

Wulf Rössler

Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsstandards und Prioritätensetzung, Ressourcenallokation und ökonomische Analysen in der Psychiatrie

1 Einleitung

Versorgungssysteme definieren sich über die Summe der für die Versorgung bestimmter Patientengruppen für erforderlich gehaltenen Einrichtungen und Dienste. Was nun im einzelnen im Gesundheitswesen für „erforderlich“ gehalten wird, regelt sich in einem komplizierten System der Gesundheitsversorgung. In der psychiatrischen Versorgung spielen hierbei zumindest drei Dimensionen eine entscheidende Rolle:

- Wie werden Art und Umfang psychiatrischer Störungen definiert?
- Gibt es in der psychiatrischen Versorgung besonders zu berücksichtigende Variablen, die im Krankheitsfalle die Inanspruchnahme beeinflussen?
- Wie erfolgt die Ressourcenallokation in der psychiatrischen Versorgung?

2 Art und Umfang psychischer Störungen in der Bevölkerung

Die psychiatrische Epidemiologie gibt uns Auskunft über Art und Umfang seelischer Störungen in der Bevölkerung. Dabei haben die methodischen Ansätze der Epidemiologie zur Fallidentifikation im letzten Jahrhundert eine wechselvolle Geschichte durchlebt. Epidemiologische Studien in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts bedienten sich vorrangig der Inanspruchnahmedaten verschiedener Institutionen. Erst die zweite Generation epidemiologischer Studien nach dem Zweiten Weltkrieg ging dazu über, die Beteiligten direkt im Feld zu befragen. Diese Generation von Studien wurde in der Regel von erfahrenen Klinikern, jedoch mit zum Teil sehr unterschiedlichen diagnostischen Konzepten durchgeführt. Die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden haben hierbei zu deutlich divergenten Resultaten geführt, das heißt, während in der ersten Generation epidemiologischer Studien das wahre Ausmaß seelischer Störungen in der Bevölkerung in der Regel unterschätzt

wurde, neigte die zweite Generation aufgrund weitgefaßter diagnostischer Konzepte dazu, die Zahl der in der Bevölkerung vorhandenen Fälle zu überschätzen. So lag der Median für alle Störungen bei den Vorkriegsstudien bei 3,6 %, verglichen mit 28 % bei den Nachkriegsstudien.¹

Vor 20 Jahren wurde vom Weltverband für Psychiatrie ein internationales Symposium unter dem Titel „What is a case?“² durchgeführt. Zwar hat die Einführung standardisierter Diagnoseverfahren seitdem die Diskussion entschärft – gleichwohl bleiben fundamentale Probleme der psychiatrischen Diagnostik bestehen:

1. Die Frage der Validität und Reliabilität psychiatrischer Diagnosesysteme

Vor dem Hintergrund der Frage, was „medizinisch notwendig“ zur Behandlung psychischer Störungen in Managed Care-Programmen ist, haben Regier et al.³ in einer Übersicht zwei große nordamerikanische, in relativ enger zeitlicher Abfolge durchgeführte epidemiologische Studien zur Erfassung der Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung, die „Epidemiological Catchment Area Study“ (ECA) und den „National Comorbidity Survey“ (NCS) miteinander verglichen. In der ECA-Studie fanden sich beispielsweise für die Alkoholabhängigkeit, Majore Depression, Angststörung, Panikstörung und soziale Phobie jährliche Prävalenzraten von 4,1 %, 4,2 %, 9,9 %, 1,1 % und 1,6 % im Vergleich zu den Prävalenzraten der NCS-Studie mit 7,4 %, 10,1 %, 15,3 %, 2,2 % und 7,4 %. Vergleichbare Unterschiede fanden sich bei den Lebenszeitraten für die genannten Störungsbilder. Die Interpretation solch divergenter Zahlen ist schwierig, wurden doch beide Untersuchungen in einem Land, innerhalb einer Dekade und mit vergleichbaren Instrumenten durchgeführt. Wenn man nicht davon ausgeht, daß diesen Raten „wahre“ Unterschiede zugrunde liegen, liegt die Vermutung nahe, daß die Schwierigkeiten vor allem in einer reliablen Fallerefassung liegen. Man mag argumentieren, daß bei allen Unterschieden die Größenordnung bestimmter Krankheitsbilder deutlich gemacht werden kann. Für die Gesundheitsplanung sind dies jedoch keine hinreichend sicheren Planungsgrundlagen, bedenkt man zum Beispiel die Unterschiede im Hinblick auf die Diagnose Alkoholabhängigkeit, die bei Berücksichtigung der höheren Rate nahezu eine Verdopplung der Versorgungsangebote erfordern würde.

¹ Siehe Dohrenwend, B. P.: „The problem of validity in field studies of psychological disorders“ revisited. In: Tsuang, M. T., Tohen, M. & G. E. P. Zahner (Hg.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, New York: Wiley-Liss, 1995, S. 3–20.

² Wing, J. K., Bebbington, P. E. & L. N. Robins: *What is a Case? The Problem of Definition in Community Surveys*, London: McIntyre, 1981. Zitiert bei: Cooper, B. & B. Singh, *Population research and mental health policy. Bridging the gap*. In: *Br. J. Psychiatry* 176 (2000), S. 407–411.

³ Siehe Regier, D. A. & C. T. Kaelber et al.: *Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy*. In: *Archives of General Psychiatry* 55 (1998), S. 109–115.

2. Werden psychiatrische Diagnosen erfunden?

Früher galt in der psychiatrischen Diagnostik „ein Patient – eine Diagnose“. In der traditionellen Psychopathologie wurde eine Hierarchie von Diagnosen gebildet, das heißt höherrangige Diagnosen schlossen niederrangigere Diagnosen mit ein. Eine solche ätiologie- und theoriegeleitete Zuordnung hat aber einer empirischen Überprüfung nicht standgehalten. In der Folge der Entwicklung und Einführung der operationalisierten Diagnosesysteme wurde deshalb

- der Krankheitsbegriff durch den Störungsbegriff ersetzt, weil mit den deskriptiven Störungseinheiten keine ätiologischen Annahmen verbunden sind;
- damit wurde auch die Gleichzeitigkeit verschiedener Störungsbilder akzeptiert.

Daraus resultierte, daß sich die Zahl psychiatrischer „Diagnosen“ enorm erhöht hat, und zwar von 26 im Nachkriegskatalog der amerikanischen Veterans Administration auf 395 in dem amerikanischen Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen (DSM-IV). Man mag argumentieren, daß es sich dabei zum großen Teil um erfundene „Krankheiten“ handelt, die eigentlich zum Spektrum menschlichen Erlebens gehören.⁴

Bei etwas nüchternerer Betrachtung bleibt zunächst nur die Feststellung, daß menschliches Erleben im Rahmen der geschilderten Entwicklung auf viele kleine Störungseinheiten aufgeteilt, aber nicht neu erfunden wurde. Ob dies diagnostisch sinnvoll ist, mag dahingestellt bleiben, insbesondere wenn bestimmte Störungseinheiten, zum Beispiel Angst und Depression, recht regelhaft gemeinsam auftreten. Andererseits besteht kaum Grund, dem alten Diagnosesystem nachzutruern. Vor allem ist nicht einzusehen, warum beispielsweise ein schizophreniekranker Mensch (höherrangige Diagnose) nicht auch zum Beispiel an einer Angsterkrankung (niederrangige Diagnose) leiden kann, die sich nicht zwangsläufig aus der Schizophreniediagnose ableiten läßt. Übertragen auf die somatische Medizin hieße dies, daß zum Beispiel ein Krebskranker keine Grippe haben dürfte, die nicht Ausdruck der Krebserkrankung ist.

Allerdings ist anzumerken, daß im Rahmen eines erweiterten Krankheitsverständnisses der alleinige Rückgriff auf Störungssymptome für die Gesundheitsversorgung nicht ausreicht. So wurden in das DSM-IV⁵ Kriterien für „klinische Bedeutsamkeit“ eingeführt. Diese Kriterien beziehen sich auf psychosoziale Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Sie sollen auch helfen, den Stellenwert für eine Diagnose in denjenigen Fällen zu finden, in denen die Symptomatik an sich nicht unbedingt als pathologisch eingeordnet wird.

⁴ Vgl. Finzen, A. & U. Hoffmann-Richter: Schöne neue Diagnosenwelt. Psychiatrische Diagnostik im Zeichen von ICD-10 und DSM-IV. In: Soziale Psychiatrie 26-1 (2002), S. 4–8.

⁵ Siehe Sass, H., Wittchen, H.-U. & M. Zaudig (Hg.): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, Göttingen, Bern: Hogrefe, 1996.

3. Sind kategoriale Diagnosesysteme einer Public Health Perspektive angemessen?

Die für die Gesundheitsplanung gewichtigste Problemstellung in der vorab geführten Diskussion liegt darin, daß der kategoriale Ansatz eine beträchtliche Zahl von Patienten mit subklinischen Störungen aus unseren Planungsüberlegungen ausschließt. So wissen wir zum Beispiel, daß nach standardisierten Diagnosekriterien ca. 2 bis 3 % der Allgemeinbevölkerung unter Zwangsstörungen leiden. Nach diesen Kriterien gelten Zwangsstörungen als chronisches und mit Behinderung einhergehendes Störungsbild, das in der Regel im jungen Erwachsenenalter beginnt. Nach weitergefaßten Diagnosekriterien, die auch vorübergehende subklinische mildere Syndrome beinhalten, leiden ca. 6 % der Allgemeinbevölkerung unter dieser Störung, also ca. dreimal soviel wie nach den engefaßten Kriterien. Hinzu kommt, daß Zwangsstörungen im Sinne von Komorbidität wie bereits oben diskutiert mit zahlreichen anderen Störungen, zum Beispiel somatoformen Störungen, Eßstörungen, Impulskontrollstörungen und Persönlichkeitsstörungen, um nur einige wenige zu nennen, verbunden sind. Dies heißt nicht, daß Patienten mit mildereren und vorübergehenden Störungen nicht unter diesen Störungen leiden würden oder auch keine funktionelle Beeinträchtigung damit verbunden wäre. So wurde zum Beispiel in der vorgenannten ECA-Studie die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage mit verschiedenen Störungsbildern in Bezug gesetzt, insbesondere unter Einschluß sogenannter unterschwelliger Störungen. Die Ergebnisse zeigten, daß „Major Depression“ hoch mit der Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen korreliert war, daß aber eine große Zahl von Menschen mit unterschwelligen Symptomen in der Summe mehr Arbeitsunfähigkeitstage aufwiesen.⁶

3 Beeinflussende Faktoren bei der Inanspruchnahme

Die vorgenannte ECA-Studie liefert uns auch wichtige Befunde im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung. In dieser Studie zeigte sich, daß nur rund 28,5 % aller Personen mit seelischen Störungen das Gesundheitswesen wegen dieser Störung in Anspruch nahmen. Der Anteil variiert allerdings je nach Störungsbild, zum Beispiel über 60 % bei einer Somatisierungsstörung, Schizophrenie und bipolaren Störung, bis zu unter 25 % bei Abhängigkeitserkrankungen.⁷ Diese Zahlen verweisen darauf, daß es in der psychiatrischen Versorgung Einflußfaktoren auf die Inanspruchnahme gibt, die weit darüber hinausreichen, ob eine bestimmte Störung vorhanden ist oder nicht. Einige dieser Einflußfaktoren sollen nachfolgend diskutiert werden.

⁶ Vgl. Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K. & C. K. Tse: Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic study. In: JAMA 264 (1990), S. 2524–2528.

⁷ Vgl. Regier, D. A. & C. T. Kaelber: The epidemiologic catchment area (ECA) program: Studying the prevalence and incidence of psychopathology. In: Tsuang, M. T., Tohen, M. & G. E. P. Zahner (Hg.), Textbook in Psychiatric Epidemiology, New York: Wiley-Liss, 1995, S. 135–155.

Sozioökonomische Indikatoren als Risikofaktoren für die Entstehung wie für den Verlauf seelischer Erkrankungen haben in der epidemiologischen Forschung eine lange Tradition. Eine Großzahl von Studien belegt eine Verbindung zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status, Armut und Arbeitslosigkeit und verschiedenartigsten seelischen Störungen.⁸ Weitgehend ungeklärt ist jedoch bis heute, ob seelische Störungen Folge schlechter Lebensbedingungen oder umgekehrt ein niedriger sozioökonomischer Status Folge seelischer Störungen sind.

Ebenso gut bekannt sind regionale Häufigkeitsunterschiede seelischer Störungen. Regelmäßig finden sich höhere Erkrankungsraten im Vergleich von städtischen zu ländlichen Gebieten. Dies gilt auch bis heute für das (eher biologisch determinierte) Krankheitsbild der Schizophrenie, wie verschiedene Untersuchungen der letzten Jahre gezeigt haben.⁹ Auch hier sind letztlich die Ursachen nicht hinreichend geklärt.

Für die Gesundheitsplanung wurden auf der Basis von Sozialindikatoren Verfahren entwickelt, deren Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungseinrichtungen, vor allem stationär-psychiatrischer Einrichtungen, vorhergesagt werden kann. Jarman¹⁰ setzte die Rate der stationären Aufnahmen und Verweilzeiten in stationär-psychiatrischer Behandlung in Beziehung zu dem Sozialstrukturindex des jeweiligen Versorgungsgebietes. Mit dem hieraus resultierenden sogenannten Jarman-Index kann mit zufriedenstellender Genauigkeit die Zahl psychiatrischer Aufnahmen und Verweilzeiten in den jeweiligen Versorgungsgebieten vorhergesagt werden.¹¹ Die Variablen, die in den Jarman-Index Eingang gefunden haben, wurden mittels einer Umfrage zu Einflußfaktoren auf eine erhöhte Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Leistungen unter britischen Allgemeinärzten ermittelt. Hieraus wurde der sogenann-

⁸ Siehe zum Beispiel Robins, L. N., Locke, B. Z. & D. A. Regier: An Overview of Psychiatric Disorders in America. In: Robins, L. N. & D. A. Regier (Hg.), *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York: The Free Press, 1991, S. 328–366; Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. & M. S. Swartz: The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. In: *American Journal of Psychiatry* 151 (1994), S. 979–986; Power, C. & O. Manor: Explaining social class differences in psychological health among young adults: a longitudinal perspective. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27 (1992), S. 284–291; Weich, S. & G. Lewis: Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. In: *BMJ* 317 (1998), S. 115–119.

⁹ Vgl. Rössler, W.: Schizophrenie – Psychosoziale Einflußfaktoren. In: Helmchen, H., Henn, F. A., Lauter, H. & N. Sartorius (Hg.), *V, Kapitel 9: Psychiatrie der Gegenwart* 4 ed., Heidelberg: Springer Verlag, 2000.

¹⁰ Siehe Jarman, B.: Identification of underprivileged areas. In: *Br. Med. J.* 286 (1983), S. 1705–1708.

¹¹ Vgl. Jarman, B., Hirsch, S. R., White, P. & R. Driscoll: Predicting psychiatric admission rates. In: *Br. Med. J.* 304 (1992), S. 1146–1151; Thornicroft, G.: Social deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilization. In: *British Journal of Psychiatry* 158 (1991), S. 475–484.

te UPA-Score (Underprivileged areas score) gebildet. Mittlerweile liegen die UPA-Scores für alle englischen Distrikte mit einer Größe zwischen 100.000 und 500.000 vor.¹²

Auch in Deutschland wäre dieser Ansatz von großem praktischen Interesse. Trotz seines möglichen Wertes als Planungsinstrument sind jedoch hierzulande bisher keine empirischen Untersuchungen über Eignung und Leistungsfähigkeit von Mikrocensus- oder Sozialstrukturdaten bezüglich ihrer Vorhersagekraft für psychiatrischen Bedarf durchgeführt worden. Dies mag auch damit zusammenhängen, daß in Deutschland gegenwärtig noch keine Ressourcenallokation auf der Basis der jeweiligen Bedarfslage betrieben werden kann.

Zuletzt sei noch ein Einflußfaktor auf die Inanspruchnahme erwähnt, welcher weniger mit den sozioökonomischen Lebensbedingungen der Betroffenen zu tun hat: die Entfernung bzw. die Reisezeit zu einer benötigten Institution. Die Enquêtekommission, die vor ca. 25 Jahren die Versorgungssituation in Deutschland analysiert hat, war davon ausgegangen, daß Inanspruchnehmern eine Reisezeit von einer Stunde zuzumuten sei. Verschiedene eigene Analysen haben allerdings gezeigt, daß dieser Schwellenwert für psychiatrische Patienten bei weitem zu hoch angesetzt ist. Schon nach einer Reisezeit von mehr als einer halben Stunde halbiert sich die Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen. Die geringste Toleranz weisen hierbei Patienten mit Abhängigkeitsstörungen, die höchste Toleranz Patienten mit affektiven Störungen auf.¹³ Dies erstaunt um so mehr, als der gesunde Menschenverstand einem nahelegt, daß stationäre Behandlung nur gesucht wird, wenn dringender Behandlungsbedarf besteht. Diese Vermutung liegt schon deshalb nahe, weil der größte Teil stationär psychiatrischer Aufnahmen Notfallaufnahmen, also keine Wahleintritte darstellen. Welcher schwer nachvollziehbaren Variation die Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen unterliegt, zeigt eine schottische Untersuchung während der Fußballweltmeisterschaft 1990. Während des Endspiels ergab sich eine signifikante Reduktion der Inanspruchnahme der Notfalldienste in allen medizinischen Bereichen, aber besonders im Hinblick auf psychiatrische Notfallsituationen. Es gab keine kompensatorische Inanspruchnahme mit Ausnahme Schizophreniekranker und neurotischer Personen, die gehäuft vor dem Endspiel Hilfe suchten. Nicht erstaunen wird auch, daß die Inanspruchnahme wegen Alkoholproblemen nach dem Spiel zunahm.¹⁴

¹² Vgl. Hirsch, S. R.: *Psychiatric Beds and Resources: Factors Influencing Bed Use and Service Planning*. Report of a Working Party of the Section for Social and Community Psychiatry of the Royal College of Psychiatrists, London: Gaskell, 1988.

¹³ Vgl. Meise, U., Kemmler, G., Kurz, M. & W. Rössler: Die Standortqualität als Grundlage psychiatrischer Versorgungsplanung. In: *Gesundheitswesen (Sonderheft)* 58 (1996) 1, S. 29–37.

¹⁴ Siehe Masterton, G. & A. J. Mander: *Psychiatric emergencies, Scotland and the World Cup finals*. In: *Br. J. Psychiatry* 156 (1990), S. 475–478.

4 Ressourcenallokation I – die Kostenfrage

Die zuvor genannten Beispiele der Inanspruchnahme von stationärer oder Notfallbehandlung lassen erkennen, daß offenbar beträchtlicher Entscheidungsspielraum über die Inanspruchnahme medizinischer Hilfeangebote besteht. Daran knüpft sich unmittelbar die Frage, wie weit die Schwellen zur Inanspruchnahme abgesenkt werden sollen oder müssen, um all die Betroffenen zu erreichen, die einen entsprechenden objektiven Behandlungsbedarf haben, ohne ein Übermaß an Fehlinanspruchnahmen auszulösen. Mag dies noch einigermaßen akzeptabel im Hinblick auf Notfallbehandlungen sein, stellt sich die Frage hinsichtlich stationärer Behandlung anders. Hier ist die Toleranz gegenüber Fehlinanspruchnahmen deutlich geringer, zum einen wegen des hohen Ressourcenverbrauchs stationärer Einrichtungen, aber auch weil sich psychiatrische Behandlung auf das natürliche Lebensumfeld der Betroffenen bezieht, wo die mit vielen psychischen Störungen verbundene kommunikative Störung objektiv und subjektiv am besten behandelt werden kann.

So verglichen wir in einer Untersuchung¹⁵ die Lebensqualität von Schizophreniekranken, die in der Gemeinde leben, mit einer Gruppe von Schizophreniekranken, die langfristig in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus untergebracht sind. In dieser Untersuchung zeigte sich, daß neben der Krankheitssymptomatik, insbesondere depressiver Symptome, vor allen Dingen ein Mangel an sozialer Unterstützung sich negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkte. Die soziale Unterstützung, die den Betroffenen in der Gemeinde gewährt wurde, bestand zu einem großen Teil aus der sozialen Unterstützung professioneller Helfer. Diese und andere Untersuchungen machen deutlich, daß die soziale Dimension psychiatrischer Erkrankungen mindestens ebenso bedeutsam ist – wenn nicht sogar bedeutsamer – als die Krankheitsdimension für sich genommen.

Im Hinblick auf die Kosten verwundert es deshalb auch nicht, daß bei dieser Kohorte Schizophreniekranker, die in der Gemeinde lebten, insbesondere das Ausmaß des sozial-rehabilitativen Versorgungsbedarfes die höchsten Kosten verursachte.¹⁶ Gleichzeitig muß hervorgehoben werden, daß eine umfassende gemeindepsychiatrische Versorgung dieser Patientengruppe einschließlich wiederholter stationärer Aufenthalte während eines Jahres nur 43 % der Kosten einer Langzeitunterbringung dieser Patientengruppe in einem psychiatrischen Krankenhaus verursachen.

¹⁵ Siehe Rössler, W., Salize, H. J., Cucchiaro, G., Reinhard, I. & C. Kernig: Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100 (1999), S. 142–148.

¹⁶ Vgl. Salize, H. J. & W. Rössler: The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation from a German catchment area. In: *British Journal of Psychiatry* 169 (1996), S. 42–48.

Der Kostenanteil von 43 % im Vergleich gemeindepsychiatrischer Behandlung zu stationärer Langzeitbehandlung stimmt exakt mit einer Voruntersuchung von Häfner et al.¹⁷ zur gemeindepsychiatrischen Behandlung Schizophreniekranker im gleichen Versorgungsgebiet aus dem Jahr 1978 überein, wobei sich die Unterschiede zwischen beiden Studien vor allem in der Kostenzusammensetzung gemeindepsychiatrischer Behandlung manifestierten. In unserer Untersuchung der 90er Jahre verursachten die Einrichtungen des beschützten Wohnens mit ca. 40 % nahezu ähnliche Kosten wie die stationären Wiederaufnahmen der betroffenen Schizophreniekranken.¹⁸ In der vorgenannten Untersuchung von Häfner waren diese Kosten gemeindepsychiatrischer Behandlung hauptsächlich bedingt durch die stationären Wiederaufnahmen. In dem 15jährigen Zeitraum zwischen den beiden Untersuchungen ist es zu einem massiven Ausbau gemeindepsychiatrischer Betreuungsinstitutionen mit entsprechender Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer gekommen, aber auch zu einer Kostenverschiebung vom Krankenhaus in Einrichtungen des beschützten Wohnens. Für eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung mag dies nicht von Belang sein, jedoch ist dies gewichtig für die jeweils zuständigen Sozialleistungsträger. Ganz zweifellos hat bei dieser bedeutenden Gruppe chronisch psychisch Kranker eine Verschiebung der Kosten von der Medizin in die Sozialhilfe stattgefunden, die in diesem Bereich des beschützten Wohnens der Hauptfinanzierungsträger ist.

Überhaupt kann man sagen, daß die wechselnden Finanzierungsträger ein Charakteristikum der Psychiatriereform sind und waren, wobei die zuständigen Sozialleistungsträger jeweils die Zuständigkeit zu einem anderen Sozialleistungsträger verschieben wollen. Dies gilt bis in die Neuzeit hinein, wo es zuletzt zur gesetzlichen Verankerung von Soziotherapie zu Lasten der Krankenkassen gekommen ist. In den Jahren vor Einführung dieser Versorgungsmaßnahmen wie auch danach haben die Krankenkassen fortdauernd versucht, sich dieser Verpflichtung zu entledigen.

In der Vergangenheit waren die Krankenkassen hingegen weniger zurückhaltend, den Ausbau körpermedizinischer Leistungen zu unterstützen. Aus der vorgenannten Kostenuntersuchung über die gemeindepsychiatrische Versorgung Schizophreniekranker¹⁹ wissen wir, daß die umfassende Versorgung dieser Patientengruppe während eines Jahres ungefähr die Kosten verursacht, die eine Bypassoperation bei Herzkranken verursacht.²⁰ Wer die Diskussion im Gesundheitswesen verfolgt, wird nicht um-

¹⁷ Vgl. Häfner, H. & W. Buchholz et al.: Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. In: *Nervenarzt* 57 (1986), S. 214–226.

¹⁸ Vgl. Salize & Rössler: A cost evaluation (Anm. 16).

¹⁹ Vgl. ebenda.

²⁰ Vgl. Rössler, W. & H. J. Salize: Gesundheitsökonomische Aspekte moderner Klassifikationssysteme – am Beispiel schizophrener Psychosen. In: Gross, G., Huber, G. & H. Sass, *Moderne psychiatrische Klassifikationssysteme. Implikationen für Diagnose und Therapie, Forschung und Praxis*. 11. Weissnauer Schizophrenie-Symposium am 26. und 27. April 1996 in Bonn, Stuttgart, New York: Schattauer, 1998, S. 67–76.

hin können festzustellen, daß dem fortdauernden Aufbau von neuen Herzzentren mit ungewisser Effektivität wenig Kritik entgegengebracht wird, während psychiatrischen Versorgungsangeboten, deren Wirksamkeit belegt ist, mit Mißtrauen und bestenfalls mit Zurückhaltung begegnet wird.

5 Ressourcenallokation II – die Interessenvertreter

Vermutlich gibt es keine andere Gruppe chronisch Kranker in der Medizin, deren Versorgung zu einem vergleichbar großen Anteil über die Sozialhilfe finanziert wird. Dies hat natürlich auch „rationale“ Gründe, insofern viele chronisch psychisch Kranke aufgrund des häufigen Krankheitsbeginns im jungen Erwachsenenalter oder aufgrund des wechselhaften Krankheitsverlaufes ohne Möglichkeit, eine prognostische Einschätzung des Verlaufs zu geben, vielfach nicht die Anspruchsvoraussetzungen der gesetzlichen Sozialleistungsträger erfüllen. Gleichwohl gibt es auch keine einflußreiche Lobby, die sich für die Interessen psychisch Kranker und deren besonderen Versorgungsbedingungen einsetzt.

Dies hat mit einer Besonderheit der Psychiatrie zu tun, nämlich daß hier wie kaum in einer anderen medizinischen Disziplin bei den Beteiligten, sei es sowohl bei den professionellen Helfern wie auch bei Angehörigen und Betroffenen, wenig Einigkeit darüber besteht, was psychische Störungen überhaupt sind und wie eine psychiatrische Behandlung gegebenenfalls aussehen sollte.²¹

Dies zeigt sich zum Beispiel daran, daß die direkt Betroffenen, das heißt die Angehörigen und die Kranken, jeweils sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber haben können, was „klinisch bedeutsam“ ist, wie wir aus vielen Diskussionen mit ihnen wissen. Angehörige wünschen aus ihrer Sicht verständlicherweise möglichst rechtzeitige, also frühe stationäre Behandlung – ein beachtlicher Teil der Angehörigen Schizophreniekranker erfährt im Vorfeld einer akuten Exacerbation der Erkrankung körperliche Gewalt –, während die Erkrankten häufig vehement stationäre Behandlung zu vermeiden trachten und ihre Ansprüche nicht selten auf dem Rechtswege durchsetzen.

Außerdem ist anzumerken, daß professionelle Helfer der ersten Linie, zum Beispiel Hausärzte, vorzugsweise seelische Störungen nur dann diagnostizieren, wenn sie über eigene Interventions- oder Überweisungsmöglichkeiten zu anderen kompetenten Behandlern verfügen. Verständlicherweise richtet die Fachperson ihr Interesse dann vorrangig auf die Behebung der Störung. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen dabei die von ihr erbrachten medizinischen Leistungen „notwendig“, „ausreichend“ und „zweckmäßig“ sein. Der Begriff des ‘Notwendigen’ bringt zum Ausdruck, daß

²¹ Siehe Lauber, C. & C. Nordt et al.: Lay recommendations on how to treat mental disorders. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36 (2001), S. 553–556.

die Gesundheitsstörung nicht trivial sein soll. Die Begriffe 'ausreichend' und 'zweckmäßig' implizieren, daß mittels dieser Leistungen die Gesundheit erhalten, wiederhergestellt oder der Gesundheitszustand gebessert werden kann.

Diese Zielsetzungen einer Behandlung entsprechen allerdings nicht notwendigerweise den Zielsetzungen der betroffenen Kranken. Wie das für andere chronische Störungsbilder in der Medizin ebenfalls gilt, richtet sich die Aufmerksamkeit der Erkrankten auf ihre durch die chronischen psychischen Störungen beeinträchtigte Lebensqualität. Anerkennung bei den Betroffenen finden deshalb auch in der Regel die psychiatrischen Betreuungsangebote, welche auf die Beseitigung oder Besserung ihrer Defizite im sozial-kommunikativen Bereich gerichtet sind, die den Kernbestand der subjektiv empfundenen Lebensqualität ausmachen.

Wie wenig Übereinstimmung über den Krankheitszustand zwischen den Betroffenen selbst und ihren Therapeuten besteht, hat eine unserer Untersuchungen gezeigt, welche die diesbezügliche Selbsteinschätzung der Patienten mit der Einschätzung ihrer Therapeuten verglichen hat. Neben dem Umstand, daß die chronisch psychisch kranken Patienten in der Regel ihren Zustand besser als ihre Therapeuten einschätzten, stimmten Therapeuten und Betroffene in ihren jeweiligen Einschätzungen nur zu 40 % überein. Die Unterschiede lagen hauptsächlich darin, daß die Therapeuten das Krankheitsgeschehen, das Suchtverhalten und die Compliance der Patienten besonders schwer gewichteten, während die Patienten ihre sozial-kommunikativen Fähigkeiten oder Defizite in den Vordergrund stellten.²²

Insgesamt betrachtet machen diese wenigen Beispiele deutlich, wie vergleichsweise wenig „Gemeinsamkeiten“ die Beteiligten zum Teil haben mit der Folge, daß sie auch ihre gemeinsamen Interessen bei der Ressourcenverteilung nur schwer gegenüber der Öffentlichkeit vertreten können.

Und die Öffentlichkeit hat ihrerseits wiederum recht konkrete Vorstellungen über psychische Störungen und die Ziele einer psychiatrischen Behandlung. So hat sich in einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in der Schweiz gezeigt, daß eine überwältigende Mehrheit im Falle psychischer Erkrankungen eine Zwangsbehandlung favorisiert. Zwischen 60 und 75 % befürworten, daß psychisch Kranken der Führerschein entzogen werden sollte, und zwischen 26 und 39 % stimmen dafür, daß Frauen ein Schwangerschaftsabbruch vorgeschlagen werden sollte, sofern sie jemals in ihrem Leben an einer schweren psychischen Störung gelitten haben. Was noch für die Schweiz von besonderer Bedeutung ist: Je nach Landesteil empfehlen zwischen 18,7 und 35,4 % der Bevölkerung den Entzug des Wahlrechts im Falle einer psychischen Erkrankung.²³

²² Vgl. Eichenberger, A. & W. Rössler: Comparison of self-ratings and therapist ratings of outpatients' psychosocial status. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 188 (2000) 5, S. 297–300.

²³ Vgl. Lauber, C. & C. Nordt et al.: Public acceptance of restrictions on mentally ill people. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102 (2000) Supplementum 407, S. 26–32.

Diese weitgespannten Erwartungen an psychiatrische Behandlung und Versorgung machen deutlich, daß es im Hinblick auf die Ressourcenallokation kaum einen Konsens geben wird. Allerdings dort, wo das Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung besonders groß ist, werden gegebenenfalls auch beträchtliche Ressourcen investiert, um – wie im Falle von Drogenabhängigen oder Sexualstraftätern – einen Ausschluß dieses Personenkreises aus unserem allgemeingesellschaftlichen Leben zu erreichen. Während heutzutage eine offene Ablehnung psychisch Kranker eher selten geworden ist, ist gegenwärtig eher die versteckte Ablehnung psychisch Kranker in vielfältigen Bezügen zu beobachten. Nur aus dieser Ablehnung heraus läßt sich die fortbestehende Benachteiligung chronisch psychisch Kranker in unserem Sozialleistungssystem erklären.

6 Schlußfolgerungen

Fassen wir zusammen:

- Die Psychiatrie weist einige Besonderheiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung auf.
- Wenngleich wir auch aufgrund der standardisierten Diagnosesysteme heutzutage „Einigkeit“ unter Psychiatern erzielen können, ist die Validität psychiatrischer Diagnosen für die sozialpolitische Diskussion jedoch teilweise eingeschränkt.
- Neben psychiatrischen Kernsyndromen, die zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen führen, gibt es eine Reihe von Störungsbildern, die in das Feld normalen menschlichen Erlebens hineinreichen. Aber auch diese Störungsbilder können mit beträchtlichem subjektiven Leiden verbunden sein und entsprechende volkswirtschaftliche Kosten verursachen.
- Die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsangebote wird zu einem beträchtlichen Teil durch sozioökonomische Randbedingungen der Betroffenen gesteuert. Insbesondere mangelnde soziale Unterstützung erhöht das Risiko für eine Inanspruchnahme. Andererseits gibt es auch Bequemlichkeitsfaktoren wie leichte Verfügbarkeit und Erreichbarkeit psychiatrischer Versorgungsinstitutionen, die die Inanspruchnahme signifikant mitbeeinflussen können.
- Die an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten, das heißt die professionellen Helfer, die Angehörigen, die Betroffenen selbst wie auch die Öffentlichkeit, entwickeln jeweils sehr unterschiedliche Vorstellungen über die Ziele psychiatrischer Behandlung und Versorgung.
- Die erschwerte Konsensfindung benachteiligt in der Regel psychisch Kranke und ihre Angehörigen bei der gesamtgesellschaftlichen Diskussion um die Verteilung von Ressourcen. Vor allem sind die Betroffenen aufgrund ihrer Defizite im sozialkommunikativen Bereich nur eingeschränkt in der Lage, ihre Interessen im Rahmen der Diskussion um die Ressourcenallokation eigenständig zu vertreten.

Die hier gemachten kritischen Ausführungen sollen nicht nahelegen, daß es die „Psychiatrie“ überhaupt nicht gibt. Zum einen besteht keinerlei Zweifel über psychiatrische Kernsyndrome, die mit schwerster Einschränkung und Behinderung für die Betroffenen einhergehen. Die Weltgesundheitsorganisation²⁴ geht davon aus, daß nahezu 20 % der weltweiten Krankheitslast chronischer Erkrankungen psychiatrischen Erkrankungen zuzuschreiben sind.

Wenn man auch an der klinischen Bedeutsamkeit mancher psychiatrischer Diagnosen zuweilen zweifeln mag, für die Betroffenen ist mit den Störungen häufig ein erhebliches subjektives Leiden verbunden. Hier wird gelegentlich die Diskussion geführt, ob es sich bei diesen Störungen um sogenannte Befindlichkeitsstörungen handeln mag oder ob diese Störungen Krankheitscharakter haben. Schon aus pragmatischen Gründen wäre es empfehlenswert, Menschen mit psychischen Störungen eine Krankheitsinterpretation nahezulegen, weil schon allein die Krankheitszuschreibung mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen auslöst, als dies der Fall ist, wenn die beobachteten Symptome als Ausdruck einer Lebenskrise betrachtet werden.²⁵

Letzteres mag angesichts galoppierender Kosten im Gesundheitswesen noch erstrebenswert sein, da im Falle einer „Lebenskrise“ vorrangig Heilpraktiker und Naturärzte in Anspruch genommen werden. Dies wäre dann vertretbar, wenn es keine zureichenden Hilfemöglichkeiten gäbe, diese Störungen zu behandeln. Das ist aber nicht der Fall. Die Psychiatrie und die Psychotherapie haben in den letzten zwei, drei Jahrzehnten so enorme Fortschritte gemacht, daß ihre Behandlungsansätze empirisch als wirksam eingestuft werden können. Bleiben diese Störungen unbehandelt, müssen wir damit rechnen, daß Kosten an anderer Stelle des Sozialleistungssystems in erheblichem Umfang entstehen, zum Beispiel durch Fehltag und Krankmeldungen der Betroffenen.

²⁴ Vgl. Murray, C. J. L. & A. D. Lopez: Global mortality, disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study. In: *Lancet* 349 (1997), S. 1436–1442.

²⁵ Siehe Lauber et al.: Lay recommendations (Anm. 21).