

die damit verbundenen Nöte, Verzweiflungen, Proteste und vorübergehenden Ohnmachtsgefühle können durch externe Bildung und Beratung im Sinne der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit aufgefangen werden. Es wäre vermessen und nicht zielführend, hier von lösungsorientierter Beratung zu sprechen. Damit würde verdeckt, dass keine wirkliche Lösung in Sicht ist im Konflikt zwischen dem Finanzbedarf für eine gesellschaftliche Integration von Abhängigkeitserkrankten und Straftätern einerseits und dem Interesse von Politik und Beitragszahlenden andererseits, diesem unansehnlichen gesellschaftlichen Phänomen bzw. für die zu einer nachhaltigen Gesundung erforderlichen medizinischen, sozialen, und psychotherapeutischen Dienstleistungen möglichst wenig Geld zur Verfügung stellen zu müssen. Beratung und Supervision können jedoch dazu beitragen, in der aus eigener Kraft nicht lösbaren Situation persönliche Autonomie zu wahren und einen konstruktiven Umgang mit den Klientinnen und Klienten, mit den Kolleginnen und Kollegen und mit sich selbst zu finden.

Anschrift des Autors:

Roland Helsper, Am Gerstkamp 20, 44789 Bochum

Friedhelm Kitzig

Streiflichter – (Gegenwarts-) Zustände in der Psychiatrie

Zusammenfassung: Der folgende Artikel zeichnet die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland seit der Psychiatrie-Enquete in ihren konzeptionellen, institutionellen und ökonomischen Dimensionen nach. Er beschreibt die damit verbundenen Veränderungsanforderungen an die Organisationen und an die in ihnen tätigen Mitarbeitenden, schwerpunktmäßig bezogen auf den Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung. Der Autor zeigt abschließend Perspektiven auf, wie der Konflikt zwischen gestiegenen Qualitätsanforderungen einerseits und Qualität verhinderndem Aufwand zum Qualitätsnachweis andererseits eine Wendung zu wirklich besseren Versorgungs- und Arbeitsbedingungen für die Klientel bzw. das Personal nehmen kann.

Entwicklungslinien – Die Psychiatriereform

Vergleicht man den Zustand der heutigen Psychiatrie mit dem zur Zeit der Psychiatrie-Enquete 1975, so wird man feststellen, dass die Psychiatrie sich zu einem sehr differenzierten, wenn auch nicht einheitlichen System der Versorgung psychisch Kranker entwickelt hat. Der versorgungspolitische Wandel hat fast überall in der BRD mit dem Ausbau ambulanter und komplementärer Betreuungs- und Behandlungsstrukturen ein breit gefächertes Hilfesystem hervorgebracht.

Die Modernisierung und Verkleinerung der ehemaligen Großkrankenhäuser, die Dezentralisierung der Versorgungsangebote, der Aufbau von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, von Tageskliniken und Institutsambulanzen führte zu mehr Gemeindenähe und einer besseren Behandlung von akut erkrankten Menschen. Zugleich hat die Phase der Deinstitutionalisierung die Versorgung von chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen aus dem Medizinsystem und den Großkrankenhäusern verlagert in die Gemeinden mit einer veränderten Versorgungsstruktur mit Wohnheimen, ambulant betreuten Wohnangeboten und einer Fülle von institutionellen Hilfen der Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung, Kontakt und Freizeit, insgesamt zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, so wie es der Gesetzgeber mit dem Bundessozialhilfegesetz beabsichtigt hatte.

Mit dieser Entwicklung trat zugleich das System der bis dahin nur marginal mit Psychiatrie betrauten Wohlfahrtspflege mit den ihr eigenen Traditionen und ideellen, organisatorischen und professionellen Mustern in die psychiatrische Versorgung ein und damit dem anderen traditionellen System der Medizin gegenüber. Mit der institutionellen Vielfalt ging einher eine Erweiterung des Spektrums der in der psychiatrischen Praxis tätigen Berufe. Ergebnisse und Erkenntnisse aus den

verschiedenen Bereichen von Forschung, Theorie- und Methodenentwicklung haben bis dahin gültige Theoriegebäude, Erklärungsansätze und Versorgungskonzepte in Frage gestellt und neue handlungsorientierende paradigmatische Ansätze hervorgebracht.

Traditionelle Denk- und Wahrnehmungsweisen sowie Rollenmuster in der Begegnung zwischen Professionellen und Patienten/Klienten wurden in Frage gestellt und durch neue Handlungskonzepte ersetzt. So wurde dem immer noch eingeübten Denken in Ursache-Wirkungs-Verhältnissen die Wahrnehmung komplexer Wirkungszusammenhänge in Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen gegenüber gestellt. Die Bedeutung lebensweltlicher, biografischer und sozialer Kontexte der individuellen Patienten/Klienten, die Wahrnehmung der Angehörigen als gleichberechtigte Mitakteure, die Wahrnehmung der Patienten/Klienten als handelnde Subjekte und Verhandlungspartner (Trialog), das Team als unabdingbare Kooperations- und therapeutisch wirksame Interaktionsform wurden zu neuen normativen Orientierungen beruflichen Handelns.

Deinstitutionalisierung und Individualisierung der Hilfen mit ihren Maximen der Integration und Emanzipation (Selbstbestimmung) hat das Spannungsverhältnis zwischen der Ermöglichung gelingender Beziehungsarbeit und der Notwendigkeit haltgebender, entlastender Struktursetzung zu einer der Kernfragen im beruflichen Alltag von professionell Tätigen in der Psychiatrie werden lassen. Aber auch die Institutionen und Dienste selbst, die Verfassung und Kultur der Organisationen, in denen die Hilfen realisiert und erbracht werden, wurden zum Gegenstand kritischer Betrachtung. Neue Orientierungen, Konzepte und Aufgaben ließen sich nur schwerlich in traditionellen Organisationsstrukturen realisieren. Die Notwendigkeit, die Organisationsstruktur in eine angemessene Beziehung zu ihren neuen Aufgaben zu bringen, definierte eine weitere Aufgabe für Träger wie Mitarbeiter in der Psychiatrie.

In der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) wurden zu Beginn der 90er Jahre erstmals eine verbindliche Berechnungssystematik angemessener Personalausstattung für psychiatrische Krankenhäuser geschaffen, die auf der Grundlage eines definierten therapeutischen Konzepts Regelleistungen, verschiedene Fachdisziplinen, Berufsgruppen und zeitliche Leistungsvolumina festlegte. Die Umsetzung der PsychPV ergab deutliche Verbesserungen in der Personalausstattung psychiatrischer Krankenhäuser.

Tätigkeitsanforderungen und Qualifikationserfordernisse

Die Psychiatrie hat sich in dieser Entwicklung von der Psychiatriereform bis heute zu einem beruflichen Tätigkeitsfeld mit so hoher Komplexität entwickelt, dass eine psychiatriespezifische Ausgestaltung der beruflichen Qualifizierung/Qualifikation erforderlich ist. Die spezifischen Erscheinungen und Folgen psychischer Erkrankungen bedeuten häufig Verlust oder Einschränkung der Selbstverfügung bis hin

zur Fremd- und/oder Selbstgefährdung, wodurch eine situativ angemessene, aktive Verantwortungsübernahme professionell verantwortet werden muss. Auf dem Hintergrund des gesellschaftlichen Auftrags von Versorgung und Sicherung sind auch Zwang und Gewalt ein nicht grundsätzlich zu vermeidender Bestandteil der psychiatrischen Realität. Gerade weil in der Psychiatrie das Risiko der Grenzüberschreitung in der Anwendung von Zwang und Gewalt, in der Ausübung von Macht und in der Gestaltung von Beziehungen sehr groß ist, sind besonders hohe Anforderungen an die professionellen Standards zum Schutz der Patienten/Klienten-Autonomie gestellt, ebenso wie an die ethische Verantwortung der Beschäftigten.

Die Expertenkommission der Bundesregierung hat in ihren Empfehlungen konstatiert, dass die verschiedenen Berufsgruppen im Hinblick auf die Tätigkeitsanforderungen in der Psychiatrie unzureichend vorbereitet sind und dass die Verfügung über das dazu erforderliche Wissen, die Fähigkeiten und Einstellungen nicht vorausgesetzt werden kann, sondern vielmehr der Entwicklung und Ausformung bedarf. So wurde das Qualifikationsziel einer „psychiatrisch/psychotherapeutischen Grundhaltung und Basiskompetenz“ beschrieben: eine Bündelung von geforderten Einstellungen, Verhaltensweisen, Handlungsleitlinien und Fähigkeiten, die für alle Berufsgruppen als zentrale Voraussetzung für erfolgreiches Handeln in der psychiatrischen Praxis betrachtet wird:

- ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis, das von der wechselseitigen Wirkung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren in Entstehung und Verlauf einer psychischen Erkrankung ausgeht. Es beinhaltet das Verstehen von Krankheit in seiner subjektiv widersprüchlichen Bedeutung als identitätskränkender Leidenszustand wie auch als identitätsstiftende Lebensbewältigung;
- die Bereitschaft und Fähigkeit zu einer fachübergreifenden Betrachtungsweise und zu einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit als Voraussetzung zur personenzentrierten Integration der Hilfen;
- Anknüpfung an die Lebenswelt der psychisch Kranken, nicht allein an die Fakten, sondern auch und gerade an die Bedeutungen, die Ereignisse und Erfahrungen für die betroffenen Menschen haben;
- Orientierung an den Ressourcen und Stärken sowohl der Patienten/Klienten als auch des Lebensumfelds;
- Wahrung und Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung;
- Fähigkeit zur Gestaltung verlässlicher, kontinuierlicher Beziehungen im Sinne einer haltenden, realitätsvermittelnden und koordinierenden Bezugsperson.

Diese Basiskompetenzen in Verbindung mit weiteren instrumentell-methodischen, institutionellen, fachlichen und kommunikativen Kompetenzen erfordern Qualifizierungen, die über Wissen und methodisches Know-how hinausgehen und nur über bewusstseinsbildende und persönlichkeitsgestaltende Lern- und Reflexionsprozesse erworben werden können. Aus diesem Grunde wurden während der Psychiatriereform berufsbegleitende und berufsgruppenübergreifende Qualifizierungspro-

gramme, die „Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung“, entwickelt, die bis heute in unterschiedlichen curricularen Formen angeboten und durchgeführt werden. Bereits relativ früh und zunehmend breiter fand und findet Supervision als Mittel der Professionalisierung Eingang in psychiatrische Dienste und Einrichtungen.

Mit Blick auf die Entwicklungen in den letzten Jahren haben sich die Schwerpunkte der Tätigkeitsanforderungen deutlich verändert, ohne dass die oben dargelegten Anforderungen weniger bedeutsam geworden sind.

Entwicklungslinien – Die Ökonomisierung des Gesundheits- und Sozialwesens

Die Psychiatriereform ist zweifelsohne eines der erfolgreichsten und nachhaltigsten gesellschaftlichen Reformprojekte. Dennoch sind auch Fehlentwicklungen und nachhaltige Strukturmängel der Versorgung festzustellen. Die Entwicklung der Psychiatrie als Tätigkeitsfeld war und ist weder übersichtlich noch einheitlich, sondern teilweise konkurrierend, teilweise konflikthaft polarisiert oder einfach nur koexistent. Die durchaus begrüßenswerte Pluralisierung und Differenzierung an Hilfen, Institutionen und Professionen, Konzepten und Praxismodellen zeitigte zugleich auf verschiedenen Ebenen – Kostenträger, Einrichtungsträger, Mitarbeiter, Betroffene – eine Gemengelage unterschiedlicher Partikularinteressen und Bedürfnissen, die die erwünschten Wirkungen des Reformprozesses gefährdeten. Insgesamt entstand ein schwer überschaubares institutionelles Geflecht mit wenig Transparenz, teils unklaren Standards und fehlender Wirksamkeitskontrolle. So haben bereits Ende der 80er Jahre auch die Anforderungen und Bemühungen um Integration und Vernetzung, Steuerung und Standardisierung einen hohen Stellenwert in der psychiatriepolitischen Diskussion gefunden.

Waren die 80er Jahre noch geprägt durch die Ausweitung und Differenzierung der psychiatrischen Versorgung, so führten verschiedene gesellschaftliche Faktoren – wie z.B. die demographische Entwicklung, medizinischer und technologischer Fortschritt – zu einer Expansion des Medizin- und Sozialsystems. Im Zusammenhang mit den ökonomischen Wandlungsprozessen rückten aber mehr und mehr die Aspekte der Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund. Unter dem Druck steigender Kosten und der ökonomisch bedingten Verknappung finanzieller Ressourcen geht es nunmehr seit mehr als 10 Jahren vorrangig um Strategien der Kosten- und Ausgabendämpfung. Zugleich rücken unter dem ökonomischen Blick die Mängel der Qualität und der Steuerung in den Fokus der kritischen Betrachtungen: Mangelnde Transparenz, mangelhafte Angebots- und Leistungsqualität, unwirtschaftliches Handeln und Missmanagement sind durchaus nicht unbegründete Bewertungen über Strukturen und Abläufe in den psychiatrischen Versorgungssystemen, sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialbereich. So sind in Verbindung mit den Anstrengungen von Kostendämpfung und Effizienzsteigerung zugleich die Anforderungen an eine systematische Qualitätsverbesserung und transparente Qualitätsdarlegung gestiegen.

Kostendämpfung, Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung bzw. Qualitätsverbesserung sind die beherrschenden Maxime der letztendlich erst durch den wirtschaftlichen Druck angestoßenen Veränderungsdynamik. Zunehmend werden die fachlichen und ethischen Aspekte der psychiatrischen Praxis in den Organisationen von ökonomischen Geltungskategorien dominiert: Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Markt und Wettbewerb, Leistungsanbieter, Dienstleistung und Kunden, Ergebnismessung und Benchmarking. Um die Tendenz der Leistungsausweitung und Kostensteigerung zu stoppen, werden neue Entgeltsysteme – DRG (*Diagnosis Related Groups*, eine medizinisch-ökonomische Klassifizierung in diagnosebezogene Fallgruppen) und Fachleistungsstunde – sowie Instrumente der Leistungs- und Kostenkontrolle eingeführt

Zum Zwecke der besseren Verpreislichung, der marktförmigen Leistungsdarlegung und Qualitätsmessung wird die therapeutische/soziale Arbeit in (Teil-)Leistungen und Leistungsmodulen aufgefächert. Es sind dies die direkten Verrichtungen, Therapieverfahren, Einzelmaßnahmen, deren Erfolgswirkung in vielen Fällen nachgewiesen werden soll. Allgemein kann von einer „Verbetriebswirtschaftung“ (Negt 2005) gesprochen werden, nach der die Behandlungs- und Betreuungsdienste zunehmend nach betriebswirtschaftlichen Kalkülen geführt werden. So werden die Leistungen der Gesundheitsversorgung als marktkonform zu gestaltende Waren entworfen und erbracht, wobei letztendlich die Beziehung zwischen behandelnden/betreuenden Mitarbeitern und Patienten/Klienten mehr und mehr ökonomisch konzipiert wird. (Manzeschke)

Nach Einführung der DRG-Pauschalentgelte in der somatischen Krankenhausbehandlung z.B. sieht Manzeschke Tendenzen einer Umkehrung der Zweckbeziehung: Geld sei nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken werde Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Erlösen. Dabei lässt sich ein in den vergangenen Jahren bis heute deutlicher und stabiler Trend der Zunahme der Häufigkeit von psychisch bedingten Erkrankungen feststellen, dem aber mit unterschiedlichen Strategien der Budgetdeckelung und der Fallkostensenkung begegnet wird. Kurz: die psychiatrische Versorgung befindet sich in der Kostenfalle. Die im Zuge der Ökonomisierung ausgelöste Veränderungsdynamik wird auf allen Ebenen des Tätigkeitsfeldes Psychiatrie wirksam. Dies zeigt sich auf der institutionell organisatorischen Ebene, auf der therapeutischen Ebene des Betreuungsgeschehens sowie in den Interaktions- und Kommunikationsprozessen zwischen professionellen Helfern und ihren Patienten/Klienten.

Auswirkungen auf das psychiatrische Krankenhaus

Das Gesundheitswesen, zu dem alle psychiatrischen Dienste und Einrichtung gehören, die Behandlungs- und Pflegeleistungen nach SGB V anbieten, ist wohl der Bereich mit der höchsten öffentlichen Aufmerksamkeit und den schwierigsten Kon-

fiktlagen, wenn es um die Kostenentwicklung und Kostendämpfung, aber auch um Qualitätsmangel und Qualitätssicherung geht.

Reorganisation:

Wie alle Krankenhäuser unterliegen auch die psychiatrischen Kliniken seit 15 Jahren der Budgetdeckelung zur Kosten- und Leistungsmengenbegrenzung. Die aushandelbaren minimalen Budgetsteigerungen laufen seither der realen Kostenentwicklung ständig hinterher, was die Schere zwischen Kosten und Erlösen immer weiter auseinandergehen lässt und die Krankenhäuser zu fortlaufenden Einsparungen und Rationalisierungen oder auch weitergehenden Maßnahmen zwingt. Die Kliniken versuchen durch vielfältige Reorganisationen/Umstrukturierungen Kosten zu senken oder Synergien zu nutzen: Zusammenlegung von Stationen oder Abteilungen, Outsourcing von Leistungen bis hin in den therapeutischen Bereich, zeitliche und örtliche Flexibilisierung von Arbeitseinsätzen etc.

Personalabbau:

Die Psychiatrie ist innerhalb der medizinischen Disziplinen sicherlich diejenige, deren Leistungen und Kosten am meisten vom Personal abhängig sind. So schlagen viele Einsparungsanstrengungen letztendlich auch auf die Personalausstattung durch. War eine 100%ige PsychPV-Ausstattung lange der unhinterfragte Maßstab, so liegt die Besetzung der meisten psychiatrischen Krankenhäuser heute im Durchschnitt bei 10-20 % unter den vorgesehenen Werten.

Leistungsverdichtung:

Innerhalb der letzten 15 Jahre wurde die Krankenhausverweildauer um über 70 % gesenkt, wohingegen die Zahl der behandelten Patienten ständig angestiegen ist. Für die Arbeitsbedingungen in den Kliniken bedeutet dies eine zunehmende Leistungsverdichtung: mehr Patienten müssen in kürzerer Zeit bei geringeren Personalressourcen behandelt werden. Die Verweildauerreduzierung wird von den Kostenträgern weiter verfolgt. So haben sie über die Zeit die Anforderungen an Dokumentation und Leistungsbegründungen im Sinne einer administrativen Leistungskontrolle ständig erhöht, um in engmaschigen Einzelfallprüfungen durch die medizinischen Dienste die Behandlungszeiten im Krankenhaus zu reduzieren. Dabei geht es auch immer wieder darum, Bestandteile der Behandlung, die aus Sicht der Kostenträger nicht unmittelbar zu den Krankenhausleistungen nach SGB V gezahlt werden, nicht zu vergüten und das fachliche Leistungsspektrum der Psychiatrie zu begrenzen auf das medizinisch Notwendige. Dies mag zwar unter rein leistungsrechtlichen Aspekten korrekt sein, führt aber dazu, dass immer mehr Leistungen für psychisch kranke Menschen in die Sozialhilfe (SGB XII) verlagert werden.

Rollenwandel:

Letztendlich hat sich ein schleichender Paradigawechsel psychiatrischer Kran-

kenhausbehandlung vollzogen: die Kliniken sind immer weniger in der Lage, über die akute Krisenintervention und Symptombehandlung hinaus rehabilitative und psychotherapeutische Behandlung im erforderlichen Umfang sicher zu stellen. Dies geht durchaus einher mit einem gewandelten Selbstverständnis der medizinischen Professionen, die ihre Aufgabe primär in der Symptombehandlung sehen, und die begleitenden und nachfolgenden Probleme der Behandlung an andere Versorgungsinstanzen delegieren.

Mit den deutlich verkürzten Behandlungszeiten im Krankenhaus und dem differenzierten Ausbau der gemeindepsychiatrischen Hilfen hat sich die Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen Kliniken und gemeindepsychiatrischen Diensten mit den Jahren verändert. Während die Kliniken immer deutlicher konzentriert wurden auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Krisen, übernehmen die gemeindepsychiatrischen Dienste mehr und mehr auch Verantwortung in der postakuten Behandlungsphase ihrer Klientinnen und Klienten durch die begleitende, psychosoziale Stützung der notwendigen ambulanten Weiterbehandlungen. Aber aufgrund der institutionellen Versäulung in der Versorgung, der strukturellen Trennung von stationärer und ambulanter Behandlung/Betreuung, kommt es immer häufiger zu Brüchen in der individuellen Behandlungskontinuität, wodurch ein hoher Abstimmungsbedarf zwischen den beteiligten Institutionen entsteht. Die Notwendigkeit, die Versorgungsprozesse personenzentriert und sektorübergreifend zu gestalten, stellt an die Mitarbeiter in den Kliniken noch stärker die Anforderungen, Behandlungserfolge durch nahtlose, patientenbezogene Kooperation mit den nachsorgenden Diensten zu sichern.

Qualitätsentwicklung und Qualitätsdarlegung:

Seit 2001 sind alle Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement zu betreiben. Seither sind dort in verschiedenen Vorgehensweisen und in unterschiedlicher Intensität Qualitätsmanagementsysteme implementiert worden. Diese QM-Systeme geben den Kliniken in der Tat ein systematisches Führungsmodell und Instrumente an die Hand, Schwachstellen in ihren Einrichtungen aufzudecken und Qualitätsverbesserungen umzusetzen. Die Chancen, die die Qualitätsmanagementsysteme bieten, liegen vor allem darin, durch systematisch geführtes Planen, Vorgehen und Überprüfen die zum Teil doch gravierenden Mängel in der Organisation und in den Abläufen von Krankenhäusern zu erkennen und zu bearbeiten. Die Chancen des Qualitätsmanagements müssen gehoben werden, realisieren sich nicht von selbst und fordern von daher immer einen zusätzlichen Aufwand zur ohnehin schon verdichteten Alltagspraxis in den Kliniken. Einen zusätzlichen Schub hat das KTQ-Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) ausgelöst, nicht zuletzt, weil es von den wesentlichen Interessengruppen im Gesundheitswesen gefördert worden ist und den Einrichtungen mit dem Zertifikat ein marketingfähiges Prädikat bietet. Das Zertifizierungsverfahren stellt einen umfangreichen Katalog krankenhau-

spezifischer Qualitätsanforderungen, deren Erfüllung die Kliniken zur Erlangung des Zertifikats bis zu einem gewissen Grad nachweisen müssen. Ansatz und Wirkungen des Zertifizierungsverfahrens sind allerdings in Fachkreisen durchaus umstritten, da nicht wenige Klinikführungen darin primär Möglichkeiten der Fassadenpolierung zur Imageverbesserung/Marketingverbesserung sehen. So wird häufig ein hoher Aufwand an personellen und auch finanziellen Ressourcen zur formalen Nachweisführung für das Erreichen des Zertifikats betrieben, ohne dass eine Nachhaltigkeit der beabsichtigten Verbesserungen gesichert wird. So laufen die Kliniken Gefahr, die entwicklungsfördernden Möglichkeiten dieser Instrumente auszuhöhlen, weil insbesondere die Mitarbeiter als wesentliche Träger der Qualitätsentwicklung die Diskrepanz zwischen Schein und Sein sehr unmittelbar erleben und damit die Akzeptanz des Qualitätsmanagements in manchen Institutionen einzubrechen droht.

Qualitätsnachweis durch Messung:

Ein herausragendes und besonders prägendes Prinzip der in der Wirtschaft entwickelten Systeme und Methoden zur Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung ist die Messung von Wirkungen und Erfolgen anhand von quantifizierbaren Ergebnissen. Die Forderung nach Messbarkeit von Behandlungsqualität durch Kennzahlen durchdringt Wissenschaft und Praxis im Gesundheitswesen und damit auch die Psychiatrie. Grundsätzlich ist es eine legitime Anforderung, z.B. therapeutisches Handeln, auf seine erwünschte Wirkung zu überprüfen und die Wirksamkeit insbesondere gegenüber Patienten wie Kostenträgern nachzuweisen. Andererseits reduzieren die in weiten Teilen krampfhaft anmutenden Bemühungen, die Messbarkeit therapeutischer Qualität durch Kennzahlen und Indikatoren zu erreichen, diese auf den technischen Aspekt einer Einzelleistung. Dabei ist besonders in der Psychiatrie jedwede Hilfe und Therapie eingebunden in ein übergreifendes, durch die beteiligten Personen wirksam werdendes Beziehungsgeschehen, welches ein grundsätzliches Messbarkeitsproblem und Transparenzdefizit aufweist. (Dederich 2005). Die Gefahren sind schon seit längerer Zeit zu erkennen: menschliche Zuwendung und Empathie, die Funktion der Assistenz und des Aushaltens, die Entwicklung einer therapeutisch tragenden und wirksamen Beziehung etc. finden in der Qualitätsdiskussion keine Relevanz. Sie gelten nicht als ökonomische Größen, befinden sich mangels messbaren Wirkungsnachweises in einer seltsamen Legitimations-Defensive und werden gerne als kostentreibendes, Effizienz verhandelndes und Abläufe hemmendes Handeln und Verhalten etikettiert.

Prozessoptimierung:

„Optimierung“ ist die auf der Suche nach Effizienzreserven am häufigsten formulierte Anforderung an die Veränderung von Arbeitsabläufen. Wenn man unter Effizienz das Bemühen um sorgfältigen und klugen Umgang mit knappen, verfügbaren Ressourcen versteht, so geraten natürlich die Defizite in der Koordination von Ver-

sorgungsleistungen und in den institutionellen Abläufe bei den Leistungsanbietern, also auch den Krankenhäusern, in die kritische Betrachtung: Institutionelle Mängel sind u.a. dafür verantwortlich, dass Einsparmöglichkeiten ohne Einbußen an Qualität, also Effizienz- und Qualitätsverbesserung noch nicht ausgeschöpft sind. Es ist nicht so, dass die Krankenhäuser ihre Behandlungs- und Versorgungsabläufe bereits per se patientenorientiert und effizient organisiert haben. Erst unter dem Druck von Kostendämpfung, Qualitätsanforderungen und Wettbewerb treten die durchaus seit langem bekannten Mängel in der Organisation und Kommunikation, die Patienten und Mitarbeiter betreffen, in den Blick notwendiger Veränderungen.

Zielkonsequenz, Ergebnis- und Prozessorientierung sind die Leitformeln der Veränderungsdynamik, die in die Organisationskulturen einziehen und sich neben, wenn nicht sogar über die fachlichen und ethischen Handlungsmaximen der Psychiatrie stellen und so ein Spannungsfeld in den Institutionen erzeugen, welches eher die Tendenz zur Polarisierung als zur Integration hat. Die nicht zuletzt durch zahlreiche Unternehmensberater, die mit ihren Businessansätzen und Tools in den Kliniken Einzug halten, induzierte Optimierungs-, Machbarkeits- und Erfolgshetorik trifft dann auf Widerstand in der Mitarbeiterschaft, wenn sie wie eine fremde Besatzung erlebt und nicht verknüpft mit einer durch die Psychiatrie bestimmten Organisationskultur verbunden wird (siehe hierzu: Schernus 2000, Weigand 2008).

Das Qualitätsmanagement leidet ohnehin häufig unter einem Glaubwürdigkeitsproblem durch die Gleichzeitigkeit von sachlich begründetem Innovationsbedarf und durch auf den Aspekt der Wirtschaftlichkeit eingeeengte Ökonomisierung. Diese Gleichzeitigkeit kann häufig nicht entwirrt werden. Stellt sich doch die Frage, ob es um ernsthafte Qualitätsverbesserung geht oder letztendlich doch nur um Einsparung ohne Rücksicht auf mögliche Qualitätsverluste? Dies zeigt sich z.B. an der berechtigten Skepsis der Mitarbeiter an den geforderten Bemühungen, die Behandlungsprozesse über Standardisierungen mit dem Ziel zu optimieren, den direkten und effektivsten Weg an das Behandlungsziel festlegen. Dies mag bei bereits hoch standardisierten Behandlungen spezieller somatischer Erkrankungen gut darstellbar sein, wird aber in der Psychiatrie sehr schnell an Grenzen kommen, weil die Verläufe psychischer Erkrankungen und ihre Verbundenheit mit den individuellen Lebenswirklichkeiten immer wieder einen indirekten, nicht frontalen Zugang, das Gehen von Umwegen und Phasen der bloßen Assistenz und des Aushaltens erfordern (Schernus 2000). Die angestrebte Linearität und zeitliche wie personelle Effektivität trägt dem nicht Rechnung und wird zudem als Entwertung einer zentralen psychiatrischen Kompetenz erlebt, wie sie in der psychiatrischen Basisqualifikation oben umschrieben worden ist.

Letztendlich bringt die Polarisierung zwischen Ökonomie einerseits und fachlich/ethisch angemessener Versorgung andererseits eher Blockaden als konstruktive Bewältigung. Es führt kein Weg an der Integration der fachlichen und der ressourcenbezogenen Verantwortlichkeiten vorbei, und zwar auf allen Ebenen. Verantwortlicher Umgang mit Ressourcen erfordert auf der Ebene der einzelnen Mitarbei-

tenden kostenbewusstes Fragen und Handeln: Wie können wir bei einem Klienten mit möglichst niedrigerem Ressourceneinsatz das gesteckte Ziel erreichen?

Perspektiven

Für ein qualitatives und quantitatives Mehr an Leistung werden auch in Zukunft nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen, so dass es weiterhin auch um Kostendämpfung gehen wird. Somit wird es entscheidend darauf ankommen, psychiatrische Versorgungsleistungen und Mittelverwendung möglichst qualifiziert zu steuern. Es beweist sich einmal mehr, dass notwendige Veränderungen – also Fortschritt – als Nebenwirkung des Drucks auf den Preis bzw. die Vergütung in Gang kommen. „Der Wind des Gesundheitsmarktes bläst auch als Rückenwind für Versorgungsfortschritte“, so Peukert (2007).

Die seit der Psychiatriereform benannten und als unbeeinflussbar geltenden Strukturdefizite der psychiatrischen Versorgung geraten nun in Bewegung. So wurden schon lange die Barrieren zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren – ambulant und stationär – als die größten Hemmnisse für eine patientenorientierte Versorgungsqualität gesehen: kartellartige Abschottung, sektorale Gewinnmaximierung, Verteilungskämpfe, mangelnde Kooperation und Koordination sowie eine fehlende Gesamtverantwortung sind die Symptome. Die traditionelle Gliederung des Krankenhauses in Subeinheiten (Stationen, Abteilungen, Tagesklinik, Ambulanz) mit ihren jeweils eigenen, nach außen abgegrenzten Binnenkulturen führt zu einer Fragmentierung der Behandlungsprozesse. Auf diese „strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen“ hatte bereits die Expertenkommission der Bundesregierung 1988 hingewiesen. Zudem zeigt sich in den psychiatrischen Krankenhäusern, dass die konventionellen Strategien der Einsparung und Rationalisierung auch an ihre Grenzen gelangen: Es wird erkannt, dass diese nicht einfach ohne Qualitätseinbußen länger fortzuführen sind und der Druck zu Veränderungen zwingt, die tiefer in die Organisation und das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser, ja über die Krankenhausgrenzen hinaus, in die Strukturen und Abläufe des Versorgungsnetzes eingreifen.

Experten sehen von daher in der sektorenübergreifenden, personenzentrierten Gestaltung der Behandlungsprozesse die größten Chancen, die Qualität und Effizienz der psychiatrischen Behandlung zu verbessern. Für die psychiatrischen Krankenhäuser würde dies die Ablösung von ihrem traditionellen Selbstverständnis und dessen Organisationsform bedeuten: Behandlungen müssten so gestaltet werden, dass sie personenzentriert und flexibel, je nach Bedürfnis und Behandlungserfordernis gestaltet werden. Dieser Paradigmawechsel hin zum patientenorientierten Prozessmanagement stellt die hergebrachten Abläufe und Strukturen radikal in Frage. Für die Beschäftigten würde dies eine eingreifende Veränderung ihrer Arbeitsbedingungen und die Ablösung von bislang gepflegten Gewohnheiten mit sich brin-

gen. Dort, wo derartige Ansätze schon erprobt werden, sehen die beteiligten Mitarbeiter aber auch interessante professionelle Herausforderungen.

Literatur

- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988) (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich.
- Dederich, M. (2005): Zur Ökonomisierung sozialer Qualität. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 4, Seite 2-6.
- Kitzig, F. (2002): Hilfen für Helfer: Fortbildung und Supervision. In: Handwerksbuch Psychiatrie, hg. von Bock/Weigand, 5. Auflage, Bonn.
- Kukla, R. (2007): Das psychiatrische Krankenhaus im Spannungsfeld gemeindepsychiatrischer Ziele und gesundheitsökonomischer Anforderungen. In: Krankenhaus im Wandel – Qualität und Effizienz in der psychiatrischen Behandlung, hg. vom Landschaftsverband Rheinland, Köln.
- Kunze, H. (2007): Personenbezogene Behandlung in psychiatrischen Kliniken und darüber hinaus – Gute Praxis und Ökonomie verbinden. In: Psychiatrische Praxis, Heft 34, Seite 150-153.
- Manzeschke, A. (o.J.): Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalierendem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. In: Universität Bayreuth, Arbeitsstelle für theologische Ethik und Anthropologie (www.ethik.uni-bayreuth.de/diakonie_oekonomie.html)
- Negt, O. (2005): Zeitgeist und die Suche nach neuen Balancen. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 4, Seite 18-22.
- Peukert, R. (2007): Bedarfsgerechtigkeit und Wettbewerb – Psychiatrische Versorgung im Wind des Gesundheitsmarktes. In: Krankenhaus im Wandel – Qualität und Effizienz in der psychiatrischen Behandlung, hg. vom Landschaftsverband Rheinland, Köln.
- Regus, M. (2008): Gemeindepsychiatrie in der Krise: Problemfelder und Bewältigungsstrategien. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3, Seite 35-40.
- Schernus, R. (2000): Die Kunst des Indirekten – Plädoyer gegen den Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft, Neumünster.
- Weigand, W. (2008): Über das unaufgeklärte Verhältnis von Ökonomie und helfenden Professionen. In: Die Dynamik knapper Ressourcen, hg. von Weiss, K., Kassel.
- Wienberg, G. (2006): Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven, unveröffentlichtes Manuskript, Bielefeld.

Anschrift des Autors:

Friedhelm Kitzig, Eichelkamp 149, 40723 Hilden