

Bedarfsgerechtigkeit und Wettbewerb - Psychiatrische Versorgung im Wind des Gesundheitsmarktes

Eigentlich würde es genügen, die „Goldene 13“ von Klaus Laupichler und mir zu präsentieren: 13 Imperative für eine bedürfnis- und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung.

Diese finden Sie nun am Ende des Textes, denn es gilt, das vorgegebene Thema auszuloten:

Weht der Wind auf dem Gesundheitsmarkt der psychiatrischen Versorgung ins Gesicht - oder bringt er als Rückenwind die Versorgung weiter nach vorn?

Der Markt an und für sich.

Ein Markt zeichnet sich dadurch aus, dass auf der einen Seite relativ autonome Kunden, Kundus - der Kundige -, und sich auf der anderen Seite ebenso autonome Anbieter befinden, und zwar mehrere, die untereinander in Konkurrenz stehen.

Auch die Kunden konkurrieren um den Erwerb knapper Güter.

Gäbe es die Güter im Überfluss, müsste man dafür nichts bezahlen.

In Mutter Natur ist der Wind noch umsonst, obwohl man ihn wirtschaftlich verwerten kann.

Diese Konkurrenzsituation auf beiden Seiten entfacht den sozialen Wind des Marktes, und indem die Beteiligten hin- und her geworfen werden, pendelt sich - so die Theorie - der gerechte Preis ein.

Beiläufig bemerkt: sozialer Wind ist nie umsonst und nie kostenfrei.

Die **Moral** des Marktgeschehens beruhe darin, dass in diesem Prozess, bei dem jeder nur seinen ureigenen Interessen folgt, sich hinter dem Rücken der Akteure das Wohl des Gemeinwesens einstellt: der Nutzen für Alle werde gemehrt, u.a. weil die Anbieter bemüht seien, ihre Produkte bei Gefahr des Untergangs bedarfsgerecht und zu den günstigsten Kosten zu produzieren - und indem dies Alle tun, werden die Bedürfnisse der Kunden zunehmend optimaler befriedigt - zu immer günstigeren Preisen (Marx sprach aus Sicht des Kapitals vom tendenziellen Fall der Profitrate).

Fazit Nr. 1:

Auf dem Markt erwächst aus dem Druck auf die Preise der Zwang zum (technischen) Fortschritt.

Gilt dies auch für gesundheitsbezogene Dienstleistungen, insbesondere in der psychiatrischen Versorgung? Wir werden sehen ...

In Deutschland wurde als Dritter Weg, die soziale Marktwirtschaft erfunden: sie soll die Nachteile des freien Marktes durch einen geordneten Wettbewerb eingrenzen, und dies „nur zu dem Zweck, das marktwirtschaftliche System ... zu erhalten“ (Wöhe, Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre).

Nahezu alle wirtschaftspolitischen Auseinandersetzungen drehen sich heute um die Steuerungswirkung der Stellschrauben, die den freien Markt zugleich schützen und begrenzen sollen. Die Stichworte für die Überwucherung durch vermeintliche Stellschrauben lauten: Bürokratisierung, Subventionismus etc.

Zweites Fazit:

Auch andernorts weht nur ein gebremster Wind des freien Marktes - aber die Windbremsen bremsen auch die Ziele des freien Marktes aus, nämlich Steigerung der Produktivität und der Bedürfnisbefriedigung.

Das zeigte auch das letzte Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: je mehr Markt gewagt wird, desto mehr Regulierungen müssen eingeführt werden.

Es gibt weder einen freien Gesundheitsmarkt noch den klassischen Wettbewerb, sondern Versuche von (gezielter?) marktmäßiger Steuerung im „Minenfeld Gesundheitswesen“ (Seehofer).

Soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungen wurden in der Vergangenheit nie marktmäßig organisiert, sondern korporatistisch:

Der Staat und die als Sachwalter im staatlichen Auftrag in seinem Kielwasser tätigen öffentliche Institutionen wie die Krankenkassen oder die Landschaftsverbände auf der einen sowie die die Leistungen bereitstellenden Träger auf der anderen Seite bilden eine korporative Einheit, in der der Eine auf den jeweils Anderen angewiesen ist, und diese Einheit war und ist durch Doppelmitgliedschaften hier und da personell abgesichert, manche sprachen und sprechen von „Sozialmafia“.

Mit der Einführung des Vertragsrechtes in das Sozialrecht sowie mit der Verabschiedung von der Vorrangstellung der freien Träger und vor allem mit der Verabschiedung von kostendeckenden Pflegesätzen ist Schluss mit lustig: die geübten und für beide Seiten bequemen Regeln sind außer Kraft gesetzt, auch wenn ihnen hier und da unter der Hand noch gefolgt wird.

Die Zuweisung von Plätzen und deren sichere mindestens kostendeckende Finanzierung hatte für den Staat und die öffentlichen Institutionen das Problem der Bedarfsdeckung, für die Anbieter der Leistungen ihr Finanzierungsproblem höchst einfach und effektiv gelöst. Für die Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Angehörigen blieb das Problem übrig, den richtigen oder überhaupt irgendeinen Platz zu ergattern.

Drittes Fazit:

Das Ende der bequemen Regeln ist der subjektiv gefühlte Wind des Marktes.

Markt-Verhältnisse, bei denen es zugleich um Gesundheit geht

Ein echter Markt sind die Esoterik-Messen.

Dieser Bereich hat wohl eher nur in einem sehr speziellen Sinne was mit Psychiatrie zu tun.

An zweiter Stelle steht der Markt der pharmazeutischen Produkte: hier gibt es zweifelsfrei einen Markt und ausgefeilte Strategien seitens der Anbieter, Marktvorteile für sich zu gewinnen (Scheininnovationen bei den forschenden Unternehmen, Preiskämpfe bei den Generika-Herstellern).

Andere Marketing-Strategien der Medikamentenanbieter haben dann schon nichts mehr mit den üblichen Marktverhältnissen zu tun, sondern mit den Sonderbedingungen des Gesundheitsmarktes.

Z.B. nehmen sie viel Geld in die Hand, um Ärzte und auch Angehörige dazu zu bringen, für teure Produkte die Stimme in Richtung Politik und Krankenkassen zu erheben und um Angehörige dazu zu bewegen, diese Produkte (z.B. die A-Typika) beim behandelnden Arzt einzuklagen.

Aber sind die Ärzte und die Angehörigen eigentlich die Kunden? Oder sind es die Psychiatrie-Erfahrenen, die schlucken?

Und was sind die Krankenkassen, die ja die Leistung bezahlen - also in dem Sinne „Kunden“ sind, die allerdings selbst Mitglieder - also ihrerseits Kunden - einwerben müssen?

Fazit vier:

Wenn man vom Gesundheitsmarkt spricht, weiß man letztlich fast nie, ob überhaupt und wann wer Kunde oder wer Anbieter ist - das erleichtert die interessengeleitete Rede vom Gesundheitsmarkt enorm.

Die entscheidende Rolle der Marktmacht

Auch auf unechten Märkten spielt die jeweilige Marktmacht der Beteiligten eine gewichtige Rolle.

Die Krankenkassen haben als Kunden nur eine gewisse Marktmacht, sie können z.B. nicht flexibel mit Konsumverzicht (in Richtung auf die Firmen) reagieren. Allerdings können sie im Gemeinsamen Bundesausschuss versuchen, bestimmte Leistungen außen vor zu lassen oder über administrative Regeln auszuhebeln, wie z.B. die Soziotherapie.

Außerdem kann versucht werden, über das Parlament auf den Konsum qua Beeinflussung des Verschreibungsverhaltens Einfluss zu nehmen, z.B. mit der Bonus-Malus-Regelung.

Und wie sieht es mit der Marktmacht der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen aus? Hier scheinen soziale Gradienten am Werke zu sein: je niedriger die soziale Schicht, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, ein neues innovatives Medikament verschrieben zu bekommen, so eine Studie aus Giessen.

Auf welchem anderen Markt wird Kunden aufgrund ihres sozioökonomischen Status der Kauf eines Produktes vorenthalten? Der Status mag Einfluss auf die Kundenfreundlichkeit nehmen, nicht aber auf die Verkaufsbereitschaft - weder bei Tiffanys in New York, noch beim VW-Händler an der Ecke!

Es gibt meines Wissens nur einen weiteren Sektor, wo - wie bei den Psychopharmaka - die Marktbeteiligung der Kunden von Statusmerkmalen abhängt, nämlich der Zugang zu Diskotheken und Bars durch die Einschätzung der Türsteher.

Die Auswirkungen des sog. Wettbewerbes **auf die Bedarfsgerechtigkeit** ist im Medikamentensektor (nur hier?) also eine, die nicht direkt vermeintlichen Marktmechanismen entspringt, sondern über das Verschreibungsverhalten der Ärzte vermittelt ist, denen eine Ressourcenverantwortung abverlangt wird, die sie aus unterschiedlichen Gründen nicht so gern übernehmen wollen.

Fazit fünf:

Auf dem „Gesundheitsmarkt“ sind die Marktverhältnisse und die Mechanismen zur Herstellung von Bedarfsgerechtigkeit viel stufig und vermittelt, und häufig von unechten Marktbeziehungen geprägt.

Das erfordert eine Gestaltung der Kooperationsbeziehungen zwischen den Akteuren abseits von Korporatismus und Markt; dazu später.

Der Wettbewerb im Gesundheitssektor

Auf dem Gesundheitsmarkt erfolgt der Wettbewerb hin und wieder über den Preis. In der Psychiatrie erfolgt das Wettstreifen vorrangig um unterschiedlich institutionalisierte Leistungen, d.h. um die Erteilung des Leistungsauftrages.

- Akutbehandlung soll sie in der Klinik stattfinden - und dann auf einer klassischen Akutstation, oder einer mit Soteria-Elementen? oder als home-treatment eines Ärztenetzes, das sich mit gemeindepsychiatrischen Anbietern verbandelt hat? oder sogar als früheste Psychose-Begleitung im häuslichen Umfeld unter Einbeziehung des Umfeldes mit psychotherapeutischer Schwerpunktsetzung? („Need adapted treatment“).
- Rehabilitation wird sie in wohlortfernen Reha-Zentren mit oder ohne Internat erbracht, oder durch funktionell verbundene und zielbezogen aufeinander abgestimmte Leistungen in unterschiedlichen Einrichtungen einer Region?
- Hilfen zur Teilhabe erfahre ich sie in einem Wohnheim, mit fester oder variabler Betreuungsdichte, oder durch flexible Unterstützung in meinem privaten Wohnumfeld?

Worum dreht sich diese Art des Wettbewerbs?

1. Es ist vor Allem und an erster Stelle ein Wettbewerb um die Köpfe von stakeholdern, von Menschen mit Interesse an der und Einfluss auf die Angelegenheit; es geht um deren Einschätzung, das eigene Angebot sei das angemessenere und bessere.
2. Dabei geht es häufig - aber keineswegs immer - auch um Preiskonkurrenz, aber nur in dem Sinne, dass das bessere Kosten-Nutzen-Verhältnis als Vorteil des eigenen Angebotes herausgestellt wird. Dies wird als dienendes Argument zur Bekräftigung des 1. Argumentes vorgetragen.
3. Erst an dritter Stelle geht es um den konkreten Abnehmer der Leistung, um den konkreten, unmittelbaren Kunden im ursprünglichen Wortsinne: denn das „Füllen“ von Betten bzw. Plätzen scheint nach wie vor das geringste Problem zu sein, egal, wie das Angebot aussieht.

Die Rolle der Kunden im Gesundheitswettbewerb

Spielen wegen 3. die Patienten/Klienten und ihre Angehörigen keine Rolle im Wettbewerb? Ganz im Gegenteil, sie sind dank ihrer Selbstorganisation neben den Vertretern der Politik zu bedeutenden stakeholdern geworden, um deren Köpfe es lohnt wett zu eifern, um die eigene Praxis als die optimale zu positionieren, um einen Generalvorteil im Wettbewerb zu erringen - exemplarisch zu beobachten an dem Werben der Pharmabranche und an der Auseinandersetzung zwischen psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsoption.

Fazit Nr. 6:

Beim Wettkampf um die Köpfe lohnt es, die Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Angehörigen als wesentliche Stakeholder zu berücksichtigen. Dies gilt es durch weitere Fakten zu belegen.

Kundenerwartungen auf dem Gesundheitsmarkt ...

„Bedarfsgerechtigkeit“ schaut aus der Perspektive der Gesamtgesellschaft.

Mit „Bedarfsgerechtigkeit“ sollen fachliche Ansprüche, kulturelle Wertungen und die Ressourcenbereitstellungsbereitschaft der Gesellschaft - unter der Behauptung des Gerechtigkeitskalküls - ihren Ausgleich finden.

Die Adressaten der Hilfen sind aber Individuen, und sie erwarten zunächst keine „Bedarfsgerechtigkeit“, sondern bedürfnisgerechte Hilfen als Behandlung, Rehabilitation und Hilfen zur Teilhabe, die sich an ihren Lebensentwürfen und Bedürfnissen orientieren.

Nun könnte man sagen, für die Abstimmung zwischen individuellen Bedürfnissen und individuellem Bedarf haben wir doch nutzersensitive Assessmentverfahren, nämlich Hilfeplanungsinstrumente, die explizit von den individuellen Bedürfnissen ausgehend den fachlichen Bedarf mit den Klienten verhandeln.

Allerdings erschöpfen sich die Bedürfnisse der Kunden auf dem Gesundheitsmarkt nicht in den angemessenen Hilfen; sie betreffen auch die Art und Weise, wie sich Anbieter und Kunde auf dem Markt bzw. im Prozess der Konsumtion der Dienstleistung begegnen.

Dies sind die eher „weichen Faktoren“, die in das Verhältnis von Bedarfsgerechtigkeit und Wettbewerb einwirken:

- Die Achtung von Patient und Angehörigem,
- die Wertschätzung trotz aggressiven Verhaltens und schlechter Sozialprognose,
- die Bekundung und das Entgegenbringen von Vertrauen, trotz in der Vergangenheit problematischer Aktionen des Patienten oder der Angehörigen,
- die Bereitschaft zu einem gewissen Risiko,
- die Bereitschaft, trotz Arbeitsbelastung sich mit Angehörigen Zeit zu nehmen,
- u.s.w.
-

Diese Aspekte sind für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige von zentraler Wertigkeit - denn dass sie fachlich gut behandelt werden, davon gehen sie in der Regel ohnehin aus bzw. sie wissen oder ahnen, dass sie dies kaum beurteilen können.

... und Strategien, die Erwartungen beantworten zu können

Eine wesentliche Voraussetzung, damit diese weichen Faktoren wirksam werden können, ist das Bewusstsein, für einzelne Menschen - und nicht für die Einrichtung da zu sein.

Dazu gehört die unbedingte Zuverlässigkeit von Hilfen und Absprachen durch die Benennung einer Person, die dem Patienten/Klienten und seinen Angehörigen gegenüber unmittelbar verantwortlich ist, unabhängig davon, in welcher Einrichtung gerade welche Hilfe geleistet wird (koordinierende Bezugsperson).

Die Bedeutung dieser persönlichen Verantwortung und Zuverlässigkeit hat ein Beitrag in der sozialen Psychiatrie 2/2005 unterstrichen, in der sich eine Klientin aus Köln (Agri Maenner) für Wohnheime und gegen das Persönliche Budget ausspricht, da man sich die Zuverlässigkeit von Bezugspersonen nicht kaufen könne, und für sie allein die Heimstruktur diese Zuverlässigkeit bieten würde.

Personenbezogene Verantwortung und Zuverlässigkeit sollte überall gegeben sein!

Dies wird u.a. durch eine innerinstitutionelle Prozesssteuerung gestärkt, bei der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter primär für Einzelpersonen bzw. eine Gruppe von Einzelpersonen verantwortlich sind.

Die Verantwortung der Institution als Ganzer und ihrer regionalen Kooperationspartner sowie Mitbewerber umfasst demgegenüber alle potentiellen Patienten bzw. Klienten der Region, und nicht nur die gerade behandelten bzw. betreuten.

(Stichwort: GPV und BAG GPV)

Dies impliziert zwingend, dass die institutionelle und die persönliche Verantwortung für den einzelnen Patienten bzw. Klienten weder mit der sicheren Finanzierungszusage seitens der Leistungsträger beginnt, noch mit der Beendigung der Hilfe in der Einrichtung endet - sondern erst dann, wenn tatsächlich kein Hilfebedarf mehr besteht oder die noch erforderliche Hilfe verbindlich eingeleitet wurde. Dies gilt für alle beteiligten Dienste und Einrichtungen, incl. Kliniken, Heimen, Betreutem Wohnen etc.

Die regionale Gesamtverantwortung für alle potentiellen Klienten und Patienten kann grundsätzlich und generell nur von allen Anbietern einer Region übernommen werden (GPV) - aber im konkret auftretenden Fall eines unerwarteten Bedarfs muss ein Anbieter diese Verantwortung konkret, unmittelbar, schnell und fachkompetent einlösen.

Dazu benötigt er einen Puffer, ein Kontingent frei einsetzbarer Arbeitsbereitschaft, also ein geplant unverplantes Zeitkontingent.

Wird das den Trägern über die Hilfeplankonferenz zugemessen, oder nicht?

Fazit Nr. 7:

Individuelle personenbezogene und regionale Gesamtverantwortung müssen sich ergänzen.

Nur so kann es Bedarfsgerechtigkeit geben, das Eine ohne das Andere geht nicht.

- und eigener Nutzen aus der Beantwortung der Kundenerwartungen

Zurück zu den „weichen Faktoren“ und dem, was das mit Wettbewerb und der Rolle der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen zu tun hat.

Dienste und Einrichtungen, denen es gelingt, neben anderen erforderlichen Ansprüchen (u.a. an ökonomische, effiziente Leistungserstellung) auch diesen weichen Qualitätsmerkmalen zu genügen, diese zu leben und zu kommunizieren, werden von der Kundenseite der Nutzer vielleicht bevorzugt aufgesucht; mit Sicherheit dürfen sie sich auf eine weit über das Erwartbare hinausgehenden Unterstützung verlassen.

Wo solche Zuverlässigkeit, Vertrauen, Akzeptanz, Wertschätzung, Risikobereitschaft usw. erfahren wurde wird sie mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln durch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige verteidigt; sie werden für den Erhalt dieser Institution auf die Strasse und in die Ministerien gehen - denn ihnen ist dieser nicht-ökonomisierbare Teil von Hilfe enorm wichtig.

Die lange Geschichte des Bamberger Hofes in Frankfurt ist ein solches prominentes Beispiel, und die zurückhaltende Patientenbeteiligung an den Ärzteprotesten, trotz Sympathie für die Forderungen, ist eventuell ein anderes Beispiel: für bessere Preise, so die Botschaft, mögen die Betreffenden bitte selbst kämpfen.

Fazit Nr. 8:

Es lohnt sich, auf die Bedürfnisse der Kunden zu hören, und zwar nicht nur aus therapeutischen, sondern auch aus „wettbewerbpolitischen“ Erwägungen.

Die weichen Qualitätsmerkmale kann man nur erfahren oder von vertrauenswürdigen Erfahrenen berichtet bekommen.

Andere, die Wertschätzung stabilisierende Qualitätsmerkmale sind z.B:

- eine niedrige Fixierungsrate,
- Angehörigenvisiten,
- konsequente Regelungen von Bezugspflege und -Behandlung bei Wiederaufnahme,
- präventive Hausbesuche seitens der Klinik-Mitarbeiter (ggf. als PIA-Mitarbeiter),
- Annäherungen an (ambulantes) Need Adapted Treatment: Therapie-Versammlung mit Einbeziehung des gesamten sozialen Umfeldes, Integration von Psychotherapie etc.,
- Krisenbetten und ein in die Versorgung integriertes Kriseninterventionsteam,
- Behandlungsvereinbarungen,
- Beschwerdemanagement,
- Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen in Qualitätsentwicklungsprozesse statt bequemer Nutzerbefragungen.

Zwischenbemerkung zu Qualitätsentwicklungsprozessen

Aktuelle Qualitätsentwicklungs- und -sicherungsprojekte sind häufig noch viel zu sehr auf die vermeintlichen Erfordernisse der einzelnen Leistungsträger ausgerichtet.

Eine konsequente Nutzerorientierung und Nutzer-Partizipation in diesen Prozessen käme voraussichtlich zu anderen Methoden, anderen Indikatoren und zu anderen Organisationsformen.

So würde die Qualität der einzelnen Einrichtung nicht irrelevant, sie würde aber an Bedeutung verlieren gegenüber der Qualität, die das Versorgungssystem als Ganzes zu bieten hätte und gegenüber der Effektivität und Effizienz, die personenbezogenen Dienstleistungen über die gesamte Behandlungs- und Betreuungskette hinweg zeigen würden.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund würde sich als Qualitätsverbund wieder entdecken.

Generell würden Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene - Wahlmöglichkeiten vorausgesetzt -

- frühe und weiche - statt späte und harte Interventionen,
- aufeinander abgestimmte, integrierte - statt additiv oder seriell verknüpfte Hilfen,
- in der Region abgestimmte - statt Konkurrenz behaftete und/oder fraktionierte

Angebote wählen.

Deshalb ist u.a. das Schicksal der Soziotherapie und die nur gemächliche Realisierung integrierter Versorgung so bedauerlich - sowie die Gründung der BAG GPV so erfreulich!

Fazit Nr. 9:

Ein wesentlicher Teil des Wettbewerbs im Gesundheitswesen würde über die Qualität der Leistungen erfolgen, wenn die Marktmacht der Kunden ausreichend gestärkt würde.

Es gibt sie doch, die „reinen“ Marktmechanismen auf dem Gesundheitsmarkt!

Diese „reinen“ Marktmechanismen sind der Globalisierung auch von Gesundheitsleistungen geschuldet.

Der Effekt der Globalisierung führt dazu, dass nahezu weltweit

- das Kapital zur höchsten Rendite,

- die Ware zum besseren Preis
 - und die Arbeit zum höheren Lohn
- strebt.

Dass in den Klinikkonzernen auch ausländisches Kapital steckt, dürfen wir getrost annehmen. Dass die Ware zum besseren Preis streben können wir am Im- und Export von Gesundheitsdienstleistungen beobachten. Da bei Dienstleistungen die Ware nicht unabhängig von den sie konsumierenden Kunden existiert und bewegt werden kann (Produktion und Konsumtion ist ein und der gleiche Prozess), bewegt sich nicht Ware, sondern der Kunde über die Grenzen.

Dazu zählt die Zahnbehandlung bei unseren östlichen Nachbarn als Dienstleistungsimport (von deutschen Kunden werden ausländische Dienstleistungen genutzt, daher ist das Import) und ein wachsender Markt von Dienstleistungsexport: Nachfrage nach inländischen Gesundheitsdienstleistungen durch Kunden aus dem Ausland, nicht nur aus dem arabischen Raum. Der Direktor des größten Krankenhauses im Sudan (Dr. Yousif Elamin Abdelgabir Eleawa in Karthum) verfügt z.B. über ein Budget von ca. 20 Millionen Dollar für Auslandsbehandlungen. Inzwischen gibt es einen „World Health Tourism Congress“, und seit einiger Zeit den Beruf des „Spezialisten für internationale Patientenvermittlung“, sie arbeiten in so genannten „Medizinagenturen“.

Hätten wir mehr Zeit, könnten wir darüber spekulieren, ob solche Im- und Exporte auch für den Markt psychiatrischer Versorgungsleistungen denkbar wären. Warum sollten die Krankenkassen der Forderung nach langfristiger Behandlung bzw. Unterbringung von Patienten nicht kostenbewusst im nahe gelegenen östlichen Ausland entsprechen?

Zum dritten Globalisierungseffekt: „Die Arbeit strebt zum höheren Lohn“. Bekanntlich kommt das englische, staatliche Gesundheitssystem bei vielen Berufsgruppen nicht gut weg, und zu den wohlfeilen Beschimpfungen der Gesundheitsministerin gehörte bis vor kurzem auch, sei strebe eine Verstaatlichung unseres Systems an, und von England wisse man ja, dass die Patientenversorgung verheerend sei. Parallel dazu hörte ich von einigen auch sozialpolitisch aktiven Medizern, dass sie an ihren freien Tagen in England arbeiten würden, da dort ein stattliches staatliches Honorar gezahlt würde.

Vielleicht ist das etwas zu negativ formuliert - aber vielleicht kann man doch ein Marktprinzip erkennen:

Wenn nur der Preis stimmt, kümmert mich die Versorgungsstruktur nicht länger.

Das Prinzip lässt sich auch umkehren, und dann gefällt es mir sehr gut und ich erkläre es schon mal zum

Fazit Nr. 10:

Wenn der Preis nicht mehr stimmt, interessiere ich mich für die Versorgungsstruktur!

Wie man hört, sollen sich vermehrt Kliniken wegen des ökonomischen Drucks aufgrund der Verkürzung der Liegezeiten vermehrt für die fachlich sinnvolle Einführung von Home-Treatment interessieren sowie für die Schaffung von Gesundheitszentren, so auch der ver.di Vorschlag zur Abwendung der Privatisierung der Krankenhäuser in Niedersachsen. Diese Strategie hat ver.di bei den privat-gewerblichen Klinikträgern abgesehen, die dies längst realisieren.

Vielleicht ist ja wirklich was dran am Theorem der ökonomischen Theorie, wonach aus Druck auf den Preis bzw. die Vergütungen Fortschritt erwachsen könne.

Fazit 11:

Der Wind des Gesundheitsmarktes bläst auch als Rückenwind für Versorgungsfortschritte.

Steuerung und Fehlsteuerung über die Preisbildung

Bei der Vergütung haben wir es mit der Dimension des **Preises** für die Leistung zu tun, und bekanntlich ist der erzielbare Preis ein kräftiger Motor des Wettbewerbes, mit beabsichtigten sowie unbeabsichtigten Steuerungswirkungen.

Bei den Vergütungen von Dienstleistungen geht es aber nie (wie z.B. bei einem Auto) um den Preis an sich, sondern um die Einheit, auf der ein bestimmter Preis gebildet wird.

Zahle ich für eine bestimmte Anzahl gefahrener Kilometer - oder dafür, dass ich unversehrt nach Köln komme?

Erhalte ich als Träger eine bestimmte Vergütung für mein fachliches Bemühen, für mein (bloßes) Tätig-Sein - oder für die Annäherung an ein vereinbartes Ziel?

Welche verrückten Verhältnisse sich einstellen können, wenn man allein über die Finanzierung des Zeitverbrauches zu steuern versucht, konnte ich bei Ihnen in NRW studieren.

Als in Hessen die Diskussion um die Fachleistungsstunde begann, habe ich mich bei vielen Trägern, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen in NRW umgehört um zu erahnen, was auf uns Hessen da zukommen könnte, denn Sie hatten hier in NRW die Fachleistungsstunde bereits eingeführt. Sicher interessiert Sie das Ergebnis der unsystematischen Erhebung? Wo früher die Klienten zur Selbständigkeit angehalten wurden, zum Beispiel in der Wohnraumreinigung, putzten nach der Einführung der Fachleistungsstunde die Klienten und die Betreuer in der gebotenen Gründlichkeit einträglich gemeinsam die Wohnungen - um so auf die von den Klienten gegengezeichneten Betreuungsminuten und Stunden zu kommen. Statt mit einer Person finden Einzelgespräche mit drei Personen gleichzeitig statt: so wird die Produktivität verdreifacht, um den niedrigen Erlös auszugleichen. Der Anteil anders qualifizierter und preiswerterer MitarbeiterInnen wird erhöht.

Vieles spricht dafür, auch den Erfolg der Tat, den Effekt in die Preisbildung mit aufzunehmen.

Was hätte ich davon gehabt, wenn ich für ein bestimmtes Zeitkontingent im Zug bezahlt hätte, und ich nach den vereinbarten 1,5 Stunden in Koblenz angekommen wären, da der Zug heute langsamer fuhr?

Sie hätten was davon gehabt: Ihnen wäre mein Vortrag erspart geblieben.

Zurück nach NRW. Wir sehen am Beispiel der Fachleistungsstunde: der LVR steht nicht nur als Klinikträger in der Gefahr, Opfer der kalten Winde der Ökonomie zu werden, - er ist als Leistungsträger auch Täter, er ist auch Verursacher von Stürmen mit voraussichtlich gewissen Flurschäden.

Fazit Nr. 12:

Das Opfer (LVR) ist manchmal auch Täter.

In seiner Täter-Rolle versucht der LVR seiner Aufgabe gerecht zu werden, das zentrale Problem zu lösen - wie nämlich mit grundsätzlich begrenzten Mitteln grundsätzlich unbegrenzte Gesundheits- und/oder Rehabilitations- und/oder Partizipations-Bedürfnisse befriedigt werden können.

In dieser Rolle muss er sich mit dem Vorwurf der „Ökonomisierung und der Verbetriebswirtschaftlichung des Sozialen“, und damit auch der Gesundheitsleistungen - herumschlagen, womit u.a. gemeint sein soll: „Heute zählt nur noch das Geld“.

Gleichzeitig hat der LVR damit- voraussichtlich ungewollt - eine folgenreiche Dynamik ausgelöst:

er hat einen Verdrängungswettbewerb über den Preis provoziert; wer keine die Produktivität steigernde Strategien findet, verschwindet über kurz oder lang vom Markt.

Aber vergessen wir nicht: der Preis wurde mit der Liga verhandelt und vereinbart - mit dem Effekt, dass die Mitgliedsorganisationen nun auch stink sauer auf die Liga sind, da sie nicht mehr kostengerecht wirtschaften können und zu qualitätseinschränkenden Methoden greifen müssen.

Zu alle dem entsteht auch noch innerhalb der Trägerorganisationen Trouble: in den einzelnen Teams, die den Druck und den Qualitätsverlust in ihrer täglichen Arbeit spüren, entsteht auf einmal ein reges Interesse an den Overhead-Kosten incl. der Geschäftsführer Gehälter.

Fazit Nr. 13:

Steuerungsversuche der Leistungsträger über knappe Preise (wie z.B. einer Fachleistungsstunde im BeWo für seelisch Behinderte zu weniger als € 55,-) sind ein Schritt auf dem langen Weg der Erosion des Korporatismus.

Aber was käme danach?

Betriebsbezogene Einzelverhandlungen oder sogar einzelleistungsbezogene Vergütungen? Das würde den Bestand an Verwaltungsstellen zumindest sichern und wäre ein weiteres Beispiel für das Anwachsen von Regulation und Bürokratie, um Markt zu ermöglichen.

Widerspruch zwischen Ökonomie und guter sozialer Leistung oder: Ressourcenverantwortung auf allen Ebenen

Der Vorwurf „Ökonomisierung bzw. Verbetriebswirtschaftlichung des Sozialen“ muss noch kommentiert werden.

Woran mag es liegen, dass Menschen einen Widerspruch zu sehen meinen zwischen der sog. „Ökonomisierung und Verbetriebswirtschaftlichung - alles dreht sich nur noch ums Geld“ auf der einen, und „Gute Leistungserbringung - Wir müssen den Bedarf/die Bedürfnisse der Patienten bzw. Klienten optimal erfüllen“ auf der anderen Seite?

Ich erinnere nur an die zum Teil peinlichen Diskussionen in den und um die Soltauer Thesen.

Ich meine: die Konstruktion dieses Widerspruchs hat System.

Sie ermöglicht ein wechselseitig polarisiertes Verhalten, bei dem die eine Seite ausschließlich fiskalisch argumentieren kann, und die andere Seite dann jeweils die fachliche, klientenorientierte Position einnimmt. Und das Schöne dabei: das Spiel ist eingespielt, man kann die Positionen wechseln - und der Spielpartner pariert galant mit Seitenwechsel.

Was könnte eine Lösung sein?

Aus meiner Sicht führt letztlich kein Weg an einer gemeinsamen sowohl fachlichen, als auch Ressourcenverantwortung vorbei, und zwar auf allen Ebenen -- wenn man das bisherige Spiel tatsächlich beenden möchte (die Bonus-Malus-Regelung für Medikamente ist ein solcher Versuch, allerdings reichlich halbherzig).

Fazit Nr. 14:

Zusammenführen von Ressourcen- und Fachverantwortung auf allen Ebenen.

Auf der Ebene der einzelnen Mitarbeiterin, des einzelnen Mitarbeiters heißt Ressourcenverantwortung Kostenbewusstsein: z.B. bei einem Klienten mit möglichst niedrigerem Zeiteinsatz das gesteckte Ziel erreichen.

Interviews mit zwei Pflegedienstleitungen im Vorfeld dieser Tagung erweckt bei mir den Eindruck, dass dieses Kostenbewusstsein privat-gewerblichen Klinikträgern besser zu gelingen scheint als kommunalen mit gleicher Zielsetzung.

Auf der Ebene der Versorgungsregion bedeutet Ressourcenverantwortung die gemeinsame Bewirtschaftung der verfügbaren Mittel durch die Leistungsträger und Leistungserbringer.

Für die Eingliederungshilfe sind mit der Hilfeplanung für jeden einzelnen Patienten/Klienten und den Hilfeplankonferenzen entwicklungsfähige Instrumente gefunden worden.

Gelänge es, den Hilfeplankonferenzen die volle Ressourcenverantwortung und -Steuerung zuzuweisen und von der Steuerung über die Genehmigung von Plätzen Abstand zu nehmen, wären wir schon recht weit.

Steuerung über Fachleistungsstunden und über Plätze ist völlig unsinnig.

In einer Hilfeplankonferenz wurde ein hirnorganisch geschädigter Klient vorgestellt; der aktuelle Hilfebedarf war unabweisbar - aber bei dem fachlich ausgewiesenen Anbieter gab es keinen freien Platz mehr; der Klient wurde einem anderen Träger mit einem freien Platz und ohne Erfahrung mit diesem Personenkreis zugewiesen.

Ohne Ressourcenverantwortung - Fehlsteuerung der Hilfen

Das fachliche und Ressourcenverantwortung zusammen gehören zeigen auch einige Ergebnisse aus Studien, die wir z.Zt. in Hessen durchführen. Sie legen nahe, dass eingeleitete und bewilligte Hilfen dazu tendieren, in jedem Falle voll ausgeschöpft und auf Dauer gestellt zu werden.

In der einen Studie wurde einer Region für den Aufbau von Angeboten ein üppiges Budget zugeteilt, und dieses Budget wurde voll verausgabt - indem einige Klienten einen nicht mehr nachvollziehbaren Umfang an Hilfen erhielten.

In einer anderen Studie befragte wir Klienten, die sich eigenmächtig vom Betreuten Wohnen abgemeldet haben, als der LWV ziemlich abrupt die Heranziehung von Einkommen und Vermögen eingeführt hatte. Ca. 20% aller Nutzer des Betreuten Wohnens für seelisch Behinderte in Hessen meldeten sich deshalb ab, und nur einige wenige kehrten später als Selbstzahler zurück.

Für die weitaus größte Anzahl der ehemaligen Klienten wird sich ihre Entscheidung negativ auswirken, das ist schon heute deutlich zu erkennen.

Aber es gibt auch eine erwähnenswert große Gruppe, denen es heute ohne BeWo besser geht. Bei diesen Menschen hat die aus ihrer Sicht hilfesystemwidrige Intervention

„Heranziehungsdrohung“ zum Verzicht auf eine Leistung geführt, die aus Sicht der Betreuenden nach wie vor erforderlich war.

Die ehemaligen Klienten selbst erleben als Effekt ihres Konsumverzichts jedoch einen wertvollen Zuwachs an Selbstbestimmung und Selbständigkeit, den sie nicht mehr aufgeben wollen. Sie sind nach einem halben Jahr froh über ihre Entscheidung, selbst bei vorübergehend krisenhafter Entwicklung.

Das spricht dafür, sich neben den Bemühungen um ein vertrauensgestütztes Zusammenarbeiten in den HPKs oder anderen, die Ressourcen gemeinsam fachlich verwaltenden Gremien um Verfahren zu bemühen, die Sinnhaftigkeit des jeweiligen Ressourceneinsatzes in gewissen Zeitabständen zu überprüfen - und dies nicht allein an die Einschätzung derer zu binden, die in die jeweilige Betreuungsbeziehung involviert sind.

Auch das sei als **Fazit** formuliert, als **Nr. 14** und letztes:

Von der negierten Institution zum negierten Lenin -

Statt: *Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser:*

Vertrauen ist besser - aber Kontrolle ist auch gut.

Bedarfsgerechtigkeit und Wettbewerb - Wer gewinnt, wer verliert? Abschließende Überlegungen

Bei den Leistungserbringern werden die Träger im Wettbewerb besser bestehen, denen es gelingt, neben den Erwartungen an Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sozialer und/oder gesundheitsbezogener Dienstleistungen sowie den wachsenden Erwartungen an eine spezifische Qualität der Hilfeerbringung („weiche Faktoren“) auch den nicht zu übersehenden Erwartungen an Selbstbestimmung in der Hilfestellung zu genügen (nicht nur den Erwartungen an die Ergebnisse, die durch die Hilfen erreicht werden).

Wer in Not ein beschütztes Quartier sucht, braucht nicht zwingend einen Heimplatz. Vielmehr lässt sich genau der gleiche Wohnraum ganz normal vermieten, Haushilfe, Pflege und Verpflegung wie auch andere Versorgungsleistungen können nach Wunsch und Notwendigkeit hinzukommen und dies alles kann mit fast beliebigen Betreuungsleistungen kombiniert werden, solange das gebraucht wird - so lange, aber auch nicht länger!

Dazu müssen der Träger und seine Mitarbeiterschaft nicht nur sehr flexibel sein und die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen einbeziehen; der Träger müsste auch seine Kosten für diese Einzelleistungen kennen, sonst kann er seinen Preis nicht berechnen. Und der Träger müsste über ein geeignetes Verfahren zum fachlichen Controlling der Betreuungsverhältnisse zum Zwecke einer gezielten Leistungssteuerung verfügen - sonst wird eine externe Kontrolle unabweisbar!

Sehr wahrscheinlich ist so mancher Träger dazu heute noch nicht in der Lage.

Träger, die sich so auf die aktuellen Bedingungen eingestellt haben oder einstellen, werden voraussichtlich dem Wind des Marktes widerstehen können und deutlich geringere Probleme mit dem Wettbewerb haben, der hoffentlich mehr und mehr von den Qualitätserfordernissen der Nutzer geprägt sein wird.

So viel zum Wettbewerb, nun zur Bedarfsgerechtigkeit.

Bedarfsgerechtigkeit erweist sich daran, ob auch die Schwierigen und Hilfeuneinsichtigen von der Versorgung profitieren können.

Die Leistungsträger und die anderen an der Versorgung Beteiligten haben das zum Teil in der Hand, denn gegen regionale Risiko-Selektion und für einen Erfolg auch bei den Schwierigsten hilft die Bereitschaft zur Unterstützung auch sog. alternativer bzw. innovativer Angebote

- wie das Weglaufhaus in Berlin,
- die Offene Herberge in Stuttgart
- die verschiedenen Soteria-Projekte
- sowie die multiprofessionell ausgestatteten aufsuchenden Dienste wie z.B. das Home-Treatment der Krisenpension in Tempelhof-Schöneberg oder des Bamberger Hofes in Frankfurt.

Durch solche Angebote können nachgewiesenermaßen die „hilfe-uneinsichtigen“ Klienten/Patienten am ehesten gehalten werden.

Ob der künftige Wettbewerb um die Versorgung der günstigen Risiken geführt wird, oder ob er gerade denen Wettbewerbsvorteile beschert, die sich dem Vorrang der schwierigen und weniger hilfeeinsichtigen Menschen verschrieben haben, auch das liegt weitgehend in Politik- und Leistungsträgers Hand.

Wem wird ein Vorrang in der Versorgung eingeräumt,

- denen, die den niedrigsten Preis für eine Leistung verlangen,
- denen, die zu ihrem Preis zu leisten bereit sind - mehr oder weniger unabhängig von den Ergebnissen der Leistungserbringung,
- denjenigen, mit denen sie lange Erfahrungen teilen, wählen sie also die korporatistische Variante, die aus meiner Sicht am erodieren ist?

Das wären die weniger hilfreichen Varianten.

- Oder bevorzugen sie diejenigen, die eine regionale Prozessstruktur entwickeln, die neben der vorrangigen Berücksichtigung der Erfordernissen der Klienten und ihrer Angehörigen mit allen Beteiligten gemeinsam akzeptierte Zielvorstellungen suchen und die als Folge davon weitgehende Verpflichtungen übernehmen sowie das Einhalten der Verpflichtungen überprüfen bzw. überprüfen lassen - und die sich damit vom klassischen Selbstverständnis der so genannten „Freien Träger“ verabschieden?
- Oder ergänzen Sie dies gar um eine marktkonforme Lösung, indem sie für die Übernahme von vereinbarten Verpflichtungen und deren Kontrolle Preiszuschläge vorsehen, sich also vom Einheitspreis verabschieden und regionale sowie einrichtungsbezogene Qualität in die Vergütung einpreisen?

Die letzte Variante ist die, die auf dem Markt einen Rückenwind für die Fortführung der Psychiatriereform erzeugen würde - und es wäre mir als Angehörigem reichlich egal, ob privat-gewerbliche, frei- gemeinnützige, oder kommunale Träger erfolgreicher am Wind segeln, denn die Kluft zwischen Qualitätssteigerung und wirtschaftlichem Erfolg käme Zug um Zug zum verschwinden.

Eine alte Volksweisheit lautet:

**„Wer beim Wettbewerb nur den Preis im Blick hat,
übersieht das Brett vor seinem Kopf.“**

Die „Goldene 13“

Für eine andere Tagung haben Herr Klaus Laupichler als Psychiatrie-Erfahrener und ich als Angehöriger verfügbare Texte zu einer optimalen Versorgungspraxis gesichtet (das Positionspapier der Sozialpsychiatrischen Verbände und das nach wie vor nicht veröffentlichte Konsensuspapier der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der

psychiatrischen Versorgung beim BMG). Die darin enthaltenen Anregungen haben wir um uns wichtige Aspekte verweidert.
Herausgekommen ist „Die Goldene 13“, das sind 13 Imperative, deren Befolgung aus unserer Sicht Bedarfsgerechtigkeit prozessieren könnte.

Die Bezeichnung „Goldene 13“ ist einem inzwischen abgeschafften roulettartigen Glücksspiel der Wiesbadener Spielbank entlehnt, bei dem statt auf 27 nur auf 13 Feldern plus Zero gespielt wurde, um die Verarmung der eigenen Bürger (und deren Anheim fallen an die öffentliche Fürsorge) zu vermeiden.

Siehe die Power-Point-Präsentation