

<sup>4</sup> Kickbusch, I. / Wenzel, E.: Risikoverhalten – die alltägliche Gesundheitsbewegung. Forum für Medizin und Gesundheitspolitik, H. 17 (1981), S. 33.

<sup>5</sup> Baier, H.: Gesundheit – öffentliches oder privates Gut? Über die Entfremdung des Arztberufes im Sozialstaat. In: Schaefer, H. u. a. (Eds.): Gesundheitspolitik. Historische und zeitkritische Analysen. Köln 1984, S. 147.

<sup>6</sup> Baier, H., ebd.

<sup>7</sup> Vgl. Gethmann, C. F.: Heilen: Können und Wissen. Zu den philosophischen Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin. In: Beckmann, J. P. (Ed.): Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik. Berlin/New York 1995, S. 85ff.

<sup>8</sup> Kamlah, W.: Philosophische Anthropologie. Sprachliche Grundlegung und Ethik. Mannheim 1973, S. 95.

<sup>9</sup> Vgl. Mittelstraß, J.: Freiheit und Verantwortung. Der Bürger in der zivilen Gesellschaft. In: Sauberzweig, D. / Laitenberger, W. (Eds.): Stadt der Zukunft – Zukunft der Stadt. Baden-Baden 1998, S. 131–139.

<sup>10</sup> Lorenz, K.: Vom Sein und vom Sollen. In: F. Hiller (Ed.): Normen und Werte. Heidelberg 1982, S. 16.

## Gesundheit zwischen Anspruch und Realität – aus der Sicht des Psychiaters

Hanfried Helmchen

Der Anspruch des gesunden Menschen auf selbstbestimmte soziale Teilhabe und Unabhängigkeit wird durch psychische Krankheit oft erheblich beeinträchtigt oder gar zunichte gemacht. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die psychische Krankheit früh beginnt und den jungen Menschen vor Abschluss seiner beruflichen Etablierung trifft, oder wenn lange Dauer oder häufige Rückfälle zum Verlust des Arbeitsplatzes und zu sozialer Diskriminierung oder gar zu Hilfsbedürftigkeit und völliger Abhängigkeit von anderen führen. Durch umfassende Unterstützung bei der Überwindung seiner Krankheit sowie im Umgang mit ihr und ihren Folgen sucht die Psychiatrie dem psychisch Kranken dabei zu helfen den Anspruch jedes Gesunden zu realisieren.

Damit ist neben dem Anspruch des psychisch Kranken auch der Anspruch der Psychiatrie genannt. Sie hat sich in den letzten 200, vor allem aber in den letzten 50 Jahren von einer fürsorgenden (und auch verwahrenden) zu einer therapeutisch und präventiv erfolgreichen Disziplin entwickelt. Insbesondere können (1) *akute* psychische Krisen und *Erkrankungen* – so wie auch sonst in der Akutmedizin – heute kurativ gut beherrscht werden. Auch vermag (2) die wirksame und deshalb heute als Standard angesehene Kombination von medikamentös-symptomsuppressiven, psychotherapeutisch-supportiven und rehabilitativ-kompensierenden Interventionen, *Rückfällen*, zu der viele psychische Krankheiten neigen, und auch deren *Chronifi-*

zierung vorzubeugen. Leider ist die Therapie jedoch nicht in allen Fällen und nicht immer in ausreichendem Maße erfolgreich. Erst recht kann die Psychiatrie (3) *anhaltende Behinderungen* vielfach noch nicht so kompensieren, dass dem Gros dieser psychisch Kranken eine selbstbestimmte soziale Teilhabe gelingt. Deshalb gehört es zum Anspruch der Psychiatrie,

1. durch *Forschung* die Möglichkeiten der Vorbeugung psychischer Krankheit sowie die Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker zu verbessern, und sich zu diesem Zweck wissenschaftlich erfolgreich von einer beschreibenden zu einer therapeutisch und kausal-analytisch forschenden Disziplin zu entwickeln, aber auch
2. durch vollständige *Umsetzung* des bereits bekannten Wissens *in die Praxis* die Versorgung und damit die Situation und das Los der psychisch Kranken weiter zu verbessern.
3. Schließlich ist Teil dieses Anspruches, über das Erscheinungsbild, das Ausmaß und die gesellschaftlichen Folgen psychischer Krankheit zu informieren, um den Angehörigen die Versorgungslast zu erleichtern und gesellschaftlicher Diskriminierung entgegenzuwirken.

Dazu sei nur schlaglichtartig erwähnt,

1. dass *Depressionen* mit einer Häufigkeit von mehr als 10 Prozent der Bevölkerung von der WHO derzeit zu den zehn häufigsten Krankheiten gezählt, im Jahre 2030 sogar als zweithäufigste Krankheit angenommen werden und z. B. allein in den USA bereits 1985, also vor Einführung der neueren, heute viel teureren Antidepressiva, Kosten in Höhe von 44 Mrd. \$ verursacht haben.<sup>1</sup>

Volkswirtschaftlich führen Depressionen neben direkten Kosten, z. B. der Behandlung, und indirekten Kosten, z. B. durch Arbeitsunfähigkeit, auch zu Kostensteigerun-

gen durch längere Krankenhaus-Liegedauern bei körperlichen Krankheiten<sup>2</sup> und zur vermehrten Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen: z. B. fanden englische Autoren<sup>3</sup>, dass ausgeprägte Depressionen ein 4,8 mal höheres Risiko von Arbeitsunfähigkeit, hingegen unerschwellige, d. h. überwiegend leichte, beginnende oder residuäre Depressionen nur ein 1,5 mal höheres Arbeitsunfähigkeits-Risiko hatten, aber letztere infolge ihrer erheblich größeren Häufigkeit 51 Prozent mehr Arbeitsunfähigkeitstage als erstere verursachten. Überdies kostet diese Klientel überdurchschnittlich viel Zeit: so wurde geschätzt, dass sie ca. 15 Prozent der Klientel des niedergelassenen Arztes ausmacht, aber etwa 25–30 Prozent seiner Zeit in Anspruch nimmt. In diese höheren Kosten gehen auch Nichterkennung und Nichtbehandlung von unerschwelligen Depressionen ein.

2. dass *Abhängigkeitserkrankungen*, in erster Linie durch legale Substanzen (Alkohol, Tabak, Medikamente), mit einer Häufigkeit von deutlich mehr als 5 Prozent der Bevölkerung in Deutschland derzeit jährlich Kosten von mindestens 40 Mrd. € verursachen.

Diese Schätzungen beruhen auf den im Jahrbuch 2003 der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) publizierten Daten aus den letzten 10 Jahren<sup>4</sup>: *Alkohol*: Riskanter Konsum bei knapp 10 Mio., davon missbräuchlicher Konsum bei knapp 3 Mio., abhängiger Konsum bei 1,6 Mio. Bundesbürgern; jährliche Kosten durch alkoholbezogene Krankheiten insgesamt 20 Mrd. €, davon 7 Mrd. € durch 42.000 Todesfälle im Zusammenhang mit Alkohol. *Tabak*: Rauchende Bundesbürger 20 Mio., davon 6 Mio. starke Raucher mit mehr als 20 Zigaretten pro Tag; jährliche Kosten durch tabakbedingte Krankheiten und 111.000 Todesfälle ca. 17 Mrd. €. *Medikamente*: 1.4 Mio. Abhängige (davon 1,1 Mio. mit Benzodiazepinen). *Illegale Drogen*:

Konsumenten 3 Mio., abhängiger Konsum 0.29 Mio.; Todesfälle knapp 2000 pro Jahr. *Steuereinnahmen* allein von Tabak und Alkohol jährlich mehr als 15 Mrd. €.

3. dass *Demenzerkrankungen* mit einer dem demographischen Wandel entsprechenden Zunahme der derzeitigen Häufigkeit von 1,2 Millionen auf etwa 1,5 Millionen im Jahre 2010 in Deutschland große Ansprüche an das abnehmende Pflegepotential der Gesellschaft stellen und z. B. in den USA schon 1985 geschätzte direkte Kosten in Höhe von 13,3 Mrd. \$, indirekte Kosten (vor allem durch Verdienstausfälle pflegender Angehöriger) von 31,5 Mrd. \$ verursacht haben.<sup>5</sup>

Die Bundesregierung hat 1996 bei konservativer Schätzung eine Zunahme der Demenzhäufigkeit bis 2010 auf ca. 1,5 Millionen Menschen prognostiziert und u. a. mitgeteilt, dass 1994 Nootropica, d. h. hauptsächlich heute sogenannte Antidementiva, im Werte von 122,8 Mio. DM verordnet wurden. Die jährlichen Gesamtkosten allein der medikamentösen Behandlung wurden auf ca. 900.000 DM geschätzt, die personalintensiven Versorgungskosten auf ein Vielfaches. Dabei nicht berücksichtigt ist, dass derzeit ca. 60 Prozent der Demenzkranken zu Hause von Angehörigen gepflegt werden, die einen hohen finanziellen Eigenanteil für diese Pflege aufbringen müssen.<sup>6</sup> 1980 wurden in den USA die Kosten für Demenzen schon höher als für Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusammen eingeschätzt.<sup>7</sup>

4. dass *Schizophrenien*, die mit ihrem in der Regel frühen Beginn und ihrer oft jahrzehntelangen Dauer den Anspruch der Erkrankten auf soziale Teilhabe nicht selten besonders nachhaltig stören, mit 1 Prozent der Bevölkerung auch nicht selten sind und z. B. 1995 in Deutschland Kosten zwischen 8,5 und 18 Mrd. DM verursacht haben.

Diese grobe Schätzung basiert auf der in Deutschland ersten empirischen Studie zu den direkten und indirekten Kosten schizophrener Erkrankungen an einer Stichprobe von 180 schizophrenen Patienten in verschiedenen Versorgungseinrichtungen. Die jährlichen Gesamtkosten lagen zwischen 33.000 DM für einen überwiegend ambulant behandelten Patienten und 126.000 DM für einen stationär betreuungsbedürftigen Patienten, bzw. 135.000 DM für einen Patienten in der beruflichen Rehabilitation. Dabei verursachten bei ambulanten Patienten Arzthonorare und Medikamente als Teil der direkten Kosten nur 4,5 Prozent der Jahresgesamtkosten, wohingegen 87 Prozent der Jahresgesamtkosten für indirekte Kosten, vor allem Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, verantwortlich waren.<sup>8</sup>

Festzuhalten ist,

1. dass einige psychische Krankheiten zu den häufigsten Krankheiten überhaupt gehören und damit die Bedeutung von Volkskrankheiten haben,
2. dass sie – über das Leid des Kranken und seiner Angehörigen hinaus – durch lange Dauer und erhebliches Rückfallrisiko (indirekt durch reduzierte Arbeitsproduktivität und direkt insbesondere durch rehabilitative, d. h. personalintensive Langzeitbehandlungen) Kosten in der Größenordnung anderer Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebserkrankungen verursachen<sup>9</sup>, und
3. dass die Psychiatrie über evidenz-basierte *wirksame Verfahren* zur Behandlung, Rückfallprophylaxe und Rehabilitation dieser psychischen Krankheiten verfügt.

Damit ist es der Anspruch der Psychiatrie,

1. dem psychisch Kranken dabei zu helfen, seinen Anspruch auf selbstbestimmte soziale Teilhabe und Unabhängigkeit zu verwirklichen, und zwar

2. indem sie durch Forschung gesichertes Wissen um Entstehungs- und Verlaufsbedingungen psychischer Krankheiten gewinnt sowie auf dieser Basis Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten verbessert und damit die *Krankheit* beseitigt oder zumindest abschwächt und
3. dem psychisch Kranken in seiner Auseinandersetzung mit der Krankheit, ihrer Dauer und ihren Folgen, kurz in seinem *Kranksein*, in einem institutionell vielfältig gegliederten System komplementärer Einrichtungen zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung beisteht und dies
4. mit Mitarbeitern zu erreichen sucht, die sich personal engagieren und über qualifiziert ausgebildete Fähigkeiten und wissenschaftlich gesicherte Kenntnisse verfügen.

Vor diesem Hintergrund möchte ich einige Beispiele für Diskrepanzen zwischen den genannten Ansprüchen und der Wirklichkeit in unserem Lande kurz skizzieren:

1. *Psychiatrische Krankenhäuser* haben sich – nicht zuletzt auch dank des seit 1975 durch die Psychiatrie-Enquete des Bundestages ermöglichten Modernisierungsschubes – von Großeinrichtungen für viele hundert bis zu mehreren tausend Patienten mit vorwiegend Verwahrcharakter zu Behandlungszentren mit differenzierten Behandlungsangeboten entwickelt; aus Schlangengruben für erregte Schwerstkranke oder sozial Schwerstbehinderte wurden Behandlungseinrichtungen, in denen sich heute auch leichter Kranke behandeln lassen. Aber diese positive Entwicklung ist in Gefahr

a) durch zu starke *Bettenreduzierung* auf so kleine Einheiten, dass nur noch die Aufnahme Schwerstkranker möglich ist und eine Rückkehr zu überwunden geglaubten Verhältnissen mit therapeutisch schädlicher Atmosphäre und Burn-

out-Syndromen des Personals droht sowie eine therapeutisch notwendige Binnendifferenzierung unmöglich wird;

b) durch *Fallpauschalen*, die eine Ausbehandlung der individuell sehr variablen Krankheitsverläufe nicht zulassen, und deshalb zu der langfristig unökonomischen Drehtür-Psychiatrie zurückführen könnten; auch werden derzeit intensiv Maßnahmen diskutiert, um der mit den Fallpauschalen drohenden Gefahr einer „Verschiebung“ von kostengünstigen Patienten zu begegnen.

c) durch die abnehmende Personalausstattung forschender, d. h. in erster Linie der Universitäts-Kliniken, so dass international konkurrenzfähige Patienten-orientierte, also vornehmlich therapeutische und Versorgungs-Forschung kaum noch möglich ist.

Auf einem jüngst durchgeführten Expertengespräch der Hertiestiftung forderten führende Neurowissenschaftler Strukturreformen, da die klinische Forschung in Deutschland „extrem unterentwickelt“ sei, weil alle Ärzte in der Patientenversorgung benötigt und keine Ärzte für Forschung freigestellt werden können. Auch wurde darauf aufmerksam gemacht, dass nach einer Berechnung der Boston Consulting Group „die klinische Forschung jährlich zusätzlich 1,5 Mrd. € erhalten müsste, um internationales Niveau erreichen zu können“.<sup>10</sup>

2. *Personale Kontinuität* ist eine wesentliche Voraussetzung einer Behandlung, die darauf basiert, dass der Patient dem Arzt oft auch sehr intime, aber diagnose- oder therapie-relevante Erlebnisse anvertraut und der Arzt seinen Patienten so gut kennt, dass er schon geringfügige Veränderungen in den oft langen Krankheitsverläufen wahrnimmt. Personale Kontinuität belässt auch die Verantwortung für alle therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen in einer Hand. Dieser therapeutischen Zielvorstellung stehen mehrere Schwierigkeiten entgegen:

a) Die kontinuierlich *zunehmende Spezialisierung* auch innerhalb einzelner klinischer Fächer führt zu einer arbeitsteiligen Sub-Institutionalisierung, so dass der Patient beim Übergang von einer Einrichtung der Behandlungskette in die nächste meist seinen bisherigen Therapeuten verliert. Die für das tradierte Arztbild – sowohl aus der Sicht vieler Ärzte wie auch wohl der meisten Patienten – schwer erträgliche Spannung zwischen der therapeutischen Zielvorstellung personaler Kontinuität und der unausweichlichen Arbeitsteiligkeit ist ein ungelöstes und schwerwiegendes Problem, wenn der Arzt nicht nur der für einen speziellen Behandlungsabschnitt der *Krankheit* des Patienten zuständige Experte sein will, sondern als Arzt den Patienten auch in seinem *Kranksein* verstehen und ihm beistehen will.

Ob die von Gesundheitsökonomen geforderte Entwicklung von abteilungsübergreifenden stationären, den ambulanten und rehabilitativen Sektor einschließenden und als Netzwerk zu steuernden Gesundheitsverbänden hier eine Chance für die Verbesserung personaler Kontinuität eröffnet<sup>11</sup>, wird auch davon abhängen, inwieweit Ärzte praktikable Lösungen in die Diskussion einbringen. Auch sollten die Wünsche von Patienten, wie sie besonders im Rahmen der sich entwickelnden „user“- und „consumer“-Bewegungen artikuliert werden, berücksichtigt werden.

b) Die *Zusammenarbeit* der verschiedenen Institutionen in der Rehabilitation des psychisch Kranken ist bereits auf der eher technischen Ebene – gelinde gesagt – unteroptimal, da der Patient oft mit unzureichenden Informationen überwiesen wird; man denke nur an das leidige Problem unergiebigere, viel zu später oder gar fehlender Arztbriefe. Dies ist keineswegs nur ein individuelles Problem undisziplinierter Arztbriefschreiber, sondern vor allem ein strukturelles Problem, indem die Wahrnehmung solcher Pflichten ins Hintertreffen gerät, wenn die Therapeuten in Zeitnot sind,

nicht zuletzt auch durch Überlastung mit verwaltungsorientierten bürokratischen Arbeiten.

Vor kurzem hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) Ergebnisse einer empirischen Studie vorgelegt, wonach Ärzte in Krankenhausabteilungen für Innere Medizin täglich mehr als drei Stunden für Dokumentationsarbeit aufwenden müssen, davon immerhin – schon vor Einführung der zusätzlich aufwändigen DRGs – 40 Minuten für die rein administrative Dokumentation.<sup>12</sup>

c) Organisatorische Konsequenzen aus dem *Arbeitsrecht* mit Arbeitszeitverkürzung und Besetzung von halben oder gar Viertel-Stellen sowie aus dem *Arbeitszeitschutzgesetz* (AZG) mit komplizierten Dienst- und Urlaubsplänen fraktionieren die personale Kontinuität. Der häufige Wechsel des Personals führt gerade bei psychisch Kranken, denen der Aufbau von Vertrauen oft schwer fällt, dazu, dass sich das notwendige Vertrauen zwischen Patienten und Therapeuten nicht entwickelt oder schnell wieder verloren geht.

In einer eigenen Studie stellte sich heraus, dass wir bei jedem Arztwechsel in unserer Ambulanz für Langzeitbehandlungen von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen jeweils 10 Prozent dieser Patienten verloren haben: sie kamen einfach nicht mehr wieder.<sup>13</sup>

Auch das EuGH-Urteil wird diese Probleme nicht lösen: so sehr es die Chance bietet, die Zeitnot des Arztes zu verringern, so groß ist das Risiko, dass es die personale Kontinuität noch mehr fraktioniert.

d) Die *Zeitnot* des Arztes wird in forschenden Kliniken auch dadurch verschärft, dass – worauf bereits hingewiesen wurde – Assistenten für Forschung nicht freigestellt werden können und ihr Zeitbudget zwischen Patientenversorgung und Forschung aufteilen müssen, wobei Patienten wie Forschung zu kurz kommen.

3. Die *Arzneimittelbehandlung* psychisch Kranker ist bei vielen Krankheiten die Basis aller weiteren psychotherapeutischen und soziotherapeutischen bzw. rehabilitativen Maßnahmen. Allerdings stößt ihre konsequente und optimale Anwendung auf schwerwiegende Hindernisse:

a) Die wirksamen Psychopharmaka sind nicht nebenwirkungsfrei. Dadurch wird die Behandlungstreue der nicht selten nur unzureichend für eine (medikamentöse) Behandlung motivierten Patienten weiter geschwächt, Noncompliance und Rückfall in die Krankheit sind die Folge.

b) Die pharmazeutische Forschung hat sich deshalb erfolgreich um die Entwicklung nebenwirkungsärmerer Psychopharmaka bemüht. Aber die neuen Antidepressiva und Antipsychotika sind erheblich, d. h. um das 5–12fache<sup>14</sup> teurer als die der ersten Psychopharmaka-Generationen. Diese Kosten werden von den Kassen oft nicht übernommen. Deshalb verordnen niedergelassene Ärzte überwiegend billigere ältere, aber nebenwirkungsreichere Arzneimittel, z. B. das Neuroleptikum Haloperidol statt eines gleich wirksamen, aber nebenwirkungsärmeren sog. atypischen Neuroleptikums in der Langzeitbehandlung von schizophrenen Patienten.<sup>15</sup>

Der Arzt steht vor dem Dilemma, im Rahmen seines Budgets entweder nur wenige Patienten optimal behandeln zu können oder viele Patienten nur unzureichend. Das stellt ihn vor zwei gleichermaßen kritische Situationen: zum einen könnten Patienten Haftungsansprüche an ihn stellen, wenn sich der Arzt durch das Gebot der Wirtschaftlichkeit und unter Berücksichtigung seines begrenzten Budgets gedrängt sieht, ein preiswerteres, aber nebenwirkungsträchtigeres Neuroleptikum zu verordnen, zum anderen droht ihm ein Regress, wenn er aus diesem Grunde sein Budget überschreitet.

c) Gegenüber dieser vornehmlich betriebswirtschaftlichen Überlegung kommt die eher volkswirtschaftliche

Überlegung bisher nicht recht zur Geltung, dass nämlich eine Compliance-erhöhende Anwendung eines zwar teureren, aber nebenwirkungsärmeren Neuroleptikums eine größere rezidivprophylaktische Wirksamkeit besitzt und damit auch für die Gesellschaft langfristig günstiger wäre.<sup>16</sup>

Allerdings gibt es bisher zu wenig gesicherte Daten für eine zutreffende komparative ökonomische Bewertung verschiedener Behandlungen. Der hohe Bedarf an wirtschaftlicher Evaluation auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung ist bisher nicht gedeckt.<sup>17</sup>

d) Schließlich ist zu befürchten, dass die in der Gesundheitsreform geplante erhebliche Kostenbeteiligung bei Arztbesuchen und Arzneimitteln die gerade bei der oft erforderlichen Langzeitmedikation nicht sehr ausgeprägte Behandlungsmotivation psychisch Kranker zusätzlich vermindern wird, zumal ein erheblicher Teil von ihnen chronisch krank ist und nicht zuletzt deswegen zu den sozial Schwächsten gehört.

Dabei machen die Medikationskosten bei schizophrenen Kranken mit 7 Prozent nur einen kleinen Bruchteil der direkten Kosten aus<sup>18</sup> und sind im Vergleich zu den Kosten etwa in der Transplantationsmedizin verschwindend gering. Es ist zu hoffen, dass die Gesundheitspolitiker dieses Problem im sich entwickelnden Reformprozess zukünftig richtig einschätzen.

4. Die schon vor 150 Jahren von Wilhelm Griesinger, dem ersten Berliner Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie, geforderte *Gleichstellung* von psychisch Kranken mit körperlich Kranken ist erst in den letzten beiden Dekaden weitgehend erreicht worden, etwa in der Finanzierung von Krankenhausaufenthalten oder mit der Anerkennung von Substanzabhängigkeiten als Krankheiten. Der erhebliche Widerstand gegen diese Gleichstellung und damit auch die soziale (Re-)Integration psychisch Kranker ist ein Indiz für

festsetzende negative Vorurteile gegenüber psychisch Kranken. Deshalb hat der Weltverband für Psychiatrie (WPA) in den letzten Jahren eine Antistigma-Kampagne eingeleitet, die in Deutschland vor allem über die vom Forschungsministerium unterstützten Kompetenznetzwerke Depression und Schizophrenie (deren primäres Ziel die schnelle und vollständige Umsetzung des bereits vorhandenen Wissens in die Praxis ist) wirksam wird.

Es wird des Scharfsinns, der Phantasie und des Engagements nicht nur der Psychiater, sondern aller den Wirkungsraum der Psychiatrie bedingenden gesellschaftlichen Kräfte bedürfen, um diese tatsächlichen Schwierigkeiten in unserer Wirklichkeit so zu überwinden, dass dem Anspruch der psychisch Kranken auf selbstbestimmte soziale Teilhabe Rechnung getragen wird.

#### Literatur

Ärzte verbringen über 3 Stunden täglich mit Dokumentation. Deutsches Krankenhausinstitut hält Zeiten von Klinik-Internisten und Chirurgen fest. *Ärztezeitung* (Klinikreport Nr. 5), 30.8.2003, Neu-Isenburg.

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

Clade, H: Strategien müssen sich ändern. Der Krankenhausmarkt steht vor beschleunigten Anpassungsprozessen. In: *Dt Ärzteblatt* 100 (2003) (31/32):C 1612–C 1613.

Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland: Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200, 7/4201 hg. v. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft, Bonn 1975.

Deutscher Bundestag: Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 13 (5257), Bonn 1996, S. 1–21.

DHS: Jahrbuch Sucht 2003. Neuland, Geesthacht 2003.

Ferber, L. v. / Roster, I. / Hauner, H.: Direkte Kosten der ambulanten Behandlung des Diabetes. In: *MedKlin* 91 (12) (1996), S. 802–808.

Goncalves, N.: „Schwund“ bei ambulant behandelten Schizophrenen. In: *Nervenarzt* 49 (1978), S. 58–64.

Helmchen, H. / Kanowski, S.: Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.(DZA) (Hg.): *Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*. Bd. 4, Opladen 2001, S. 11–112.

Henke, K. D. / Weinmann, St.: Ökonomische Aspekte der Neurowissenschaften. In: Braun G. (Hg.): *Neurowissenschaften – Neue Möglichkeiten, neue Fragen*. Berlin 2000, S. 71–89.

Huang, L. F. / Cartwright, W. S. / Hu, T. W.: The economic costs of senile dementia in the United States 1985. In: *Publ Hlth Rep* 103 (1988), S. 3–7.

Kissling, W. / Höffler, J. / Seemann U. / Müller, P. / Rüter, E. / Trenckmann, U. / Uber, A. / Graf von der Schulenburg, J. M. / Glaser, P. / Glaser, T. H. / Mast, O. / Schmidt, D.: Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. In: *Fortschr Neurol Psychiat* 67 (1999), S. 29–36.

Knapp, M.: Wirtschaftliche Evaluation der psychiatrischen Versorgung. In: Helmchen H. / Henn F. A. / Lauter H. / Sartorius N. (Hg.): *Grundlagen der Psychiatrie*. Berlin / Heidelberg / New York 1999, S. 441–472.

Levenson, J. I. / Hamer, R. M. / Rossiter, L. F.: Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and costs of services. *Am J Psychiatry* 147 (1990), S. 1498–1503.

Lossau, N.: Ist die Neuroforschung in Deutschland am Ende? In: *Die Welt* v. 8. 4. 2003.

Naber, D.: Atypische Antipsychotika. In: *Nervenarzt* 71 (5) (2000), S. 327–328.

Rice, D. P. / Kelman, S. / Miller, L. S.: The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness 1985. Rockville, MD, National Institute of Mental Health, 1990.

Schulenburg, J. M. D. v. / Uber, A. / Höffler, J. et al.: Die direkten und die indirekten Kosten der Schizophrenie in Deutschland.

In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 3 (1998), S. 81–87.

*The National Foundation of Brain Research: Cost of Dementia in the US 1991.* 1992.

Wasylenki, D. A.: The cost of schizophrenia. In: Can J Psychiatry 39 (1994) (suppl 2), S. 65–69.

### Anmerkungen

<sup>1</sup> Rice, D. P. / Kelman, S. / Miller, L. S.: The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness 1985. Rockville, MD, National Institute of Mental Health, 1990.

<sup>2</sup> Levenson, J. I. / Hamer, R. M. / Rossiter, L. F.: Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and costs of services. Am J Psychiatry 147 (1990), S. 1498–1503.

<sup>3</sup> Broadhead, W. E. / Blazer, D. G. / George, L. K. / Tse, C. K.: Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic study. In: JAMA 264 (1990), S. 2524–2528.

<sup>4</sup> DHS: Jahrbuch Sucht 2003. Neuland, Geesthacht 2003.

<sup>5</sup> Huang, L. F. / Cartwright, W. S. / Hu, T. W.: The economic costs of senile dementia in the United States 1985. In: Publ Hlth Rep 103 (1988), S. 3–7.

<sup>6</sup> *Deutscher Bundestag: Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland.* Deutscher Bundestag, Drucksache 13 (5257), Bonn 1996, S. 1–21. Helmchen, H. / Kanowski, S.: Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA) (Hg.): Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Bd. 4, Opladen 2001, S. 11–112.

<sup>7</sup> *The National Foundation of Brain Research: Cost of Dementia in the US 1991.* 1992.

<sup>8</sup> Kissling, W. / Höffler, J. / Seemann U. / Müller, P. / Rüther, E. / Trenckmann, U. / Uber, A. / Graf von der Schulenburg, J. M. / Glaser, P. / Glaser, T. H. / Mast, O. / Schmidt, D.: Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. In: Fortschr Neurol Psychiat 67 (1999), S. 29–36.

<sup>9</sup> Wasylenki, D. A.: The cost of schizophrenia. In: Can J Psychiatry 39 (1994) (suppl 2), S. 65–69. Ferber, L. v. / Roster, I. / Hauner, H.:

Direkte Kosten der ambulanten Behandlung des Diabetes. In: Med-Klin 91 (12) (1996), S. 802–808. Schulenburg, J. M. D. v., Uber, A., Höffler, J. et al.: Die direkten und die indirekten Kosten der Schizophrenie in Deutschland. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 3 (1998), S. 81–87.

<sup>10</sup> Lossau, N.: Ist die Neuroforschung in Deutschland am Ende? In: Die Welt v. 8. 4. 2003.

<sup>11</sup> Clade, H.: Strategien müssen sich ändern. Der Krankenhausmarkt steht vor beschleunigten Anpassungsprozessen. In: Dt Ärztblatt 100 (2003) (31/32), C 1612–C 1613.

<sup>12</sup> Ärzte verbringen über 3 Stunden täglich mit Dokumentation. Deutsches Krankenhausinstitut hält Zeiten von Klinik-Internisten und Chirurgen fest. Ärztezeitung (Klinikreport Nr. 5), 30.8.2003, Neu-Isenburg.

<sup>13</sup> Goncalves, N.: „Schwund“ bei ambulant behandelten Schizophrenen. In: Nervenarzt 49 (1978), S. 58–64.

<sup>14</sup> Naber, D.: Atypische Antipsychotika. In: Nervenarzt 71 (5) (2000), S. 327–328.

<sup>15</sup> Ebd.

<sup>16</sup> Henke, K. D. / Weinmann, St.: Ökonomische Aspekte der Neurowissenschaften. In: Braun G. (Hg.): Neurowissenschaften – Neue Möglichkeiten, neue Fragen. Berlin 2000, S. 71–89.

<sup>17</sup> Knapp, M.: Wirtschaftliche Evaluation der psychiatrischen Versorgung. In: Helmchen H. / Henn F. A. / Lauter H. / Sartorius N. (Hg.): Grundlagen der Psychiatrie. Berlin / Heidelberg / New York 1999, S. 441–472.

<sup>18</sup> Kissling, W. / Höffler, J. / Seemann U. / Müller, P. / Rüther, E. / Trenckmann, U. / Uber, A. / Graf von der Schulenburg, J. M. / Glaser, P. / Glaser, T. H. / Mast, O. / Schmidt, D.: Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. In: Fortschr Neurol Psychiat 67 (1999), S. 29–36.