

Psychiatrie und Betriebswirtschaft

Aus Patienten werden Konsumenten, aus Kliniken Produktionsbetriebe*

W. Böker

Ein Virus breitet sich aus im Gesundheitswesen und also auch in den psychiatrischen Institutionen: der Ökonomisierungsvirus! Welche Symptome zeigen die von diesem Erreger Befallenen? Ihr Denken, Sprechen und Handeln verändert sich in beeindruckendem Masse.

Betrachten wir zum Einstieg *die neue Sprache* der ökonomisierten Krankenhausmedizin – an ihren Worten sollt Ihr sie erkennen. Broken English ist eines ihrer Markenzeichen. 1997 wurde in Wiesbaden der Deutsche Krankenhauskongress abgehalten unter dem Leitthema «Höhere Leistungsanforderungen bei schwindenden Ressourcen – Die Herausforderung durch Innovation erfolgreich bewältigen!». Dem Programmheft entnehme ich folgende Begriffe aus dem Wörterbuch der klinischen Betriebswirtschaft: «Profit-Center-Steuerung, Outsourcing, Stakeholdervalue, Output, Input, Qualitätsmanagement und Prozessoptimierung, Target-Costing, Wertschöpfung, Optimierung des Patientendurchlaufs, Risk-Management, externe Qualitätskontrolle und Guidelines als Basis künftiger Versorgungsaufträge, Clinical-Pathways als Instrument einer patientenorientierten Neustrukturierung klinischer Prozesse».

Der Terminus «patientenorientiert» – für ein Spital eigentlich eine Selbstverständlichkeit – wird in diesem administrativ-ökonomischen Sprachlabyrinth immer wieder auf angestrenzte Weise betont, vermutlich weil Patienten, Leidende, schlecht in diese neue Welt rationaler Abläufe zu passen scheinen. Auch die politisch korrekte Kombination mit der weiblichen Form (PatientInnen) schützt sie nicht vor dem Aussterben. Nachdem die Psychiatriepatienten zuerst von Psychotherapeuten und Sozialarbeitern in «Klienten» verwandelt worden waren, hat das neue ökonomische Denken nun ihre Kundenqualität entdeckt. Aus Leidenden werden «Konsumenten», d.h. «Kunden» medizinischer Dienstleistungen. Letztere werden weniger unter dem Aspekt «Therapie» als unter dem der «Ware» wahrgenommen. Folgerichtig gliedert sich die neue sogenannte «consumer oriented medicine», d.h. die von Therapeuten, Forschern, Administratoren geleistete Arbeit in «Produktgruppen», worin dann z.B. Akutbehandlung, Rehabilitation, Lehre und Forschung, ambulante

Betreuung und anderes die einzelnen «Produkte» sind, die zum bestmöglichen Preis über den Ladentisch geschoben werden sollen. Dass aus schlichten Spitälern zunächst «Medical Centers» und nun «Profit Centers» werden müssen, gehört zu Sprachstil und Zielsetzung dieser neuen ökonomischen Denkungsart.

In Stellenausschreibungen für administrative Leitungspositionen, in denen die neuen Wundermänner und -frauen, die neuen unternehmerisch gesonnenen, global vernetzten und kostenbewussten Ökonomiemanager gesucht werden, feiert der «soziologisch angereicherte Marketingjargon, die Tarnsprache von Managementseminaren und Betriebsversammlungen» [1] Triumphe: «Hochkommunikativ, businessorientiert und erfolgsoffensiv» sollen sie sein, «analytisch und strategisch-konzeptionell» müssen sie denken können, fast durchweg «enthüllt sich eine Abscheu vor dem schlichten, redlichen Wort». Hier muss man wohl diese Frage stellen dürfen: Soll Sprache nicht vor allem dem unmissverständlichen reibungslosen Gedankenaustausch zwischen unterschiedlichen Menschen und Berufen dienen? Jetzt aber wird sie den Nichtfachleuten, also auch den Ärzten, gleichsam um die Ohren geschlagen, sie werden zu Aussenseitern abgestempelt, die sich vom neuen Herrschaftswissen ausgeschlossen fühlen müssen. Der Verdacht liegt nahe, dass der ökonomisch-betriebswirtschaftliche Jargon als Waffe im Kampf um die Macht im Spital benutzt wird. Es liegt auf der Hand, dass ein Fachpsychiater, auch wenn er die höheren Weihen der Habilitation erworben haben sollte, hier nicht mithalten kann und deshalb zu Leitungsfunktionen in diesen neuen Krankenhäusern eigentlich immer weniger qualifiziert erscheint.

Soviel zur Sprache.

Welche Folgen hat der neue Virus für das Handeln?

Bereits zu Zeiten der Milieuthherapie war beklagt worden, dass die Behandlungsteams zuviel über und zuwenig mit den Patienten sprechen. Diese Kritik gewinnt in den heraufziehenden Zeiten bürokratischer Totalregulierung einen neuen

* Erweiterte Fassung eines 1997 in Graz gehaltenen Vortrages.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. W. Böker
Zähringerstrasse 30a
D-69115 Heidelberg

Akzent. Der Arbeitsaufwand wächst beträchtlich. Wer zum Zwecke «permanenter Konzept-evaluation», «synergistischer Kooperation» und Qualitätserfassung nicht mindestens zehn Konferenztermine in die Arbeitswoche integrieren kann, muss sich ernsthaft nach seinem Selbstwert und Nutzen für das Profitcenter fragen lassen.

Zur Kontrolle betriebswirtschaftlicher Abläufe lässt sich für alle Mitarbeiter die elektronische Zeiterfassung per Stechuhr einführen. Auf der Suche nach quantifizierbaren Handlungseinheiten muss jedes Element des «Behandlungsprozesses» minutiös erfasst und registriert werden. Das heraufziehende Zeitalter der totalen Digitalisierung begünstigt dieses fragmentierende Quantifizierungsdenken. Vermeintlich überflüssige Angebote haben sich auf das psychiatrische «Kerngeschäft» zu besinnen, d.h. sie werden abgeschafft oder unterliegen der Guillotine des «Outsourcing». (Wozu einem Krankenhaus z.B. die Gärtnerei belassen, wenn dieser Betrieb gewinnbringend nach aussen abgegeben werden kann; seine Produkte kommen dann ein paar Groschen billiger. Leider wird es dann aber schwieriger, Patienten in dieser Gärtnerei zu beschäftigen.) Eingepresst in politisch definierte «Leitplanken», ständig umstrukturiert und reglementiert durch neue Leitbilder, Pflichtenhefte, Organisationsschemata, erscheint die «Fallkostenpauschale» als erstrebtes Ziel am Ökonomiehorizont: Wieviel darf eine durchschnittliche depressive Phase, eine Suizidkrise, eine schizophrene Episode, eine Phobiebehandlung kosten, ohne die Krankenkassen zu weiteren Prämien erhöhungen herauszufordern?

Allerdings ist die Psychiatrie noch nicht soweit, standardisierte Leistungssequenzen formulieren zu können – ein Zeichen ihrer ökonomischen Rückständigkeit.

Auch die Qualität unseres Tuns muss genau erfasst und gesichert und ständig verbessert werden, wogegen nichts einzuwenden wäre, wenn noch andere Dimensionen der Therapeutik gleichgewichtig berücksichtigt würden als überwiegend der betriebswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Gedanke.

Die deutsche Psychiatriepersonalverordnung berechnet den Personalbedarf nach Minuten, die ein Arzt, eine Sozialarbeiterin, eine Krankenschwester im Umgang mit den Patienten durchschnittlich benötigen. Immerhin konnte mit Hilfe dieser Verordnung die Personalausstattung vieler psychiatrischer Krankenhäuser in der Bundesrepublik verbessert werden; dabei darf aber die Qualität der Patient-Betreuer-Beziehung niemals vergessen werden.

Unter dem Schlagwort des «New Public Management», zu deutsch der «wirkungsorientierten Verwaltungsführung», kommt eine weitere Dynamik ins Spiel, die der Ökonomisierungsentwicklung Vorschub leistet. Angestrebt wird dabei eine effizientere, den Wünschen der Bevölkerung («Konsumenten») genauer entgegenkommende Betriebsführung, die zugleich wirksamer, aber auch «schlanker» betrieben werden soll als die frühere Administration. Mit Hilfe des New Public Management werden inzwischen viele Schweizer Kliniken aus der Botmässigkeit schwerfälliger staatlicher Zentralverwaltungen heraus und in das Paradies des «High Quality Management», d.h. in eine schöpferische Selbstverwaltung, hineingeführt. Sieht man näher hin, verbergen sich hinter solchen hochgesteckten Zielen leider allzu oft neue Sparmassnahmen. Das Adjektiv «schlank» dominiert über den vernünftigen Nutzen einer sinnvollen Reorganisation der Abläufe, d.h. Stellenabbau und Ressourcenverknappung werden mit dem Argument der Effizienzsteigerung maskiert. Manche Politiker haben nämlich erkannt, dass sie auf diese Weise Sparmassnahmen durchsetzen können, ohne für die zwangsläufige Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung offen erkennbare Verantwortung übernehmen zu müssen. Wenn eine gekürzte Defizitgarantie das Globalbudget der ja nun finanziell autonomen Kliniken in einem Masse schmälert, dass Stationsschliessungen und allgemeine Leistungsminderung unvermeidbar werden, liegt es nun an der «Inkompetenz» der Klinikleitung, mit ihrer neuen Verwaltungsführung effizient umzugehen, nicht an den politisch Verantwortlichen.

Da Klinikbetten teuer sind, muss auf raschen Patientenumschlag und hohe Belegungsdichte geachtet werden. Der Zwang zu immer kürzeren Aufenthaltsdauern hat in den USA bereits zu ultrakurzen Akutbehandlungen geführt, bei denen zur Einleitung psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Nachbehandlungen während der stationären Phase kaum noch Zeit bleibt.

Dadurch wird nicht nur die befriedigende Ausheilung einer Krankheitsepisode gefährdet. Es zeigen sich auch gefährliche Auswirkungen auf die Ausbildung junger Psychiater, die immer stärker auf eine symptomorientierte pharmakotherapeutische Krisenintervention verkürzt wird und die immer weniger die Möglichkeiten längerfristiger psychischer Beeinflussungsformen und einer wirksamen Angehörigenarbeit zu vermitteln vermag.

Durch die wachsende Betonung ökonomischen Denkens wird auch die Arbeitseinstellung der Krankenhausmitarbeiter beeinflusst: Identifikation mit dem Arbeitsort und Motivation verändern sich. Die zur Leistungs- und Zeiterfassung angehaltenen Akademiker beginnen Überlegungen im Stile gewerkschaftlich organisierter Arbeitnehmer zu folgen: Wie viele Überstunden kann ich wann und wie kompensieren: in Freizeit oder finanziellem Entgelt? Wie sieht meine individuelle Kosten-Nutzen-Bilanz aus? In den multiprofessionellen Arbeitsgruppen gewinnen berufsständische Abgrenzungen und die Konzentration auf den eigenen Vorteil und die berufstypischen Leistungsformen neue Dynamik. Dabei ist es leider noch nicht gelungen, die differentielle Wirkung der einzelnen Therapieelemente und «Produkte» befriedigend und quantifizierbar nachzuweisen, weshalb die «Optimierung von Produktelinien» in der Psychiatrie, anders als etwa in einer Spaghettifabrik, zum Ärger der High-Quality-Manager nicht recht vorankommt.

Auf welchem Nährboden gedeiht der neue Virus?

Gerechterweise muss eingeräumt werden, dass die Dominanz ökonomisch-betriebswirtschaftlichen Denkens nicht nur einer Modeströmung oder einer neuen boshaften Variante des Zeitgeistes entspringt. Die unbestreitbare Kostenexplosion des Gesundheitswesens fällt hierzulande mit einem durch wirtschaftliche Rezession, Umstrukturierungen und steigende Arbeitslosigkeit bewirkten Rückgang der Steuergelder zusammen, weshalb die Krankenhausträger der öffentlichen Hand und die Krankenkassen in ernste finanzielle Schwierigkeiten geraten sind. Knappere Ressourcen erhöhen den Argumentations- und Rechtfertigungsdruck auch für medizinisches Handeln und verlangen ein geschärftetes Kostenbewusstsein. Die immer komplexer sich ausfaltenden Angebote auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung rufen nach Klärungen der Indikationen, der sinnvollen Zuweisung, aber eben auch nach Bemühungen, die ökonomischen Mittel optimaler zuzuteilen. Deshalb sind Überlegungen, welche Angebote finanziell unterstützt, welche beschnitten werden sollen, um die Solidargemeinschaft der Versicherten und der Steuerzahler nicht über Gebühr zu belasten, zweifellos gerechtfertigt.

Bedenklich ist aber die Tatsache, dass diese ökonomischen Anforderungen inzwischen eine

Eigendynamik gewonnen haben, der sich andere Zielsetzungen allzu oft unterordnen müssen. Psychiatrische Institutionen werden, wie alles menschliche Tun, von zeitgeistabhängigen Leitbildern geprägt. Die sozialpsychiatrische Öffnung der Kliniken, die Milieuthherapie, eine nosologiespezifische Erarbeitung von wirksameren Behandlungsprogrammen waren solche Leitbilder. Inzwischen ist die Ausrichtung klinischer Abläufe auf betriebswirtschaftliche Ziele zu dem beherrschenden Paradigma geworden. Was an Dienstleistungen angeboten wird, muss sich zum Vorteil des Betriebsbudgets rechnen, auch wenn es, volkswirtschaftlich betrachtet, nachteilige Folgen hat. Nur auf diese Weise lässt sich eine Klinik in ein «Profitcenter» umwandeln, wobei es sich allerdings typischerweise kaum um einen echten Profit, viel eher lediglich um die Reduktion des Defizits handelt. Patientengruppen mit unzureichendem Versicherungsschutz bzw. Betreuungsformen, die sich schlecht oder gar nicht in fakturierbaren Tarifpositionen abrechnen lassen, sind den Finanzbuchhaltern zuwider. So verschiebt sich das Interesse auf jene Angebote, mit denen besseres Geld verdient werden kann, und der Auftrag an die Krankenhäuser, auch sozial schwache und randständige psychisch Kranke und Behinderte zu versorgen, wird in den Hintergrund gedrängt. Aus den USA dringt die Kunde, dass mehrere öffentliche Non-profit-Krankenhäuser für psychisch Kranke aus finanziellen Gründen geschlossen werden. Profitorientierte private Häuser können und wollen die Behandlung gar nicht oder nur mangelhaft versicherter Patienten nicht übernehmen [2]. Die aus mittelalterlicher christlicher Tradition überkommene Verpflichtung des Spitals, für alle Notleidenden offenzustehen und im Sinne eines «Hôtel de Dieu» auch barmherzige Werke zu verrichten, droht also verlorenzugehen.

Welcher Personenkreis begünstigt die Ausbreitung dieser Entwicklung?

Gewiss sind es in erster Linie die politischen Behörden, Krankenhausträger, Klinikverwaltungen, von denen das neue ökonomische Paradigma gefördert und gefordert wird. Dazu kommt aber ein rasch wachsender Markt betriebswirtschaftlicher Beratungsfirmen, Treuhandbüros, Consulting-Gruppen und sogenannter Controller, auf deren manchmal zwangsläufig einseitige Einschätzungen sich die Letztverantwortlichen oft viel mehr abstützen als auf das Urteil der Psychiatriefachleute. Diese

werden häufig mit dem Vorurteil abqualifiziert, sie seien mehr um den Erhalt traditioneller Machtbereiche besorgt als um eine rationelle Betriebsführung. Nun haben aber viele Chefärzte gerade in den Jahrzehnten der sozialpsychiatrischen Reformbewegung der institutionellen Psychiatrie zu wesentlichen modernen Strukturanpassungen verholfen, die typischerweise mit einer Redimensionierung alter Machtbereiche der Chefärzte verbunden waren, z.B. in Gestalt verminderter Bettenzahlen. Deshalb sollte eigentlich gerade ihr Fachwissen für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung psychiatrischer Dienstleistungen in erster Linie angefragt werden. Manchenorts wird aber ihr Rat und ihr Einfluss zunehmend in den Hintergrund gedrängt. Stattdessen tritt eine Schar fachfremder, sich aber für die innere Gestaltung eines Krankenhauses als kompetent erklärender «Berater» und Systemanalytiker in wachsende Konkurrenz zur ärztlichen Leitung, deren Funktionen zudem durch eine Flut von Verwaltungsrichtlinien und oft sinnloser bürokratischer Aktivitäten behindert und demotiviert wird.

Diese Entwicklung verschärft sich zu einer Zeit, in welcher dank bemerkenswerter Fortschritte in der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen eigentlich ein stimulierender Aufbruch in eine wirkungsvollere psychiatrische Behandlungspraxis erfolgen könnte und das strategische Urteil der medizinischen Fachleute in besonderem Masse herangezogen werden müsste. Im Unterschied zur älteren, dem Managementdenken noch fremd gegenüberstehenden Generation von Klinikleitern sind die jüngeren Chefärzte übrigens sehr wohl befähigt, nicht nur in Teamstrukturen zu denken und zu handeln, sondern auch Prozessoptimierungen und Kosten-Nutzen-Überlegungen in ihre Planungen einzubeziehen. Es ist deshalb zumindest unklug, ihre verantwortlichen Bemühungen abzuwerten und ihr Engagement zu entmutigen.

Was können wir tun?

Einen frontalen Kampf gegen den Ökonomisierungsvirus zu führen, erscheint hoffnungslos und vielenorts allzu frustrierend. Zudem sind ja nicht alle Forderungen, unser Handeln auch unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt zu überprüfen, vom Tisch zu wischen. Einzelne leitende Ärzte investieren inzwischen Kraft und Geld in eine zusätzliche persönliche Ausbildung auf dem Gebiet der Business Administration. Es kann aber nicht erstrebenswert sein, allen Kaderärzten neben der medizinischen Aus- und Weiterbildung noch quasi ein betriebswirtschaftliches Zusatzstudium abzuverlangen. Wir müssen hingegen unseren fachspezifischen Strategiezielen, unseren Ansprüchen an eine humane, sachgerechte Versorgung der Patienten unmissverständlicher und vehementere Ausdruck verleihen! Wer hindert uns eigentlich daran, unsere Vorstellungen von einer qualitativ hochstehenden, wissenschaftlich hinreichend begründeten psychiatrischen Behandlung zu unseren Standards einer guten Psychiatrie zu machen? Bei Lichte besehen, niemand.

Lassen wir uns nicht zu Pseudounternehmern umfunktionieren, die im Schlepptau einer radikalen Umstrukturierungsideologie einem New-Public-Management-Denken hinterherhinken, zum Schaden unserer Patienten und uns selbst!

Literatur

- 1 Schneider W. Kommunikative Kompetenzmerkmale. NZZ-Folio 1997:75.
 - 2 Olfson M, Mechanic D. Mental disorders in public, private non-profit, and proprietary general hospitals. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1613-9.
- Sartorius N. Trends and Developments in Psychiatry. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1997; 148(suppl III):12-4.