

DIE BEDEUTUNG DER GEMEINDEPSYCHIATRIE BEI DER IMPLEMENTIERUNG QUALITÄTSSICHERNDER MASSNAHMEN*

Hans Dieter Brenner & Walter Helbling

Es ist speziell reizvoll, auf einem Kongress über neue Entwicklungen in der Therapie der Schizophrenie Gedanken zur spezifischen Rolle der Gemeindepsychiatrie in der psychiatrischen Qualitätssicherung anzustellen. Der gegebene Rahmen verbietet allerdings, auf die grundsätzlichen Fragen der Qualitätssicherung oder auf deren technische Aspekte einzugehen. Statt dessen soll hier unter unterschiedlichen Perspektiven gezeigt werden, warum es in der psychiatrischen Qualitätssicherung der Gemeindepsychiatrie bedarf, und einige Beispiele sollen jeweils verdeutlichen, welche Aufgaben sie dabei erfüllen kann und muss. Qualitätssicherung soll in diesem Zusammenhang im Sinne eines umfassenden Qualitätsmanagements prozesshaft verstanden werden, bei dem sowohl die Prozessqualität und erforderlichenfalls auch die Strukturqualität unter Berücksichtigung der Ergebnisqualität modifiziert und gesteuert werden.

Diese Zielsetzung, über die Rolle der Gemeindepsychiatrie in der Qualitätssicherung nachzudenken, setzt vorerst die Klärung voraus, von welchem Verständnis von Gemeindepsychiatrie dabei ausgegangen wird. Die auch heute noch oft praktizierte Gegenüberstellung von Gemeindepsychiatrie und Klinikpsychiatrie ist im Grunde bereits überlebt. Als die Gemeindepsychiatrie in ihrem Selbstverständnis noch eine mehr ideologisch als wissenschaftlich motivierte institutionskritische Protestbewegung war, hielt sie sich eine Reihe von Annahmen zugute, die sich später so als nicht gerechtfertigt erwiesen, wie zum Beispiel dass gemeindepsychiatrische Behandlung per se humaner und therapeutisch effektiver sei. In neuerer Zeit wurden die positiven Vorannahmen noch mit der Behauptung ergänzt, die Gemeindepsychiatrie sei wesentlich kosteneffizienter. Auch die gemeindepsychiatrische Behandlung kann aber psychische Krankheit nicht heilen oder eine Chronifizierung verhindern, obwohl sie insgesamt gesehen, insbesondere auf mittlere und längere Sicht, wohl doch zu besseren klinischen Ergebnissen führt, eine grössere Patienten- und Angehörigenzufriedenheit aufweist und sich für einen Teil der heute noch stationär behandelten Patienten tatsächlich etwas kostengünstiger zu erweisen scheint. Insbesondere gibt es bis heute keine schlüssigen empirischen Daten dafür, dass die gemeindepsychiatrische Behandlung die Anzahl stationärer Aufnahmen allgemein signifikant verringert. Eine Reduzierung des Bettenbedarfs ist vor allem auf eine Abnahme der Hospitalisationsdauer zurückzuführen, eine Entwicklung, an der jedoch Gemeindepsychiatrie wie Klinikpsychiatrie gleichermaßen Anteil haben. Für eine stärkere Gewichtung der Gemeindepsychiatrie in einem Gesamtversorgungssystem sprechen heute also andere Gründe als die primär ideologisch motivierten Annahmen aus ihren Anfangsjahren.

* Invited paper at the X. World Congress of Psychiatry (Madrid 1996)

Abb. 1: Allgemeine Grundsätze für den Aufbau eines psychiatrischen Versorgungssystems

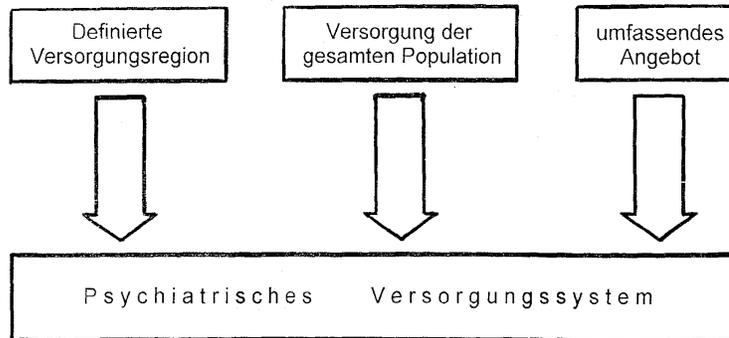
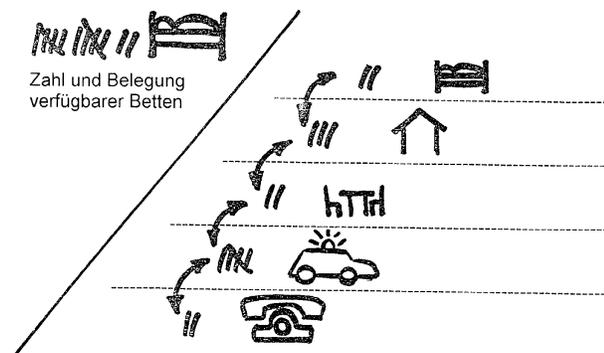


Abbildung 1: Allgemeine Grundsätze für den Aufbau eines psychiatrischen Versorgungssystems

Ein psychiatrisches Versorgungssystem muss sich heute an den Prinzipien der Versorgungsregion, der Pflichtversorgung und der Bedarfsdeckung orientieren. Das bedeutet, dass eine Reihe unterschiedlicher Versorgungsangebote für verschiedene Lebensbereiche und für verschiedene Patientengruppen mit unterschiedlichen Betreuungsintensitäten angeboten werden muss (Abbildung 1). Dabei geht es dann weniger um die Vermeidung stationärer Behandlung an sich, als vielmehr darum, diese nur dann in Anspruch zu nehmen, wenn eine derart intensive Behandlung tatsächlich erforderlich ist und nicht in der Gemeinde bereitgestellt werden kann. Es geht also mehr um die Unterscheidung des jeweils erforderlichen Grades der Betreuung als um die Unterscheidung von stationärer und ausstationärer Behandlung. Damit relativiert sich auch die Bedeutung der Bettenzahlen oder der Inanspruchnahme von Betten als Kennzahlen für die Beurteilung eines Versorgungssystems zu Gunsten einer Betrachtung der Zahl der Plätze auf den unterschiedlichen Intensitätsebenen, wobei die Anzahl der auf einer bestimmten Ebene benötigten Plätze ganz wesentlich von der Zahl der verfügbaren Plätze auf den anderen Ebenen abhängt (Abbildung 2).

Abb. 2: Von der Fokussierung auf Bettenzahlen zur Orientierung an Behandlungsplätzen



Verfügbare Plätze auf verschiedenen Versorgungsebenen

Abbildung 2: Von der Fokussierung auf Bettenzahlen zur Orientierung an Behandlungsplätzen
 Das übergeordnete Ziel jedes psychiatrischen Versorgungssystems schliesslich besteht immer in der Verbesserung der seelischen Gesundheit der Population in der Versorgungsregion, in der Verringerung der Inzidenz und Prävalenz von seelischen Krankheiten und in der Prävention sekundärer und tertiärer Beeinträchtigungen; dadurch soll letztlich eine Reduktion des Bedarfs an psychiatrischer Behandlung insgesamt erreicht werden. Es ist also die optimale Kombination der verschiedenen Elemente eines Versorgungssystems, die eine gute psychiatrische Versorgung ausmacht.

**Abb. 3: Natur psychischer Erkrankungen:
 Symptomatik und soziale Einschränkungen**

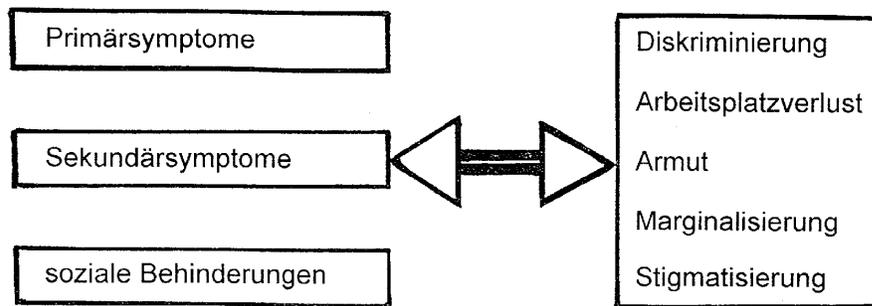


Abbildung 3: Natur psychischer Erkrankungen: Symptomatik und soziale Einschränkungen

**Abb. 4: Natur psychischer Erkrankungen:
 Wechselnde Zeiträume und Untersuchungsbereiche für die Evaluation
 der Behandlungsergebnisse**

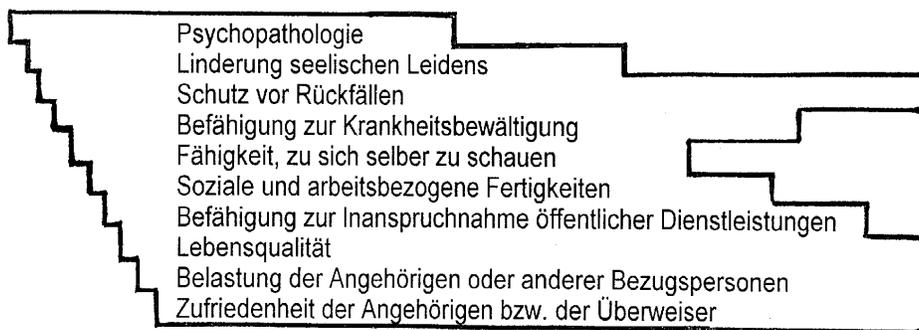


Abbildung 4: Natur psychischer Erkrankungen: Wechselnde Zeiträume und Untersuchungsbereiche für die Evaluation der Behandlungsergebnisse

Die besondere Rolle, welche der Gemeindepsychiatrie bei der Sicherung der Qualität in einem derart verstandenen integrierten und umfassenden Versorgungssystem zukommt, ergibt sich aus mehreren,

4 Bedeutung der Gemeindepsychiatrie ...

unterschiedlichen Perspektiven. Zu nennen ist hier zunächst einmal die Natur der meisten psychischen Erkrankungen selbst, sowohl hinsichtlich der Querschnittsbetrachtung als auch der Längsschnittbetrachtung (Abbildungen 3 und 4). Im Querschnitt ist es seit der Unterscheidung zwischen Primärsymptomen, Sekundärsymptomen und sozialen Behinderungen durch Wing (1976) zum psychiatrischen Allgemeingut geworden, dass das psychopathologische Erscheinungsbild wesentlich auch von externen Einflüssen wie Diskriminierung, Arbeitslosigkeit, Armut, Marginalisierung und Stigma abhängt. Dieser Sichtweise entsprechen auch die heute allgemein anerkannte Unterscheidung nach "impairments", "disabilities" und "handicaps" (WHO 1980) sowie die neuen multiaxialen Diagnosesysteme DSM-III, DSM-IV und ICD-10. Im Gegensatz zu herkömmlichen klinischen Diagnosen sind hier mehr Informationen mitenthalten, die für die Vorhersage des Behandlungsbedarfs und der damit verbundenen Kosten von Bedeutung sind, wie z.B. Schweregrad und Verlauf (Dauer, zeitlicher Ablauf der Episoden, Verschlimmerung, Alter bei Krankheitsausbruch und Art des Krankheitsausbruchs), allfälliges Vorliegen weiterer psychiatrischer, aber auch somatischer Krankheiten, funktionelle Einschränkungen in einzelnen Lebensbereichen, sowie relevante Merkmale des Umfelds des Patienten (Stressoren, Ressourcen).

Im Längsschnitt gilt es nicht nur kurzfristige Erfordernisse ohne Beachtung der zukünftigen Entwicklung zu berücksichtigen. Bei vielen psychischen Erkrankungen bleibt ja der Behandlungsbedarf nach akuten Krankheitsepisoden in unterschiedlichem und wechselndem Ausmass bestehen. Entsprechend kann sich die Beurteilung der Effektivität psychiatrischer Behandlung niemals auf den unmittelbaren Behandlungserfolg beispielsweise einer stationären Behandlungsepisode beschränken, sondern muss sich immer auf unterschiedliche Ebenen und Zeiträume erstrecken, welche notwendigerweise die Betreuung in der Gemeinde einbeziehen (Abbildung 4): Psychopathologie, Linderung seelischen Leidens, Schutz vor Rückfällen, Befähigung zur Bewältigung der Erkrankung, Befähigung zu sich selber zu schauen, soziale und arbeitsbezogene Fertigkeiten, Befähigung zur Inanspruchnahme nichtpsychiatrischer Hilfen vor Ort, Lebensqualität, Belastung der Angehörigen und anderer Bezugspersonen, Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und Zuweisern. Wenn Andreasen (1991) in diesem Zusammenhang einen Mangel an wirklich umfassenden Erhebungsinstrumenten beklagt, so geschieht dies auch aus der Erfahrung, dass bei der für einen Ausbau gemeindepsychiatrischer Behandlung und Betreuung häufig ins Feld geführten Reduktion der Behandlungskosten oftmals zu wenig darauf geachtet wird, ob sich nicht die der Familie oder dem Patienten selber zugemuteten Lasten entsprechend erhöhen.

In bezug auf das Versorgungssystem insgesamt ist für die Beurteilung der Qualität neben der Effektivität der durchgeführten Behandlungsmassnahmen von entscheidender Bedeutung, dass möglichst alle psychisch Kranken der Region angemessene Behandlung und Betreuung erhalten. Ein Versorgungssystem, welches beispielsweise 60% der Menschen mit Behandlungsbedarf ausgezeichnet helfen würde, den anderen 40% aber ungenügend oder gar nicht, wäre insgesamt als unzureichend zu beurteilen. In diesem Zusammenhang sind auch Untersuchungen wie diejenige von Beecham et al. (1991) von Interesse, wonach bei einer grösseren Gruppe chronischer Patienten die Behandlungs-

kosten eine erstaunlich grosse Varianz aufwiesen. Insgesamt schien dabei der höchste Mitteleinsatz tatsächlich denjenigen Patienten mit dem grössten Betreuungsbedarf zugute zu kommen. Bei dem Kriterium Selbständigkeit im Wohnbereich zeigte sich allerdings eine U-förmige Beziehung zwischen Grad der Störung und Betreuungsaufwand, d.h. es wurden am meisten Mittel für die beiden Extremgruppen der selbständigsten und der am wenigsten selbständigen Patienten eingesetzt. Beispiele wie dieses mögen einen Teil der Schwierigkeiten veranschaulichen, denen man beim Versuch begegnet, die Behandlungs- und Betreuungsangebote in Beziehung zum Behandlungsbedarf der Bevölkerung im jeweiligen Einzugsgebiet zu setzen oder mit anderen Worten eine psychiatrische Versorgung zu planen, die bedarfs- und patientenorientiert ist.



Abbildung 5: Ebenen des Bedarfs an psychiatrischer Behandlung und Betreuung: Verschiedene Ebenen erfordern gemeindeintegrierte Dienste

Mehrere der in der psychiatrischen Literatur genannten Ebenen des Bedarfs beziehen sich ganz unmittelbar auf das Leben in der Gemeinde (Abbildung 5): Selbstversorgung, gesundheitliche Bedürfnisse, Teilnahme am Alltagsleben, soziale Bedürfnisse, Inanspruchnahme öffentlicher Dienstleistungen. Dabei korrelieren diese Bedarfsebenen mit den verschiedenen Behandlungsebenen wie sie etwa von einer Expertenkommission des Deutschen Bundestages 1988 benannt wurden: Wohnen, Beschäftigung und Arbeit, Behandlung und Pflege, Unterstützung in Alltagsverrichtungen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschliesslich der Gestaltung der Freizeit.

Patienten und Angehörige bezeichnen als wünschenswert:

- Nottelefon
- Frühintervention
- Akute mobile Dienste
- Kurzfristige Alternativen zur Hospitalisation
- Behandlungskontinuität
- Engere Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen und anderen Diensten

Abbildung 6: Ansprüche an die Versorgung

Auch bei der subjektiven Beurteilung von Behandlungs- und Betreuungsbedürfnissen wird die Notwendigkeit einer erweiterten Perspektive der Qualität psychiatrischer Behandlung unter Einschluss der Gemeindepsychiatrie deutlich. Patienten, Angehörige und Zuweiser nennen nämlich vor allem immer wieder folgenden Bedarf an Behandlungs- und Betreuungsangeboten (Abbildung 6): Nottelefon, Frühintervention, akute mobile Dienste, kurzfristige Alternativen zur Hospitalisierung, Behandlungskontinuität, engere Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen und anderen Diensten. Auch fand sich in mehreren Untersuchungen übereinstimmend, dass nicht nur Patienten und Angehörige, sondern auch Mitarbeiter psychiatrischer Institutionen der Meinung waren, ca. 50% der stationären Behandlungsepisoden hätten vermieden werden können, wenn gemeindeintegrierte alternative Behandlungsmöglichkeiten wie mobile Kriseninterventionsteams, ein Krisenhaus, eine Akuttagesklinik etc. zur Verfügung gestanden wären. In diesem Zusammenhang spielt für Patienten und Angehörige auch die Kontinuität der Behandlung eine entscheidende Rolle. Sie ist umso schwieriger zu bewerkstelligen, je mehr die Natur psychiatrischer Krankheiten durch wiederholt auftretende Krankheitsepisoden und ausgeprägte Wechsel in der Intensität der jeweils erforderlichen Behandlung charakterisiert ist. Das für die Qualität psychiatrischer Dienstleistungen zentrale Wechselspiel zwischen Bedarf, Bedürfnis und Angebot ist also ebenfalls nur unter Einbezug der Gemeindepsychiatrie zu beurteilen und nur, wenn man über das jeweilige psychiatrische Zustandsbild hinausschaut und den Patienten im Verstehen wie im Handeln physisch und psychologisch sozusagen auf ihr eigenes Territorium folgt. Welche neuen Wege dabei in methodischer Hinsicht zu beschreiten sind, zeigen Arbeiten wie etwa jene von Davidson et al. (1996). Mit einer umfassenden Checkliste werden selbst architektonische Gegebenheiten überprüft wie etwa die Verfügbarkeit privater und gemeinschaftlicher Raumzonen. Darüber hinaus werden aber auch die Erwartungen untersucht, mit denen die Institution auf das Verhalten ihrer Patienten einwirkt, die Balance zwischen Freiheit und institutionellen Vorgaben, sowie das Angebot an Hilfeleistungen.

In bezug auf die optimale Breite des psychiatrischen Versorgungsangebots im allgemeinen ist weiterhin ein von McCrone et al. (1994) beschriebenes Projekt von besonderem Interesse. Den Mitgliedern eines gemeindepsychiatrischen Betreuungsteams wurde ein erheblich erweiterter Zuständigkeitsbereich verschafft, indem sie als "case management"-Verantwortliche (d.h. als eine Art Hauptbezugspersonen) ihren Patienten gegenüber auch Aufgaben wahrnahmen, welche zuvor Angehörigen anderer Berufsgruppen zugeteilt gewesen waren. Die case management-Betreuung im engeren Sinne wurde damit zwar teurer, doch die Fall- und damit die Gesamtkosten konnten dennoch reduziert werden. Besonders auffällig ist dabei die tiefere Zahl der Wohnungswechsel bei der Experimentalgruppe. Bei dieser betragen die Kosten für die Unterbringung nur 52 % der betrachteten Gesamtkosten, gegenüber 70% bei der Kontrollgruppe. Da es sich dabei um den bei weitem wichtigsten Einzelposten handelte, ergibt sich daraus zumindest die Vermutung, dass eine sorgfältige Betreuung

in der Wohnungsfrage (verbunden mit einer Bereitstellung angemessenen Wohnraums in genügendem Ausmass) ein beträchtliches Sparpotential eröffnen könnte.

Seit langer Zeit ist auch der Wert einer bestmöglichen Integration der Patienten in die Arbeitswelt bereits anerkannt, auch wenn der daraus resultierende Einkommenseffekt relativ spärlich bleibt.

Weisbrod et al. (1980) konnten belegen, dass diesbezüglich der Erfolg von Qualität und Aufwand der Behandlung mitbestimmt wird. In einer Zeit, wo die Vollbeschäftigung auch in der Normalbevölkerung immer mehr in Frage gestellt wird, wird dieses Ziel jedoch zunehmend problematisch.

Das Recht psychisch erkrankter Patienten, sich als vollwertige Mitglieder der Gemeinschaft zu erfahren, kann realistischerweise nicht mehr ohne weiteres allein durch das Angebot entsprechender Arbeitsmöglichkeiten eingelöst werden. Im Lichte dieser Entwicklung erhält die Weisbrod-Studie neuerlich eine besondere Aktualität, indem sie sich nämlich unter dem Stichwort "improved consumer decision making" auch mit der Frage befasst, inwiefern Patienten bloss mit den für nötig erachteten Leistungen "versorgt" oder aber in die Lage versetzt werden, als kritische und eigenverantwortliche Kunden aufzutreten.

Weiter ist auch auf neuere Ansätze in der Lebensqualität-Forschung hinzuweisen, wie sie etwa von Leff et al. (1996) beschrieben werden. Lebensqualität wird hier anhand von Umfang und Qualität der sozialen Kontakte, dem Grad der den Patienten auferlegten Einschränkungen sowie den subjektiven Einschätzungen und der körperlichen Gesundheit gemessen. Ein jüngerer deutschsprachiger Beitrag zu dieser Thematik stammt von Lauer et al. (1995). Diese weisen darauf hin, dass im Zeitalter der empirischen Partialisierung mit der Lebensqualität eine ganzheitliche, holistische Perspektive Einzug in die Psychiatrie hält, in deren Mittelpunkt das kranke Individuum mit seinen Welt- und Selbstbezügen steht. Die LQ-Evaluationsforschung hat bei chronisch-somatischen Erkrankungen bereits eine solide Tradition, ihre Bedeutung in der Psychiatrie ist dagegen noch eher bescheiden. Die bisherigen Ergebnisse scheinen sich - sehr verkürzt - am besten folgendermassen zusammenfassen zu lassen (Lauer et al.,1995):

- Die LQ psychiatrischer Patienten ist - diagnosenunabhängig - geringer als die der Normalbevölkerung und chronisch körperlich Kranker.
- Längsschnittstudien zeigen, dass der Verbleib in therapeutischen oder rehabilitativen Massnahmen die LQ – insbesondere chronisch psychisch Kranker – verbessert.
- Gemeindenäher versorgte Patienten berichten über eine bessere LQ als längerfristig hospitalisierte, selbst bei ausgeprägter Psychopathologie.
- Zwischen Rückfälligkeit, Psychopathologie und LQ bestehen negative Korrelationen.
- Frauen haben eine bessere LQ als Männer.
- Sowohl bei der Normalbevölkerung als auch bei psychisch Kranken scheint das Selbstwertgefühl ein zentraler Prädiktor der LQ zu sein.
- Nicht nur bei internistischen, sondern auch bei psychiatrischen Patienten beeinträchtigen unerwünschte Medikamentenwirkungen die LQ. Die LQ-Perspektive kann deshalb

durchaus für einen Einsatz teurerer Medikamente sprechen, eine Ueberlegung, welche die Oekonomie betonenden Qualitätssicherungskonzepten auf den ersten Blick widerspricht. In einer Längsschnittstudie legten Barry & Crosby (1996) besonderes Gewicht auf die Frage der Validität von Messungen der Lebensqualität. Erwartete Zusammenhänge zwischen Lebensqualität einerseits und Symptomatik sowie Sozialverhalten andererseits waren teilweise nicht objektivierbar. Vor allem subjektive Angaben zur Lebensqualität tendierten zu einer geringen Trennschärfe, indem sämtliche Gruppen von Befragten dazu neigten, ihre Lebensqualität als hoch zu bezeichnen.

Lehman (1996) untersuchte 10 Instrumente zur Messung der Lebensqualität und kam dabei zum Schluss, dass Lebensqualität trotz aller Schwierigkeiten messbar sei. Lebensqualität sei als Outcome-Mass prinzipiell gegen scheinbar ähnliche Konstrukte wie Familienbelastung oder Zufriedenheit mit den erhaltenen "Dienstleistungen" abzugrenzen. Lebensqualität umfasse neben der subjektiven Befindlichkeit auch die Funktionen, die eine Person ausüben könne, sowie die Möglichkeiten und Ressourcen, zu denen sie Zugang habe. Sie sei auch verwandt, nicht aber identisch mit klinischen Variablen wie "Depressivität" oder "Angst". Kontraintuitive Ergebnisse z.B. bei Patienten mit schweren chronischen Leiden kämen auch bei Messinstrumenten mit guten psychometrischen Eigenschaften zustande, was unter Umständen bedeuten könne, dass diese Patienten ihre LQ "idiosynkratisch" bzw. anders wahrnahmen als es aufgrund der entsprechenden sozialen Normen zu erwarten wäre. Aus diesen Ergebnissen lassen sich ebenfalls Folgerungen für die Planung von Interventionen ableiten. So sind subjektiv zufriedene Patienten kaum für Veränderungen zu motivieren, auch wenn die Umgebung (Arzt, Familie usw.) solche noch so wünschenswert findet. Umgekehrt kann die Behandlungspartnerschaft leiden, wenn subjektive Unzufriedenheit nicht angesprochen wird. Kontraintuitive LQ-Befunde sind demnach schwierig zu interpretieren. Einerseits können sie die Notwendigkeit signalisieren, mit dem Betroffenen über Behandlungsziele zu "verhandeln", andererseits aber auch eine Anpassung an ungünstige äussere Bedingungen darstellen. In diesem Fall könnten an sich wünschenswert erscheinende Veränderungen zunächst eine Abnahme der LQ-Werte zur Folge haben. Konzeptuell muss deshalb in Zukunft wohl noch schärfer als bisher zwischen Zufriedenheit, krankheitsbedingten Defektzuständen und anderen, möglicherweise zu wenig realitätsorientierten Konzepten unterschieden werden.

Die stärkere Berücksichtigung von Bedürfnissen ist auch deshalb dringend angezeigt, weil in Zeiten stagnierender oder sinkender finanzieller und personeller Ressourcen psychiatrische Behandlung von hoher Qualität auf die Zusammenarbeit mit anderen Diensten in der Primärversorgung, mit Sozialdiensten, Freiwilligenorganisationen und Angehörigenvereinigungen angewiesen ist. Es wird daher in Zukunft auch ein Massstab für die Qualität psychiatrischer Dienste sein, in welchem Ausmass die Patienten selbst und ebenso ihre Angehörigen in die Planung und Durchführung ihrer Behandlung und Pflege einbezogen sind. (vgl. Priebe 1992, Segal et al. 1996). Dieser Aspekt wurde von der Forschung allzu lange vernachlässigt. So stellten McCrone & Weich (1996) bei einer Analyse von 49 Studien zur Kosteneffizienz unterschiedlicher Behandlungsangebote fest, dass die im Bereich der Familien anfallenden Kosten zumeist entweder gar nicht oder nur unzureichend erfasst werden. Es

ist leider die Ausnahme, dass - wie bei Goldberg (1991) - auch Aspekte wie die seelische Belastung der Angehörigen, die Verbesserung häuslicher Fertigkeiten oder eine Zunahme der in irgendeiner Weise konstruktiv genutzten Zeit in die Betrachtung miteinbezogen werden.

Die Gemeindepsychiatrie muss im Rahmen qualitätssichernder Massnahmen bei allen Kostenmessungen schliesslich eine besondere Rolle übernehmen, wenn der Anspruch auf Verlässlichkeit und Gültigkeit erfüllt sein soll. Dass Kosten dabei nicht nur mit kurzfristigen, sondern mehr noch mit langfristigen Behandlungsergebnissen in Beziehung gesetzt werden müssen, hat sich nachdrücklich in der bereits erwähnten Studie von Goldberg (1991) mit Follow-up-Erhebungen nach 4 und nach 12 Jahren gezeigt. Ueber solche längeren Zeiträume erwies sich nämlich die anfänglich teurere Behandlungsbedingung als insgesamt billiger. Auch müssen Kosten umfassend unter Einschluss aller Dienstleistungen erhoben werden. So fielen etwa bei der umfassenden Kostennutzenanalyse von Weisbrod et al. (1980) mehr als die Hälfte der erfassten Kosten ausserhalb des eigentlichen Behandlungssettings an. Darüberhinaus sind aber auch der Systemzusammenhang zwischen stationärer und ausserstationärer Behandlung und die beidseitigen Wechselwirkungen zu berücksichtigen. Kostenmessungen, die nur die gemeindepsychiatrischen Dienste einbeziehen, vermitteln daher ebenfalls ein unvollständiges und oft sogar falsches Bild.

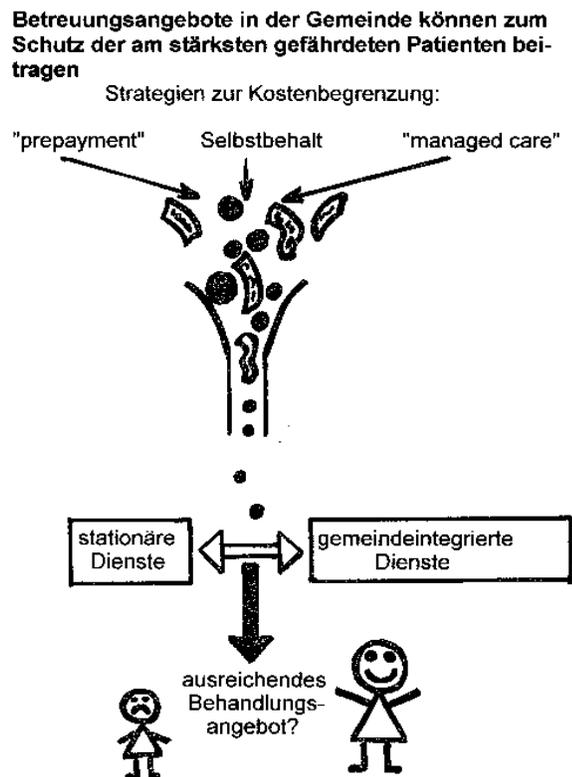


Abbildung 7: Betreuungsangebote in der Gemeinde können zum Schutz der am stärksten gefährdeten Patienten beitragen

Von grosser Tragweite für die Qualitätssicherung dürfte weiterhin sein, dass Kosteneindämmungs- bzw. reduktionsstrategien wie "prepayment", "increased patient share" oder "managed care" gerade bei Patienten mit der höchsten psychosozialen Stressbelastung, mit chronischen und behindernden Erkrankungen und mit niedrigem Einkommen zu schlechteren Behandlungsergebnissen und einem

schlechteren Krankheitsverlauf zu führen scheinen. Auch diesbezüglich kann nur unter Einbezug von Daten aus der Gemeindepsychiatrie bei sogenannten "case mix"-Gruppen mit vergleichbarer Beeinträchtigung genauer untersucht werden, welche Patientengruppen speziell Gefahr laufen, bei den unterschiedlichen Strategien zur Kostenreduktion bzw. zur Kosteneindämmung ernsthaft benachteiligt oder gefährdet zu werden (Abbildung 7). Von der Untersuchung im stationären Setting allein sind darüber keine Aufschlüsse zu erwarten.

Speziell hilfreich zur Vermeidung von Qualitätseinbußen erscheint auch der Einbezug von Patienten, Angehörigen und Zuweisern in die Planung neuer Versorgungsangebote, sowie ihre Mitwirkung bei der Entwicklung valider Kriterien für den Behandlungserfolg und für das Inanspruchnahmeverhalten. In der einschlägigen Literatur gibt es einerseits die optimistische Hoffnung, dass ökonomischer Druck eine Verbesserung des Versorgungssystems zu bewirken vermag, weil die möglichst weitgehende Vermeidung teurer stationärer Behandlungen, die aktive Beteiligung der Betroffenen und die hohe Qualität des Angebots einander gegenseitig bedingen würden. Dem steht jedoch die unseres Erachtens ebenso berechtigte Besorgnis entgegen, dass sich die Interessen vieler, insbesondere chronisch kranker Patienten im Verteilungskampf um knapper werdende Mittel in einem überwiegend nach ökonomischen Kriterien organisierten Gesundheitswesen zunehmend schwerer werden verteidigen lassen.

Abschliessend sei noch auf einige mehr grundsätzliche Aspekte der Qualitätssicherung hingewiesen. Planung und Bereitstellung psychiatrischer Dienste wird in den kommenden Jahren aller Wahrscheinlichkeit nach durch eine Verknappung von verfügbaren Ressourcen weiter erschwert werden, und der Qualitätssicherung wird dabei eine zunehmend wichtigere Rolle zukommen. Deren Herkunft aus der Ökonomie und ihre administrative, quantifizierende Pragmatik birgt aber die Gefahr, in einer räumlich und zeitlich eingrenzenden Sichtweise die Langzeitentwicklung psychisch Kranker, ihre eigene subjektive Selbst- und Weltsicht, ihre Lebensqualität sowie die Belastung ihrer Angehörigen aus den Augen zu verlieren. Richartz (1996) weist in diesem Zusammenhang auf die Gefahr hin, dass sich Begriffe wie "Qualitätssicherung" und "Qualitätsmanagement" in der Praxis als blosse Bestandteile eines Vokabulars zur Rechtfertigung der Kostendämpfung im Gesundheitswesen erweisen könnten. Dies würde krass der Verpflichtung der Psychiatrie widersprechen, psychisch kranken Menschen zu einem so erfüllten Leben wie möglich zu verhelfen und ihre emotionale Unterstützung sowie ihre alltäglichen Bedürfnisse nach Wohnen, Beschäftigung, Freizeit und kultureller Teilhabe sicherzustellen. Die entsprechenden Perspektiven müssen deshalb in der psychiatrischen Qualitätssicherung explizit Berücksichtigung finden. Ohne den Einbezug der Gemeindepsychiatrie ist dies nicht zu erreichen.

Aber auch ganz unabhängig von der Frage, welcher Zweig der Psychiatrie welchen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten kann, muss diese von Seite der ärztlichen, pflegerischen, psychologischen und sozialtherapeutischen Berufe vor allem im Sinne des Wohlergehens des Patienten und allenfalls in zweiter Linie im Sinne finanzieller Einsparmöglichkeiten betrieben wird. Dabei sollten wir nicht

zuletzt auch unsere traditionelle Terminologie weiterhin hochhalten. Begriffe wie Arzt, Schwester/Pfleger, Therapeut und Patient repräsentieren inhärente Werte und stehen für eine feste ethische Basis unseres Handelns, und der Begriff der therapeutischen Beziehung beinhaltet in besonderem Mass eine Vereinbarung spezieller moralischer Qualität. Demgegenüber haben Begriffe wie Anbieter, Nutzer, Kunde, Produkt, Markt usw. ihre Berechtigung im ökonomischen Kontext, und ihre Konnotationen prägen das Denken und Handeln von Politikern, Administratoren und Ökonomen. Diese sind in der Qualitätssicherung unsere Partner. Selbst sind wir aber primär der bestmöglichen Behandlung verpflichtet. Nur wenn Qualitätssicherung dem Ausgleich in dem daraus entstehenden Spannungsfeld dient, können wir sie auch zu unserer eigenen Sache machen.

LITERATUR

- Andreasen, N.C. (1991). Assessment Issues and the Cost of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 475-481.
- Barry, M. & Crosby, C. (1996). Quality of Life as an Evaluative Measure in Assessing the Impact of Community Care on People with Long-Term Psychiatric Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 210-216.
- Beecham, J., Knapp, M. & Fenyo, A. (1991). Costs, Needs, and Outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 427-439.
- Davidson, L., Kraemer Tebes, J., Rakfeldt, J. & Sledge, W.H. (1996). Differences in Social Environment Between Inpatient and Day Hospital-Crisis Respite Settings. *Psychiatric Services*, 47, 714-720.
- Goldberg, D. (1991). Cost-Effectiveness Studies in the Treatment of Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 453-459.
- Lauer, G. (1993) Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis*, 20, 88-90.
- Leff, J., Dayson, D., Gooch, C., Thornicroft, G. & Wills, W. (1996). Quality of Life of Long-Stay Patients Discharged From Two Psychiatric Institutions. *Psychiatric Services*, 47, 62-67.
- Lehman, A.F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 78-88.
- McCrone, P., Beecham, J. & Knapp, M. (1994). Psychiatric Nurse Teams: Cost-effectiveness of Intensive Support Versus Generic Care. *British Journal of Psychiatry*, 165, 218-221.
- McCrone, P. & Weich, S. (1996). Mental health care costs: paucity of measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 70-77.
- Priebe, S. (1992). *Die Bedeutung der Patientenmeinung. Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Richartz, M. (1996). Psychiatrie zwischen Ausgrenzung und Integration/Emanzipation. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 45-49.
- Segal, S.P., Watson, M.A. & Akutsu, P.D. (1996). Quality of Care and Use of Less Restrictive Alternatives in the Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*, 47, 623-627.
- Weisbrod, B.A., Test, M.A. & Stein, L.I. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment. II. Economic Benefit-Cost Analysis. *Archives of General Psychiatry* 37, 400-405.
- WHO (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Genf.
- Wing, J.K. (1976). Eine praktische Grundlage für die Sozialtherapie bei Schizophrenie. In: G. Huber (Hrsg.), *Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.