ist immens. Die OECD schätzt für Deutschland die gesamten Kosten, die durch psychischen Störungen entstehen, auf mehr als 110 Mrd. € pro Jahr. Dies entspricht etwa 3,5 des Bruttoinlandsproduktes. Charakteristisch für psychische Erkrankungen ist es, dass etwa 2/3 der Kosten indirekte Krankheitskosten darstellen, also etwa Kosten im Sozialsystem oder im Bereich des Arbeits-

marktes. Bezüglich der direkten Kosten, die durch psychische Erkrankungen entstehen, also insbesondere Kosten für Behandlung, Diagnostik und Rehabilitation, ist davon auszugehen, dass diese etwa 11% aller durch Erkrankungen bedingten Kosten betragen. Bei Ausgaben in Höhe von etwa 344 Mrd. € pro Jahr (2015) in Deutschland ergibt dies einen Betrag in Höhe von etwa 37–38 Mrd. € für psychische Erkrankungen. Auf Krankenhäuser insgesamt entfallen in Deutschland Kosten von etwa 86 Mrd. €/Jahr, wovon etwa 60% die Kosten für Personal umfassen. 29,7% der Krankenhäuser (die aber 48% der aufgestellten Betten betreiben), befinden sich in einer öffentlichen Trägerschaft, 35,2% sind frei-gemeinnützige Träger (33,8% der Betten) und 35,1% der Krankenhäuser (18,2% der Betten) werden durch einen privaten Träger betrieben.

Die Kosten, die davon für psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhäuser (Fachkliniken, Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken) anfallen, sind aufgrund etwas unterschiedlicher Definitionen bzw. Kostenzuordnungen nicht eindeutig zu beziffern. Sie liegen insgesamt aber zwischen 8 und 9 Mrd. € pro Jahr. Dabei ist für die Personalkosten ein deutlich höherer Anteil anzusetzen als für somatische Krankenhäuser.

Die Kosten für psychische Erkrankungen stellen nach den Kosten für Muskel- und Skeletterkrankungen sowie den Kosten für Herz-Kreislauferkrankungen aktuell die drittgrößte Gruppe insgesamt dar. Perspektivisch ist davon auszugehen, dass diese Gruppe bzgl. der Kosten und der Krankheitslast an die zweite Stelle rücken wird. Die demenziellen Erkrankungen (z.B. Alzheimer-Demenzen und vaskulär bedingte demenzielle Erkrankungen) stellen die teuerste Gruppe dar, gefolgt von depressiven Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen und psychotischen Erkrankungen. Bezogen auf die Zahl der vollstationär im Krankenhaus behandelten Menschen entstehen die meisten Behandlungsfälle durch Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol (etwa 338.000), gefolgt von depressiven Erkrankungen (etwa 259.000), psychotischen Erkrankungen (etwa 136.000) sowie Traumafolge- und Anpassungsstörungen (etwa 70.000 pro Jahr).

2.2 Unternehmensstrukturen und Entwicklung

Die Anzahl, die Struktur und auch die Trägerschaft von Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie haben sich in den letzten Jahrzehnten gravierend verändert. In der Folge der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags 1975 und der veränderten Finanzierungsstrukturen wurden die großen Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie deutlich verkleinert, während gleichzeitig eine große Zahl von Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern entstanden ist. Die Zahl der Kliniken, die in relevantem Ausmaß Menschen mit psychischen Störungen spezifisch behandeln, ist (aufgrund von definitorischen Abgrenzungsschwierigkeiten) nicht abschließend zu benennen. Nach den offiziellen Statistiken (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2015) gibt es in Deutschland 409 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, die zusammen über knapp 55.000 aufgestellte Betten verfügen. Hinzu kommen 143 Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters (mit etwa 6.000 Betten) sowie 233 Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (mit etwas über 10.000 Betten). Der durchschnittliche Nutzungsgrad liegt in den Kliniken für Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie bei 93,5%, die durchschnittliche Verweildauer bei 22,5 Tagen/Fall. Die Verweildauer ist in Kliniken, die (z.B. im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGB) vermehrt auch ambulante bzw. Stationsäquivalente Behandlungen anbieten können, deutlich geringer. Bezüglich der Trägerstrukturen haben weiterhin die Kliniken in öffentlicher Trägerschaft den größten Anteil. Sie stellen 46,7% der Kliniken mit 55,2% der Betten (2015). 31,8% der Kliniken sind in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (26,6% der Betten) und 21,7% der Kliniken werden privat betrieben (18,2% der Betten). Insbesondere zwischen den Jahren 2000 und 2005 hat die Zahl der Kliniken in privater Trägerschaft deutlich zugenommen, seitdem ist der Anstieg deutlich abgeflacht. Die Zahl der aufgestellten Betten in der Psychiatrie und Psychotherapie hatte in den vergangenen zwei Jahrzehnten deutlich abgenommen; seit einigen Jahren ist jedoch wieder ein leichter Anstieg der Bettenzahl festzustellen. Die sog. „Bettenmessziffer“ (Zahl der Betten bzw. der tagesklinischen Plätze pro 1.000 Einwohner) ist je nach Region bzw. Bundesland deutlich unterschiedlich. Im Bundesdurchschnitt beträgt sie 0,67; am niedrigsten ist sie

in den östlichen Bundesländern, am höchsten in den Stadtstaaten.

2.3 Entwicklung der Finanzierungsstrukturen

Die Finanzierungsstrukturen und damit auch die unternehmerischen Anreize für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung haben sich in den letzten Jahrzehnten gravierend verändert. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) aus dem Jahr 1991 hat erstmals im deutschen Gesundheitswesen den individuellen Aufwand für die Diagnostik und Behandlung im stationären und teilstationären Bereich zum entscheidenden Parameter der Budgetberechnung des jeweiligen Krankenhauses gemacht. Die Patienten wurden gemäß dem Aufwand ihrer Behandlung und der diagnostischen Zuordnung (Allgemeinpsychiatrie, Suchterkrankungen, Gerontopsychiatrie) in insgesamt 18 Gruppen (Erwachsenenpsychiatrie) eingeteilt. Dieses Finanzierungssystem hatte zunächst die Budgets der Krankenhäuser und damit die Behandlungsmöglichkeiten an die Situation in den somatischen Kliniken angenähert. Im Verlauf der letzten 25 Jahre wurde dann jedoch die errechnete Personalbemessung zunehmend weniger verbindlich für die Verhandlungspartner. Die tatsächlichen Kostensteigerungen im Personalbereich und die vereinbarten Kosten liefen in der Folge zunehmend mehr auseinander. Darüber hinaus konnte aufgrund der Querschnittserfassung der Psych-PV die stark verkürzte Verweildauer mit einem dadurch deutlich erhöhten Ressourcenaufwand nicht abgebildet werden.

Zu Beginn der zunehmenden Pauschalierung der Finanzierung für die somatische Medizin wurden Psychiatrie und Psychotherapie politisch gewollt aus dem DRG-System ausgenommen und die Psych-PV wurde fortgeführt. Seit dem Jahr 2009 kam es dann zum Auftrag an das InEK, im bestehenden System kostentrennende Faktoren ausfindig zu machen und auf dieser Basis pauschalierende Finanzierungsmöglichkeiten zu kalkulieren und zu erproben. Das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) führte durch die Bewertung von Einzelleistungen zu veränderten ökonomischen Anreizen. Gleichzeitig ergaben sich jedoch Hinweise darauf, dass eine an kostentrennenden Faktoren ausgerichtete psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ebenfalls nicht in der Lage ist, den gesundheitspolitischen Versorgungsauftrag

adäquat abzubilden. Das zum 1.1.2017 in Kraft getretene Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PsychVVG) setzt wiederum stärker auf die Berücksichtigung des individuellen Behandlungsaufwandes als Grundlage der Budgetermittlung. Darüber hinaus gehen institutionelle und regionale Besonderheiten in die Budgets ein. Auf eine formale Konvergenzphase, wie sie im PEPP-System vorgesehen war, und durch die die einzelnen Budgets innerhalb einiger Jahre angeglichen werden sollten, wurde verzichtet. Durch die Einführung der Stationsäquivalenten Behandlung (zunächst für Patienten mit der Indikation für eine stationäre Behandlung) als Regelversorgung in der Psychiatrie gemäß §§ 39 und 115d SGB V wurde das mögliche Spektrum von Krankenhausbehandlung erweitert.

Weiterhin ist es in Modellprojekten zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (§ 64b SGB V; vgl. Kap. X.4) möglich, durch Vereinbarungen mit den Kostenträgern neue Formen der Versorgung im ambulanten und im stationsäquivalenten Bereich unter den Bedingungen eines über mehrere Jahre fest vereinbarten (regionalen) Budgets umzusetzen und zu erproben.

2.4 Zukünftige Herausforderungen für das Management

Die Veränderungen der unternehmerischen Situation seit Anfang der 1990er-Jahre haben zu massiv veränderten Anforderungen an das Management von psychiatrischen und psychotherapeutischen Krankenhäusern geführt. Zu diesem Zeitpunkt wurde mit einer Deckelung der Krankenhausbudgets die bis dahin geltende kostenorientierte Refinanzierung durch die Krankenkassen abgeschafft. Bis dahin galt das Selbstkostendeckungsprinzip und de facto war „Management“ nicht einmal nötig, es wurde schlicht verwaltet. Passend dazu trug die große Mehrzahl der Verantwortlichen den Titel „Verwaltungsleiter“.

Die Zäsur für die gesamte Medizin Anfang der 1990er-Jahre war im Übrigen nicht zufällig, sondern sie war eine Folge der deutschen Wiedervereinigung mit der entsprechenden Notwendigkeit, überbordende Belastungen aus dem Sozialversicherungs- und Steuersystem fernzuhalten. Seit diesem Zeitpunkt waren Krankenhäuser ernsthaft gezwungen, über Kosten nachzudenken und zum Teil auch über Erlöse. Und wenn man das tun muss, ist man

miten in der Betriebswirtschaft und damit wird aus dem bequemen Verwalten die Notwendigkeit, Einrichtungen zu managen. Für uns ist das heute eine Selbstverständlichkeit, völlig egal ob Psychiatrie oder Somatik.

Dabei stand bis etwa um das Jahr 2010 der Fokus ganz klar auf Kostenmanagement. Die unternehmensinternen Kosten sauber zu erfassen, wirkungsvoll zu steuern und damit im Griff zu behalten hatte höchste Priorität. Natürlich musste man sich auch um die andere Seite der Medaille kümmern, nämlich die Erlössicherung. Aber insgesamt zeichnete sich die Situation der Krankenhäuser dadurch aus, dass die Erlösseite relativ stabil war, während die Kosten – in der Psychiatrie also insbesondere die Personalkosten – schnell wegliefen konnten.

Dann zeigte sich aber auch bald, dass Kosten und ihr Anstieg nicht mehr das Hauptproblem waren, wenn man nicht ausreichend Fachkräfte für die Generierung von Leistung zur Verfügung stellen konnte. Hier war die Psychiatrie Vorreiter unter allen Fächern und hat in puncto Personalmangel diese führende Position bis heute nicht abgegeben.

Wie ist denn nun der Stand der Managementanforderungen im Jahre 2017? Diejenigen, die nicht in der Lage waren, die Managementaufgabe „Kostencontrolling“ zu lösen, gibt es in aller Regel nicht mehr in der Form, in der es sie mal gab. Der Aufstieg der privaten Krankenhausbetreiber speiste sich im Wesentlichen aus dieser Gruppe. Für den wirtschaftlichen Misserfolg eines Krankenhauses bedarf es in aller Regel einer Kombination aus ungünstigen Struktur Faktoren (immer wieder gerne genommen: viele kleine Standorte), mäßiger Managementleistung und einer von Branchenkenntnis und fehlendem betriebswirtschaftlichen Sachverstand geprägten Aufsichtsratsebene. Wenn dann Krankenhäuser – egal ob psychiatrisch oder somatisch – auch noch für politische Ränkespiele missbraucht werden, ist der Untergang, sprich der Verkauf an einen privaten Sanierer, in aller Regel vorgezeichnet.

Seit 2015/16 sind Verkäufe von Krankenhäusern auf einen sehr niedrigen Wert gesunken und zwar nicht, weil es in privaten Krankenhausketten an Geld oder Interesse fehlen würde, sondern einfach weil ein Bereinigungsprozess im Bereich der öffentlichen Krankenhäuser und im geringeren Umfang im Bereich der freigemeinnützigen Krankenhäuser stattgefunden hat. Die sektoralen Trägeranteile haben sich mithin weitgehend stabilisiert. Ein wesentlicher Erklärungsansatz ist dafür auch die Tatsache, dass es heute kaum noch Krankenhausmanager gibt, die in

ihrem Berufsleben nur für eine Trägergruppe gearbeitet haben. Die meisten Krankenhausmanager haben unabhängig von ihrer ursprünglichen Ausbildung – egal ob betriebswirtschaftlich oder ärztlich orientiert – für mehrere Trägergruppen gearbeitet. Die Managementebene hat sich mithin so stark durchmischt, dass relevante Qualitätsunterschiede dort nur noch schwer zu erkennen sind.

Soweit zur Ist-Situation für das Management. Aber worin bestehen die Herausforderungen für die nächsten Jahre und darüber hinaus mittelfristig? Bedauerlicher Weise gibt es auf diese Fragestellung nicht eine Antwort, sondern es sind gleich mehrere. Die größte Herausforderung für das Krankenhausmanagement wird sowohl kurz- als auch mittelfristig in der Bereitstellung von Personalressource bestehen. Dies betrifft Psychiatrie und Somatik beidermaßen, die Herausforderung ist aber in der Psychiatrie und Psychotherapie noch eine besondere, weil dort der Einfluss der Sprache auf Qualität und Quantität der Leistungserbringung gegenüber dem Patienten eine größere Rolle spielt. Und die Bearbeitung des Problems, ausreichend Personalressource zur Verfügung stellen zu können, ist eine echte Managementaufgabe. Denn es geht nicht darum, Geld für das Schalten von Anzeigen oder Beschäftigungen von Headhuntern zur Verfügung zu stellen, sondern es geht darum, eine Unternehmens- und Abteilungskultur zu entwickeln, zu leben und nach draußen zu vermitteln, die attraktiv ist für gut ausgebildete Arbeitskräfte. Und die Bearbeitung dieser Aufgabe ist zum einen komplex und zum anderen für viele im Gesundheitswesen ungewohnt, seien sie in der Geschäftsführung tätig, als leitende Ärzte oder im Bereich des Personalmanagements. Ernsthafte und tragfähige Strategien zu entwickeln, umzusetzen, zu vermarkten und die Gewinnung von geeignetem Personal umzusetzen ist eine berufsgruppenübergreifende Herausforderung, auf die die wenigsten Krankenhäuser vorbereitet sind und die im Management quer durch alle Berufsgruppen auch nur eher widerwillig angenommen wird. Es zwingt eher der Druck der Verhältnisse dazu, als die Einsicht in die Notwendigkeit.

Im Industrie- und Dienstleistungssektor unserer Volkswirtschaft gibt es seit vielen Jahren einen Kampf um gute Fachkräfte. Und bei international tätigen Unternehmen gibt es den Kampf um die besten Köpfe schon lange weltweit. Dort hat man Strategien entwickelt, sich positioniert und vermarktet etwas, was dem Management vieler Krankenhäuser ungewöhnlich und auch irgendwie

fremdartig vorkommt. Entsprechend ist die Akzeptanz und entsprechend sind die Ergebnisse in vielen Fällen. Das ändert aber nichts daran, dass es sich hierbei um eine zentrale Herausforderung für die Zukunft handelt. Krankenhäuser sind Dienstleistungsbetriebe, die auf absehbare Zeit menschliche Arbeitskraft nur in Randbereichen durch Automatisierung, Roboterisierung oder eHealth werden ersetzen können – wenn überhaupt.

Eine weitere Herausforderung wird die Bearbeitung des Themas „Qualität“ sein. Die erste Frage ist dabei, wie soll man denn etwas bearbeiten, was gar nicht klar definiert ist? Institutionen wie der Gemeinsame Bundesausschuss sind ja gerade erst dabei, die verschiedenen Arten von Qualität zu verschiedenen Themenfeldern operational erfassbar zu machen. Trotzdem ist Qualität nun einmal die „Sau, die der Gesetzgeber durchs Dorf treibt“ und das Management kann es nicht ignorieren. Sollte es auch nicht. Denn die klare, wenn auch nicht immer so deutlich ausgesprochene Erwartung von Einweisern und Patienten ist, dass wir eine gute Ergebnisqualität liefern. Das ist das Mindeste.

Wir als Krankenhausmanager sollten von uns erwarten, dass wir unsere Prozesse vernünftig organisieren. Aber wenn man ehrlich ist, muss man sagen, dass viele Krankenhäuser an dieser Stelle eher schwach sind. Schnelle Reaktionen im Notfall: Unbedingt! Reagieren auf kleinere und größere Katastrophen: Bekommen die meisten hin. Schlanke und effiziente Prozesse: Sie werden ganz viele Gründe finden, warum Krankenhäuser es nicht hinbekommen.

Und das ist eine Herausforderung für das Management der nächsten Jahre. Die Einführung eines durchgängig wirkenden ERP-Systems. Was das ist? Das ist ein Enterprise-Resource-Planning-System, das zur durchgängigen Abbildung aller relevanten Unternehmensprozesse dient und diese helfen soll zu steuern. Im Gesundheitswesen weitgehend unbekannt, in anderen Branchen unserer Volkswirtschaft eine Selbstverständlichkeit.

Und damit sind wir auch schon bei der nächsten Herausforderung: Kaum eine Branche ist in der Digitalisierung so weit zurück wie das Gesundheitswesen, und die Krankenhäuser machen da überhaupt keine Ausnahme. Nun ist aber der massive Trend hin zur Digitalisierung für Krankenhäuser weder vermeidbar noch ist es sinnvoll, sich einer solchen Welle entgegenzustellen. Die Globalisierung wird die Psychiatrie zumindest nur sehr eingeschränkt berühren, die Digitalisierung wird nicht auf die Somatik beschränkt bleiben.

Und aus der aktuellen Sicht des Jahres 2017 ist die Neigung quer durch alle Berufsgruppen in den Kliniken äußerst eingeschränkt, sich mit dem Thema „Krankenhaus 4.0“ zu beschäftigen. Das Management wird sich an dieser Stelle den „Schlaf der Gerechten“ nicht leisten können. Denn Digitalisierung und Personalmangel werden die zwei Seiten von ein und derselben Medaille: Wer meint auch in drei oder sechs Jahren noch mit Stift und Papier dokumentieren und organisieren zu können, den wird die nachwachsende Generation sehr schnell eines Besseren belehren, indem sie derartige Arbeitgeber ablehnt. Und allerspätestens dann wird man sich bewegen müssen, wobei es dann wahrscheinlich zu spät sein wird.

Die Organisation des Übergangs in die digitale Welt ist Managementaufgabe und sie ist eine zentrale Aufgabe für die nächsten Jahre. Das gilt für die Somatik vielleicht etwas mehr als für die Psychiatrie und Psychotherapie, es gilt aber auch für die Psychiatrie. Und wer sich ihr nicht stellt, wird Nachteile in der Zukunft in Kauf nehmen müssen. Und wie so oft gilt bei Managementaufgaben auch hier: Man muss nicht alles selber machen. Man kann sich qualifizierte Leute zur Seite stellen, die mit dem Blick von außen Ideen liefern, Anstöße geben und Prozesse reorganisieren können. Das können im Übrigen auch Branchenfremde sein. Wir schmoren ohnehin viel zu viel im eigenen Saft.

Die Herausforderungen für das Management werden im Krankenhausbereich in den nächsten Jahren eindeutig anspruchsvoller. Aber sie sind für die meisten Kliniken lösbar. Wer sich auf das Wesentliche konzentriert und dieses zielgerichtet angeht, wird den Grundstein für den Erfolg in der Zukunft legen.

Literatur

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: gbe-bund.de (abgerufen am 03.08.17)
- Rump J, Eilers S (Hrsg.) (2014) Lebensphasenorientierte Personalpolitik: Strategien, Konzepte und Praxisbeispiele zur Fachkräftesicherung. Springer Gabler Heidelberg
- Trost A (Hrsg.) (2013) Employer Branding. Hermann Luchterhand Verlag München
- Zeitschrift „Personalwirtschaft – Magazin für Human Resources“ 5/2016