

## Psychosoziale Versorgungsmodelle und ihre Finanzierungsmechanismen

Heinz Katschnig, Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie Wien, heinz.katschnig@lubis.lbg.ac.at

150 Jahre lang – seit den Anfängen der Psychiatrie als medizinische Fachdisziplin an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert – fand die psychiatrische Versorgung vorwiegend in großen Anstalten statt. Für die meisten Patienten zahlte der Staat den Betrieb dieser Institutionen, einige, wenige konnten sich als Privatzahler komfortabler unterbringen lassen. Die Anzahl dieser „Irrenanstalten“ nahm zu und immer größere derartige Einrichtungen wurden gebaut. In den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts änderte sich dieses einfache Versorgungsmuster fast schlagartig. Die Entdeckung der Psychopharmaka machte Entlassungen in nicht geahntem Ausmaß möglich, die Betten nahmen ab. Freilich kam ein Großteil der PatientInnen bald zurück, weil Betreuungseinrichtungen in der Gemeinde fehlten. Nach und nach, in verschiedenen Ländern in unterschiedlichem Tempo, entstanden solche „gemeindenahen“ psychiatrischen Einrichtungen – psychosoziale Dienste, Tageskliniken, Wohnheime, Wohngemeinschaften, Rehabilitationseinrichtungen, mobile Dienste; die niedergelassenen PsychiaterInnen nahmen an Zahl zu und die Versorgungslandschaft wurde bunt – so wie ein Fleckerlteppich, mit unterschiedlichen Bezahlungsmechanismen, welche die Kontinuität der Betreuung nicht fördern. In Österreich kamen vor 20 Jahren PsychotherapeutInnen und andere Berufe hinzu und die Ärztekammer verleiht Psy-Diplome. In manchen Ländern, etwa in Italien, war man im Hinblick auf die Schließung von Anstalten radikal – seit 30 Jahren darf niemand mehr in eine solche Anstalt aufgenommen werden. Im Osten Niederösterreichs gibt es kein psychiatrisches Krankenhaus mehr, nur mehr kleine psychiatrische Bettenabteilungen und Tageskliniken. Woanders – etwa in Moldawien – versorgt noch ein zentrales psychiatrisches Krankenhaus ein großes Einzugsgebiet. Das Bild der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung ist also sehr vielgestaltig geworden.

Modelle der Psychiatrischen Versorgung gibt es auf dem Papier, in der Realität bestimmen die Bezahlungsmechanismen (nicht nur die Höhe der dafür zur Verfügung stehenden Mittel) wesentlich mit, was an psychiatrischer Versorgung tatsächlich passiert. Psychische Krankheiten (oder „Störungen“, wie die WHO sagt) sind in sich nicht einheitlich, „neurotische“ und „psychotische“ Syndrome verlangen verschiedene Zugangswege, genauso wie Demenz- und Abhängigkeitserkrankungen, und Planungen (wie etwa der Niederösterreichische Psychiatrieplan) müssen darauf differenziert Rücksicht nehmen. Es herrschen auch unterschiedliche Vorstellungen und Vorurteile – etwa zur Frage der Chronizität und Heilbarkeit – was zu unterschiedlichen gesellschaftlichen Antworten im Hinblick auf die Versorgungsplanung führt.

Zwar werden heute weltweit und in Österreich überwiegend Prinzipien einer sogenannten gemeindenahen Versorgung vertreten, die Finanzierungsstrukturen sind jedoch selten regelhaft darauf ausgerichtet. Nur als Beispiel: die Krankenhausbehandlung und die Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen folgen in Österreich völlig unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen, sozialpsychiatrische Einrichtungen werden aus Steuern über Vereine finanziert. Alle Einrichtungen müssen in diesem fragmentieren System trachten, auch finanziell zu überleben und die Kontinuität und Koordination der Betreuung psychisch Kranker leidet darunter. Dies ist woanders nicht viel anders. Allerdings gibt es Versuche, die Prinzipien der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch neue Finanzierungsmodelle sozusagen indirekt umzusetzen, etwa durch ein regionales Psychiatriebudget in Norddeutschland. Die Erfahrungen sind ermutigend. Im Vortrag werden, basierend auf internationalen Vergleichen, die Implikationen unterschiedlicher Finanzierungsmechanismen für die Qualität der psychiatrischen Versorgung diskutiert. Zur Sprache kommen unterschiedliche Muster des „Einsammelns“ und „Poolens“ finanzieller Ressourcen (Steuern vs. Sozialversicherung, Pflichtversicherung und Versicherungspflicht, etc.) und die Mechanismen des Bezahlers von Dienstleistern (DRG, Tagsatz, „fee for service“, „capitation“ etc.) und die impliziten positiven, negativen und oft dysfunktionalen Anreize für eine patientengerechte Versorgung psychisch Kranker.