

1 Grundlagen

1.1 Ökonomie und Gesundheit

Gesundheitliche Versorgung und ökonomisches Denken und Handeln werden in der öffentlichen Diskussion häufig als Gegensätze betrachtet (Breyer et al. 2003, Brunner 2006, Lüngen 2006). Betriebswirtschaftliche Maßnahmen in Kliniken oder Arztpraxen, Rationierungen bei der Erstattung von Medikamentenkosten und anderen medizinischen Leistungen sowie das wachsende Angebot von privat abgerechneten Gesundheitsleistungen auch für GKV-Patienten werden als Belege für eine zunehmende Orientierung der Gesundheitsversorgung an wirtschaftlichen Kriterien angesehen, die im Widerspruch zu den ethischen Grundsätzen ärztlichen und pflegerischen Handelns stehen (Brunner 2006, Gerber & Lauterbach 2006, Steigleder 2006). Gleichzeitig machen die immer massiver erhobenen Forderungen nach höheren ärztlichen Honoraren, einer Erweiterung der Mittel für die Finanzierung von Krankenhäusern, einer besseren Bezahlung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, aber auch die Warnung vor einer Gefährdung von Arbeitsplätzen in der pharmazeutischen bzw. medizintechnischen Industrie oder einem Mangel an medizinischen Fachkräften deutlich, dass sich das Gesundheitswesen mittlerweile zu einem der wichtigsten Bereiche unserer Volkswirtschaft entwickelt hat (Breyer et al. 2003, Brunner 2006).

Ursache dieser Entwicklung sind demografische, soziale, politische und ökonomische Prozesse, deren Wurzeln weit zurück bis in die Zeit der Industrialisierung reichen, deren heutige Auswirkungen sich aber im wesentlichen in einer zunehmenden Alterung

unserer Gesellschaft und in einer immer schneller verlaufenden Erweiterung medizinisch-technischer Behandlungsmöglichkeiten niederschlagen. Die Veränderung der demografischen Struktur unserer Gesellschaft und der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten verlaufen dabei nicht einfach parallel, sondern beeinflussen sich in vielfältiger Weise gegenseitig. Während der medizinische Fortschritt zur Verlängerung der Lebenserwartung beiträgt, ergibt sich aus einer längeren Lebenserwartung ein zunehmender Bedarf an Gesundheitsleistungen. Eine wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und die sich daraus ergebenden Gewinnmöglichkeiten wirkt wiederum als Motor für die Entwicklung neuer Behandlungsangebote.

Diese, im Bereich des Gesundheitswesens seit dem zweiten Weltkrieg äußerst dynamisch verlaufende Entwicklung könnte als Idealfall eines geglückten Zusammenspiels von Angebot und Nachfrage angesehen werden, wenn Gesundheit ein mit anderen Wirtschaftsgütern, wie z. B. Autos oder Fernsehgeräten, vergleichbar wäre. Die gegenwärtigen Probleme des Gesundheitswesens und die in weiten Teilen unsachgemäß geführte Diskussion über Lösungsmöglichkeiten hängen aber zu einem wesentlichen Teil damit zusammen, dass Gesundheit zwar auch ein Wirtschaftsgut ist, aber im Vergleich mit anderen, materiellen Wirtschaftsgütern eine Reihe von spezifischen Besonderheiten aufweist, durch die sie eine einzigartige Position im Marktgeschehen einnimmt (Lüngen 2006).

Gesundheit ist ein wesentlicher Aspekt der menschlichen Existenz. Ein Verzicht auf eine Gesundheitsleistung oder deren Verweigerung kann tödliche Konsequenzen haben. Gesundheit bildet gleichzeitig die Basis der

1 Grundlagen

menschlichen Produktivität und damit jeder wirtschaftlichen Aktivität. Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit bilden folglich eine wesentliche Voraussetzung für individuellen Wohlstand und die Leistungsfähigkeit der gesamten Volkswirtschaft. Schließlich hat Gesundheit in der Gegenwart eine wichtige symbolische Bedeutung als Ausdruck individueller Leistungsfähigkeit und Attraktivität (Breyer et al. 2003). Ohne an dieser Stelle auf die historischen Prozesse eingehen zu können, die zur Ausbildung der verschiedenen Systeme zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen geführt haben, lässt sich feststellen, dass aufgrund der einzigartigen individuellen und sozialen Bedeutung der Gesundheit keine moderne Gesellschaft bei der Verteilung von Ressourcen für das Gesundheitswesen allein auf die Kräfte des freien Marktes vertraut (Salize & Rössler 1998). Somit stellt sich für alle modernen Gesellschaften das Problem, darüber zu entscheiden, welcher Anteil der knappen volkswirtschaftlichen Ressourcen in welcher Weise für die öffentliche Gesundheitsversorgung ausgegeben werden soll.

Am Beispiel der psychiatrischen Versorgung lässt sich zeigen, weshalb trotz einer steten Steigerung der wirtschaftlichen Produktivität und damit der für die Gesundheitsversorgung verfügbaren Ressourcen diese Entscheidungsprozesse in den letzten Jahren immer schwieriger werden. Bis zum Ende der 1950er Jahre standen nur relativ wenige Optionen zur Behandlung psychischer Störungen zur Verfügung. Der größte Teil der chronisch psychisch Kranken war mehr oder weniger dauerhaft in psychiatrischen Anstalten untergebracht, leichtere Formen psychischer Störungen blieben weitgehend unbehandelt (Rose 2007, Schott & Tölle 2006, Shorter 2002). Mit der Entdeckung der ersten antipsychotisch wirksamen Medikamente ergaben sich insbesondere für Patienten mit schizophrenen Störungen ab den 1960er Jahren erheblich erweiterte Möglichkeiten der stationären, vor allem aber auch

der nichtstationären Behandlung (Schott & Tölle 2006, Shorter 2002). Mit dem Einsetzen der Psychiatriereform im Verlauf der 1970er Jahre wurde dann zunehmend die Forderung einer Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes von stationären auf ambulante Behandlungsangebote erhoben. Gleichzeitig wurden immer anspruchsvollere Behandlungsziele formuliert. Neben der Reduzierung der Primärsymptomatik und der Vermeidung von stationären Krankenhauseinweisungen richtete sich die Behandlung zunehmend auf die Förderung der sozialen und beruflichen Rehabilitation und schließlich auf die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten (Angermeyer & Kilian 2006, Kilian & Angermeyer 1999). Zum Erreichen dieser erweiterten Behandlungsziele war ein deutlicher Ausbau ambulanter Behandlungsangebote notwendig (Häfner 1987, 2000, Häfner & an der Heiden 1989, 1991, Salize et al. 2007, vgl. Kap. 1.3). Im Verlauf der 1990er Jahre wurde eine Reihe neuer antipsychotischer und antidepressiver Substanzen entwickelt, die im Vergleich zu den bis dahin bekannten Medikamenten eine erheblich bessere Verträglichkeit versprachen (Rose 2007). Durch diese Neuentwicklungen wurde die Hoffnung auf eine deutliche Steigerung der Rehabilitationsmöglichkeiten und der Lebensqualität der Patienten geweckt (Angermeyer et al. 2006).

Obwohl die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung seit den 1960er Jahren mit einer dramatischen Reduzierung der Bettenkapazitäten psychiatrischer Krankenhäuser einherging (vgl. Kap. 1.3.4), ist der zu Anfang dieser Entwicklung von vielen Experten erwartete Effekt einer Reduzierung der psychiatrischen Versorgungsausgaben niemals eingetreten (Häfner 1987), sondern analog zu den übrigen Bereichen des Gesundheitswesens sind auch die Ausgaben für die psychiatrische Versorgung stetig gestiegen. Die Gründe dieser Ausgabensteigerung liegen – wie in den anderen Bereichen des Gesundheitswesens auch – in der Wechselwirkung

zwischen steigenden Ansprüchen an Umfang und Qualität der psychiatrischen Behandlung und der immer schnelleren Ausweitung der Behandlungsoptionen (Brunner 2006, Marckmann 2006). Gleichzeitig setzt ein derartiger Wachstumsprozess immer auch eine steigende Bereitschaft voraus, Ressourcen statt für den Konsum anderer Güter für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen auszugeben (Breyer et al. 2003). Auch diese Bereitschaft wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Neben dem allgemeinen Wirtschaftswachstum können hier z. B. veränderte Einstellungen der Bevölkerung zur Bedeutung von Gesundheit oder gegenüber bestimmten Behandlungsmethoden eine Rolle spielen (Breyer et al. 2003). So wurden in den letzten zehn Jahren national und international vielfältige Bemühungen unternommen, die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu reduzieren und die Akzeptanz von psychopharmakologischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmethoden in der Gesamtbevölkerung zu verbessern. Als eine Folge dieser Bemühungen ist in mehreren Ländern eine Steigerung der Behandlungsquote psychischer Erkrankungen zu verzeichnen (Kessler et al. 2005, Kovess-Masfety et al. 2007, Rose 2007, Wittchen & Jacobi 2001).

Für die durch die gesetzliche Krankenversicherung oder andere öffentliche Mittel finanzierten Gesundheitsleistungen wird diese – in der Gesundheitsökonomie als „Zahlungsbereitschaft“ (vgl. Kap 5.2) bezeichnete – Bereitschaft zur Aufwendung von gesellschaftlichen Ressourcen für Gesundheitsleistungen durch die jeweils dafür geschaffenen und politisch legitimierten Institutionen festgelegt. Auch wenn dadurch der Einfluss des individuellen Inanspruchnehmers von Gesundheitsleistungen auf die Festlegung der Höhe und Grenzen der Zahlungsbereitschaft gering ist, setzt der notwendige politische Legitimationsprozess, den diese Institutionen durchlaufen müssen, einen gewissen gesellschaftlichen Konsens über diese Frage voraus. Die lebhaft öf-

fentliche Diskussion über Gesundheitsausgaben und notwendige Reformen im Gesundheitswesen zeigt, dass an dieser Konsensbildung vielfältige gesellschaftliche Gruppen und Kräfte beteiligt sind.

Die gegenwärtige Zuspitzung des Konsensbildungsprozesses ergibt sich vor allem daraus, dass wegen des relativ geringen Wirtschaftswachstums der Ressourcenzuwachs, der für eine Erhöhung von Gesundheitsausgaben zur Verfügung steht, geringer ist als in Zeiten dauerhaft hoher Wachstumsraten. Gleichzeitig gerät das auf dem so genannten Solidarprinzip basierende System der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Kap 1.3.5) dadurch in Bedrängnis, dass aufgrund der Alterung der Gesellschaft und dauerhaft hoher Arbeitslosenraten die Finanzierung von Gesundheitsleistungen auf einer sinkenden Zahl von im aktiven Erwerbsleben stehenden Menschen lastet (Brunner 2006, Marckmann 2006). Wegen der dualen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer wirkt sich diese Entwicklung auf die Lohnkosten und damit negativ auf die Konkurrenzfähigkeit der Wirtschaft und die wirtschaftliche Wachstumsrate aus.

Da als Folge dieser Entwicklung die Gesundheitsausgaben zunehmend in Konkurrenz zu anderen Arten der Ressourcenverwendung geraten, besteht die Notwendigkeit der Prioritätensetzung (Marckmann 2006). Im Rahmen einer solchen Prioritätensetzung muss entschieden werden, ob der Anteil der für Gesundheitsausgaben aufgewendeten Ressourcen auf Kosten der Ressourcenverwendung in anderen gesellschaftlichen Bereichen (z. B. für den privaten Konsum oder für das Bildungswesen) erhöht wird oder ob auf eine im Vergleich zum allgemeinen Wirtschaftswachstum überproportionale Steigerung der Gesundheitsausgaben verzichtet werden soll (Marckmann 2006). Da eine Umverteilung der gesamtgesellschaftlichen Ressourcenverwendung immer nur in begrenztem Umfang möglich und wün-

schenswert ist und da zudem die von einer Steigerung des Ressourcenverbrauchs im Gesundheitswesen zu erwartende Steigerung des Nutzens dieser Leistungen nach dem ökonomischen Gesetz des abnehmenden Grenznutzens immer geringer wird, besteht gegenwärtig ein weitgehender gesellschaftlicher Konsens dahingehend, dass eine Begrenzung der Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen notwendig ist (Brunner 2006, Gerber & Lauterbach 2006, Marckmann 2006).

Bei der Option für eine Beschränkung der Ausgabensteigerung muss entschieden werden, ob diese Beschränkung eher dadurch erreicht werden soll, dass Ausgaben ab einer bestimmten Höhe gekappt, oder ob die Effizienz der Ressourcenverwendung, also das Verhältnis von Kosten und Nutzen der Gesundheitsversorgung, verbessert werden soll. Der erste Fall bedeutet die *Rationierung*, der zweite die *Rationalisierung* von Gesundheitsausgaben (Gerber & Lauterbach 2006, Marckmann 2006). Im Zuge der gegenwärtigen Bemühungen zur Kostendämpfung werden in Deutschland vorwiegend Maßnahmen zur Rationierung von Gesundheitsleistungen präferiert.

Zum einen handelt es sich dabei um implizite Rationierungsmaßnahmen (Marckmann 2006), bei denen entweder die Erbringer oder die Inanspruchnehmer von Gesundheitsleistungen dazu motiviert werden, die Leistungen bzw. die Inanspruchnahme individuell zu begrenzen. Zum anderen werden explizite Rationierungsmaßnahmen angewandt, bei denen die Leistungsbegrenzung durch allgemein verbindliche Regelungen erfolgt. Beispiele für implizite Rationierungsmaßnahmen sind die Budgetierung von Ausgabenbereichen oder die Erhebung von Praxis bzw. Rezeptgebühren. Beispiele für explizite Rationierungsmaßnahmen sind die Erstattungsregeln der Gesetzlichen Krankenversicherung. Obwohl auch für die Rationierung von Gesundheitsleistungen gute Gründe sprechen (Marckmann 2006), erscheint aus gesundheitsökonomischer Sicht

die *Rationalisierung* von Gesundheitsleistungen grundsätzlich besser geeignet, die Gesundheitsversorgung zu optimieren, weil sie im Vergleich zu Maßnahmen der *Rationierung* die Gefahr ineffizienter Ressourcenverwendung reduziert (Breyer et al. 2003).

Die Bewertung der Effizienz von Gesundheitsleistungen – die unabdingbare Voraussetzung von Rationalisierungsbemühungen – ist jedoch mit einer Vielzahl von methodischen Problemen verbunden, die gegenwärtig keineswegs vollständig zufrieden stellend gelöst sind (Marckmann 2006).

Die Erörterung und Bewertung dieser Probleme sowie der Ansätze zu ihrer Bearbeitung bilden den Gegenstand dieses Buches. Die psychiatrische Versorgung ist zu solch einer Darstellung sehr viel besser geeignet als andere Bereiche der Gesundheitsversorgung, da sich im Bereich der psychischen Störungen die ethischen, konzeptionellen und methodischen Aspekte des Spannungsfelds Gesundheit und Ökonomie brennglasartig bündeln.

1.2 Die Ausgaben für die psychiatrische Versorgung in Deutschland

Die Diskussion um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen konzentriert sich in der Regel auf die Ausgaben der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie weiterer, für die Gesundheitsversorgung relevanter Träger. Zwar sind die Ausgaben, die innerhalb des Gesundheitssystems für die medizinische Versorgung von Patienten ausgegeben werden, natürlich immer auch Kosten – und in der Regel deren Löwenanteil –, aber die Kosten einer Erkrankung oder deren Versorgung erschöpfen sich nicht vollständig in dem, was Finanzierungs- und Einrichtungsträger oder Betroffene für die Behandlung, Rehabilitation oder Prävention aufbringen.

1.2 Die Ausgaben für die psychiatrische Versorgung in Deutschland

Dies wird in der gesundheitspolitischen Debatte, in der der Kostenbegriff inflationär und oft relativ unscharf gebraucht wird, leider häufig übersehen (s. Kap. 2.1). Nichtsdestotrotz ist es wichtig, sich an der absoluten und relativen Höhe der Gesundheitsausgaben allgemein und der für die psychiatrische Versorgung speziell in Deutschland zu orientieren, um sich ein Bild von den finanziellen Dimensionen, um die es geht, zu machen. Mit Ausgaben sind im Folgenden stets direkte medizinische Kosten gemeint.

Deutschland liegt bei den Ausgaben für die Gesundheitsversorgung international in der Spitzengruppe. Im Jahr 2006 wurden insgesamt 236,94 Mrd. € und damit 10,6 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. Lediglich die USA (15,3 %), die Schweiz (11,3 %) und Frankreich (11,1 %) brachten mehr Mittel für die Gesundheitsversorgung auf (Statistisches Bundesamt 2008). Für die Be-

handlung von Erkrankungen des Kapitels V der International Classification of Disease (ICD-10), die die psychischen und Verhaltensstörungen umfassen (F00–F99) wurden in Deutschland im Jahr 2006 26,7 Mrd. € ausgegeben (Statistisches Bundesamt 2008). Damit lagen unter den ICD-10-Hauptgruppen die Ausgaben für psychiatrische Erkrankungen im Jahre 2006 nach den Herz-Kreislauferkrankungen und den Erkrankungen des Verdauungssystems erstmals an dritter Stelle, nachdem sie in den Berichten der vorausgegangenen Jahre jeweils die vierte Position eingenommen hatten (Abb. 1.1).

Im Zeitraum von 2002 bis 2006 haben sich damit die Ausgaben für psychiatrische Erkrankungen um 14 % erhöht, während der Anstieg aller Gesundheitsausgaben in diesem Zeitraum bei lediglich 7,8 % lag (Statistisches Bundesamt 2008). Als Folge dieses überproportionalen Anstiegs wuchs der Anteil der Ausgaben für die psychiatri-

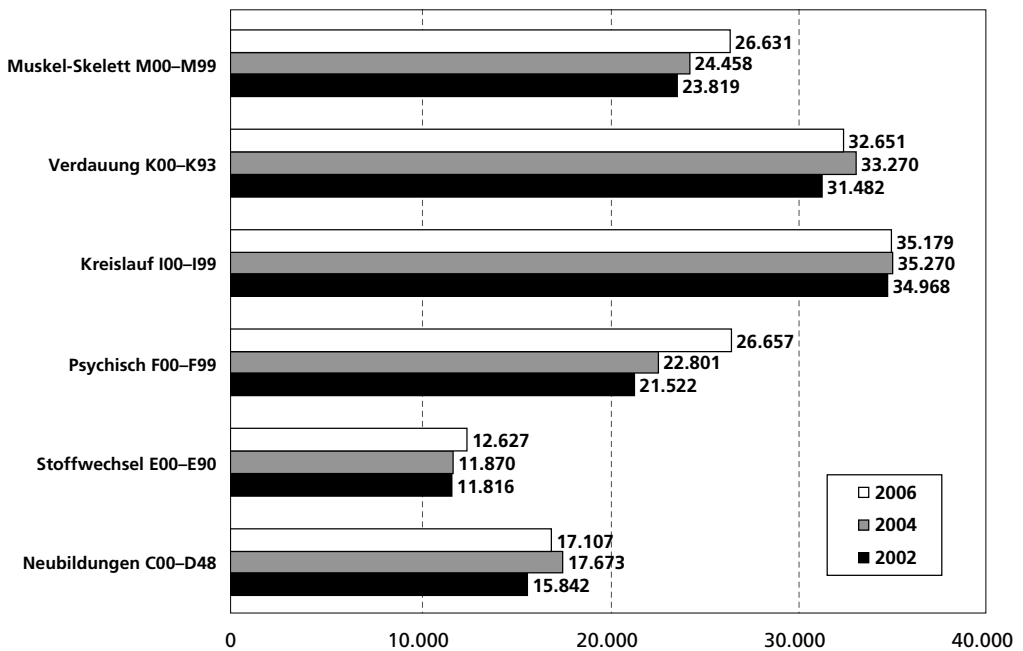


Abb. 1.1: Ausgaben für die wichtigsten Krankheitsgruppen (ICD-10) in Deutschland 2002–2006 in Mrd. € (Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2008)

1 Grundlagen

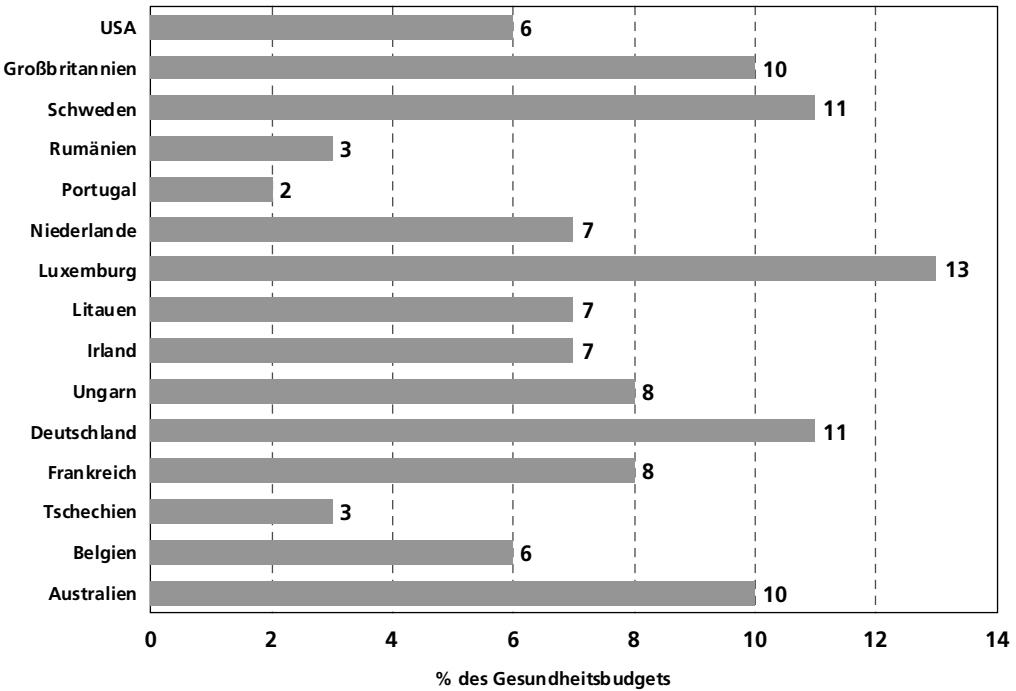


Abb. 1.2: Anteil der Ausgaben für die psychiatrische Versorgung an den Gesundheitsausgaben (im Jahr 2005) im internationalen Vergleich (Datenquelle: WHO 2009)

sche Versorgung an den Gesundheitsausgaben von 9,8 % im Jahr 2002 auf 11,3 % im Jahr 2006. Damit liegen auch die Anteile der psychiatrischen Ausgaben am medizinischen Gesamtbudget in Deutschland deutlich über dem internationalen Durchschnitt (Abb. 1.2). Lediglich Schweden (11 %) und Luxemburg (13 %) wiesen 2005 einen vergleichbar hohen oder höheren Ausgabenanteil für die psychiatrische Versorgung auf (WHO 2009).

Die differenzierte Betrachtung der Ausgaben für die psychiatrische Versorgung nach einzelnen psychischen Störungsbildern (ICD-10 F-Hauptgruppen) zeigt, dass im Jahr 2006 mit 9,8 Mrd. € allein 37 % der Ausgaben im Bereich der organischen psychischen Erkrankungen anfielen (Abb. 1.3). Den Hauptanteil machten mit 8,6 Mrd. € die Ausgaben für Demenzerkrankungen aus (Statistisches Bun-

desamt 2008). Der zweitgrößte Anteil entfiel mit 5,1 Mrd. € bzw. 19 % auf die Gruppe der affektiven Störungen, zu der mit 4,2 Mrd. € vor allem die depressiven Störungen gehören. An dritter Stelle folgten mit 2,9 Mrd. € oder 11 % die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurden 2,9 Mrd. € bzw. ca. 11 % aufgebracht und für Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen 2,7 Mrd. € bzw. 10 % der psychiatrischen Gesamtausgaben. Die verbleibenden 3,2 Mrd. € bzw. 12 % der Ausgaben verteilten sich auf die restlichen psychiatrischen Krankheitsgruppen der ICD-10-Ziffern F50 bis F99.

Bei den psychiatrischen Gesamtausgaben wurde im Jahr 2006 mit 27 % am meisten für den Bereich der stationären Pflege ausgegeben, was im wesentlichen durch den hohen

1.2 Die Ausgaben für die psychiatrische Versorgung in Deutschland

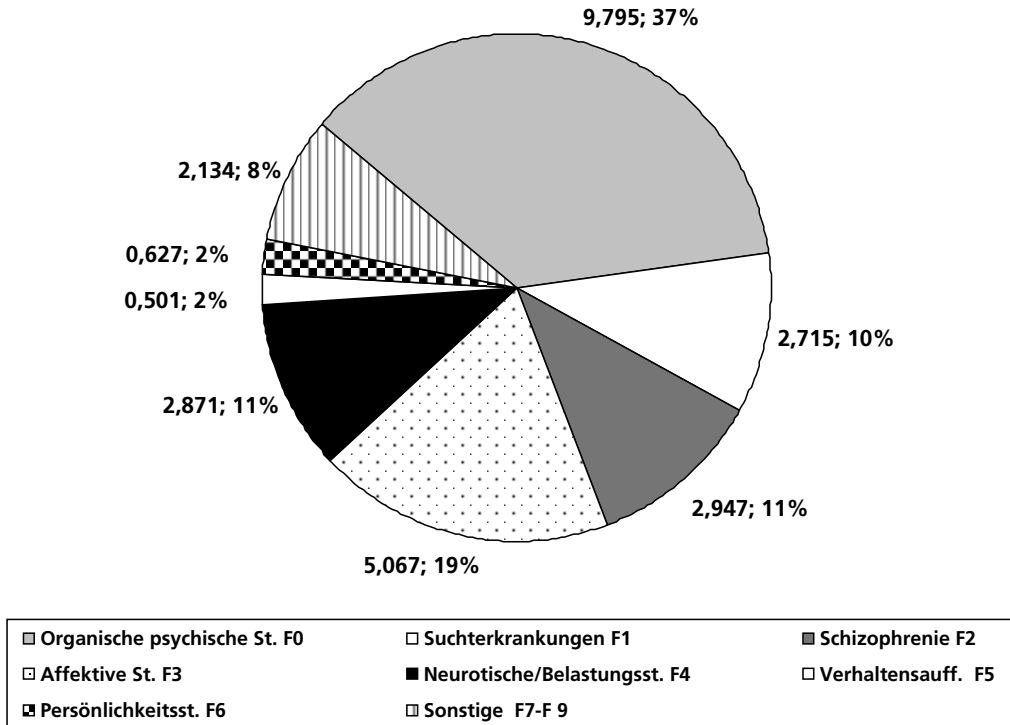


Abb. 1.3: Ausgaben für die psychiatrische Versorgung nach Störungsbildern in Deutschland 2006 (in Mrd. € und Anteilen an allen psychiatrischen Gesamtausgaben)

Anteil der Demenzerkrankungen bedingt ist. Demgegenüber wurden für stationäre Krankenhausbehandlungen nur 26,5 %, für Medikamente im ambulanten Bereich 10,6 % und für die ambulante ärztlich-psychiatrische Behandlung nur 7,3 % der psychiatrischen Gesamtausgaben aufgewendet. Von den übrigen Ausgaben entfielen 6,4 % auf die Rehabilitation, 5,6 % auf die ambulante Pflege und 3,3 % auf psychologische und sonstige private Praxen. Diese Anteile unterscheiden sich zwischen den einzelnen psychischen Störungen ganz erheblich. So entfallen bei den Suchterkrankungen und den neurotischen Störungen die jeweils größten Kostenanteile auf die Krankenhausbehandlung (37,9 % bzw. 29,7 %) gefolgt von den Kostenanteilen für die Rehabilitation mit 21,5 % bzw. 19 %. Bei den schizophrenen und affektiven Störungen dominieren die Krankenhausbehandlungen mit 51 % bzw. 44 % sowie die Ausgaben für die ambulante Medikation mit 24,8 % bzw. 19,1 %. Auffällig ist, dass von den Ausgaben für die Schizophreniebehandlung nur 4 % an Arzt- sowie 0,5 % an psychologische und sonstige Praxen gehen und lediglich 0,7 % in die Rehabilitation fließen (Statistisches Bundesamt 2008).

Abbildung 1.4 zeigt die Ausgabenanteile in den einzelnen Versorgungsbereichen für schizophrene Erkrankungen zwischen 2002 und 2006. Größere Veränderungen zeigten sich in der stationären Behandlung deren Anteil sich von 2002 nach 2004 zunächst von 54,1 % auf 56,2 % erhöhte, um bis 2006 auf 41,3 % zu sinken. Gleichzeitig stieg der Ausgabenanteil für die im ambulanten Bereich verschriebenen Medikamente kontinuierlich

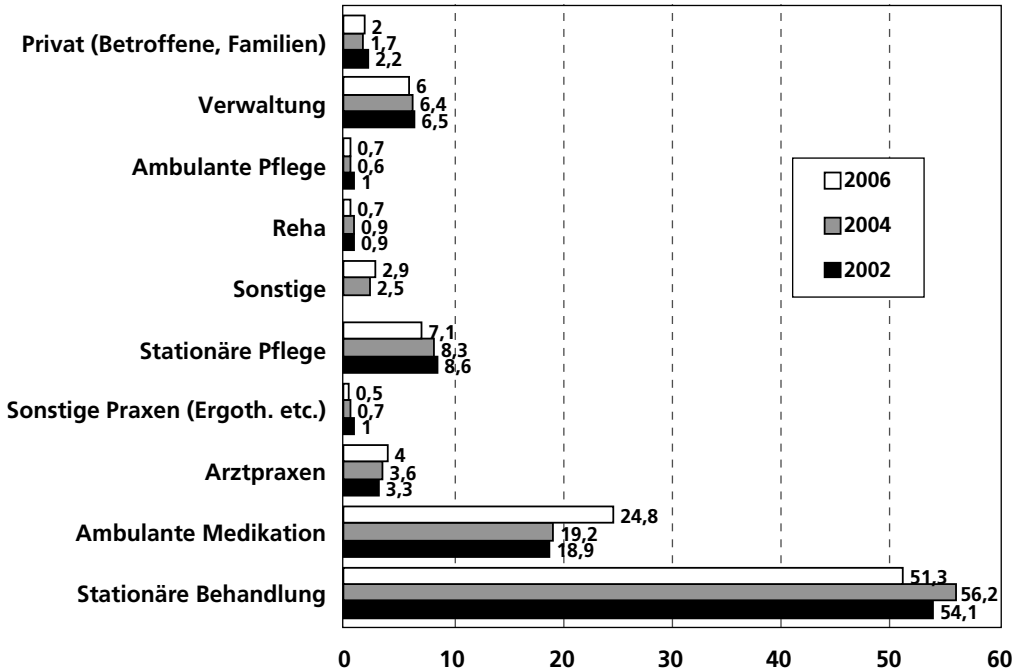


Abb. 1.4: Veränderung der Ausgabenanteile pro Versorgungsbereich bei schizophrenen Erkrankungen in Deutschland zwischen 2002 und 2006 (in % an den gesamten jährlichen Ausgaben für die Schizophreniebehandlung)

von 18,9 % im Jahr 2002 auf 24,8 % im Jahr 2006. Ein leichter Rückgang ergab sich bei der stationären Pflege, während der Ausgabenanteil der ambulanten Arztpraxen geringfügig von 3,3 % im Jahr 2002 auf 4 % im Jahr 2006 anstieg (Statistisches Bundesamt 2008). Bei den affektiven Erkrankungen stiegen dagegen die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung um den gleichen Prozentsatz, um den sie bei den schizophrenen Störungen fielen. Die Ausgabenanteile für die im ambulanten Bereich verschriebenen Medikamente sowie für Rehabilitation blieben dagegen unverändert, während die Anteile für die ambulanten ärztlichen und sonstigen Praxen leicht zurückgingen (Statistisches Bundesamt 2008; Abb. 1.5).

Als Fazit lässt sich feststellen, dass gegenwärtig mit 11 % des Gesundheitsbudgets und ca. 1,1 % des Bruttoinlandsproduktes

in Deutschland ein im internationalen Vergleich sehr hoher Anteil der erwirtschafteten Ressourcen für die Versorgung psychischer Störungen ausgegeben wird.

Da methodenbedingt die dieser Schlussfolgerung zugrunde liegenden Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Ausgaben für die komplementäre psychiatrische Versorgung nur zum Teil beinhalten (vgl. Kap. 3.1), unterschätzen diese Zahlen den tatsächliche Anteil der Ausgaben für die psychiatrische Versorgung am Bruttoinlandsprodukt noch. Der Ausgabenanteil, den die psychiatrischen Störungen innerhalb der Gesamtheit der medizinischen Krankheitsbilder einnehmen (vgl. Abb. 1.1) entspricht vermutlich der tatsächlichen epidemiologischen Krankheitsbelastung.

Angesichts der weltweiten Spitzenstellung hinsichtlich der für die psychiatrische Ver-

1.2 Die Ausgaben für die psychiatrische Versorgung in Deutschland

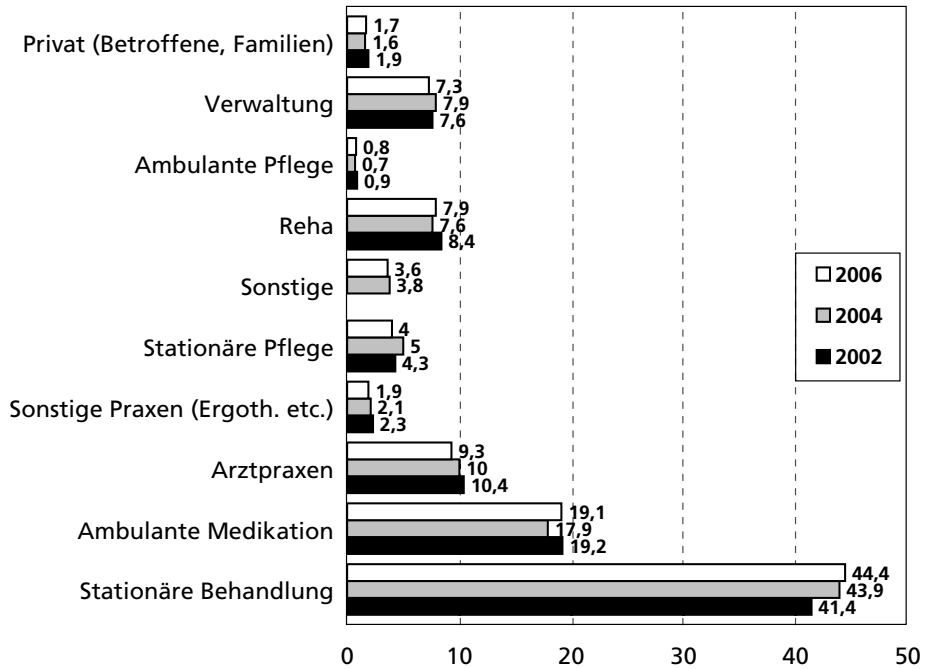


Abb. 1.5: Veränderung der Ausgabenanteile pro Versorgungsbereich bei affektiven Erkrankungen in Deutschland zwischen 2002 und 2006 (in % an den gesamten jährlichen Ausgaben für die Behandlung affektiver Störungen)

sorgung in Deutschland aufgebracht Ressourcen stellt sich natürlich die Frage, ob die Versorgungsqualität diesem finanziellen Aufwand entspricht. Da es bisher keine festgelegten, allgemeingültigen Kriterien für die Qualität psychiatrischer Versorgungssysteme und damit auch kaum einschlägige Untersuchungen gibt, ist dies nur schwer anhand von Vergleichsdaten zu beurteilen.

Einige Hinweise liefern jedoch Analysen, die im Rahmen des so genannten ESEMeD/MHEDEA-Projektes, einer europaweiten Vergleichsstudie verschiedener psychiatrischer Versorgungssysteme (Alonso et al. 2002, 2004 und 2007, Kovess-Masfety et al. 2007, Fernandez et al. 2007, Wang et al. 2007). Diese zeigen u. a., dass von sechs europäischen Ländern Deutschland zwar anteilig am Gesundheitsbudget die höchsten Ausgaben für die psychiatrische Versorgung

aufweist, bei der Behandlungsquote, d. h. dem Anteil der psychisch Kranken, die eine entsprechende Behandlung erfahren, jedoch mit 46,3 % nur den dritten Rang einnimmt (nach den Niederlanden mit einer Behandlungsquote von 57,9 % und Belgien mit 47,8 %). Niedrigere Behandlungsquoten haben Frankreich (45,5 %), Spanien (38,5 %) und Italien (32,6 %, Kovess-Masfety et al. 2007). Auch hinsichtlich der Qualität der Behandlung von Depression und Angststörungen nimmt Deutschland trotz hoher Ausgaben keineswegs einen Spitzenrang ein, sondern bewegt sich allenfalls im oberen Mittelfeld (Fernandez et al. 2007). Angesichts dieser Befunde lässt sich – bei aller gebotener Vorsicht hinsichtlich der Interpretation solcher Daten – die Schlussfolgerung ziehen, dass nicht der Mangel an finanziellen Ressourcen ein Problem in der psychiatri-

schen Versorgung in Deutschland darstellt, sondern eher deren suboptimaler Einsatz. So muss für die Behandlung depressiver und schizophrener Erkrankungen die Frage gestellt werden, warum trotz des allgemeinen Bekenntnisses zum Vorrang ambulanter Versorgung nach wie vor mehr als die Hälfte der aufgewendeten Ressourcen für die stationäre Krankenhausbehandlung ausgegeben wird, wohingegen die Ausgaben für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Behandlung sowie für die Rehabilitation verschwindend gering bleiben. Ebenso stellt sich die Frage, ob der massive Anstieg der Ausgaben für die außerstationäre Medikation insbesondere im Bereich der Schizophreniebehandlung mit einer entsprechenden Verbesserung der Behandlungsergebnisse verbunden ist (Kilian & Becker 2005, Weinmann 2008, vgl. Kap. 6.1).

Solche Fragen lassen die Notwendigkeit gesundheitsökonomischer Analysen der Versorgung psychisch Kranker offensichtlich werden. Dieses Buch widmet sich diesen Fragen.

1.3 Das psychiatrische Versorgungssystem – Strukturbesonderheiten und Fragmentierung

Die spezifische Struktur eines medizinischen Versorgungsnetzes steht in enger Wechselwirkung zu den Finanzierungsweisen des jeweiligen Systems und den darin verlaufenden Kostenströmen. Auf die Versorgung psychisch Kranker trifft dies in ganz besonderem Maße zu. Eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch Kranker erfordert ein differenziertes Netz von Versorgungseinrichtungen, die nicht nur die engere medizinisch-therapeutische Behandlung sicherstellen, sondern sich je nach psychiatrischem Krankheitsbild in unterschiedlichster Weise auch auf die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit erstrecken. Das unterscheidet die psychiatrische Versorgung von den meisten anderen medizinischen Disziplinen, in denen eine so weitreichende Versorgungsstruktur nicht vorgehalten wird.

Tab. 1.1: Kerneinrichtungen und Dienste der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland (Gemeindepsychiatrischer Verbund)

Versorgungsbereich	Einrichtung
Stationäre Versorgung	Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus Psychiatrisches Fachkrankenhaus Psychiatrische Tages-/Nachtambulanz
Ambulante Versorgung	Niedergelassener Psychiater/Nervenarzt Niedergelassener Psychotherapeut Psychiatrische Institutsambulanz
Komplementäre Versorgung	Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi) Tagesstätte
Wohnen	Betreutes Einzelwohnen/Betreute Wohngemeinschaft Psychiatrisches Wohnheim/Familienpflege
Arbeit	Beschützte Werkstätte, Werkstatt für Behinderte (WfB) Arbeitsrehabilitationsdienste/Integrationsfirmen Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK)