

Vorwort

40 Jahre Psychiatrie-Enquete – ein Blick zurück und voraus

Die „*Psychiatrie-Enquête*“ hat mit dem „*Bericht zur Situation der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland*“ in der Psychiatrie-Landschaft des ausgehenden 20. Jahrhunderts viel bewegt und hat nachhaltig zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von psychisch Erkrankten beigetragen.

40 Jahre nach dem Beschluss des Deutschen Bundestags im Jahr 1975 wird in diesem Band der historischen Situation der damaligen Zeit nachgespürt. Es wird den Versorgungsbedarfen und -erfordernissen dieser Zeit nachgegangen und die Erwartungen und Visionen rekapituliert, die mit dem Reformbeschluss seinerzeit verbunden waren.

Ausgangspunkt für das Resümee dieses Bands ist eine Tagung, die im Rahmen der Dortmund-Hemeraner-Tage Anfang Juni 2015 in der LWL-Klinik Hemer stattfand. Die Auswahl des Themas erfolgte auf Anregung von Prof. Dr. Ulrich Trenckmann, dem die Festschrift gewidmet ist. In 14 Vorträgen wurden die vielfältigen Facetten dieses psychiatriepolitisch wegweisenden Beschlusses ausgeleuchtet. Ausgewählte Beiträge dieser Fachtagung liegen in dem Buchband vor.

Die Psychiatrie-Enquete deckte schwerwiegende Mängel der Versorgung von psychisch kranken und entwicklungsverzögerten Menschen auf. Die mit der Erstellung der Psychiatrie-Enquête betraute Expertenkommission nahm das zum Anlass, Leitlinien zur Reform der Psychiatrie zu erarbeiten. Nahezu alle Bereiche des psychiatrischen Wirkens und Handelns erfuhren durch die Psychiatrie-Enquête eine starke Veränderung. Beispielfhaft ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass sich Ansätze zu einer – damals noch nicht selbstverständlichen – gemeindenahen Versorgung entwickelten. Eine grundsätzliche Haltung gab dabei den Handlungsrahmen vor, in dem sich die modernen Angebote psychiatrischer Versorgung bewegen sollten: „*So viel stationäre Behandlung wie nötig, so viel ambulante wie möglich!*“

In vielerlei Hinsicht entwickelte sich die geforderte Gleichstellung der Behandlung von psychisch erkrankten zu körperlich beeinträchtigten

Menschen. Diagnosespezifische Angebote trugen zur optimierten Qualität der Behandlung bei. Seitdem wurden viele Verbesserung erzielt – gleichwohl: Herausforderungen bleiben und bis heute müssen auf eine Reihe von Fragen bessere Antworten gefunden werden.

Positiv zu vermerken ist der flächendeckende Ausbau von ambulanten Nachsorgestrukturen. Erfreulich ist auch die deutlich geringere Anzahl an Suiziden in psychiatrischen Krankenhäusern. Gerade die forensische Psychiatrie – früher ein fachlicher Randbereich – hat sich seit der Enquête stark weiterentwickelt und bei bestimmten Themen sogar eine Vorreiterrolle eingenommen.

Wie immer in der Geschichte der Psychiatrie ist das Fachgebiet von unterschiedlichen gesellschaftlichen Forderungen und Erwartungen beeinflusst. Manche optimistische Erwartungen der Sozialpsychiatrie erwiesen sich als nicht oder zumindest als schwer erfüllbar und führen zu Korrekturbedarfen bei ideologisch geprägten oder übermäßig positiven Erwartungen. Ein Grund für therapeutischen Pessimismus ist das nicht. Die Auswirkungen des wegweisenden Beschlusses von 1975 sind Anlass genug, sowohl allgemein als auch speziell, in psychiatrischer wie forensisch-psychiatrischer Hinsicht einen Blick zurück auf die Entwicklung der vergangenen 40 Jahre zu werfen und einen Blick voraus in die Zukunft zu wagen.

Unterschiedliche Aspekte der sozialpolitischen, kulturellen sowie strukturellen Dimension der Psychiatrie-Enquête werden im konkreten Bezug auf aktuelle psychiatrische Fragestellungen in diesem Buch dargestellt.

Prof. Dr. Hans-Jörg Assion

Ute Franz

Dr. Patrick Debbelt

Zum Leben und Wirken von Prof. Trenckmann – eine Laudatio

Patrick Debbelt

40 Jahre Psychiatrie-Enquete – Festschrift zur Verabschiedung von Herrn Prof. Dr. Trenckmann

Wie passt das zusammen?

Als vor nun über 40 Jahren der Bericht der Sachverständigenkommission der damaligen BRD zur Lage der psychiatrischen Versorgung der damaligen DDR vorlag und massive Defizite in der Versorgung psychiatrischer Patienten aufführte, da studierte Herr Trenckmann Humanmedizin in Leipzig.

Die Psychiatrie-Enquete führte zu einer massiven Veränderung im psychiatrischen Behandlungsangebot, die Pflicht- und Vollversorgungsgebiete wurden verkleinert, Abteilungs-Psychiatrien gegründet. Erstmals wurde der Grundsatz „So viel

stationäre Behandlung wie nötig, so viel ambulante Behandlung wie möglich“ festgelegt. Diagnosespezifische Behandlungsmethoden wie z. B. Spezialstationen für Depressions- oder Schizophrenie-Erkrankte hielten Einzug, die Psychotherapie innerhalb der Psychiatrie wurde stark ausgebaut und verstärkt. Die Behandlungsqualität und die Ausstattung auch dank der Psych-Personalverordnung besserten sich deutlich. Auch in der damaligen DDR wurde mit den sogenannten „Rodewischer Thesen“ eine sozialpsychiatrische Reform im Osten Deutschlands gefordert.

All diese Veränderungen lassen sich auch an der Person von Herrn Prof. Dr. Ulrich Trenckmann nachvollziehen. Geboren 1951 in Magdeburg



Prof. Dr. med. Ulrich Trenckmann

wuchs er in Leipzig auf, wo er auch 1969 das Abitur machte. Wie damals in der DDR üblich, musste er nach dem Abitur zunächst eine Ausbildung als Tierpfleger im Zoo Leipzig beginnen. Eine Erfahrung, die bei ihm später bei der Leitung einer Klinik sicher geholfen hat. Es ist auch eine Kunst, die verschiedenen Charaktere der Mitarbeiter so zu beeinflussen, dass anstehende Veränderungen auch umgesetzt werden.

Von seinem Vater, der als Ordinarius für Innere Medizin an der Universität arbeitete, lernte er die Liebe zur Medizin kennen; von seiner Mutter die Liebe zur Kunst, so dass es letztlich wohl nicht verwunderlich war, dass Prof. Trenckmann jahrelang Ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik, war und hier beide Teile (Kunst und Medizin) wunderbar vereinigen konnte.

Nach erfolgreicher Facharztausbildung an der Universität Leipzig und der Psychotherapieausbildung in Berlin - 1979 erfolgte die Anerkennung als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - arbeitete Prof. Trenckmann zunächst als alleiniger Lehrbeauftragter für Psychiatrie und Leitender Arzt der DDR in der Arbeitsgemeinschaft „Theorie und Geschichte der Psychiatrie“. Einer großen, auch wissenschaftlichen Karriere in der DDR schien nichts mehr im Wege zu stehen. Der Drang nach Freiheit auch im wissenschaftlichen Bereich war aber größer als die sichere Karriere. So beschäftigte sich Prof. Trenckmann auch mit der Geschichte der Psychiatrie im dritten Reich im Osten Deutschlands, was ihm von politischer Stelle bald untersagt wurde. Die schrecklichen Taten unter den Nazis fanden nach „DDR-Lehrmeinung“ nur im kapitalistischen Westen statt. Zunehmend erfuhr Prof. Trenckmann Einschränkungen, sein Drang nach Freiheit und Demokratie wurde immer größer. Seine Flucht über Russland wurde verraten, er kam in Haft und musste die volle Strafe, eine 15monatige Haftstrafe, abbüßen, eher er dann durch Bemühungen der Bundesregierung in die Bundesrepublik Deutschland entlassen worden ist.

Im Frühjahr 1984 erfolgte die Ausweisung aus der DDR, seitdem ist Prof. Trenckmann auch beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe beschäftigt. Seine wissenschaftliche Karriere setzte er in dem neu gegründeten Westfälischen Zentrum in Bochum, Universitätsklinik, fort. Zuvor war er einige Monate, da die Universitätsklinik in Bochum noch nicht fertig gestellt war, bei Prof. Dörner im Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh als Funktionsbereichsleiter tätig.

In Bochum baute Prof. Trenckmann den Funktionsbereich der klinischen und sozialpsychiatrischen Abteilung neu auf. Als „Krisenmanager“ wur-

de Prof. Trenckmann am 03.12.1987 als Leitender Arzt nach Hemer in die Klinik abgeordnet. Die Klinik stand kurz vor dem „finanziellen Kollaps“. Der überwiegende Anteil der Patienten waren chronifizierte Langzeiterkrankte, eine eigentliche Krankenhausbehandlung fand kaum noch statt, die Klinik drohte zum Pflegeheim zu werden. Mit nur fünf Ärzten begann Prof. Trenckmann den Umbau der Klinik hin bis zu einer modernen psychiatrischen Klinik. Herr Prof. Trenckmann war es, der die Enthospitalisierung der chronisch Kranken in Hemer vorantrieb, ein intensives Netzwerk mit Einrichtung im Märkischen Kreis aufbaute und so ambulante Therapieoptionen für die damaligen Patienten schaffte. Daneben strukturierte er die Klinik maßgeblich um, bildete Schwerpunktstationen wie die Abteilung für affektive Störungen, die als eine der wenigen universitären Einrichtung mehrfach zu den besten Stationen für die Behandlung depressiver Erkrankungen von der Zeitschrift „Focus“ ausgezeichnet wurde. Herr Prof. Trenckmann wurde mehrfach unter den Top-Medizinern im Fach „Psychiatrie“ für affektive Störungen im Focus ausgezeichnet. Wie bereits oben beschrieben, reduzierte sich Pflicht- und Vollversorgung der damaligen Landeskliniken deutlich, auch Hemer war davon betroffen. Durch den Ausbau von Spezialstationen gelang es Herrn Prof. Trenckmann aber neue Patienten-Gruppen für die Klinik zu rekrutieren und umfassende Behandlungsangebote zu implementieren. Die Klinik verfügt mittlerweile neben der Spezialabteilung für affektive Störungen auch über Spezialstationen, die nach dem DBT-Programm arbeiten, Spezialstationen für interkulturelle, Griechisch sprechende Patienten, Sucht und Psychose, Gerontopsychiatrie im Alter und störungsspezifische Psychotherapie. Mehrere Ambulanzen wurden am Standort Iserlohn gegründet, so die Allgemeinpsychiatrische und Gerontoneuropsychiatrische Ambulanz und zwei Tageskliniken. Neben dieser intensiven Arbeit als Ärztlicher Direktor erlangte er am 06.07.1988 die Lehrbefähigung und Venia legendi für das Fach „Psychiatrie“ und wurde zum 01.12.1988 zum Ärztlichen Direktor der LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik, ernannt. 1996 erfolgte die Facharztprüfung für Psychotherapeutische Medizin.

Seit dem 14.02.1997 ist Prof. Trenckmann außerplanmäßiger Professor der Ruhr-Universität Bochum. Neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit auf dem Gebiet „Die Geschichte der Medizin“ widmete er sich auch intensiv forensischer Fragestellungen und der Behandlung psychisch kranker Straftäter. 2007 war er einer der ersten Ärzte in Westfalen-Lip-

pe, der die neue Schwerpunktbezeichnung „Forensische Psychiatrie“ von der Ärztekammer erhielt.

2004 wurde am Justizvollzugskrankenhaus des Landes Nordrhein-Westfalen in Fröndenberg eine zunächst 30-Betten große psychiatrische Abteilung eröffnet. Diese wurde im Laufe der Jahre auf nunmehr 60 Betten ausgebaut. Die fachärztliche und pflegerische Bestellung erfolgt über die LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik.

1997 wurde erstmalig die „Dortmund-Hemeraner-Fachtagung“ ausgerichtet. Die Tagung beschäftigt sich seitdem jährlich mit spezifischen psychiatrischen Fragestellungen und seit dem Jahr 2006 auch als „Forensik im Diskurs“- Dortmund-Hemeraner-Tagung mit einem Fach-Tag zu forensischen Themen. Herr Prof. Trenckmann eröffnete die Klinik im Rahmen der Entstigmatisierungsmaßnahmen für die Kunst. Dem Namensträger der Klinik entsprechend richtet die Klinik jährlich Vernissagen und Kunstausstellungen aus.

Zusammen mit verschiedenen Regisseuren aus der näheren Umgebung erfolgen Theaterprojekte mit Patienten, die auch außerhalb der Klinik auf Bühnen in Iserlohn und Menden aufgeführt werden. 1992 erfolgte erstmals ein Besuch in Polen, einer von Prof. Trenckmann geleiteten Delegation in der Klinik Woiwodschaft in Oppeln. Über die Jahre entwickelte sich eine intensive Partnerschaft zwischen den Kliniken mit beidseitiger positiver Beeinflussung für Patienten und Mitarbeiter. Herr Prof. Trenckmann baute aktiv sowohl die Deutsch-Polnische- als auch die Deutsch-Niederländische Gesellschaft mit auf. 2015 wurde Prof. Trenckmann aufgrund seiner Verdienste für die Deutsch-Polnische Partnerschaft zum Ehrenbürger von Schlesien ernannt.

Die Klinik kann Herrn Prof. Trenckmann für seine geleistete Arbeit nicht dankbar genug sein. Ohne seine Person würde die Klinik nicht dort stehen, wo sie heute steht - als modernes fachpsychiatrisches Krankenhaus. Gleichzeitig kann man an seinem „Lebenswerk“ wunderbar die Auswirkungen der Psychiatrie-Enquete nachvollziehen. Herr Prof. Trenckmann geht dieses Jahr in den wohl verdienten Ruhestand. Ihm zu Ehren wird diese Festschrift veröffentlicht.

Alle Mitarbeiter und die Organisatoren der Dortmund-Hemeraner-Tagung wünschen ihm weiter gute Gesundheit, möge er weiter mit seinem Rat so aktiv der Psychiatrie und auch der Klinik zur Verfügung stehen und noch viele Jahre das Fach positiv mit beeinflussen.

Wirtschaftliches und fachliches Profil des psychiatrischen Krankenhauses in kommunaler Trägerschaft: Das Beispiel des LWL-PsychiatrieVerbunds Westfalen

Meinolf Noeker

1 Kommunale Trägerschaft in der Kritik?

1.1 Gesundheitspolitische Debatte

Die kommunale Trägerschaft von Krankenhäusern ist über die letzten zwei Jahrzehnte einer vielstimmigen Kritik ausgesetzt gewesen. Manche verkürzende und vielfach interessensgeleitete „Analyse“ hat das Klischee der vermeintlich schwerfälligen, bürokratischen kommunalen Klinik intoniert, die von fachfremden, ideologisch getriebenen Parteipolitikern wie eine bürokratische Behörde mehr verwaltet als gemanagt werde. Defizitäre Entwicklungen einzelner kommunaler Häuser entfachten vielerorts Privatisierungsdiskussionen. Die Lösungsperspektive einer Privatisierung erscheint demgegenüber als handfeste Strategie zur Befreiung eines unternehmerischen Managements von bürokratischer und politischer Übersteuerung, als Königsweg zur Beschleunigung von Entscheidungsprozessen, Optimierung von Bilanzergebnissen und Sanierung von Häusern mit Betriebsverlusten. Privatisierung wirkt verlockend, reduziert sie doch die Steuerung des Krankenhauses in einem komplexen Umfeld aus Marktwirtschaft und Planungsvorgaben. In Krisenzeiten suggeriert sie den Wiedergewinn von Handlungsfähigkeit mit einem einzigen Handstreich, der alles schon ordnen wird, wenn man nur den Mut aufbringt, diesen entscheidenden Schritt zu vollziehen. Kurz: Das Rezept Privatisierung verkauft sich als unternehmerisch fundiert und entscheidungsstark.

Gegenargumente wirken demgegenüber bedenkenträgerisch, strukturskonservativ und geleitet von einem Einknicken vor der örtlichen Politik und Arbeitnehmervertretungen. In diesem plakativen Diskurs wurde das kommunale Krankenhaus mancherorts in die Defensive getrieben, seine positiven Seiten wurden unkenntlich. Dies ist nicht ohne Wirkungen geblieben, auch nicht im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser. In Niedersachsen ist der Wechsel vom öffentlich-rechtlich verfassten, kommunalen zum privaten Krankenhaus vollzogen worden. Dort lassen sich mittlerweile Entwicklungen ablesen, die von den damaligen Entscheidungsträgern sicherlich so nicht vorhergesehen und erst recht nicht gewollt waren.

An vielen Standorten, an denen kommunale Kliniken, somatische wie psychiatrische, zunächst privatisiert wurden, wird diese Entscheidung von den Verantwortlichen vor Ort mittlerweile wieder bereut. Die Letztverantwortung der Kommune für die Sicherstellung der gesundheitlichen Daseinsfürsorge und damit der Krankenhausversorgung ist gesetzlich nicht disponibel. Versagen private Träger bei der Ausübung der gesundheitlichen Daseinsfürsorge, so fällt die Verantwortung automatisch auf die Kommune zurück, häufig mit schwierigeren Randbedingungen als vor dem Gang in die Privatisierung.

Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag die Frage der Zieldienlichkeit einer kommunalen Trägerschaft für die fachlichen, betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Ergebnisse eines psychiatrischen Krankenhauses. Zwei Untersuchungsebenen werden durchgängig verknüpft:

- eine allgemeine, trägerübergreifende, psychiatriepolitische Ebene und
- eine spezifischen Ebene, die zur Illustration das Beispiel des LWL-PsychiatrieVerbundes im Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) heranzieht.

1.2 Das Beispiel LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Der LWL ist Träger des LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen (LWL-PV), der mit seinen elf erwachsenenpsychiatrischen und vier kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken umfassende stationäre, teilstationäre und ambulante Therapie und Pflege für Menschen mit psychischer Erkrankung bietet. Der LWL-PV trägt mit rund 6.500 Betten und Plätzen etwa die Hälfte der psychiatrischen Krankenhausversorgung für die 8,5 Mil-

lionen Einwohnerinnen und Einwohner in Westfalen-Lippe. Darüber hinaus bietet der LWL-PV vielfältige Leistungsangebote zur Rehabilitation (SGB VI), ambulante und stationäre Eingliederungshilfe (SGB XII) und Pflege (SGB XI) an. Diese umfassende Trägerkonstruktion eröffnet sinnvolle Synergien zwischen den einzelnen Sparten, beispielsweise für eine abgestimmte Behandlungs- und Betreuungskonzeption bei Personen mit psychischer Erkrankung und einem Übergang in seelische Behinderung und / oder körperliche Pflegebedürftigkeit.

Der LWL ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft ohne eigene Gebietshoheit in Nordrhein-Westfalen mit Sitz in Münster. Als überörtlicher Kommunalverband liegen seine Tätigkeitsschwerpunkte in Aufgaben, die zwar in kommunaler Verantwortung stehen, deren gebündelte Aufgabenwahrnehmung in einem überörtlichen Verbund aber besondere finanzielle und inhaltliche Synergieeffekte versprechen. Dies gilt auch für die psychiatrische Versorgung. Der LWL steht damit prototypisch für die Merkmale und das Selbstverständnis eines großen, kommunal getragenen Klinikverbundes. Die gesetzlichen und administrativen Bestimmungen der Trägerschaft des LWL für seine psychiatrischen Kliniken folgen in direkter oder analoger Weise den Regularien, die auch für kommunale Krankenhäuser im Eigentum der Kreise oder kreisfreien Städte gelten. Im Folgenden wird hier daher ebenfalls von kommunaler Trägerschaft gesprochen.

1.3 Historische Verankerung psychiatrischer Versorgung in kommunaler Daseinsfürsorge

Seit Gründung des LWL in Jahre 1953 und noch weiter zurückreichend bis zu seinem Vorgänger, dem Provinzialverband der preußischen Provinz Westfalen, stellt die psychiatrische Versorgung eine seiner wichtigsten Aufgaben dar. Diese lange regionale Tradition spiegelt deutsche Psychiatriegeschichte insgesamt. Im Jahre 2014 haben die LWL-Kliniken und -Einrichtungen Marsberg ihr 200-jähriges und die LWL-Klinik und -Einrichtungen Lengerich ihr 150-jähriges Jubiläum gefeiert. Beide Standorte weisen – wie alle anderen Klinikstandorte des LWL-PV auch – eine bemerkenswerte, ungebrochene Kontinuität öffentlich-rechtlicher Trägerschaft mit enormen politischen und gesellschaftlichen Umbrüchen auf. Nimmt man die Zeit der Verbrechen der Nazidiktatur gegenüber psychisch kranken Menschen einmal aus, so darf dies als Hinweis gese-

hen werden, dass es von den Anfängen der „Irrenfürsorge“ bis zur heutigen ausdifferenzierten psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinikversorgung bei allen Wechselfällen der Psychiatriegeschichte einen stabilen und überdauernden Grundkonsens gab, die öffentlich-rechtliche Trägerrolle in Kontinuität fortzuführen und sich gleichwohl in der inhaltlich-konzeptuellen Ausrichtung stetig neu zu aufzustellen.

Die Psychiatriegeschichte durchzieht ein konstantes Plädoyer für die kommunale Trägerschaft: Die Entstehung, der Verlauf und vor allem die Folgen psychischer Erkrankung betreffen unmittelbar kommunales Selbstverständnis und Aufgabenbestand. Seit der frühen Industrialisierung und der sozialen Verelendung der damaligen „Irren“ in den städtischen Quartieren und dem Aufbau der „Asyle“ als Anstalten auf dem Lande ist die Fürsorge für Menschen mit psychischer Krankheit und Abweichung ist nicht von der allgemeinen sozialen und gesundheitlichen Daseinsfürsorge zu trennen. Die Verletzlichkeit, Hilflosigkeit und die Ausgrenzungsrisiken, die mit psychischer Erkrankung in besonderer Weise einhergehen, verlangen öffentlich-rechtliche „Fürsorge“, die man nicht unbedacht und risikolos an private Träger abtreten darf. Freigemeinnützige Träger, die auf der Basis eines christlichen Ethos ebenfalls eine fürsorgliche Ausrichtung versprechen, wurden historisch ebenfalls mit dieser Aufgabe betraut. Dies gilt unabhängig davon, ob die Fürsorge je nach „Zeitgeist“ dem Konzept der sozialen Integration oder - häufiger - des gesellschaftlichen Ausschlusses folgte (vgl. Walter, Bernd, 1996: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime).

Ungeachtet der medizinisch-psychiatrischen Krankenbehandlung im engeren Sinne waren und sind es die Kommunen, die unmittelbar mit den sozialen und arbeitsbezogenen Folgewirkungen psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung konfrontiert sind und diese zu „ordnen“ haben. Die Kontinuität kommunaler Trägerschaft für die psychiatrische Versorgung von ihren Anfängen bis heute verweist auf diese untrennbare Verflechtung von spezifischer professioneller Krankenbehandlung einerseits und allgemeiner sozialer und gesundheitlicher Fürsorge andererseits. Politisch verantwortungsvoll gilt es daher, diese historisch durchgängige Klammer nicht fahrlässig aus Gründen des kurzzeitigen Krisenmanagements aufzulösen, ohne vorher die vielfachen sozialen und fiskalischen Rückwirkungen auf die Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung zu bedenken und durchzuprüfen. Die historisch langzeitig entwickelte Verknüpfung von Psychiatrie und kommunaler Sozialpo-

litik mahnt, die Bewertung der psychiatrischen Trägerrolle nicht auf einen numerischen Vergleich der Jahresergebnisse kommunaler Kliniken im Vergleich zu privaten Kliniken zu reduzieren. Die Frage der jeweiligen Zieldienlichkeit der unterschiedlichen Trägermodelle weist damit weit über den Benchmark betriebswirtschaftlicher Kennzahlen hinaus.

2 Zieldienliche Psychiatrie: Ausrichtung am Interesse des Bürgers, Steuerzahlers und Patienten

2.1 Umsatzrendite als alleiniges Kriterium für den Trägervergleich: Erkenntnis und Interesse

Bevor man einen Vergleich kommunaler, frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft anstellt, gilt es, sich hinreichend Klarheit zu verschaffen, an welchen Kriterien man ein „gutes“ bzw. ein „erfolgreiches“ Krankenhaus bemisst. Dies schließt die notwendige Klärung ein, aus wessen Nutzenperspektive ein Vergleich erfolgt, konkret: des Shareholders oder des nutzenden und finanzierenden Bürgers.

Aus der Perspektive privatwirtschaftlich agierender Krankenhauskonzerne reduziert sich die Bewertung ihrer Kliniken - vollkommen analog zur Bewertung anderer Unternehmensbranchen - auf betriebswirtschaftliche Endpunkte wie Umsatzrendite, damit Höhe der Gewinnausschüttung an die Shareholder und – bei Aktiengesellschaften – auf die Kursentwicklung. Patientenorientierte Kriterien wie Behandlungsqualität oder Investitionen in Infrastruktur stehen letztlich in einer Mittel-Zweck-Relation zu diesen betriebswirtschaftlichen Endpunkten. Dies mag auf den ersten Blick nicht vorwerfbar erscheinen, unterwirft aber auch beispielsweise die Frage der Patientenselektion bzw. Patientenüberweisung ebenfalls diesem primär betriebswirtschaftlichen Kalkül. Auch patientenbezogene Parameter werden letztlich ebenfalls danach beurteilt, ob sie über das kurzfristige Jahresergebnis hinaus für die mittelfristige Ergebnisprognose final zieldienlich sind oder nicht. Dieses wird in manchen Konstellationen der Fall sein, in anderen nicht. Ebenso stellen regionalwirtschaftliche, beschäftigungspolitische und volkswirtschaftliche Auswirkungen des eigenen Handelns keine belastbaren Entscheidungskriterien dar. Nachteilige Wirkungen der eigenen Geschäftspolitik auf solche Endpunkte bleiben im Wesentlichen unbeachtet und werden „sozialisiert“.

Auch aus der Perspektive des kommunal getragenen Krankenhauses sind betriebswirtschaftliche Kennziffern (Jahresabschlüsse) ein sehr notwendiger, aber noch nicht hinreichender Bewertungsmaßstab. Die mittelbaren regionalwirtschaftlichen, beschäftigungspolitischen, volkswirtschaftlichen, demographischen, sozial-integrativen und nicht zuletzt gesundheitsbezogenen und inklusionsorientierten Wirkungen des psychiatrischen Krankenhauses sind aus der Perspektive des Bürgers ebenfalls sehr relevant. Der Kontrollauftrag der Kommunalpolitik richtet sich auf die Breite dieser Erfolgsparameter eines Krankenhauses im Dienste der Bevölkerung. Viele dieser Parameter sind zwar mathematisch schwieriger zu messen als der einfache Vergleich von betriebswirtschaftlichen Jahresergebnissen, aber deswegen nicht minder wichtig.

2.2 Spektrum betriebs-, regional- und volkswirtschaftlicher sowie gesundheitsbezogener Bewertungskriterien

Kommunale Häuser im Allgemeinen und die psychiatrischen Kliniken des LWL-PV im Besonderen fühlen sich vorrangig den Interessen des Bürgers verpflichtet. Dies drückt sich in ihrer Gemeinnützigkeit aus. Die Perspektive des Bürgers und der ihn vertretenden Politik richtet sich vor allem auf folgende drei Aspekte:

- 1) **Analog zu frei-gemeinnützigen und privaten Klinikträgern das Interesse an betriebswirtschaftlicher Effizienz und damit positiven Jahresergebnissen.** Negative Jahresergebnisse belasten den kommunalen Haushalt und geraten so in Konkurrenz zu anderen kommunalen Leistungen bzw. deren Finanzierbarkeit.
- 2) **Das Interesse des Bürgers als Steuer- und Beitragszahler.** Über-, Unter- und Fehlversorgungen des Krankenhauses führen zu Mehrbelastungen bzw. Ressourcenverschwendung bei nachgeordneten steuer- und / oder beitragsfinanzierten Leistungsträgern. Beispiel: Die Risikoselektion eines psychiatrischen Krankenhauses in Richtung auf leichte Fälle kann Patienten mit komplexen Störungsbildern unverorgt lassen. In der Folge können kostenwirksam die Fallzahlen in der Pflege oder Eingliederungshilfe steigen. Die dort ansteigende Kostenentwicklung wird jedoch in der öffentlichen Diskussion kaum in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Patientenselektion des psychiatrischen Krankenhauses gebracht.

Über die letzten Jahre steigt besonders in süddeutschen Bundesländern die Neuausweisung privat geführter Psychosomatischer Kliniken und Abteilungen sprunghaft an. Dies führt mittelbar zu einem Anstieg der Lohnnebenkosten bzw. zu einem Verdrängungswettbewerb mit anderen notwendigen medizinischen Leistungsangeboten.

- 3) **Das Interesse des Bürgers als potentieller Patient und Angehöriger.** In der Rolle als Patient bzw. dessen Angehöriger erwartet der Bürger als Steuer- und Beitragszahler mit Recht eine medizinisch qualifizierte und ethisch fundierte Behandlung. Diese legitime Erwartung geht nicht nur vom Betroffenen und seinen Angehörigen aus, sondern auch z.B. von regionalen Arbeitgebern, die eine medizinisch effektive Behandlung ihrer Belegschaft erwarten.

Diese drei Perspektiven und Interessen des Bürgers prägen Identität, „Markenkern“ und Handeln des LWL-PsychiatrieVerbundes als öffentlich-rechtlich verfasster Krankenhausträger. Sie gehen über die rein betriebswirtschaftlichen Ergebniskriterien eines privaten Klinikträgers hinaus. Im Folgenden werden die betriebswirtschaftlichen, volkswirtschaftlichen und gesundheitsbezogenen Zielkriterien des kommunalen psychiatrischen Krankenhauses detaillierter untersucht.

3 Betriebswirtschaftliche Effizienz im Interesse des Bürgers

3.1 Kommunale und private Krankenhäuser im statistischen Vergleich

Auf Basis aktueller Zahlen (www.destatis.de; Stand 2015) zeigen sich folgende Entwicklungstrends bei öffentlich-rechtlichen versus privaten Krankenhausträgerschaften:

- Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft hat sich zwischen 1991 und 2013 von 14,8 % auf 34,8 % erhöht.
- Der Anteil öffentlicher Krankenhäuser sank dagegen von 46,0 % auf 29,9 %.
- Trotzdem halten die öffentlich-rechtlichen Kliniken 2013 immer noch 48 % der Krankenhausbetten vor.
- Grund ist, dass die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser durchschnittlich mehr als 3-mal so groß sind wie private Kliniken.

Nach den Zahlen des Krankenhaus-Report 2015 hat sich die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser 2012 spürbar verschlechtert. Die Stichprobe des Reports besteht aus 617 Jahresabschlüssen aus dem Jahr 2011 sowie 175 aus dem Jahr 2012. 16 Prozent wiesen eine erhöhte Insolvenzgefahr auf, zwei Jahre zuvor waren es nur halb so viele. 35 Prozent der Krankenhäuser schrieben 2012 auf Konzernebene einen Jahresverlust, zwei Jahre zuvor waren es nur 16 Prozent. Bis 2020 könnten etwa 13 Prozent der Krankenhäuser aus dem Markt ausscheiden. Dem Krankenhaus-Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts zu Folge ist der Anteil der Kliniken mit Verlusten von 31 Prozent im Jahr 2011 auf 51 Prozent im Jahr 2012 gestiegen. Bei einer Betrachtung nach Trägern schneiden im Krankenhaus-Report 2015 öffentlich-rechtliche Kliniken weiterhin durchschnittlich schlechter ab als freigemeinnützige oder private. Im Jahr 2012 wiesen 28 Prozent der öffentlich-rechtlichen Häuser eine erhöhte Insolvenzgefahr auf, aber nur 16 Prozent der freigemeinnützigen und 3 Prozent der privaten Kliniken. Das Krankenhausstrukturgesetz von 2016 hat einen „Strukturfonds“ eingerichtet, um den Marktaustritt bzw. die Umwidmung nicht mehr wettbewerbsfähiger Kliniken wirtschaftlich abzufedern.

3.2 Breite Streuung der wirtschaftlichen Erfolgsparameter bei Kliniken in gleicher Trägergruppe

Als Hauptursache für betriebswirtschaftliche Unterschiede zwischen Krankenhäusern wird häufig vorschnell „die unterschiedliche Trägerschaft“ ins Feld geführt. Bei detaillierter Analyse der Datenlage stellt sich diese Interpretation jedoch nur als verkürzt dar. Bemerkenswerterweise wird in Vergleichsstudien eine breite Streuung der Jahresergebnisse innerhalb aller Trägergruppen erkennbar. Vergleiche innerhalb der Gruppe der kommunalen Krankenhäuser offenbaren enorme Unterschiede sowohl hinsichtlich ihrer Jahresergebnisse wie auch ihrer Managementstrukturen und Aufsichtsgremien. Es finden sich Häuser, die das tradierte Klischee zu bestätigen scheinen, also defizitär sind und eher „verwaltet“ als „gemanagt“ werden. Es finden sich aber auch Häuser mit hohen Jahresüberschüssen und gesunder Langzeitprognose mit hoher Investitionsquote in die eigene Infrastruktur. Die empirischen Unterschiede innerhalb der kommunalen Trägerlandschaft belegen also, dass nicht die kommunale Trägerschaft selbst für Defizitentwicklungen verantwortlich ist, sondern

vielmehr ob diese schlanke und effiziente Management-, Aufsichts- und Prozessstrukturen blockieren oder erlauben.

Kommunale Häuser, die in wirtschaftliche Schieflage geraten sind, sind daher nicht zwangsläufig aufgefordert, reflexhaft Privatisierungsüberlegungen anzustellen, sondern vielmehr unter Beibehaltung des öffentlich-rechtlichen Rahmens Strategien zur Effizienzsteigerung anzugehen.

Dass nicht die Trägerschaft selbst, sondern vielmehr die jeweilige Managementkonzeption des Hauses ergebnisrelevant ist, wird auch beim Blick auf die ebenso breite Streuung der Geschäftsergebnisse innerhalb der privaten Trägerlandschaft sichtbar. Auch hier findet sich ein Nebeneinander von Erfolg und Misserfolg. Viele Häuser stehen unter enormen Erfolgsdruck, entweder aus defizitären internen Bedingungen oder aus der Vorgabe der Konzernführung, hohe Gewinnmargen für die Ausschüttung an die Shareholder beizubringen. Dieser Druck wird vielfach nach innen in Form einer sehr restriktiv agierenden Arbeitgeberpolitik gegenüber den Beschäftigten weiter gereicht. Dies geht wiederum mit einer Beschädigung der Arbeitszufriedenheit einher. Motivierte Mitarbeiter mit einem hohen ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen Arbeitsethos erleben sich in ihrer Patientenorientierung instrumentalisiert oder ausgenutzt für monetäre Interessen von Investoren, die ihr Geld am nächsten Tag auch ohne Bindung an die Klinik in profitablere Aktien anderer Branchen verschieben, wenn dort höhere Renditen zu erwarten sind. Manche Beschäftigte reagieren auf die gefühlte Instrumentalisierung so, dass sie es ihrem Arbeitgeber gleichtun und sich nun ihrerseits eine instrumentelle Motivation gegenüber ihrem Arbeitgeber zulegen. Die Folgen für den privaten Klinikbetreiber sind subtil aber folgenreich. Arbeitsklima, Identifikation mit der eigenen Klinik und therapeutisches Klima sind innerhalb psychiatrischen Krankenhauses eine untrennbare Einheit. Beschädigungen des Arbeitsklimas beschädigen die intrinsische Motivation und gefährden so mittelfristig den fachlichen und wirtschaftlichen Erfolg. Kommunale Krankenhäuser sind vor solchen Entwicklungen geschützter.

Zusammenfassend erlaubt die empirische Studienlage zwei relevante Schlussfolgerungen:

- Nicht die Trägerschaft selbst, sondern vielmehr die Organisations-, Management- und Aufsichtsstruktur des individuellen Krankenhauses sind ergebnisentscheidend. Kommunal verfasste Krankenhäuser sind also gefordert, ihre Strukturen und Prozesse kontinuierlich zu optimieren. Dazu kann es durchaus manchmal zielführend sein, über

den Zaun in die Optimierungsstrategien der privaten Häuser hinüber zu schauen, um sich solche Strategien anzueignen, die Effizienzsteigerung ohne fachliche Zielkonflikte versprechen.

- Der allgemeine Befund, dass kommunale im Vergleich zu privaten Häusern auf Gruppenebene schlechtere Jahresergebnisse schreiben, darf als Hinweis gewertet werden, dass kommunale Kliniken insgesamt bestimmte Wettbewerbsnachteile gemein haben, die sie strukturell gegenüber „Mitbewerbern“ schwächen.

3.3 Objektive Wettbewerbsnachteile kommunaler Kliniken: Höhere Kosten bei gleichen Erlösen

Eine wesentliche Ursache dafür, dass kommunale Krankenhäusern insgesamt mit höheren wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, liegt in verschiedenen kostenwirksamen Rahmenbedingungen, die mit einer öffentlich-rechtlichen Trägerschaft verknüpft sind. Es ist zu beachten, dass bei gleicher Effizienz und Effektivität des Managements diese öffentlich-rechtlich „gesetzten“ Rahmenbedingungen die Jahresergebnisse im Vergleich zu privaten Trägern herabsenken. Folgende ausgewählte Faktoren können kommunale Häuser in einen Wettbewerbsnachteil bringen:

- Höhere Personalkosten durch Einbindung in den TVöD,
- Zusicherung weitgehender Arbeitsplatzsicherheit, sehr weitgehender Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen, zurückhaltende Nutzung des Instrumentes der verhaltensbedingten Kündigung,
- „Kontrahierungszwänge“ im kommunalen Beschaffungswesen,
- Komplexe Ausschreibungs- und Vergaberegularien, Aufwand für Rechnungsprüfungsämter parallel zur Bestellung von Wirtschaftsprüfern. Anmerkung: Strenge Ausschreibungs- und Vergaberichtlinien sowie die Beteiligung des RPA können sich im operativen Geschäft tatsächlich als aufwändig und einschränkend bei Preisverhandlungen darstellen. Dennoch können sie aus gutem Grund nicht aufgegeben werden, weil die kommunalen Träger letztlich Steuermittel des Bürgers und kein Privatkapital bewegen. Diese erfordern richtigerweise stärkere Sicherungsmaßnahmen gegen Korruption. Dennoch wirken sie sich im Ergebnis kostensteigernd und damit im Wettbewerb nachteilig aus.

Im psychiatrischen Bereich treten hinzu

- Vorhaltekosten für die Pflichtversorgung. Diese können auch freige-meinnützige und private Träger treffen, allerdings ist der Anteil kom-munaler Häuser an der Pflichtversorgung besonders hoch.
- Historisch überalterte, nicht bedarfs- und zukunftsgerichte Gelände- und Immobilienstruktur. Aufgrund der historisch bedingten „Anstalt-stradition“ mit überdimensionierten „Anstaltsgeländen“ sind öffent-lich-rechtliche Träger psychiatrischer Kliniken wie der LWL mit einem deutlich höheren Bestand instandhaltungs- bzw. ersatzpflichti-ger Immobilien belastet. Überproportional häufig finden sich über-kommene, funktionswidrige Stationsgrößen bzw. –zuschnitte, häufig gepaart mit Denkmalsschutzaufgaben, die den Instandhaltungsauf-wand verteuern und architektonisch eingrenzen. Die Pavillonstruktur der einzelnen Klinikbauten erzeugt hohe Logistikkosten. Für diese Aufgabe steht seitens der Kostenträger keine adäquate Refinanzierung zur Verfügung. Auch hier können einzelne andere Träger, vor allem frei-gemeinnützige Träger von so genannten „Komplexeinrich-tungen“ mit langer historischer Tradition ihrer Liegenschaften in ähnlicher Weise betroffen sein.

3.4 Höhere tarifbedingte Personalkosten bei gleicher Erlösstruktur

Im Benchmark mit anderen Trägergruppen weisen kommunale Kranken-häuser bei Einbezug aller im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen im Rahmen des TVöD die insgesamt teuerste Tarifstruktur auf. Diese Situa-tion gilt seit Jahrzehnten, hat sich aber für die kommunalen somatischen Kliniken durch die Einführung der vereinheitlichten Preise für DRG-Fall-pauschalen verschärft. Auch im psychiatrischen Bereich ist über Kran-kenhausvergleiche eine stärker vereinheitlichte Erlösstruktur zu erwar-ten, die unterschiedliche Tarifstrukturen nicht hinreichend abbilden könnten. Identische Preise für psychiatrische Leistungen auf der Erlössei-te und divergierende Aufwendungen auf der Aufwandsseite insbesondere im Bereich des hohen Personalkostenanteils verzerren den Wettbewerb und die Betriebsvergleiche zwischen öffentlich-rechtlich versus privat getragenen Häusern.

Zusätzlich waren die kommunalen Häuser über mehrere Jahrzehnte besonders stark von der so genannten Tarifschere betroffen. Die Diffe-

renz zwischen den jährlich vereinbarten Budgetsteigerungen einerseits und den Tarifsteigerungen andererseits haben sich kumulativ bei den kommunalen psychiatrischen Häusern besonders deutlich aufaddiert. Bei gleichem Personalschlüssel tragen kommunale Häuser wie der LWL-PV einen höheren Gesamtaufwand für Personalkosten als die Mitbewerber. Diese wettbewerbliche Benachteiligung ist nicht einer Ineffizienz kommunaler Trägerschaft bzw. individueller „Misswirtschaft“ des jeweiligen Krankenhausmanagements zuzuschreiben, sondern stellt eine strukturelle Benachteiligung im Kontext öffentlich-rechtlicher Einbindung in kommunale Tarifstrukturen dar. Die von kommunalen Krankenhäusern geleistete Tarifbindung und Arbeitsplatzsicherheit stabilisieren jedoch in ländlichen Gebieten die Bindung jüngerer Bevölkerungsschichten an die Region und puffern damit demographischen Verschiebungen in Richtung einer Überalterung.

3.5 Verbleib von Jahresüberschüssen in den Kliniken

Die gemeinnützigen Kliniken im LWL-PV zeichnen sich dadurch aus, dass erwirtschaftete Betriebserlöse in die eigene Infrastruktur und damit Zukunftssicherung reinvestiert werden. Renditen, die bei privaten Klinikträgern an die Shareholder, resp. Aktionäre abgeführt werden, verbleiben im LWL-PV im Dienste seiner patientenorientierten Aufgaben. Betriebswirtschaftliche Abwägung balanciert zwischen kurzfristigem Investment z.B. in höhere Personalausstattung und damit Leistungsqualität auf der einen Seite versus einer restriktiven Bewirtschaftung mit dem Ziel eines langfristigen Substanzerhalts z.B. in eine verbesserte bauliche Infrastruktur auf der anderen Seite. Konkret werden Überschüsse eingesetzt, um im Wesentlichen fünf Herausforderungen zu begegnen:

1. Kompensation der oben beschriebenen strukturellen Wettbewerbsnachteile (z.B. Tarifstruktur, resp. Tarifschere),
2. Finanzierung von Behandlungsleistungen, die therapeutisch sinnvoll, aber in betriebswirtschaftlicher Sicht nicht auskömmlich refinanziert werden. Als Beispiel sei die aufsuchende Behandlung der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) im häuslichen Umfeld von Patientinnen und Patientin und Patient angeführt, die bei chronisch-psychischer Erkrankung keine hinreichende Initiative entwickeln, eigenständig in die Klinik zu Ambulanzterminen zu kommen (home treatment). Fahrzeiten und Fahrkosten des therapeutischen Personals werden bisher im

Rahmen der Entgeltbestimmungen der PIA nicht entgolten, insofern ist die aufsuchende Behandlung nicht kostendeckend. Sie wird dennoch von vielen Kliniken durchgeführt, weil sie für bestimmte Patientengruppen therapeutisch sehr wirkungsvoll ist, um eine ansonsten unbeobachtete Verlaufsverschlechterung bis hin zur Verwahrlosung frühzeitig erkennen und entsprechend intervenieren zu können.

3. Rücklagenbildung, um Anpassungen an eine sich verändernde Entgeltsystematik leisten zu können,
4. Durchführung notwendiger Instandhaltungsmaßnahmen,
5. Investitionsmaßnahmen in funktionale Gebäudestruktur.

3.6 Nachhaltig wirksame Investitionen

Das Volumen der Investitionen in Gebäudestruktur umfasst für den LWL-PV eine Summe von über 330 Millionen Euro. Weitere Steigerungen sind erwartbar. In diesem Betrag sind die Investitionsprojekte für die Einrichtungen der LWL-Wohnverbünde (Eingliederungshilfe; SGB XI) sowie LWL-Pflegezentren (SGB XII) eingeschlossen. Bei diesen sind Neubauten und Sanierungen zusätzlich aus gesetzlichen Gründen zur Dezentralisierung der tradierten „Komplexeinrichtungen“ und Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach WTG-NRW bzw. GEPA erforderlich.

Im Klinikbereich sichern die Investitionen auf mehrfachen Wirkungswegen die Zukunftsfähigkeit der Häuser, indem sie unter anderem

- die Wohnortnähe durch den weiteren Aufbau von dezentralen Tageskliniken und Institutsambulanzen sowie durch dezentrale psychosomatische Einheiten an somatischen Krankenhäusern und damit die Erreichbarkeit für die Bevölkerung stärken,
- eine funktionalere Architektur für die stationären Prozesse erlauben. So ermöglichen beispielsweise verbundene Doppelstationen mit gemeinsamen Nachtwachen eine rationalere Personalauslastung und kosteneffektivere Dienstplangestaltung bei etwa gleicher Arbeitsdichte für die Pflege und gleicher Personalpräsenz für die Patienten,
- energetische Sanierungsmaßnahmen ermöglichen, die zeitversetzt wieder deutliche Einsparungen bei den Betriebsaufwendungen im Sachmittelbereich erlauben,
- nicht zuletzt ein ansprechenderes Stationsambiente bieten, das Genesung, Patientenzufriedenheit und Reputation der Häuser unterstützt und damit langfristig auch die Auslastung stabilisieren hilft.

Über diese Wirkungswege werden wiederum nachhaltig die zukünftigen Jahresergebnisse positiv beeinflusst. Die heutige Reinvestition von Jahresüberschüssen in eine funktionale Infrastruktur von morgen stärkt so wiederum die Jahresergebnisse von übermorgen.

3.7 Kommunalpolitik als Aufsichtsgremium

Ein häufig vorgetragener Vorwurf an eine kommunale Trägerschaft von Krankenhäusern bezieht sich auf die Ausgestaltung der Kontrollgremien. Manche Stimmen beklagen, dass im Unterschied zu den vermeintlich fachlich kompetent besetzten Aufsichtsräten von Klinikkonzernen hier eine Kontrolle durch vermeintlich fachfremde Kommunalpolitiker erfolge, die ein stringentes und ergebnisorientiertes Management durch parteipolitische, mitunter ideologisch eingefärbte Debatten und Beschlüsse ersetzen würden. Grundsätzlich ist zunächst zu entgegnen, dass die Kommunalpolitik als Vertretung der Bürgerschaft eine breitere Perspektive einnimmt als der Aufsichtsrat eines privaten Klinikkonzerns, der sich im Wesentlichen auf ein Monitoring und die Kontrolle der betriebswirtschaftlichen Endpunkte beschränkt. Kommunalpolitik wacht aber eben auch über die Erfüllung der übrigen, oben genannten Interessenbereiche des Bürgers, die auch regional- und volkswirtschaftliche wie sozial- und gesundheitspolitische Auswirkungen in ihre Entscheidungen einfließen lässt. Kommunalpolitiker bringen hier neben der Breite ihrer Bewertungskriterien eine detaillierte Kenntnis örtlicher und regionaler Randbedingungen mit. Dies sind nur Beispiele für eine Expertise der Kommunalpolitik, die sich nicht zwingend auch in einem Aufsichtsrat eines Klinikkonzerns wiederfindet.

3.8 Kommunalpolitischer Konsens zur eigenen Trägerschaft des LWL-PV

Die politische Meinungsbildung in der Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe zeigt sich in ihren Positionen zur Trägerschaft psychiatrischer Kliniken im LWL-PV recht unberührt von den allgemeinen krankhauspolitischen Diskursen. Die tradierte Verankerung in den eigenen Mitglieds Körperschaften und der identitätsstiftende Beitrag, den die psychiatrischen Kliniken seit Beginn des LWL für die Politik und die Bevölke-

rung sichtbar liefern, haben eine im Grundsatz stabile und fraktionsübergreifende Zustimmung zur eigenen Trägerrolle erzeugt und konsolidiert. Diese ist bisher nicht grundsätzlich in Frage gestellt worden.

Die fraktionsübergreifende Zustimmung zur Trägerschaft des LWL-PV in der politischen Vertretung der Landschaftsversammlung sowie im Gesundheits- und Krankenhausausschuss (GKA) als dem nach Satzung zuständigen Fachausschuss wird flankiert von einer ebenso breiten Zustimmung in den politischen Gremien der jeweiligen Mitgliedskörperschaften. In diesen weiß man die klinische Leistungsfähigkeit und jahrzehntelang gewachsene Vernetzung der Kliniken des LWL-PV mit den weiteren Sozial- und Gesundheitsdiensten, den niedergelassenen Haus- und Fachärzten und Psychotherapeuten zu schätzen. In ihren Kommunen stellen die Kliniken des LWL-PV insbesondere in der Krisen- und Notfallversorgung ein verlässliches, erfahrenes und fachlich qualifiziertes Rückgrat dar, wenn die Ressourcen der anderen Dienstleister überfordert sind. Das Bekenntnis zur Pflichtversorgung, das im Selbstverständnis und Berufsethos von Träger, Betriebsleitungen und Mitarbeiterschaft tief verankert ist, strahlt in die Kommune als Sicherheit hinein, dass die Kliniken auch in sehr zugespitzten und strapaziösen Krisen bereit sind, ihre Verantwortung für alle Personen aus ihrem Einzugsbereich rund um die Uhr wahrzunehmen.

4 Regional- und volkswirtschaftliche Perspektiven und Interessen des Bürgers

4.1 Kliniken des LWL-PV als stabilisierender Wirtschaftsfaktor in der Region

Die Gesundheitswirtschaft ist ein Wachstumsmarkt und Krankenhäuser sind ein bedeutender regionaler Wirtschaftsfaktor. Mit der epidemiologischen Verschiebung von den akut-somatischen zu den chronisch-psychischen Erkrankungen verschieben sich auch die jeweiligen Anteile bei den vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten. Der Krankenhausplan NRW sieht einen Abbau internistischer und chirurgischer Betten, aber etwa gleichbleibende Kapazitäten bei den stationären Betten und teilstationären Plätzen in der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungsplanung vor. Einzelnen regionalen Überkapazitäten im Bereich somati-

scher Krankenhauser in Ballungsräumen steht ein klinischer Aufnahme-
druck in den psychiatrischen Kliniken des LWL-PV gegenüber.

In mehreren Kommunen sind die Kliniken des LWL-PV einer der größten
oder sogar der größte regionale Arbeitgeber mit mehrfach stabilisieren-
den Wirkungen auf die regionale Wirtschaftskraft:

- Vielseitige Nachfrage regionaler Produkte und Dienstleistungen bei
örtlichem Unternehmen vor allem des Mittelstandes (Investition,
Instandhaltung, Verbrauchsgüter),
- Die Kliniken LWL-PV bedienen eine regional gebundene Nachfrage
nach Gesundheitsdienstleistungen. Diese Nachfrage und das Angebot
sind nicht „globalisierbar“. Die LWL-Kliniken sind vielmehr regional
gebunden und treu. In konjunkturell krisenhaften Zeiten wirken sie
wirtschaftlich dämpfend und stabilisierend sowohl über ihre Nach-
frage im regionalen Marktgeschehen und als auch vor allem als regio-
naler Arbeitgeber.
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken als Vertreter einer
„sprechenden Medizin“ mit einer nur begrenzten „Apparatemedizin“
weisen einen noch einmal höheren Personalkostenanteil in ihren
Betriebsaufwendungen auf als die im Branchenvergleich ohnehin
schon im Spitzenbereich liegenden somatischen Häuser. Die Quote
der Rückführung von Sozialversicherungsbeiträgen bzw. Steuermit-
teln in wiederum sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhält-
nisse ist in kaum einer Branche so hoch wie in den Kliniken des LWL-
PV. Dies gilt analog für die Pflegezentren des LWL-PV sowie die im
Wesentlichen steuerfinanzierten Leistungen der LWL-Wohnverbün-
de. Im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen ergibt sich somit
ein maximaler beschäftigungspolitischer Wirkungsgrad pro eingesetz-
ten steuer- bzw. sozialversicherungsinvestiertem Euro und dies mit
einer hohen regional gebundenen Nachfrage- und Kaufkraftstärkung
über die örtliche Arbeitnehmerschaft.

4.2 Arbeitgeberfunktion

Neben der arbeitnehmerfreundlichen Tarifstruktur des TVöD praktiziert
der LWL-PV eine ebenso arbeitnehmerfreundliche wie arbeitsplatzsi-
chernde Politik. Kündigungen aus betriebsbedingten Gründen werden
grundsätzlich nicht vollzogen. (Änderungs)kündigungen bei individueller
Minderleistung und längeren, erkrankungsbedingten Fehlzeiten werden

sehr viel zurückhaltender ausgesprochen als dies bei privaten Klinikbetreibern der Fall ist. Eine Ausnahme stellen verhaltensbedingte Kündigungen bei Übergriffen gegenüber anvertrauten Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern dar.

Die familienpolitischen Wirkungen dieses Selbstverständnisses als verlässlicher Arbeitgeber sind regional- und volkswirtschaftlich bedeutsam, wenn über eine Festanstellung im öffentlich-rechtlichen Gefüge die Bereitschaft zur Familiengründung von jungen Menschen unterstützt wird. In ländlichen Regionen wirkt diese Sicherheit Abwanderungen in die Städte entgegen und trägt im Rahmen des demographischen Wandels zur Festigung einer gemischten Altersstruktur bei. Solche impliziten Vorteile für Staat, Gesellschaft und Region stellen für die (Kommunal)politik wichtige Kriterien bei der Entscheidung über Trägerschafts- und Tarifstrukturen dar.

Aus unternehmerischer Sicht eines kommunalen Krankenhauses treten sie dagegen zunächst einmal als Kostenaufwand auf, den Kliniken in privater Trägerschaft zumindest nicht in gleicher Höhe ausweisen. Wenn dann kommunale Häuser im Trägerschaftsbenchmark schlechter abschneiden als private Kliniken, geraten sie zusätzlich zu den finanziellen Wettbewerbsnachteilen noch zusätzlich in das Risiko einer Diskreditierung. Nicht die gesellschaftlich und volkswirtschaftlich stabilisierenden Extraleistungen werden anerkennend als Erklärung angeführt, sondern es wird mitunter auf die eingängigen Klischees der vermeintlich effizienteren Managementstrukturen bei den privaten Klinikbetreibern verwiesen.

4.3 Vorteile bei der Personalakquise- und bindung

Den betriebswirtschaftlichen Nachteilen der Einbindung in die Tarifstruktur des TVöD stehen in personalwirtschaftlicher Hinsicht auch wichtige Vorteile in Zeiten des schon existenten und weiter drohenden Fachkräftemangels gegenüber. Bei der Personalakquise und -bindung bei Nachwuchs- und Führungskräften ergeben sich folgende Wettbewerbsvorteile gegenüber privaten Klinikbetreibern:

- **Ärztlicher Nachwuchs.** In Deutschland ist aktuell ein bedrohlicher Ärztemangel gerade auch im Bereich der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin zu verzeichnen. Dieser führt zu einem Wettbewerb zwischen Klinikträgern um

qualifizierten Nachwuchs („Kampf um die Köpfe“). Höhere Tarife belasten den Arbeitgeber als Kostenfaktor, bedeuten aber auch höhere Attraktivität und perspektivische Sicherheit für den akademischen Nachwuchs.

- **Pflegekräfte.** Auch in diesem Bereich zeichnet sich nach allen Prognosen mittelfristig ein drastischer Fachkräftemangel ab. Dieser betrifft einerseits die Gesamtrelation zwischen Berufsabgängern und Berufseinsteigern bei insgesamt steigender psychiatrischer Morbidität und damit zu erwartender Nachfragesteigerung nach psychiatrisch kompetenten Fachkräften. Eine zusätzliche Unsicherheit für den psychiatrischen Bereich birgt die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung. Es ist nicht absehbar, wie viele Pflegekräfte sich nach ihrem Examen für einen Pflegearbeitsplatz im Bereich der psychiatrischen Versorgung entscheiden werden. Die Unsicherheit wiegt noch schwerwiegender für die LWL-Pflegezentren. Dort sind zwar im Vergleich zu privaten Pflegeheimen besondere Vorteile für die Beschäftigten im Sinne einer besseren Tarifstruktur und einer langfristigen Arbeitsplatzsicherheit zu verzeichnen, andererseits kann die intensive berufliche Beanspruchung in der Kombination von somatischer und psychiatrischer Pflege auch als besonders beanspruchend erlebt werden.
- **Chefärzte.** Studien zufolge gelten kommunale Krankenhäuser in der Beurteilung von Chefärzten mittlerweile als die attraktivsten Arbeitgeber unter den drei Trägergruppen. Dies ist besonders bemerkenswert, weil im Unterschied zu den Pflegekräften die Bezahlung von Chefärzten bei privaten Klinikträgern häufig opulenter ausfällt als in kommunalen Krankenhäusern. Wenn sich Chefärzte dennoch für einen kommunalen Krankenhausträger als Arbeitgeber entscheiden, so liegt ein wesentlicher Grund in einer höheren Deckungsgleichheit von ärztlichem Arbeitsethos und kommunalen Bekenntnis zur gesundheitlichen Daseinsfürsorge. Ärzte mit einer sozialen Grundmotivation können sich stärker mit dem eigenen Arbeitgeber identifizieren, der neben Gewinnerzielungsabsichten in seinem Leitbild auch eine klar erkennbare Patientenorientierung verfolgt.
- **Leitende Krankenhausdirektoren.** Ein Indikator dafür, dass die werbe- und patientenorientierte Träger- und Unternehmenspolitik des LWL-PV auch aus der Perspektive von kaufmännischen Geschäftsführern wertgeschätzt wird, zeigt sich – analog zur Situation bei Chefärzten – an einer steigenden Anzahl von Bewerbungen für frei wer-

dende kaufmännische Leitungspositionen. Eine umschriebene Teilmenge von Geschäftsführen aus privaten Klinikbetreibern strebt eine höhere Deckungsgleichheit von eigenen Wertesystemen und Selbstverständnis des Trägers im Kontext einer kommunalen Trägerschaft an. Es handelt sich um eine Berufsgruppe, die unverdächtig sein dürfte, betriebswirtschaftlichen Zielparametern nicht die gebotene Aufmerksamkeit zu schenken.

4.4 LWL-PV: Synergien durch Verbundstruktur

Verbundkliniken im Vorteil. In den letzten zwei Jahrzehnten hat der anhaltende Kostendruck und unzureichende Fördermittel bei den Investitionen zu einem beständigen Konzentrationsprozess in der Krankenhauslandschaft geführt. Der Zenit der Krankenhausfusionen und Akquisitionen ist in den letzten Jahren zwar überschritten, dennoch zeigt sich weiterhin eine anhaltende Entwicklung in Richtung auf Verbundstrukturen hin. Neben dem direkten Ankauf ist eine verstärkte Entwicklung in Richtung auf Kooperationen im Sinne von Netzwerkbildung zu beobachten. Solitär stehende Krankenhäuser ohne Kooperationsbeziehungen zu regionalen Partnern kämpfen mit zunehmenden Schwierigkeiten im Bereich Patientenakquise, Einweisermanagement und kostengünstigem Einkauf. Solche Beobachtungen können mittlerweile durch Studienergebnisse gestützt werden.

So hat das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) in einer Studie untersucht, ob Krankenhäuser durch den Eintritt in einen Klinikverbund sich langfristig erfolgreicher entwickeln als „Stand alone“ - Krankenhäuser. Die Ergebnisse belegen, dass der Eintritt in einen Klinikverbund mit einem nachhaltig positiven Effekt auf Effizienz und betriebswirtschaftliche Ergebnisse einhergeht. Die Einbettung in eine Verbundorganisation mit seinem Lerneffekt und einer gemeinsamen Entwicklung und Nutzung standardisierbarer Prozesse machen sich dauerhaft positiv bemerkbar. In einem Verbund lassen sich die Produktivitätsverbesserungen mit größerer Hebelwirkung umsetzen. Weitere Effekte liegen in der gemeinsamen Rekrutierung, Ausbildung und Nutzung von Personal, die Standardisierung von Abläufen, die Vorteile eines gemeinsamen Einkaufs zu günstigeren Preisen. Diese aktuelle Studie aus dem HCHE belegt die Vorteile einer Einbettung eines Krankenhauses in eine größere Verbundstruktur.