

Aus dem Bezirkskrankenhaus Haar  
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. W. Bender

Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme  
stationär psychiatrischer Patienten

Analyse über einen Zeitraum von 9 Jahren

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Dorothea Maria Huttner

aus  
München

2006

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. Wolfram Bender

Mitberichterstatter: PMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

Mitbetreuung durch den  
promovierten Mitarbeiter: Dr. Achim Wentzel

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 09.03.2006

In Dankbarkeit  
für Inge Prinz und  
Dorothee Kollmann

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Fragestellung .....	1
1.2.	Basisdokumentation in der Psychiatrie.....	1
1.2.1	Hintergrund und zeitliche Entwicklung.....	1
1.2.2.	Aufbau Funktion und Leistungen.....	2
1.2.3.	Nutzungsmöglichkeiten .....	3
1.3.	Zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie .....	4
1.3.1.	Grundzüge der Qualitätssicherung in der Psychiatrie .....	4
1.3.2.	Basisdokumentation als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen.....	6
1.3.3.	Nutzen und Methodik von Krankenhausvergleichen .....	7
1.3.4.	Psychiatrie Enquête .....	7
1.3.5.	Evidence based medicine.....	8
1.4.	DRGs: Gleiches Geld für gleichen Fall? Anwendbarkeit in der Psychiatrie.....	8
1.4.1.	Das regionale Psychiatriebudget.....	12
1.5.	Case Management .....	14
1.6.	Geschichte des Bezirkskrankenhauses Haar .....	14
1.7.	Die Dauer der stationären Behandlung .....	16
1.7.1.	Historische Entwicklung der Behandlungsdauer .....	16
1.7.2.	Prädiktoren der Behandlungsdauer .....	18
1.8.	Wiederaufnahme .....	28
1.8.1.	Deinstitutionalisierung: Umhospitalisierung statt Enthospitalisierung?.....	28
1.8.2.	Unterbringung.....	30
1.8.3.	Prädiktoren zur Wiederaufnahme.....	31
1.9.	Häufige Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste.....	37
1.9.1.	Heavy user: Krankheit oder Phänomen?.....	37
2.	Fragestellungen der Studie.....	51
3.	Stichprobe und Methode.....	52
3.1.	Studienpopulation und Beobachtungszeitraum .....	52
3.2.	Untersuchungsmethode, Datenerfassung und Auswertung .....	52
3.2.1.	Prädiktion der Behandlungsdauer: lineare Regression .....	53
3.2.2.	Prädiktion der kumulierten Behandlungsdauer.....	54
3.2.3.	Prädiktion der Dauer bis Wiederaufnahme: Cox-Regression .....	54
4.	Ergebnisse.....	55
4.1.	Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zur Prädiktion der Behandlungsdauer .....	55
4.2.	Prädiktion der Zeitdauer bis Wiederaufnahme (Cox Regressionsanalyse).....	65
4.3.	Drehtüreffekt und heavy user .....	71
5.	Diskussion .....	77
5.1.	Diskussion im Bezug auf die Verweildauer.....	77
5.2.	Diskussion der Ergebnisse der Analyse für die Wiederaufnahme und häufige Inanspruchnahme .....	83
6.	Zusammenfassung .....	88
7.	Literaturverzeichnis.....	93
8.	Tabellen und Abbildungen .....	104
8.1.	Verzeichnis der Tabellen.....	104
8.2.	Verzeichnis der Abbildungen.....	104
8.2.	Tabellen vollständig.....	105

# 1. Einleitung

## 1.1. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel zu ermitteln, welche Faktoren die Dauer der stationären Behandlung in der Psychiatrie beeinflussen, welche Prädiktoren es zur Aufklärung statistischer Varianz der Behandlungsdauer gibt und wie groß der Anteil der jeweils aufklärten Varianz durch einzelne Prädiktoren ist. Des Weiteren soll anhand der BADO Daten herausgefunden werden, ob sich Prädiktoren für die Wiederaufnahmerate finden lassen. Schließlich soll untersucht werden, welche Faktoren die häufige Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste beeinflussen.

Da die statistische Analyse anhand der seit 1995 erfassten BADO Daten erhoben wird, möchte ich zunächst einmal kurz auf den Hintergrund und die zeitliche Entwicklung der Basisdokumentation eingehen sowie ihren Aufbau, ihre Funktion und ihre Leistungen, um dann die Nutzungsmöglichkeiten erörtern zu können. Diesbezüglich wird auch die Basisdokumentation als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen besprochen.

## 1.2. Basisdokumentation in der Psychiatrie

### 1.2.1 Hintergrund und zeitliche Entwicklung

Die psychiatrische Basisdokumentation hat in Deutschland eine ehrwürdige Tradition, die bis ins Jahr 1844 zurückreicht. Flemming hatte damals in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch – gerichtliche Medizin (herausgegeben von Deutschlands Irrenärzten, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Criminalisten) eine Einladung an die Irrenanstalts – Directoren zur Benutzung gemeinschaftlicher Schemata zu den tabellarischen Übersichten herausgegeben („Normal – Schema für irrenstatistische Übersichten“). *„Die Redaction der Zeitschrift für Psychiatrie, von dem Wunsche durchdrungen, dass diese Annalen für die Zukunft gleichsam ein reichhaltiges, allen Bearbeitern zugängliches und nutzbares Archiv dieser Wissenschaft werden mögen, hofft deshalb auch jene tabellarischen Verzeichnisse und Übersichten der Thatsachen darin niedergelegt zu sehen, welche bisher in den vereinzelt Rechenschaftsberichten der Directoren von Irren-Anstalten zerstreut zu Tage kamen. Es ist überflüssig den Nutzen dieser tabellarischen Verzeichnisse ins Licht zu stellen, welche in einer jeden Wissenschaft in zwei verschiedenen Epochen der Entwicklung von dem förderlichsten Einflusse sind: sowohl in der Epoche des Beginns, so lange es überhaupt noch an Thatsachen mangelt und ein sorgfältiges Sammeln derselben die wichtigste Aufgabe ist, - als in derjenigen vorgerückteren Epoche der Ausbildung, wo die Masse der vorhandenen Thatsachen anfängt den Blick zu überwältigen und daher ein Sondern und Ordnen derselben unentbehrlich wird. Dahingestellt, in welchen von beiden Epochen sich die Lehre von den Seelenstörungen gegenwärtig befinden möge, - (und wir glauben, dass über diese Frage kein Zweifel entstehen kann)- jedenfalls kann sie dermalen weder der sammelnden noch der ordnenden Hände zu ihrer Fortbildung entbehren. Damit aber die so gewonnenen Übersichten der Thatsachen wahrhaft nutzbar werden mögen, ist es ferner wünschenswerth, dass sie durch eine gewisse Gleichartigkeit der Form, und – sofern dies dadurch bedingt wird, - der dabei zum Grunde gelegten Principien in Zusammenhang gestellt werden.....Es wird der Redaction zum Vergnügen gereichen, fernere Vorschläge zur Verbesserung und Vervollständigung dieser Schemata im Allgemeinen und Einzelnen entgegenzunehmen.“*

So ist im Fachgebiet der Psychiatrie bereits vor 150 Jahren ein Dokumentationssystem eingeführt worden, nicht zuletzt möglicherweise, weil die medizinische Versorgung

neuro-psychiatrischer Erkrankungen gegenüber anderen Krankheitsbildern Besonderheiten aufweist, denen Rechnung zu tragen ist. Dazu gehören beispielsweise in der Regel stark individualisierte Krankheitsverläufe, eine Kombination von Medikation und sprechender Medizin, erhebliche Belastungen für Patient und Angehörige sowie vor allem eine schwierige Operationalisierung der Erfolgsmessung.

Bereits 1972 hatte eine Arbeitsgruppe der DGPN einen Katalog von 20 Merkmalen definiert und als Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde vorgelegt. Im Zuge ihres Engagements zur Schaffung einer fachlich fundierten Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie hat die DGPPN der Basisdokumentation von Anfang an eine hohe Priorität zuerkannt und eine Arbeitsgruppe - „sammelnde und ordnende Hände“ - gegründet, die den seit 1982 gültigen BADO-Minimalkatalog für Zwecke der Qualitätssicherung weiterentwickelt hat (Dilling 1983).

Im Jahr 1982 wird der Öffentlichkeit die Psychiatrische BADO vorgestellt und von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser den Mitgliedern zur Einführung empfohlen. Die Neufassung der psychiatrischen Basisdokumentation wurde dann von einer Expertengruppe erarbeitet, mit den zuständigen Gremien bundesweit abgestimmt und Anfang 1995 publiziert (Cording 1995).

Damit ist die Psychiatrie wohl das erste medizinische Fachgebiet, für das es eine bundeseinheitliche Basisdokumentation gibt, die von allen relevanten Gremien und Vertragspartnern akzeptiert und unterstützt wird.

Sinn und Ziel dieser breit angelegten Dokumentation sind:

- die Erarbeitung von Informationen über die Nutzung verschiedener Einrichtungen durch Patienten unterschiedlicher Kategorien
- die Beurteilung der Arbeitsweise verschiedener Einrichtungen und ihre Integration in die Gesamtversorgung
- die Erhebung von Aussagen zur künftigen Planung der psychiatrischen Versorgung
- die Schaffung von Vergleichsmöglichkeiten verschiedener Einrichtungen untereinander
- der Vergleich verschiedener Landkreise oder Regionen untereinander
- der Vergleich verschiedener Bundesländer untereinander

Zusätzlich zur Dokumentation der stationären Bereiche ist inzwischen angesichts der angestrebten „Ambulantisierung“ und der geforderten institutionsübergreifenden Hilfen in Bayern die Basisdokumentation für psychiatrische Ambulanzen (AmBADO) eingeführt worden, ebenso wie eine kompatible BADO -K für den komplementären Bereich entwickelt worden ist.

### 1.2.2. Aufbau Funktion und Leistungen

Ziel einer psychiatrischen Basisdokumentation ist es, patientenbezogene Informationen über Behandlungsprozesse und Behandlungsergebnisse routinemäßig und in standardisierter Form zu erheben und der Nutzung und Auswertung zugänglich zu machen. Die erfassten Informationen sollen für die Gestaltung und Bewertung von Betreuungsprozessen eingesetzt werden können und die Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgungseinrichtung abbilden. Sie sollen eine empirische Grundlage für die Qualitätssicherung auf der Ebene der Einrichtung und des gemeindepsychiatrischen Verbundes sowie für die Steuerung der psychiatrischen Versorgung auf Landesebene sein. Keinesfalls sei es erstrebenswert anhand der erhobenen Daten den „gläsernen“ Patienten zu schaffen, den man über alle Behandlungsinstanzen verfolgen könnte und folglich auch das „gläserne“ Krankenhaus. Der entscheidende Schritt auf dem Weg zur Qualitätssicherung sei es,

so Cording, den Computer auszuschalten und von der Analyse abstrakter Daten zur Betrachtung der konkreten Realitäten überzugehen (Cording 1997).

Die systematische Erhebung, Speicherung und Auswertung patientenbezogener Daten geschieht mit Hilfe der Basisdokumentation. Sie besteht im wesentlichen aus zwei Komponenten: dem Katalog der erhobenen Merkmale und dem System der Datenverarbeitung.

Die Struktur besteht aus einem Basismodul mit insgesamt 71 Items, die den kleinsten gemeinsamen Nenner für alle Kliniken und Abteilungen darstellen. Außerdem sind 35 fakultative Zusatzitems definiert, unter denen jede Institution ihre eigene Auswahl treffen kann. Vom Arzt oder Psychologen bei Erstaufnahme sind jeweils 55 Items auszufüllen, nämlich 28 bei Aufnahme und 27 bei Entlassung des Patienten. Bei Wiederaufnahme sind es etwas weniger. Über die Hälfte der 62 Merkmale, die sich entsprechend zuordnen lassen, bezieht sich auf die Patientenstruktur (also die soziodemografischen, biografischen und psychiatrisch-anamnestischen Daten), der Rest verteilt sich fast gleichmäßig auf die wichtigsten Aspekte der diagnostischen und therapeutischen Prozesse sowie der Behandlungsergebnisse.

### 1.2.3. Nutzungsmöglichkeiten

Die meisten BADO Daten können im Hinblick auf die zugrundeliegende Qualität erst sinnvoll interpretiert werden, wenn man sie auf Referenzwerte bezieht. Im einfachsten Falle können das die zu einem früheren Zeitpunkt in der eigenen Einrichtung erhobenen Werte sein; daran lässt sich häufig erkennen, ob es einen Qualitätsfortschritt in die gewünschte Richtung gegeben hat oder nicht.

Dies kann und muss auf mehreren Ebenen geschehen. a) im Längsschnittvergleich mit den zu einem früheren Zeitpunkt in der eigenen Institution erhobenen Werten lässt sich in der Regel feststellen, ob eine Verbesserung oder Verschlechterung in den jeweiligen Dimensionen stattgefunden hat; b) Querschnittsvergleiche zwischen vergleichbaren Stationen, Abteilungen bzw. Kliniken sind meist noch aufschlussreicher und anregender, vor allem wenn sie zum Beispiel im Rahmen einer freiwilligen Arbeitsgemeinschaft erfolgen und dort in aller Offenheit diskutiert werden können; aber auch der Vergleich der eigenen Daten mit den anonymisierten Mittelwerten der übrigen Institutionen ist durchaus sinnvoll, sofern die Struktur der versorgten Patientenkielentel detailliert genug berücksichtigt wird. c) sofern von anerkannten Expertengremien aufgestellte Standards existieren und auf die in der eigenen Einrichtung versorgte Kielentel zutreffen, können die eigenen Werte auch auf diesem Hintergrund bewertet werden.

Diese drei Vorgehensweisen schließen sich nicht aus, sondern können einander sinnvoll ergänzen. Die Orientierung an Standards und Leitlinien ist insbesondere dann notwendig, wenn die Ergebnisse der eigenen Einrichtung signifikant hinter den Durchschnittswerten vergleichbarer Einrichtungen zurückbleiben.

Als Beispiel zur Nutzung von „BADO -Daten“ sei eine Evaluationsstudie zum Vergleich der Versorgung schizophrener Patienten in Japan und Deutschland genannt (Hübner – Liebermann 2003), in der anhand von Daten der Basisdokumentation die verschiedenen Versorgungssysteme für eine angesichts Diagnose, Erkrankungsschwere, Chronizität, Alter und Geschlecht relativ homogene Erkrankungsgruppe abgebildet und im interkulturellen Vergleich Ansatzpunkte für qualitätsverbessernde Maßnahmen geliefert werden konnten.

Mit Hilfe der BADO gelingt es Lebensumstände, krankheitsspezifische Parameter und Inanspruchnahmeverhalten in einer Weise abzubilden, so dass neue Maßstäbe hinsichtlich einer evidenzbasierten Behandlung in nahe Zukunft gerückt zu sein scheinen.

Ein weiteres Beispiel ist eine Studie aus Regensburg, die die Behandlungswege stationär-psychiatrischer Patienten zur Fragestellung hatte (Hübner – Liebermann B 2005). Anhand der Badodaten wurden Prädiktoren für Einweisung und ambulante Weiterbehandlung analysiert und das Ergebnis, nämlich die geringe Zuweisungsrate von Allgemeinärzten und Nervenärzten/Psychiatern, kann zu qualitätsverbessernden Maßnahmen, hier einer besseren Zusammenarbeit, genutzt werden.

Zur Unterscheidung bipolarer Störungen in der Klinik haben Spießl et al ( 2002) eine Evaluation über 10 Jahre anhand der BADO Daten durchgeführt, bei der sich unter anderem auch eine längere kumulierte Verweildauer und häufigere stationäre Aufenthalte von Patienten mit bipolarer Störung herauskristallisiert haben, ein Ergebnis dem dann möglicherweise Rechnung, sei es in der Prävention oder der Therapie, zu tragen ist.

### 1.3. Zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie

#### 1.3.1. Grundzüge der Qualitätssicherung in der Psychiatrie

„Die Hauptaufgabe von Qualitätssicherung ist es, die Kluft zwischen dem, was wir optimalerweise tun könnten und sollten, und dem, was wir tatsächlich tun zu minimieren. Aber darüber, wie man das am besten und am ökonomischsten macht, wissen wir wenig“ (Cording 1999). Kein Wunder, wenn, wie in Deutschland, für die Versorgungsforschung kaum Gelder bereitstehen.

Zudem ist die Debatte zur Notwendigkeit qualitätssichernder Maßnahmen zum Teil auch vom Aspekt der Kostensenkung geprägt. Gerade in der psychiatrisch – psychotherapeutischen Krankenversorgung besteht eine Komplexität, so dass sich Qualität in diesem Fachbereich nur mehrdimensional abbilden lässt und sicher nicht anhand einzelner Merkmale.

Ursprünglich stammt die Idee qualitätssichernder Maßnahmen aus dem Bereich der industriellen Fertigung der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts.

Qualitätssicherung in der Medizin soll eine dem fachlichen Kenntnisstand und den vorhandenen Ressourcen entsprechend optimale Krankenbehandlung in allen Bereichen und in allen Ebenen der Versorgung sicherstellen. Im Bereich der Psychiatrie umfasst sie alle Aspekte der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychischer Erkrankungen innerhalb eines gegliederten Versorgungssystems. Voraussetzung für die Durchführung qualitätsüberwachender und -sichernder Maßnahmen ist die Entwicklung von Standards und Leitlinien. Hier haben sich drei einander ergänzende instrumentale Ansätze entwickelt (Donabedian 1966): Der Begriff der **Strukturqualität** beschreibt die den diagnostischen und therapeutischen Zielsetzungen entsprechende Angemessenheit finanzieller, organisatorischer, technischer und personeller Ressourcen. Unter **Prozessqualität** versteht man die Übereinstimmung diagnostischer und therapeutischer Interventionen mit dem aktuellen Stand medizinischen Wissens. Die **Ergebnisqualität** ist ein Maß für das tatsächliche Erreichen der therapeutischen Zielvorgaben (Gaebel 1997). Es liegt der Gedanke zugrunde, dass eine positive Veränderung der Struktur- und Prozessqualität auch eine positive Ergebnisqualität nach sich zieht. Die bekannte Definition des amerikanischen Institute of Medicine aus dem Jahre 1990 lautet: „Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired outcomes and are consistent with current professional knowledge“. Diese Beschreibung findet ihre Entsprechung in den Regelungen des Sozialgesetzbuch V, wonach eine bedarfsgerechte, dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten gefordert ist (vgl. 135a SGBV). So hat der Gesetzgeber mit den Vorgaben des Sozialgesetzbuches bereits seit dem 1.1.89 bindend die Forderung an die Krankenhäuser gerichtet, „..... sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind

auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden“ (§ 137 SGB V). Die Gesundheitsversorgung soll idealerweise einen Ausgleich zwischen Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit erreichen (Janssen 2004). Angesichts rückläufiger Budgets im Gesundheitswesen müssen auch qualitätssichernde Maßnahmen nach ihrer Kosteneffektivität eingeteilt werden. Ein in dieser Hinsicht sehr begrüßenswertes Programm ist von der Weltgesundheitsorganisation namens „CHOICE“ ins Leben gerufen worden. Hier werden anhand eines Konzepts der „DALYs“ („disability adjusted life years“), also behinderungsfreier Lebensjahre, die sich durch definierte therapeutische Maßnahmen gewinnen lassen, Daten zur Kosteneffektivität zusammengetragen (Frick 2001). In dieser Hinsicht zu erwähnen ist eine von der WHO veranlasste Studie (Üstun 2000) die gezeigt hat, dass Depressionen unter den wichtigsten Krankheitsursachen an vierter Stelle stehen, wobei ein weiterer Anstieg hinsichtlich der Beeinträchtigung durch Depressionen zu befürchten ist. Für das Jahr 2020 wird erwartet, dass depressive Störungen Platz zwei (hinter den ischämischen Herzkrankheiten) unter allen globalen Krankheitslasten einnehmen werden (Murray 1996). In einem kürzlich erschienenen Bericht aus England mit dem Titel „Mental health and social exclusion“ wird als erschreckendes Fazit gezogen, dass psychisch Kranke zu den am meisten ausgeschlossenen Personen der Gesellschaft zählen. Die Kosten für Betreuung, ökonomische Einbußen und vorzeitigen Tod werden mit über 100 Milliarden Euro angegeben (Eikermann 2005).

Dabei ist eine interne Qualitätssicherung von einer externen zu unterscheiden. Letztere wird von vielen Ärzten eher als Kontrolle mit dem Ziel der Kostendämpfung („Erhöhung der Effizienz“) denn als Maßnahme zur Qualitätssicherung mit dem Ziel der Verbesserung der medizinischen Versorgung angesehen. Es bedarf erheblicher Anstrengungen, diese abstrakten vom Gesetzgeber vorgegebenen Forderungen in der Psychiatrie umzusetzen, da bei jedem Patienten spezielle individuelle Einflussfaktoren wie z.B. psychosoziale Integration, psychodynamische Aspekte etc., eine große Rolle spielen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Behandlungsergebnisse von Selektionsprozessen und Versorgungsstrukturen in den verschiedenen Kliniken abhängen. Hieraus folgt, dass zur Erfassung der Therapieergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherung in der Psychiatrie eigene Wege gefunden werden müssen (Wetterling 1997). So ist eine Qualitätssicherung, die nur die einzelnen stationären Krankenhausaufenthalte in den Blick nimmt und den Behandlungserfolg nur bis zur Klinikentlassung evaluiert nicht sinnvoll, da sie das „Outcome“, den Therapieerfolg letztlich außer Acht lässt. Im Bezirkskrankenhaus Haar wird eine externe Qualitätssicherung im ambulanten Bereich bereits umgesetzt, im stationären Bereich scheitert ein derartiges Vorhaben derzeit noch an EDV technischen Problemen (Festschrift Haar 2005).

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang ein Pilotprojekt der Universität Mainz: anhand einer standardisierten Verlaufsdokumentation zur detaillierten Beschreibung und Analyse des Behandlungsprozesses für stationäre psychiatrische Patienten (in dieser Studie beschränkt auf Patienten mit einem depressiven Syndrom) wird der klinische Zustand mit Hilfe wöchentlich durchgeführter psychopathologischer Ratings und den therapeutischen Maßnahmen im Zeitverlauf abgebildet. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine derartige Verlaufsdokumentation in Ergänzung zur BADO (bei der „nur“ bei Aufnahme und Entlassung Daten erhoben werden) durch eine Prozessorientierung die Voraussetzungen für den Aufbau eines effizienten Qualitätsmanagements in einer psychiatrischen Klinik mit den dadurch sowohl auf der Ebene der individuellen Behandlung als auch auf der übergeordneten strategischen Ebene der Klinik gegebenen Möglichkeiten der ständigen Verbesserung schafft (Mann 2003).

### 1.3.2. Basisdokumentation als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen

Das Grundprinzip der Qualitätssicherung kann folgendermaßen definiert werden: Eine in bestimmter Weise strukturierte Patientenklientel wird im Krankenhaus mittels der dort verfügbaren Strukturen und Prozesse diagnostiziert und behandelt und dann mit bestimmten Behandlungsergebnissen wieder entlassen. Zum Zwecke der Qualitätssicherung werden im Sinne eines Rückkopplungskreises Informationen über den Behandlungsprozess und vor allem über die Behandlungsergebnisse erhoben, mit entsprechenden Referenzdaten verglichen und als Feedback an die jeweils Verantwortlichen auf der einzelnen Station oder Abteilung zurückgemeldet. Diese können dementsprechend die Strukturen und Prozesse innerhalb der Klinik optimieren, und der Erfolg dessen wird wiederum zurückgemeldet, so dass eine dynamische Spirale zunehmender Qualitätsentwicklung entsteht. Qualitätssicherung soll nicht die Therapiefreiheit einschränken, sondern die Freiheitsgrade der Verantwortlichen erhöhen, indem deren Informationsbasis durch die regelmäßigen Rückmeldungen verbessert wird. Hierfür werden routinemäßig und in standardisierter Weise erhobene Daten über jeden Patienten benötigt und dies geschieht mit Hilfe der Basisdokumentation.

Voraussetzung für ein effizientes Qualitätsmanagement ist eine den üblichen Gütekriterien (Reliabilität, Objektivität, Validität) genügende Dokumentation, wie sie in der Bado enthalten ist; denn sie erlaubt die Erfassung von Strukturdaten, Prozessdaten und Ergebnisdaten.

Anhand der BADO Informationen lassen sich nach Cording (1997) wichtige Qualitätsaspekte liefern wie:

- -Versorgungsfunktion für das Einzugsgebiet
- -überregionale Versorgungsleistungen
- -diagnostische und therapeutische Prozesse
- -Behandlungsergebnisse
- -Problemgruppenidentifikation
- jeweils als Routinemonitoring oder für Tracerdiagnosen oder spezielle Stichprobenanalysen.

Es sollte die Gesamtzahl der in einem bestimmten Zeitraum erfolgten Krankenhausaufenthalte, also das Langzeitergebnis, als Qualitätskriterium herangezogen werden.

Modewort in diesem Zusammenhang ist: "Benchmarking" („(zu deutsch: den Maßstab setzen), das heißt die unteren 25% der durchschnittlich erzielten Aufenthaltsdauern aller Patienten werden zur Richtschnur und zum Qualitätsindikator erklärt: zur Erprobung, zur Budgetierung oder zur Finanzierung.

Kritiker der Verwendung der Badodaten zur Qualitätssicherung sehen einerseits das mögliche Scheitern eines solchen Unternehmens in dem Fachgebiet selbst. Das, was die Psychiatrie so spannend, aber auch so schwierig mache, entziehe sich eigentlich jeder Art von Statistik. Die Individualität müsse man, wolle man jedem einzelnen gerecht werden, in die Planung von Versorgungsstrukturen miteinbeziehen. Aber genau dies würde durch statistische Methoden nahezu verhindert werden. Im Blick auf Interessen und Bedürfnisse des Einzelnen würden durch eine Statistik nach Art der BADO Fehlentwicklungen Tür und Tor geöffnet. Die Statistik nivelliere immer, das notwendige Element der Individualität gehe verloren (Greve 1987). Zudem sei eine Messung der Qualität per se schwierig, da psychiatrische Behandlungsinterventionen in hochkomplexen biopsychosozialen Verhältnissen erfolgen, deren Zusammenhang zwischen Neurobiologie, psychischem Erleben und sozialem Kontext bis heute selbst in den Grundlagenschissenschaften in ihren Einzelheiten nicht entschlüsselt werden konnten.

In diesem Zusammenhang ist auf eine generelle Problematik administrativer Daten hinzuweisen. Die Qualität derartiger Daten ist höchst unterschiedlich, wie Richter (2004) schreibt. Bei Daten, die zur Abrechnung und zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben notwendig sind, kann zumindest von Vollständigkeit ausgegangen werden, dies ist jedoch bei anderen Informationen häufig nicht der Fall. Allerdings ist auch bei vorgeschriebenen Daten nicht in jedem Fall von einer akkuraten Qualität auszugehen. Dies gilt etwa für die Kodierqualität von Diagnosen, die nicht nur klinische Merkmale berücksichtigen, sondern auch auf den Kostenträger zugeschnitten sein können, wie amerikanische Erfahrungen zeigen.

Auch darf die in administrativen Datensätzen aufgrund der großen Datenmenge wahrscheinlich statistische Signifikanz nicht mit der klinischen Signifikanz verwechselt werden. Nicht jeder statistische Unterschied in einer Rangfolge von Einrichtungen ist auch im klinischen Alltag zu spüren.

### 1.3.3. Nutzen und Methodik von Krankenhausvergleichen

Mit Hilfe der BADO Daten kann man Erkenntnisse darüber gewinnen, wie die eigene Einrichtung bei den einzelnen Qualitätsindikatoren im Vergleich zu anderen Häusern abgeschnitten hat.

Da sich aber Patientengruppen verschiedener Einrichtungen hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Merkmale unterscheiden, müssen diese einflussnehmenden Faktoren kontrolliert werden, was als Risikoadjustierung bezeichnet wird.

Auch das Versorgungssystem kann wesentlich zu Unterschieden zwischen Einrichtungen beitragen, so zum Beispiel kann die Patientenanamnese und die Einweisungspraxis auf die Wiederaufnahme Einfluss haben. So haben sich bei Vergleichen zwischen mehreren Institutionen oder Regionen hierarchische Modelle (Multilevel-Analysen) als sinnvoll erwiesen, in denen der Einfluss definierter Faktoren unterschiedlicher Organisationsstufen auf das Behandlungsergebnis oder die Verweildauer herausgearbeitet werden kann (Frick 1999). Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsvorhabens erklärten sich mehrere psychiatrische Kliniken bereit die anonymisierten Datensätze der jeweiligen Basisdokumentation zusammenzuführen, um einen Krankenhausvergleich bezüglich der Verweildauer durchzuführen. Das Ergebnis brachte die Erkenntnis, dass nicht die „Krankenhauskultur“ sondern die „Stationskultur“ die durchschnittliche Behandlungsdauer zu 18% der Varianz beeinflusst, so dass Krankenhausvergleiche und nachfolgende Maßnahmen in der stationären Psychiatrie nicht auf Krankenhausebene, sondern auf Stationsebene erfolgen sollten (Frick 1999).

Richtig durchgeführte Krankenhausvergleiche können sehr nützliche Anregungen geben und effektive Qualitätsverbesserungen in Gang setzen, wenn man die statistisch ermittelten Kennwerte als Stimulus benutzt, sich die dahinterstehenden Realitäten konkret anzusehen und die dabei gewonnenen Anregungen ins eigene Haus zu übernehmen. Dabei geht es dann nicht mehr um statistische Daten, sondern um komplexe Therapieprogramme, um die Berücksichtigung von Behandlungsstandards und auch um Atmosphärisches, um das Milieu und den Geist der Einrichtung (Richter 1998 und 1999).

### 1.3.4. Psychiatrie Enquête

Die Psychiatrie Enquête im Jahr 1975 bedeutete in Deutschland eine umfassende Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgungssituation. In der Folgezeit kam es zu einer deutlichen und nachhaltigen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung. Fragen der Wirksamkeit, Transparenz und Kosteneffektivität sind in Medizin und psychosozialer Versorgung in den letzten Jahren deutlich in den Vordergrund gerückt. Daraus ergeben sich Dokumentationsaufgaben. Qualitätssicherung erfordert die Einbezie-

hung von Behandlungsergebnissen, Dokumentation wird somit ein Teil des therapeutischen Routinegeschehens.

Verschiedene Gesetzesänderungen brachten nachhaltige Verbesserungen zum Beispiel der Personalsituation in psychiatrischen Krankenhäusern. So haben zwischen 1990 und 1995 die Zahl der Ärzte um 43%, die Zahl der Pflegemitarbeiter um 18%, die Psychologen um 33% und die Sozialarbeiter um 84% zugenommen. Gleichzeitig wuchs die Zahl der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie ( und Neurologie) von 1460 in 1980 auf 4750 in 2000. Insgesamt steht eine professionelle Betreuungsperson für rund 3000 Personen zur Verfügung. Ganz im Zentrum des Interesses standen von jeher die psychiatrischen Krankenhäuser. Während in anderen industrialisierten Ländern die (teilweise radikale) Auflösung der Krankenhäuser angestrebt wurde, stand in Deutschland die innere Reform zum Beispiel durch die Verkleinerung der alten Krankenhäuser im Vordergrund. So reduzierte sich ihre durchschnittliche Größe mit durchschnittlich 1200 Betten 1971 auf gegenwärtig 200-400 Betten, während als Indikator für die Integrationsbemühungen in die Medizin die Zahl psychiatrischer Abteilungen zwischen 1970 und 2000 unaufhörlich von 21 auf 165 mit 80 Betten im Durchschnitt wuchs ( Rössler 2003).

### 1.3.5. Evidence based medicine

Das Paradigma der „evidence based medicine“ ist inzwischen einer der wichtigsten Pfeiler moderner Gesundheitspolitik in etablierten Marktwirtschaften. Während im englischsprachigen Schrifttum eine weitgehende Übereinstimmung darüber besteht, dass das Spektrum und die Art der angebotenen psychiatrischen Dienste und Interventionen auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien basieren müssen (Anthony 2003), trifft man in der deutschen psychiatrischen Literatur häufig noch auf Bedenken in bezug auf die Angemessenheit und Umsetzbarkeit der Evidenz-basierten Medizin (Helmchen 2002).

Wird eine Evidenz-basierte Psychiatrie grundsätzlich befürwortet, dann besteht einerseits ein starker Druck, medizinische Interventionen zu hinterfragen und weiter zu erforschen, um Evidenzlücken zu schließen. Andererseits werden Anreize geschaffen, EBM zu verfeinern, indem beispielsweise nicht nur klinische Symptome, sondern insbesondere Lebensqualität, soziale Funktionen oder rehabilitative Ziele als Ergebnisparameter und Behandlungsschwerpunkte ins Zentrum des Interesses rücken (Hansson 2001).

Grundlegender Bestandteil der Praxis der Evidenz-basierten Medizin ist die Überzeugung, dass empirische Evidenz allein nie ausreichend ist, um klinische Entscheidungen zu treffen. Vielmehr müssen Nutzen, Risiken und alternative Therapieoptionen im Licht des Wertsystems des Patienten abgewogen werden.

Für das Fachgebiet der Psychiatrie gilt sicherlich, dass der hohe Anteil polypragmatischen Vorgehens die Nutzbarkeit Evidenz-basierter Medizin erschwert, dass aber in der zukünftigen Versorgungspraxis wie in anderen medizinischen Bereichen eine evidenzbasierte Medizin Forderung auch der Kostenträger sein wird und eine grundsätzlich positive Einstellung trotz obengenannter Schwierigkeiten wünschenswert ist.

## 1.4. DRGs: Gleiches Geld für gleichen Fall? Anwendbarkeit in der Psychiatrie

Im deutschen Gesundheitswesen vollziehen sich gegenwärtig gravierende Veränderungen. Seit dem Jahr 2004 sind alle somatischen Krankenhäuser verpflichtet, ihre Leistungen über aufwands- und kostenhomogene Fallgruppen - DRGs - abzurechnen. In einer mehrjährigen Anpassungsphase soll eine bundesweit einheitliche Vergütung stationärer Versorgungsleistungen erreicht werden. Ab 2007 wird das neue Finanzierungssystem in den Routineläufen gehen (Roick 2005). Von der Psychiatrie – Personalverordnung betroffene

Einrichtungen, das heißt Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen, sind ausdrücklich von der Einführung eines pauschalisierenden Entgeltsystems ausgenommen. Das bedeutet aber nicht, dass psychisch Kranke nicht vom DRG – System betroffen sein können. Zunehmend werden zum Beispiel Demenzen in neurologischen Abteilungen behandelt, Alkoholranke zumindest in bestimmten Krankheitsstadien überwiegend in internistischen statt psychiatrischen Abteilungen. Ein quantitativ nicht abschätzbarer Anteil depressiv und schizophrene Kranke wird aus dem einen oder anderen Motiv in nicht-psychiatrischen Abteilungen betreut.

Das System der Fallpauschalen, basierend auf Diagnosegruppen, wurde als „Prospective payment system“ bereits 1983 in Amerika eingeführt. Zur Überprüfung der Richtigkeit der diagnostischen Zuordnung und der dann angewendeten therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen sowie auch der Abwendung der Gefahr einer zu frühzeitigen Entlassung des Patienten wurden Peer-Review-Organisationen gegründet. Pauschalierende Entgeltsysteme existieren seit 1977 (Yale DRGs) und den daraus entwickelten HCFA – DRGs (DRG= Diagnosis Related Groups; HCFA= Health Care Financing Agency), aus deren Weiterentwicklung alle bis heute eingesetzten DRG Versionen entstanden sind. Weltweit existieren circa 15 DRG- System- Varianten, die sich unter anderem in ihrem Finanzierungsgrad, das heißt der Zahl der Fallgruppen unterscheiden.

Je größer die Kostenheterogenität einer DRG, desto höher sind die ökonomischen Risiken des Krankenhauses, wenn sich – zufällig oder auf Grund seines Versorgungsauftrages – bei ihm komplizierte Krankheitsfälle häufen. Desto größer wird auch die Tendenz zur aktiven Selektion leichterer Fälle („Rosinenpickerei“ oder „cream skimming“), was die Sicherstellung der Versorgung gefährdet und die ökonomische Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern verschärft. Oft kann auch eine Ausweitung von Doppeldiagnosen beobachtet werden oder eine epidemiologisch nicht erklärbare Intensivierung (Upcoding) von Krankheitsbildern (Frick 2003).

Andererseits sind basierend auf Ergebnissen empirischer Studien weltweit nach Einführung der DRGs folgende Entwicklungen zu beobachten: signifikante Rückgänge der stationären Verweildauern, Anstieg des Casemix – Index d.h. der Fallschwere, Steigerung der Produktivität der Krankenhäuser, das heißt Anstieg der Fallzahl bei gleichzeitiger Reduzierung der Kosten je Fall und Erhöhung der Kosten je Behandlungstag durch eine höhere Leistungsdichte. DRG- Systeme führen aber nicht nur zu Veränderungen auf der Krankenhausebene, sondern können auch zu einem Umstrukturierungsprozess des gesamten klinischen Versorgungssystems beitragen. Coffey (Coffey 1999) zeigt in einer Übersichtsarbeit u.a. folgende Veränderungen in den USA seit der Einführung des Medicare Prospective Payment Systems im Jahre 1983 auf der Gesamtstrukturebene auf: Anstieg von ambulant durchgeführten Operationen, Ausdehnung der ambulanten Langzeitversorgung und Zunahme der häuslichen Betreuung, Zunahme von Kooperationsverträgen zwischen Krankenhäusern und Abnahme der stationären Behandlungskosten für Medicare.

DRG- Systeme versuchen, den Ressourcenverbrauch einer Behandlung über medizinisch sinnvolle Gruppenbildung darzustellen. Bei der Bildung von DRG- Fallgruppen wird versucht, aus der Gesamtgruppe aller Behandlungsfälle medizinisch gleichartige Fälle in Gruppen zusammenzufassen, die aus ökonomischer Sicht homogener als die ursprüngliche Gruppe sind (divisives Verfahren). Eine neu entstandene Gruppe sollte den Ressourcenverbrauch aller ihr zugehörigen Fälle besser abbilden können, als die Ursprungsgruppe.

Dabei werden medizinisch sinnvolle, möglichst durch die Behandler nicht manipulierbare und leicht verfügbare Variablen als Kriterien zur Gruppenbildung definiert. Zur Einschätzung der Güte des Verfahrens werden üblicherweise 2 statistische Parameter berechnet: Die erklärte Varianz und der Variationskoeffizient (Burgmer 2002).

Die gängigen DRG-Systeme basieren auf der medizinischen Hauptdiagnose als Klassifikationsgrundlage und beziehen Nebendiagnosen, Prozeduren und weitere Patientendaten mit ein. Bisherige Untersuchungen konnten Krankenhaus – und Patientenbezogen keine ausreichende Beziehung der psychiatrischen DRGs zur Verweildauer oder den Kosten zeigen, da nur 2-8% der gesamten Varianz der Verweildauer und nur 4-5% der Varianz der Kosten durch die Zuordnung zu den DRGs erklärt werden konnten. Selbst unter Einbeziehung weiterer Daten des Patienten oder Merkmalen der klinischen Einrichtung waren DRGs nicht in der Lage, die Varianz mit mehr als 19% zu erklären. Der Variationskoeffizient in bezug auf Verweildauer oder Kosten der Behandlung lag bei fast allen Untersuchungen über 1 und stellt somit einen wichtigen Hinweis für die Heterogenität der DRGs psychischer Störungen dar.

Durchgängig allen DRG-Systemen gemein ist die Bewertung der einzelnen DRGs mit einem relativen Kostengewicht, um so die ökonomische Fallschwere in bezug auf einen einheitlichen Referenzwert festzulegen. Anhand der Kostengewichte und der Anzahl der im Erhebungszeitraum behandelten DRGs errechnet sich für das Krankenhaus der sogenannte Casemixindex (CMI). Der CMI, als durchschnittliches DRG-Kostengewicht einer Versorgungseinheit, soll bundesweit den Vergleich des ökonomischen Fallspektrums möglich machen und stellt die Grundlage für die Finanzierung der kommenden Jahre dar. DRGs bilden grundsätzlich stärker die ökonomischen als die medizinischen Gesichtspunkte ab, weniger um den Einzelfall korrekt zu vergüten, sondern um alle Fälle einer DRG innerhalb eines Budgetzeitraumes im Durchschnitt zutreffend abzubilden (Burgmer 2002).

Wegen der mangelnden Differenzierungsfähigkeit der bisherigen allgemeinen DRG-Systeme bezüglich psychischer Erkrankungen gilt es zu prüfen, inwieweit Bemühungen innerhalb der Psychiatrie zu geeigneteren Klassifikationssystemen geführt haben, die in der Lage sind, Patienten mit vergleichbarem Ressourcenverbrauch zusammenzufassen. Bis auf Erprobungsphasen in Australien und Schweden sind weltweit psychiatrische Kliniken nur in Ungarn bereits in ein DRG-System integriert (Burgmer 2002).

In den mit internationalen psychiatrischen Klassifikationssystemen durchgeführten Projekten lag die aufgeklärte Varianz für die Verweildauer und den Ressourcenverbrauch bei 18-50%. Diese Werte liegen deutlich über denen, die mit den allgemeinen DRG-Systemen erklärt werden können. Damit wird einerseits die größere klinische Relevanz der den spezifischeren psychiatrischen Klassifikationssystemen zugrundeliegenden Kriterien demonstriert, andererseits geben die erreichten Koeffizienten auch Hinweise darauf, dass noch weitere Dimensionen den Ressourcenverbrauch substantiell mitbestimmen. Bezüglich der krankheitsbezogenen Faktoren haben sich die folgenden vier Gruppen von Variablen empirisch als besonders bedeutsam erwiesen: 1. psychische Haupt- und Nebendiagnose, 2. Somatische Haupt – und Nebendiagnose 3. Symptombelastung, Schweregrad und Erkrankungsstadium und 4. bisheriger Krankheitsverlauf.

Hinsichtlich soziodemografischer Faktoren haben sich in den vorliegenden Studien insbesondere die beiden Variablen Alter und soziale Unterstützung als Kriterien zur Fallgruppenbildung für geeignet erwiesen, entgegen theoretischer Überlegung wenig hingegen Variablen wie zum Beispiel Schulbildung oder Geschlecht (Andreas 2003).

Entgegen der Ausnahme der psychiatrischen Behandlungen vom Fallpauschalensystem DRG in den Vereinigten Staaten entschloss sich die Veterans Administration (VA), ab 1984 ein eigenes auf den DRGs basierendes Vergütungsverfahren einzuführen. Im Jahre 1988 wurde die Vergütung wieder umgestellt, weil sich die erwarteten ökonomischen Effekte nicht einstellten, sondern im gesamten VA-System sogar zu Kostensteigerungen führten (Rosenheck 1990 und 1991).

Die Auswirkungen dieses Entgeltsystems auf die psychiatrische Versorgung im VA-System sind evaluiert worden. Eine Arbeitsgruppe um Rosenheck berichtete für die Periode des neuen Vergütungssystems einen deutlichen Rückgang der Dauer der einzelnen

Behandlungsepisode sowie einen Anstieg der Wiederaufnahmeraten. Allerdings ergab sich für die kumulative Behandlungsdauer pro Patienten ebenfalls ein Rückgang. Dies galt jedoch nicht für Suchtpatienten, bei denen sich die kumulierte Behandlungsdauer nicht verkürzte (Menke 1998).

Nach Einführung eines DRG-basierenden pauschalisierenden Vergütungssystems in amerikanischen Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen sank die Aufenthaltsdauer für psychiatrische Patienten zwischen 13 und 18% im ersten Jahr und zwischen 11 und 32% in den ersten drei Jahren (Freiman 1989 und Rupp 1985) verbunden mit einem Anstieg der Aufnahmen.

Welche Auswirkungen diese Entwicklungen auf den weiteren Genesungs – und Behandlungsverlauf der betroffenen Patienten haben, ist in Deutschland bislang kaum untersucht worden. Anders als etwa in den Vereinigten Staaten, wo die Einführung des Managed Care Systems Anlass zu diversen Evaluationsstudien im psychiatrischen Bereich gegeben hat (Durham 1998) sind gesundheitsökonomische oder Public- Health orientierte Studien oder Untersuchungen, welche die Auswirkungen veränderter Behandlungskonzepte und damit verbundener verkürzter Behandlungsdauern berücksichtigen, in der Psychiatrie kaum durchgeführt worden (Richter 2000). Die psychiatrische Behandlung hat in Managed – Care - Systemen oft eine Sonderstellung, da sie meist speziellen Organisationen, so genannten Managed Behavioral Health Carve Outs übertragen wird. Dabei wird die psychiatrische Versorgung vollständig von der primärärztlichen und somatischen Behandlung getrennt. In den USA fallen mittlerweile über 50% aller Versicherten unter die Zuständigkeit von MBHCOs (White 1997).

Zumal die psychiatrische Epidemiologie keine valide Planungsgrundlage bietet (Regier 1998) haben vor dem Hintergrund der Frage, was in Managed Care Programmen „medizinisch notwendig“ zur Behandlung psychischer Störungen ist, 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 Studie“ und den „National Comorbidity Survey“ miteinander verglichen und kamen zu divergenten Zahlen, die letztlich schwer erklärbar bleiben, sind doch beide Untersuchungen in einem Land innerhalb einer Dekade und mit vergleichbaren Instrumenten durchgeführt worden.

Der Erfassung der Häufigkeit seelischer Störungen in der Bevölkerung folgt die Ermittlung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten aufgrund dieser Störungen. Die vorgenannte ECA Studie liefert auch hier wichtige Befunde. In dieser Studie zeigt sich, dass nur rund 28,5% aller Personen mit seelischen Störungen das Gesundheitswesen wegen dieser Störung in Anspruch nahmen. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass es in der psychiatrischen Versorgung offensichtlich Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten gibt, die darüber hinausreichen, ob eine bestimmte Störung vorhanden ist oder nicht. Sie liegen teilweise in den Individuen selbst, wie sie ihre Störung beurteilen, ob sie glauben, dass ihnen geholfen werden kann, ob die entsprechenden Hilfemöglichkeiten vorhanden sind oder welchen persönlichen Einsatz sie leisten müssen, um die Hilfe zu erlangen. Teilweise liegen die Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten aber auch außerhalb der betroffenen Personen, nämlich in ihren sozialen und ökologischen Lebensbedingungen (Rössler 2003).

In England beispielsweise verschlingt allein die stationäre Behandlung psychisch Kranker 75% der von der National Health Service zur Verfügung stehenden Gelder (Lelliot 1994).

So zeigen zwar mehrere Untersuchungen, dass Managed Care die Kosten der Versorgung psychisch Kranker bei gleichbleibender Behandlungsqualität dämpfen kann, aber zahlreiche andere Studien sprechen dafür, dass Managed-Care-Angebote besonders für schwer psychisch Kranke ungeeignet sind. So wurde der Versorgungsbedarf dieser Pati-

enten in den Pauschalkalkulationen häufig schlecht abgebildet, die Kontinuität der Psychopharmakotherapie wurde beeinträchtigt, die Häufigkeit psychosozialer Behandlungen sank und das Risiko für Therapieabbrüche stieg. Die in Managed -Care -Organisationen angestrebten frühen Krankenhausentlassungen führten überdies oft zu einem Anstieg der stationären Wiederaufnahmeraten. Eine Lehre daraus war, dass eine Begrenzung stationärer Behandlungsangebote, insbesondere bei schwer psychischen Kranken nur dann erfolgreich sein kann, wenn die eingesparten Ressourcen nicht als Gewinne verbucht, sondern in den Ausbau der gemeindeintegrierten Akutversorgung investiert werden.

Aber nicht nur die geringe Varianzaufklärung und somit die ungenügende Treffsicherheit bei der Kostenprognose spricht gegen die Einführung dieses Abrechnungssystems. Ebenso die ökonomische Anreizwirkung ist ein Argument gegen die DRGs in der Psychiatrie. Denn das Leistungsgeschehen ist geprägt durch chronische Verläufe mit daraus sich ergebenden Wiederaufnahmen. Das birgt die Gefahr, die von Gesundheitsökonomern als „perverse incentives“ bezeichnet wird, nämlich durch Umstrukturierung in der Aufenthaltsdauer (zum Beispiel statt zweimal vier Wochen nun vier mal zwei Wochen) das Einkommen des Krankenhauses zu steigern.

Ein weiterer Einwand gegen die Fallpauschalen ist die Tatsache, dass DRG Erlöse letztlich nur dann profitabel sind, wenn sie mit reduziertem Aufwand abgerechnet werden können, was fast gewiss eine Leistungsausdünnung zur Folge hätte (Frick 2003).

Die Autoren gehen davon aus, dass der Ressourcenverbrauch grundsätzlich ausreichend abgebildet werden könnte- trotz der hohen Varianz in der Behandlung psychischer Störungen- wenn ein DRG- System den Bedürfnissen entsprechend modifiziert würde. In diesem Zusammenhang sei daran zu erinnern, dass bereits in Ungarn und in Österreich pauschalierte Vergütungssysteme eingesetzt werden, die mit einer an der Verweildauer orientierten Mischfinanzierung durchaus erfolgsversprechend sind.

Ein derartiges Modell mit gesonderter Finanzierung bei Überschreiten von Grenzverweildauern könnte auch in Deutschland die Versorgung, insbesondere chronisch Erkrankter sichern und die befürchtete soziale Verelendung dieser Menschen verhindern. Diese Verelendung ist in Ländern mit pauschalierter Vergütung bereits eingetreten.

Darüber hinaus postulieren sie eine Darstellung der Therapien im Sinne von Prozeduren, denn diese könnten in der Lage sein den Anteil an aufgeklärter Varianz des Ressourcenverbrauchs zu erhöhen. Die Art der Behandlung einer psychischen Erkrankung wird neben patientenbezogenen Variablen stark von der therapeutischen Dosis zur Erreichung definierter Therapieziele bestimmt. So scheint nicht verwunderlich, dass die Einbeziehung des Krankentyps als unabhängige Variable den Anteil der erklärten Varianz deutlich erhöht und mit den höchsten prädiktiven Wert hat.

Daher könnten einheitlichere Behandlungsrichtlinien im Sinne von klarer definierten Therapiestrategien etwas zur Homogenität im Ressourcenverbrauch bei der Behandlung psychischer Störungen beitragen. Dies sollte aber nicht als Nivellierungsversuch in der Versorgung psychisch Kranker missverstanden werden, weil Patienten mit gleicher Haupt – und Nebendiagnose zum Beispiel aufgrund unterschiedlichen Strukturniveaus, unter Umständen differente bio-psycho-soziale Therapieansätze benötigen.

Das in Deutschland eingeführte DRG – System bietet für den Großteil der DRGs der psychischen Störungen bisher keine Schweregradabbildung an, d.h. Nebendiagnosen fließen nicht in die ökonomische Bewertung ein. Dies wird die Problematik der unzureichenden Kostenabschätzung verschärfen.

#### 1.4.1. Das regionale Psychiatriebudget

Mehr als in den meisten somatischen Disziplinen der Medizin haben sich in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in den letzten drei Jahrzehnten verstärkt komplexe integrierte und integrative Versorgungsstrukturen entwickelt

Das in Deutschland im Kreis Steinburg in Schleswig -Holstein in Erprobung befindliche regionale Psychriatriebudget als Finanzierungsmodell soll zeigen, ob auf diese Weise die negativen Konsequenzen von Managed Care für schwerer psychisch Kranke zu vermeiden sind (Roick 2005). Es handelt sich dabei um ein zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbartes Modellprojekt, das auf fünf Jahre befristet ist. Das Modellprojekt basiert auf zwei Grundprinzipien: Einerseits erhalten die Versorgungsanbieter der Region, das Klinikum Itzehoe und das Psychiatrische Zentrum Glückstadt, über die Projektdauer ein festgeschriebenes jährliches Budget, das sich an den Budgets für die vollstationäre Versorgung sowie an den Erlösen der psychiatrischen Institutsambulanz von 2002 orientiert. Dafür verpflichten sich die Leistungsanbieter, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung für alle Patienten der Region sicherzustellen, die durch einen Vertragsarzt eingewiesen bzw. als Notfall aufgenommen werden oder die die Voraussetzungen zur Behandlung in einer Institutsambulanz gemäß § 118 SGBV erfüllen. Auf der anderen Seite erhalten die Kliniken dafür die Möglichkeit, die Behandlungsmodalität und den Behandlungsort (vollstationär, teilstationär, ambulant oder Behandlung zu Hause) frei zu wählen. Um ihr Budgetziel zu erreichen, müssen die Versorgungsanbieter in jedem Jahr des regionalen Psychriatriebudgets eine festgelegte Anzahl von Patienten behandeln, unabhängig von der Form der Therapie. Die Zahl der behandelten Fälle ist somit nicht mehr von Bedeutung, sondern nur noch die Zahl der Personen, die innerhalb eines Jahres versorgt werden. Die Kostenträger verzichten für die Dauer des Modellprojekts auf die Befristung von Kostenübernahmen; Verweildauerprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen finden nicht mehr statt. Für den Erfolg des Projekts ist entscheidend, dass im Rahmen des neuen Finanzierungssystems (diagnosebezogene Fallpauschalen) ein auch ökonomisch geprägter – Anreiz gesetzt wird, die Dauer der stationären Behandlung ausschließlich an medizinisch-psychiatrischen Kriterien auszurichten. Eine zu lange stationäre Behandlung würde zu erhöhten Kosten allein beim Leistungsanbieter führen, eine zu kurze Behandlung zu einer wahrscheinlichen Zunahme der Krankheitssymptomatik und damit einer erneuten stationären Einweisung. Die dadurch entstehenden Kosten würden wiederum vollständig zulasten des Leistungserbringers gehen („Gewährleistungsprinzip“). Im Rahmen der Erprobung erfolgt eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation durch die Psychiatrische Universitätsklinik Leipzig. Inzwischen liegen erste Ergebnisse für 2003 und 2004 vor (Deister 2005): Die Zahl der behandelten Menschen hat sich kaum verändert. Unverändert wurden 84% der behandelten Menschen aus der Versorgungsregion und weitere zwölf Prozent aus den angrenzenden Kreisgebieten aufgenommen. Gravierende Veränderungen haben sich aber in der Art der Behandlung ergeben: Der Anteil der innerhalb eines Jahres nur vollstationär behandelten Menschen hat sich um 7,8% verringert, die Anzahl der nur ambulant behandelten Patienten stieg dagegen um 46,3%. Die Zahl der in stationärer Behandlung verbrachten Tage innerhalb eines Jahres („kumulierte Verweildauer“) hat sich von 24,6 Tagen auf 21,9 Tage vermindert. Die Analyse psychopathologischer Kriterien hat gezeigt, dass die in diesem System noch vollstationär behandelten Patienten eine insgesamt höhere Krankheitsschwere haben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Regionale Psychriatriebudget ein erfolgsversprechendes Konzept für die künftige Finanzierung der Versorgung psychisch Kranker sein könnte. Eine flexiblere Behandlung der Patienten in unterschiedlichen Settings wird ermöglicht, genauso wie eine Etablierung teilstationärer und ambulanter Interventionen als Alternative zur vollstationären Versorgung. Der personenbezogene Ansatz, der die Leistungsanbieter motiviert, ihre Patienten so zu behandeln, dass bei möglichst geringem Ressourcenverbrauch eine langfristige Beschwerdefreiheit erreicht wird bewahrt

unter anderem auch vor Missbrauch wie zum Beispiel eine Fallzahlausweitung oder Verweildauererhöhung.

Ein Hemmnis bei der praktischen Umsetzung gesundheitsökonomischer Erkenntnisse ist die im Gesundheitssektor häufig anzutreffende separate Budgetverantwortung unterschiedlicher Kostenträger. Sie kann beispielsweise dazu führen, dass ein neues Therapiekonzept, das die Arbeitsfähigkeit erwerbsunfähiger Patienten wieder herstellt, bei den Krankenkassen trotz einer insgesamt positiven Kosten- Nutzen-Relation nur geringes Interesse findet, weil die Kassen zwar die Kosten für diese Maßnahme tragen müssten, aber nur die Rentenversicherungsträger davon profitieren würden. Diese paradoxe Situation wird in Deutschland noch dadurch verstärkt, dass es zwischen den rund 350 gesetzlichen Krankenkassen nur einen Preiswettbewerb gibt, da 97% der Kassenleistungen gesetzlich vorgeschrieben sind und somit wenig Raum für ein eigenes Angebotsprofil bleibt (Roick 2004).

Das Zauberwort der Zukunft (in Amerika: der Gegenwart) bei den Entgeltsystemen heißt „capitation“ und meint Kopfpauschalen. In Österreich erhalten beispielsweise Hausärzte pro gesehenem Patienten für jedes Quartal eine Pauschale, die die meisten Leistungen dieses Quartals begleichen soll. In der Schweiz existieren im ambulanten Versorgungsbereich seit einigen Jahren bereits HMO – Praxen (Health Maintenance Organization) nach amerikanischem Vorbild, deren Inanspruchnahme von den Versicherungen mit den Betreibern ebenfalls pauschalisiert verrechnet wird. Einige „perverse incentives“ von Fallpauschalen (zum Beispiel Erhöhung der Wiederaufnahmerate, Upcoding) werden in einem solchen System der Kapitation umgangen. Es macht keinen Sinn mehr, den Krankheitsverlauf eines Patienten in möglichst viele Behandlungsepisoden zu zerlegen. Auch ist die Diagnosestellung sicherlich unbefangener möglich, wenn keine Kopplung zwischen erstellter Diagnose und Höhe der erzielbaren Vergütung besteht. Aber das Risiko des verhinderten Leistungszugangs ist den kopfpauschalisierten Entgeltsystemen nach wie vor immanent (Frick 2003).

## 1.5. Case Management

Unter Case Management wird ein situationsgeleitetes und kontinuierliches Betreuungsangebot an den Patienten zur Vermeidung einer Krankheitsverschlechterung verstanden (Ferguson 1998). Der Begriff wurde bereits um 1850 in der Sozialarbeit entwickelt. Dies ging mit der Einführung einer individuellen Betreuung von besonders gefährdeten Personen einher. Seit circa 1960 wird Case Management in der medizinischen Versorgung bei der Entwicklung von gemeindenahen Versorgungskonzepten insbesondere für psychiatrisch erkrankte Patienten angewandt (Marshall 2001). In den 80er Jahren rückte die Stärkung der Selbstverantwortung (empowerment) von chronisch erkrankten Patienten in den Vordergrund (zum Beispiel durch Self-management). In Abgrenzung zum aktuell viel diskutierten bevölkerungsbezogenen Ansatz „Disease Management“ wird Case Management als ein individualmedizinisches Vorgehen verstanden.

In einer umfangreichen Studie von Mueser (1998) konnte gezeigt werden, dass Intensiv Case Management – Modelle die Krankenhausaufenthaltsdauer reduzieren, die soziale Versorgung insbesondere für sog. „Vielnutzer-Patienten“ verbessern und moderate Verbesserungen in der Symptomatik der Patienten erreicht werden.

## 1.6. Geschichte des Bezirkskrankenhauses Haar

Wie die Benennung für „psychisch Kranke“ sich im Laufe der Jahrhunderte einem stetigen Wandel unterzieht – zum Beispiel Narren, Tolle, Toren, Irre, Verrückte, Nervenranke,

Gemütskranke – so bemüht man sich auch, durch die Änderung des Namens ihrer Unterbringung der Stigmatisierung der Kranken entgegenzuwirken.

So werden von 1840-1930 diese Einrichtungen oft als Heil- und Pflegeanstalten bezeichnet – statt zum Beispiel Stift, Asyl, Irrenhaus, Irrenanstalt-, man stellt damit ihre doppelte Funktion dar: einerseits sollen Kranke dort geheilt werden und andererseits Unheilbare dort gepflegt werden.

Private Anstalten bemühen sich von Anfang an durch ihre Namensgebung jegliche Assoziation mit dem Befinden ihrer Insassen zu vermeiden, so heißen sie unter anderem Lindenhof, Kuranstalt, Sanatorium, Schloss oder Villa (Carius 2003). Die psychiatrischen Krankenanstalten waren bereits sehr früh entstanden: etwa durch die Nutzung enteigneter Klöster nach der Reformation für psychisch Kranke, die aus den allgemeinen Stadtspitälern, Armen und Zuchthäusern dorthin verbracht worden waren. Längst vor Entstehung der ersten psychiatrischen Universitätsklinik in Leipzig 1814 hatten sie eine beachtliche Blüte entwickelt. Sie repräsentierten damals die gesamte Psychiatrie. Ohne über eine wirksame Therapie zu verfügen, war es Aufgabe der psychiatrischen Anstalten, den Akutkranken oder seine Familie bis zum Eintritt der Remission zu schützen. Den chronisch Kranken musste ein langfristiges Unterkommen mit Beschäftigungsmöglichkeiten und hinreichender Lebensqualität gewährt werden. Tatsächlich war damals der durchschnittliche Lebensstandard der Kranken in den psychiatrischen Anstalten Deutschlands überwiegend jenem ihrer Familien überlegen.

In seiner hundertjährigen Geschichte erfährt auch das Bezirkskrankenhaus Haar einige Umbenennungen, die sich nicht nur aus dem gewandelten Verhalten der Gesellschaft den psychisch Kranken gegenüber, sondern auch die Entwicklung der Forschung, der Diagnostik und den neuen Therapiemöglichkeiten erklären lassen.

So wird noch 1900 die Genehmigung zum Bau einer „Kreisirrenanstalt“ erteilt (Richarz 2005), die bei ihrer Eröffnung „Heil – und Pflegeanstalt Eglfing“ heißt, ebenso wie die 1912 eingeweihte „Heil- und Pflegeanstalt Haar“, die beide 1931 zur „Heil- und Pflegeanstalt Haar“ zusammengelegt werden. Diese wird 1956 zum „Nervenkrankenhaus Haar des Bezirks Oberbayern“ umbenannt, um 1970 den heutigen Namen „Bezirkskrankenhaus Haar“ zu erhalten. Die Einstellung der Bevölkerung gegenüber den psychisch Kranken bleibt ambivalent. Mitleid und Angst vor unvorhersagbaren Reaktionen halten sich die Waage.

12 Jahre vor der Eröffnung der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing nimmt Prof. Moritz Benedikt (1839-1920) in einem Brief die Umstrukturierung, die die Anstalt in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erfahren soll, vorweg, indem er schreibt: „Eine große Irrenanstalt wird nie eine Reihe wichtiger wissenschaftlicher, sozialer, therapeutischer Aufgaben lösen, welche eine Klinik zu lösen imstande ist“ (Müller 1993). Die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing ist ein auf 95 Hektar angelegtes autarkes Dorf mit Handwerksbetrieben, einem Gutshof, Kirchen und einem Friedhof. Sie liegt in der Tradition des „nouvel établissement pour la guérison des aliénés, 1796 gegründet von dem Quäker William Tuke. Ein Besucher beschreibt diese Einrichtung so: „Cette maison est située à un mille d`York, au milieu d`une campagne fertile et riante; ce n`est point l`idée d`une prison qu`elle fait naître, mais plutôt celle d`une grande ferme rustique; elle est entourée d`un grand jardin fermé. Point de barreaux, point de grillages aux fenêtres.“ (Foucault 1972).

Dem Gedanken folgend, dass psychisch Kranke zumindest auch einen Teil der Gesellschaft formen aus der sie kommen, ergab sich häufig die Standortwahl aus der Stadtnähe sowie den relativ günstigen Verkehrsanbindungen. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts gibt es wenige Möglichkeiten psychisch Kranke ambulant zu behandeln. Auch bleiben die damals angewandten Therapien außer bei den Alkoholkranken wenig erfolgreich. Daher müssen viele Patienten oft Jahrzehnte in geschlossenen Stationen verbringen. Heute beträgt die durchschnittliche Verweildauer im BKH Haar 26 Tage. (Auf der Depressionsstation 60 Tage, auf der Mutter-Kind-Station zur Entzugsbehandlung vier bis

sechs Wochen). Die schlechten Lebensbedingungen der psychisch Kranken, ihre Vernachlässigung in geschlossenen Stationen ändert sich mit der Entdeckung der Psychopharmaka. Die psychiatrische Anstalt wird zum Krankenhaus. In den USA und in England beginnt man bereits 1954 mit der Umstrukturierung der Pflegeeinrichtungen. Denn auch in den USA betrachtet man nach dem 2. Weltkrieg die mental hospitals als „the devils to be exorcised“ (Geller 2000b).

Heute sind die psychiatrischen Dienste nicht mehr „isolierte Fachbetriebe zur Krankenbehandlung“ sondern ein „spezialisiertes und allseitig durchlässiges System einer auf eine bestimmte Region bezogenen Versorgungsstruktur, in der stationäre, teilstationäre und ambulante Fachdienste eng vernetzt sind mit nichtpsychiatrischen Fachdiensten, Dienste der allgemeinen Lebenshilfe, mit der Administration und mit Bürger - sowie Selbsthilfeinitiativen.“(Berger 2003).

Von den USA übernimmt man das Schlagwort „Deinstitutionalisierung“ und auch die neuen Therapieformen, ohne sich die Mühe zu machen sie „einzudeutschen“: z.B. old long stay, token economy, case management, critical care, shared clinical decision maker, community psychiatry, Empowermentkonzept, Psychoeducation etc.. Der Grund für diese „Deinstitutionalization“ ist in den USA vor allem pekuniärer Art, die Kranken sollten in „any place other than the state hospital“ (Geller 2000a) behandelt werden. Dort sind zwischen 1955 und 1995 91% aller psychiatrischen Betten abgebaut worden (Schanda 2001). In Deutschland geht man nicht so radikal vor, die zeitliche Verzögerung gibt die Möglichkeit aus den Erfahrungen von England und den USA zu lernen.

Obwohl sich in den USA durch die Deinstitutionalisierung in den letzten 30 Jahren die Behandlungs- und zum Teil auch die Lebensbedingungen gebessert haben, hat sich die Chronizität wenig verändert. Die Kranken können erst dehospitalisiert werden, wenn ein möglichst differenziertes, wohnortnahes Netz von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern aufgebaut worden ist. So gibt es 2003 422 Kliniken für Psychiatrie, 358 Tageskliniken und 65 Kliniken für forensische Psychiatrie (Wolfersdorf 2003). Alle Einrichtungen, die unter den Begriffen „Binnendifferenzierung, Spezialisierung, Sektorisierung und Sattelitenstrukturen“ auch im BKH entstanden sind, werden in der Festschrift zum 100 jährigen Bestehen aufgelistet und beschrieben.

Das Bemühen der Ärzte und Therapeuten besteht heute darin, jeden psychisch Kranken als Einzelfall mit den nur ihm eigenen Symptomen zu betrachten, um ihm dann mit einer „maßgeschneiderten“ Therapie zu helfen. So werden z.B. das „case management“, das „shared clinical decision making“, das „Soteriakonzept“ und das „Empowermentkonzept“ angewendet. Das psychoedukative Konzept zieht die Angehörigen in die Behandlung von zehn Sitzungen mit ein (Berger 2003). Es vermittelt Wissen und übt Krisensituationen ein. Die Rückfallquote sinkt nach dieser Intervention von 60% auf 16% (Berger 2003). Das Ziel, die Lebensumstände psychisch Kranker zu verbessern, ist in greifbare Nähe gerückt.

Hoffentlich wird eines Tages die Feststellung „der Weg, den die Psychiatrie gegangen ist“ ist „mit Irrtümern gepflastert“(Müller 1993) nur noch für die Vergangenheit gelten.

## 1.7. Die Dauer der stationären Behandlung

### 1.7.1. Historische Entwicklung der Behandlungsdauer

In der Zeit vor 1905 lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer relativ konstant bei rund 48 Aufenthaltstagen. Mit dem Ausbau der stationären Versorgung im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts und dem verstärkten Anstieg der Fallzahl ging erstmals die Krankenhausverweildauer in Deutschland zurück. Diese Entwicklung wurde mit dem

Ausbruch des zweiten Weltkrieges unterbrochen. Zu Beginn der Weimarer Republik sank die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 1920 auf ihren ersten historischen Tiefstwert von durchschnittlich 38 Aufenthaltstagen. Ab 1923 setzt sich der Verweildauerrückgang in deutschen Krankenhäusern fort. Dieser hielt bis zum Ausbruch des Zweiten Weltkrieges 1939 an. Für die Zeit während des Zweiten Weltkriegs, die unmittelbare Nachkriegszeit und die ersten Jahre der staatlichen Koexistenz von DDR und BRD liegen keine bzw. keine für das gesamte Bundesgebiet vollständigen Angaben über die Summe der Pflegetage vor, so dass sich auch die durchschnittliche Verweildauer nicht berechnen lässt. In den 50er Jahren beginnt schließlich die letzte Phase der Verweildauerentwicklung in stationären Einrichtungen, die bis heute andauert. Im Jahr 1956 lag die durchschnittliche Verweildauer noch bei 30 Tagen, fiel aber in der Folgezeit systematisch bis auf 14 Tage Mitte der 90er Jahre. Die durchschnittliche Verweildauer aller stationären Einrichtungen hatte sich demnach im Nachkriegsdeutschland in 35 Jahren mehr als halbiert (Lebok 1999).

In den angloamerikanischen Staaten sind mittlerweile relativ kurze Behandlungen üblich. OECD Daten über westliche Industriestaaten zufolge betrug die mittlere Behandlungsdauer in der Psychiatrie in den USA im Jahre 1995 etwa ein Drittel der Zeit, die in den Niederlanden oder in der BRD registriert wurde (Sturm 2000). Behandlungen in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern der Vereinigten Staaten dauerten im Jahre 1994 je nach Trägerschaft im Durchschnitt zwischen 9,0-11,3 Tagen. Allerdings betrug die mittlere Behandlungsdauer in den staatlichen psychiatrischen Kliniken im Jahre 1992 noch 56 Tage (Mechanic 1998). Hierzulande betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer in psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen im Jahr 1994 45,1 Tage und im Jahr 1997 33,2 Tage (Bundesministerium für Gesundheit 1999). Alle psychiatrischen Krankheiten nach ICD 9 wurden im Jahr 1993 46,7 Tage lang behandelt (Reister 1996). Dieser Wert reduzierte sich bis 1996 auf 29,8 Tage im Mittel. Für Bayern gilt, dass sich im Zeitraum seit 1965 die Zahl der Pflegetage halbierte, sich die Fallzahlen auf über 64000 verdoppelten und die Verweildauer von 183 auf 40 Tage zurückging (Knorr 1997).

Die Dauer der stationären Behandlung ist ein umstrittenes Thema zwischen Kliniken und Kostenträgern, das überwiegend unter ökonomischen Fragestellungen diskutiert wird (Erickson 1973 und Arnold 1992). Da die stationäre Psychiatrie bis auf weiteres von der fallpauschalisierten Vergütung ausgeschlossen bleibt, konzentrieren sich die Bemühungen der Kostenträger nahezu ausschließlich auf dieses Merkmal.

Es ist aber nicht allein die ökonomische Komponente, welche die Behandlungsdauer zu einer solchen Bedeutung gebracht hat. Der jahrelange und mitunter lebenslange Verbleib in Kliniken war im Rahmen der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung zu Recht kritisiert worden. Bekanntermaßen widmeten sich die sozialpsychiatrischen Bemühungen der vergangenen Jahrzehnte unter anderem intensiv den sogenannten Langzeitpatienten, für die Alternativen zur Hospitalisierung aufgebaut wurden. Zwischenzeitlich wurden nachdenkliche Stimmen laut, welche fragen, ob die Deinstitutionalisierung angesichts steigender Suizidalität entlassener Patienten, Zunahme der Inkarzerationen und sozialer Desintegration zu weit vorangetrieben wurde (Munk-Jorgensen 1999). Ebenso muss heutzutage in Zweifel gezogen werden, ob eine soziale Integration automatisch durch Enthospitalisierung geschehe und ob ein Leben in der Gemeinde mit Hilfe von ambulanten und komplementären Diensten zur Integration führt (Eikermann 2005).

Aus der klinischen Arbeit wird von verschiedenen Beteiligten immer wieder der Eindruck geäußert, der Rückgang der Verweildauer pro Fall wirke sich keineswegs positiv auf den Genesungsverlauf der Betroffenen aus (Eikermann 1998). Die verkürzte Behandlungsdauer führe allenfalls zu einer steigenden Wiederaufnahmerate, Krankheitsverläufe seien komplikationsreicher und schwerer beeinflussbar geworden.

Der allgemeine Trend zu kurzen Behandlungsdauern führte zu einem Anstieg der Wiederaufnahmen, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Klinifizierung, die Konzentration auf Besserung des psychopathologischen Befundes nur zu einer vorübergehenden Symptombesserung führen, ohne dass eine grundlegende Veränderung des Krankheitsverlaufs oder der außerstationären Lebensmöglichkeiten der Patienten damit verbunden wäre. Vielleicht gelingt auch trotz deutlich angestiegener ambulanter Behandlungsmöglichkeiten (allerdings mit der Tendenz zu vielen und kurzen Kontakten) das Zusammenwirken im Sinne eines überdachten Therapieplanes noch nicht hinreichend genug (Darsow-Schütte 2001).

Die Frage, ob die Behandlungsdauer ein geeignetes Effizienzkriterium des Versorgungssystems darstellt, ist in der einschlägigen Literatur seit geraumer Zeit umstritten. So schreiben Arnold und Artmann (1992), dass man folgende Einflussfaktoren zu berücksichtigen hat, wenn man die Verweildauer als Maß für die Effizienz nehmen wolle:

- die Qualität, Kapazität und Struktur des ambulanten Versorgungsangebotes
- die demografischen und sozioökonomischen Kenndaten der zu versorgenden Bevölkerung
- die Vergütungsformen der Krankenhausleistung und der ambulanten Versorgung der Bevölkerung
- nennenswerte Zuzahlung der Patienten
- die Qualität und Kapazität der stationären Einrichtungen
- die Art der Fachabteilung und der Case-mix ( der jeweiligen Abteilungen des Krankenhauses)

Aus klinischer Sicht werden in diesem Zusammenhang die Risiken (vor-) schneller Entlassungen diskutiert, während die Kostenträger aufgrund nationaler und internationaler Vergleichsdaten in der deutschen Psychiatrie nach wie vor Spielraum für eine Verkürzung der Behandlungen sehen.

Bundesweit stellt die „Durchschnittsverweildauer“ in Pflegesatzverhandlungen gemeinsam mit der Fallzahl eine Bestimmungsgröße für das Budget psychiatrischer Abteilungen dar. Von den Kostenträgern wird sie in Budgetverhandlungen als Kenngröße für die Effizienz und damit die Wirtschaftlichkeit einer Abteilung angeführt, wobei das „untere Quartil“ der Bundesverteilung zum „benchmarking“ angeführt wird. Dennoch weisen die Behandlungsdauern eine hohe Streubreite auf. Dies ist nicht verwunderlich, weil die real erzielten Durchschnittsverweildauern sich jeweils aus einem Fallmix kurzer Kriseninterventionen oder kurzer Behandlungsepisoden zusammensetzen, aus mittelfristigen Behandlungen und aus langfristigen Behandlungen insbesondere komorbider Multiproblempatienten. Damit unterliegt die Durchschnittsverweildauer notwendigerweise regionalen Schwankungen in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der stationären Klientel. Diese wiederum orientiert sich am regionalen Auftrag des Krankenhauses in Abhängigkeit von der ambulanten und komplementären Versorgungssituation und von soziodemographischen Variablen (Schepker 2003).

### 1.7.2. Prädiktoren der Behandlungsdauer

Eine Vielzahl von Studien hat sich die Frage gestellt, welche Prädiktoren es für die Varianz der Behandlungsdauer gibt und wie groß der Anteil der jeweils aufgeklärten Varianz durch einzelne Prädiktoren ist. Die Behandlungsdauer gilt als ein wichtiger Parameter der Systemsteuerung und als ein wichtiges, wenn auch schwer interpretierbares Outcomekriterium (Ergebnis) stationärer Versorgung (Kluge 2002).

In der medizinischen Behandlungspraxis sind bekanntlich erhebliche Variationen zu finden. Die Variationen gelten nicht nur für Vergleiche zwischen verschiedenen Staaten, sondern auch im kleinen Raum einer Region. Für die Psychiatrie kann festgestellt werden, dass aufgrund der mangelnden Standardisierbarkeit der Praxis diese Variationen ein wenig ausgeprägter vorhanden sind als in anderen medizinischen Disziplinen, ohne dass dies notwendig ein qualitätsabträgliches Merkmal sein muss (Gilbody 1999).

Diese Variabilität der Behandlungspraxis kann zweifelsohne auch bei der Behandlungsdauer festgestellt werden.

*Tabelle 1: einige Studien zu Prädiktion der Behandlungsdauer in stationären psychiatrischen Einrichtungen*

<b>Studie</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>Variablen (Prädiktoren)</b>	<b>Methode</b>	<b>Ergebnis R<sup>2</sup></b>
Mc Crone 1994	N= 5482	Diagnose, Alter, Geschlecht	Varianzanalyse	0,03
Creed 1997	N= 115	Diagnose, Patientenmerkmale, Arzt, Symptome, Verhaltensmerkmale, Prozessmerkmale	Varianzanalyse (VWD: log)	0,49
Russo 1997	N= 1053	Diagnose, Patientenmerkmale, Rechtsstatus, Funktionsstatus, Lebensqualität	Varianzanalyse	0,33
Richter 1999	N= 2450	Diagnose, Alter Rechtsstatus, Psych-PV	Varianzanalyse (VWD: log)	0,113
Nieminem 1994	N= 1330	Patientenmerkmale, Diagnose	Varianzanalyse	0,096
Huntley 1998	N= 760	Patientenmerkmale, Diagnose	Varianzanalyse	0,17
Blank 2005	N= 384 Nur gerontopsychiatrische Patienten	Patientenmerkmale, Diagnose, Prozessmerkmale, Rechtsstatus	Varianzanalyse	0,54
Barnow 1997	N= 736 Nur depressive Patienten	Patientenmerkmale, Diagnose	Varianzanalyse	0,5
Dielentheis 2002	N= 1194	Diagnose, Patientenmerkmale, vorausgegangene Aufenthalte	Varianzanalyse	0,604
Frick 1999	N= 5840	Patientenmerkmale, Diagnose, Prozessmerkmale, Station	Hierarchische Varianzanalyse (VWD: log)	0,417
Horn 1989	N= 1418	DRGs, Schweregradindex	Varianzanalyse (VWD: log)	0,34-0,50
Kiesler 1990	N= 10123	DRGs, Komorbidität, Patientenmerkmale, Kostenträger, Kliniktyp, Region	Varianzanalyse (VWD: log)	0,32
Fortney 1996	N= 6374	Patientenmerkmale, Anamnese	Varianzanalyse	0,121
Kluge 2002	N= 711	Patientenmerkmale, krankheitsbezogene Merkmale, Behandlungsverlauf	Varianzanalyse	0,39
Frick 2001	27792	Patientenmerkmale, Diagnose, Prozessmerkmale	Hierarchische Varianzanalyse (VWD: log)	0,41

Welche Faktoren wirken sich verlängernd oder verkürzend auf die Dauer der stationären Behandlung aus? Diese Problemstellung hat eine Reihe von Querschnittuntersuchungen angeregt, die zwischen Patientengruppen mit unterschiedlicher Behandlungsdauer verglichen haben. Allerdings sind unterschiedliche methodische Ansätze angewendet worden, unter denen die Vergleichbarkeit der Ergebnisse leidet. Es ist zudem eine deutliche Heterogenität der Behandlungssettings, der diagnostischen Einschränkungen, der Stichprobengröße und der angewendeten statistischen Verfahren zu erkennen, welche die Ver-

gleichbarkeit der Resultate einschränken. Ebenso unterschiedlich sind die soziale, politische und ökonomische Infrastruktur der untersuchten Einrichtungen. Was die Erkenntnisse über die Wirkungszusammenhänge betrifft, so lässt sich festhalten, dass es fast zu jeder Studie, die einen positiven Zusammenhang zwischen einem ausgewählten Merkmal und stationärer Behandlungsdauer ermittelt hat, eine andere Studie gibt die einen solchen Zusammenhang nicht bestätigen kann.

Trotz der aufgezeigten Heterogenität und der unterschiedlichen Vorgehensweise der Studien aus diesen Bereichen kristallisieren sich zusammenfassend folgendende drei Dimensionen der Behandlungsdauer heraus: krankheitsbezogene Faktoren, patientenbezogene Merkmale und Parameter des Therapieverlaufs (Andreas et al 2004). Diese Arbeitsgruppe konnte durch Fallgruppenbildung für die psychotherapeutischen Personalkosten aufgrund soziodemographischer und klinischer Merkmale der Patienten eine Gesamtvarianzaufklärung von 17,5% extrahieren.

Unter den soziodemographischen Merkmalen fällt zunächst das Alter auf, das offensichtlich mit der Behandlungsdauer korreliert. In verschiedenen multivariaten Analysen wurde dieser Befund identifiziert (Essock-Vitale 1987, Scheytt 1996, Boot 1997, Barnow 1997, Oiesvold 1999). Allerdings spielte dieser Faktor innerhalb einer gerontopsychiatrischen Studienpopulation selbst keine Rolle mehr (Aisen 1994).

In einer Studie von Blank (2005) fanden sich unter anderem die Anwendung einer Elektrokrampftherapie, ein höheres Skalenniveau im BPRS, Stürze, Komplikationen bei der Medikation, viele vorherige Hospitalisierungen, Zwangsunterbringungen oder Medikation gegen den Willen, als signifikante Faktoren bezüglich einer längeren Verweildauer. Weder demographische Faktoren noch die Diagnose hatte Einfluss auf die Verweildauer. Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich ein komplizierter Behandlungsverlauf, etwa die Anwendung einer Elektrokrampftherapie nach erfolgloser Pharmakotherapie, verlängernd auf die Dauer auswirken kann (Wilson 1991).

Grundsätzlich lässt sich die Kombination von psychischer Störung und körperlicher Erkrankung als ein Hauptfaktor für eine längere Behandlungsdauer erkennen. Saravay (1994) und Fulop (1998) fanden in einem Review internationaler Studien eine signifikante Assoziation zwischen psychiatrischer Komorbidität und verlängerter Verweildauer. Diesbezüglich haben Galynker (2000) Patienten auf einer Intensivstation psychiatrisch evaluiert und konnten anhand von Testverfahren (MMSE, Ham-D, PANSS, SANS) ermitteln, dass 36% der Patienten kognitive Defizite, 14% signifikante depressive Symptome und 52% eine signifikante negative Symptomatik hatten, so dass sich mittels Regressionsverfahren eine Varianz für die Verweildauer von 42,4% ermitteln ließ. Trotz der geringen Studienpopulation lässt dieses Ergebnis die Vermutung zu, dass eine Vielzahl von Patienten, die aufgrund körperlicher Beschwerden in somatischen Kliniken behandelt werden, zusätzlich unter psychischen Erkrankungen leiden, denen zu wenig Beachtung geschenkt wird. Kognitive und soziale Funktionseinbußen sind auch in anderen Studien mit einem längeren Aufenthalt in Verbindung gebracht worden (Gordon 1985, Goldney 1998, Boot 1997). Hier ist davon auszugehen, dass Patienten mit geringeren Fertigkeiten des Alltagslebens und der Problembewältigung eine längere Behandlung benötigen.

So ist es von Bedeutung, dass auf chirurgischen und internistischen Stationen von Allgemeinkrankenhäusern etwa bei einem Drittel bis der Hälfte der dort behandelten Patienten eine psychische Haupt – oder relevante Nebendiagnose vorliegt. Die psychische Komorbidität wird in der medizinischen Primärversorgung aber häufig nicht erfasst. Diagnostisch und therapeutisch intendierte Medizinleistungen, die den Beschwerden dieser Patienten nicht gerecht werden, jedoch oft sehr hohe Kosten verursachen, sind keine Ausnahmen. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer von Patienten mit einer psychischen Morbidität oder relevanten Komorbidität in Allgemeinkrankenhäusern liegt dementsprechend auch deutlich über der von Patienten ohne psychische Störung (Kappauf

2002). Nach Herzog und Stein (1994) ist in Deutschland davon auszugehen, dass etwa 10% aller Patienten in Allgemeinkrankenhäusern an behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen leiden. Bei den über 65jährigen sind dies nach einer Mannheimer Studie sogar mindestens 30% (Bickel 1993).

Im Gegensatz dazu sind die Auswirkungen körperlicher Komorbidität auf die Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen dagegen bisher nur wenig untersucht worden. Gefunden wurde eine allgemeine verlängernde Wirkung (Essock 1987) sowie ein entsprechender Einfluss auf die Behandlung depressiver Störungen, nicht aber auf Angsterkrankungen und Psychosen (Sloan 1991). Weiterhin wurde das Geschlechtsmerkmal weiblich als verlängernder Faktor in verschiedenen Studien gefunden (Boelhouwer 1983, Barnow 1997). Oiesvold et al (1999) vermuten bei Frauen eine größere Bereitschaft sich behandeln zu lassen.

In einem Modellprojekt zur Prozess – und Ergebnisqualität in Baden – Württemberg (Härter 2004) haben die Autoren für an Depressionen Erkrankte neben Patientencharakteristika wie Schweregrad der aktuellen Episode, frühere stationäre Aufenthalte, ambulante Vorbehandlung und Zeitraum seit psychiatrischer Ersterkrankung und Variablen des Behandlungsprozesses, wie Wechsel des Antidepressivums, Therapieresistenz, unerwünschte Arzneimittelwirkung als Prädiktoren gefunden. Auch soziodemografische Faktoren wie alleinlebend tragen zur Varianzaufklärung bei, die in dieser Studie bei 30% liegt.

Die Komorbidität von Suchterkrankungen und psychischen Störungen erzeugen im stationären Bereich nach einer Untersuchung von Hoff und Rosenheck (1999) erheblich mehr Kosten aufgrund längerer Behandlungen. Dies gilt sowohl für die psychiatrische Behandlung als auch für die Suchttherapie.

Bei stationärer Depressionsbehandlung haben neben den Patientenvariablen (je schwerer die Psychopathologie ist, desto länger dauert die Behandlung) die therapeutischen Behandlungsmaßnahmen einen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer. So ist die Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Behandlung mit längeren Aufenthalten verbunden. Treten bei der medikamentösen Therapie Resistenzen oder unerwünschte Nebenwirkungen auf, verdoppelt sich die Aufenthaltsdauer. Einen signifikanten Zusammenhang gibt es auch hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung. Patienten, die eine Einzelpsychotherapie erhalten haben eine längere Verweildauer: 71 Tage versus 53 Tage (Härter 2004).

Huntley et al (1998) fanden in einer Studie über zwei Patientenkohorten, die über zwei 6 monatige Perioden aus einem psychiatrischen Krankenhaus entlassen wurden fünf Variablen, die die Verweildauer signifikant voraussagten und über die Zeit stabil blieben: die Erstdiagnose einer Schizophrenie, die Zahl der vorausgegangenen Aufnahmen, eine Erstdiagnose einer affektiven Störung, das Alter und eine Zweitdiagnose eines Substanzmittelmissbrauchs.

In einer anhand der BADO Daten durchgeführten Analyse in Leipzig 2002 zeigte sich, dass vor allem die auf den Behandlungsprozess bezogenen Parameter für die Interpretation der Behandlungsdauer von großer Bedeutung sind. In dem Modell waren es die psychotherapeutischen oder Formen der pharmakologischen Behandlung (Neuroleptika, Antidepressiva) die sich auf die Dauer der stationären Behandlung auswirkten (Kluge 2002).

Umgekehrt können sich aber auch Effekte der Behandlungsdauer auf die Zufriedenheit der Patienten ergeben. Bei einer entsprechenden Umfrage unter psychiatrischen Patienten der Veterans Administration in den Vereinigten Staaten stellte sich die Dauer der Behandlung als bester Prädiktor der Patientenzufriedenheit heraus (Druss 1999). Die drastisch reduzierten Behandlungszeiten in den Vereinigten Staaten werden von den Patienten möglicherweise aufgrund eines zunehmenden Rehabilitationsdrucks nicht geschätzt.

Andere Studien haben gezeigt, dass zwischen dem frühen Aufsuchen psychiatrischer Hilfe und der Verweildauer ein Zusammenhang besteht. So bestätigen Studien aus den

80er Jahren, dass eine zeitnahe psychiatrische Beratung eine kürzere Verweildauer voraussagen kann (Lyons 1986, Ackermann 1988, Ormont 1997).

Die Einflussfaktoren für das Aufsuchen professioneller Hilfe wurden in einer Studie von de Jonge (2000) untersucht, mit dem Ergebnis, dass Patienten mit einem höheren Grad an psychiatrischen Symptomen früher überwiesen werden, während Patienten mit einem hohen Grad an sozialen Einschränkungen eher spät überwiesen werden. Eine neuere Studie von Kishi (2004) bestätigt diese Ergebnisse, so dass die Autoren zu dem Schluss kommen, dass es sinnvoll wäre Erkennungsmöglichkeiten für „Hochrisikopatienten“ (diejenigen, die sich erst spät psychiatrische Hilfe holen) zu entwickeln, um längere Verweildauern zu vermeiden.

Um die Verteilung der Diagnosen und ihren Bezug zur Verweildauer herauszufinden, haben Thompson et al (2004) eine Studie anhand der Daten des National Health Service durchgeführt und kamen zu dem Resultat, dass die häufigste Aufnahmediagnose im Bereich der depressiven- und Angststörungen liegt, die längsten Verweildauern aber von jenen an einer Psychose leidenden in Anspruch genommen wird.

Dielentheis (2002) untersuchten im Rahmen einer Evaluationsstudie anhand von Langzeitdaten von 1194 Patienten über 23 Jahre Patientenmerkmale, Behandlungszeiten und direkte Behandlungskosten mittels Regressionsanalyse und kamen zu dem Ergebnis, dass sich zur Vorhersage der Behandlungsdauer nur wenige Ausgangsparameter als geeignet erwiesen haben. Eine Behandlung kürzer/länger als ein Jahr wurde nur durch die Merkmale „unter Pflegschaft/Betreuung“ sowie „Einweisung aus stationärer Behandlung“ prädiziert, einen Aufenthalt kürzer/länger als 5 Jahre zusätzlich durch „Diagnose: Schizophrenie“ und „zum Aufnahmezeitpunkt nicht beruflich tätig“.

Der geringe Vorhersagewert basaler soziodemographischer Patientenmerkmale und weniger Daten aus der klinischen Vorgeschichte für den Langzeitverlauf ist insofern bedeutsam, da die genannten Merkmale in der psychiatrischen Versorgungsforschung und auch in Basisdokumentationen regelmäßig erhoben werden. Dieselbe Arbeitsgruppe entwickelte einen Institutionalisierungsindex als Methode zur Schätzung von Behandlungskosten, der eine erstaunlich genaue Schätzung der Kosten für Behandlungen in komplementären, teilstationären und stationären Einrichtungen ermöglicht und so möglicherweise Kostenstudien erleichtern kann (Priebe 2002).

Die Verhältnisse im Versorgungssystem selbst können ebenfalls einen Effekt auf die Behandlungsdauer haben. Bei Patienten, die in eine nachbetreuende Einrichtung vermittelt wurden, ist eine längere Behandlungsdauer festgestellt worden (Aisen 1991). Die besonders lang dauernden Behandlungen resultieren hier von Komplikationen in der Abstimmung des Aufenthaltsortes nach der Entlassung her. Der Anteil von Patienten, die aufgrund solcher Komplikationen länger in Behandlung bleiben, ist vermutlich nicht gering (Mai 1993).

Die Einbindung in das psychiatrische Versorgungssystem als mitentscheidender Faktor wurde ebenfalls von Oiesvold et al (1999) untersucht. Diese skandinavische Arbeitsgruppe konnte zeigen, dass Patienten, die weder vor noch nach der Behandlung in das System eingebunden sind, eher zu kürzeren Aufenthalten neigen. Dieses Charakteristikum muss nicht notwendigerweise mit einer geringeren Krankheitschwere einhergehen. Psychiatrische Problempatienten, die schlechter in das Versorgungssystem eingebunden waren, neigen nach entsprechenden Erkenntnissen ebenfalls zu häufigeren Aufenthalten, aber jeweils kürzeren Behandlungsdauern (Richter 1999). Diese Resultate gehen konform mit Metaanalysen kontrollierter Studien aus der Cochrane Collaboration, wonach eine gute Einbindung in das Versorgungssystem über einen Case manager tendenziell die Behandlungsdauer verlängert. Erst die nachgehende und aufsuchende Form der gemeindepsychiatrischen Versorgung (Assertive community treatment) scheint in der Lage zu sein, diesem Trend entgegen zu wirken (Marshall 1999).

Spätestens seit Erscheinen der Studie von Faris und Dunham (1939) ist die ungleiche Verteilung von psychisch kranken Personen in der Bevölkerung sowie die ungleiche Häufigkeit von Krankenhausinanspruchnahmen aus der Bevölkerung Gegenstand zahlreicher empirischer Untersuchungen. In Deutschland ist dies besonders gut für die Stadt Mannheim untersucht (Weyerer 1987). In England ist die Dokumentation von psychiatrischen Krankenhausbehandlungen einerseits und die kleinräumige Erfassung von soziodemographischen Daten der Bevölkerung andererseits viel besser entwickelt als bei uns. Auf dieser Grundlage sind sehr differenzierte Arbeiten zum Zusammenhang von psychiatrischer Krankenhaushäufigkeit und Bevölkerungsmerkmalen entstanden. Diese Erkenntnisse werden inzwischen in England auch für die differenzierte Krankenhausbedarfsplanung in der Psychiatrie berücksichtigt (Smith 1996 Thornicroft 1991).

Als Faktoren, die mit einer reduzierten Behandlungsdauer verbunden sind, lassen sich ungeplante und Notfallaufnahmen erkennen (Scheytt 1996, Oiesvold 1999), die häufig einen Hintergrund mit Suizidalität oder Fremdaggression (Boot 1997 Goldney 1998) haben. Eine größere Suizidalität ist auch bei Patienten festgestellt worden, die sich nur kurz in stationärer Behandlung befunden haben (Lyons 1995 Yohanna 1998). Bei diesen Behandlungen handelt es sich demnach sowohl um Patienten in akuten Krisen, die sich durch eine stationäre Aufnahme rasch entaktualisieren als auch um Patienten, die für eine weitere Behandlung nicht motiviert werden können. Non-Compliance und die Entlassung gegen ärztlichen Rat fand sich ebenfalls bei Patienten mit sehr kurzen Behandlungsdauern (Essock 1987, Lyons 1995).

Stevens et al (2001) fanden in ihrer Studie über einen Beobachtungszeitraum über 3 Jahre, dass die Diagnose und die Medikation einen starken unabhängigen Einfluss auf die Verweildauer hat, genauso wie die ethnische Zugehörigkeit, der Ausbildungsstand und die Aufnahme in einer offenen Abteilung. Kaum Einfluss hingegen hatten das Alter, eine Komorbidität, frühere Hospitalisierungen, Berufserfahrung und die Krankenkasse und gar kein Zusammenhang bestand zwischen Geschlecht, Zwangseinweisung, Suizidversuchen, Lebensumständen und Berufstätigkeit.

Selbst die Witterung scheint einen Einfluss auf die Verweildauer in psychiatrischen Krankenhäusern zu haben. So fanden Federman et al (2000) einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Wetter (warmes trockenes Wetter ist mit einer kürzeren Behandlungsdauer korreliert) und der Verweildauer. In Brasilien (Dalgarrondo 1992) kamen die Autoren nach Untersuchung 16 möglicher Variablen zu dem Schluss, dass neben der Diagnose und der Entfernung des Wohnorts zum Krankenhaus, die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft (hier zur Brazil Pentecostal church) einen signifikanten Einfluss auf die Verweildauer hatten. Letzteres, so mutmaßen die Untersucher, weil die Zugehörigkeit zu einer Glaubengemeinschaft gleichzeitig ein gutes soziales Netzwerk bietet, ein Item, um das die BADO möglicherweise noch erweitert werden sollte. Zu einem ähnlichen Ergebnis waren bereits 1975 Tischler et al gekommen, die in New Haven Connecticut eine Studie durchführten, die neben anderen soziodemographischen Prädiktoren ebenfalls den fehlenden Bezug zu einer Glaubensgemeinde („without religious affiliations“) als Prädiktor für einen überproportionalen Bedarf an psychiatrischen Diensten gefunden hatten.

Auch die sprachliche Integration bildet einen Prädiktor für die Behandlungsdauer. Bei sprachlich schlecht integrierten Patienten ergab sich eine signifikant kürzere Aufenthaltsdauer, häufiger eine unfreiwillige Klinikaufnahme und seltener die Entlassung erst nach regulärem Behandlungsabschluss (Künzler 2004).

In der Schweiz wurde 1993 eine Studie veröffentlicht, die neben soziodemographischen Daten, die Überweisungsart, klinische Variablen sowie das Ergebnis des BPRS und des Progressive Matrices Test (Intelligenztest) als mögliche Prädiktoren für die Voraussagemöglichkeit der Verweildauer beinhaltete. Lediglich sechs Variablen, namentlich: emotionaler Rückzug, abgestumpfter Affekt, Eigenheiten, die Dauer der vorausgegangenen

Aufenthalte, die Lebensumstände und der Familienstand schienen einen Einfluss auf die Verweildauer zu haben (Jakubaschk 1993).

Ähnlich haben Shawanda et al (2004) anhand einer neuen Version des Brief Psychiatric Rating Scale, den sie die Patienten spätestens 3 Tage nach Aufnahme haben ausfüllen lassen, die Vorhersagekraft und Korrelation psychopathologischer negativer Symptome und der Behandlungsdauer, geprüft. Ihr Ergebnis zeigt, dass sie bei 94% der Fälle (N=222) anhand negativer Symptome die längere Verweildauer (hier: Verweildauer länger als die mittlere Verweildauer) voraussagen konnten. Bereits 2001 war eine Studie von Hopko et al (2001) veröffentlicht worden, in der die Untersucher ebenfalls das Skalenniveau des BPRS heranzogen, um bis zu 80% Patienten voraussagen zu können, die einer weiteren Behandlung, die mit einer längeren Verweildauer einhergeht, bedürfen.

Hinsichtlich der stationären psychotherapeutischen Behandlungsdauer besteht offensichtlich kein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Störung und dem Behandlungserfolg sowie der Behandlungsdauer. Der einzige deutliche Effekt zeigte sich bei der patientenseitigen Einschätzung der therapeutischen Beziehung: Je besser diese Beziehung beurteilt wurde, um so mehr tendierten die Therapeuten dazu, die Dauer der stationären Psychotherapie auszudehnen. Aus dem Ergebnis, dass eine längere Behandlungsdauer nicht per se zu einem besseren Behandlungserfolg führt, schließen die Autoren, dass über Modifikationen der stationären Psychotherapie (zum Beispiel Intervallbehandlung) nachzudenken ist (Bassler1995).

Im Rahmen einer Evaluationsstudie bei Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik untersuchte Nospert (1999) die Symptomatik zu verschiedenen Messzeitpunkten. Hier zeigte sich unabhängig von den Merkmalen der Patienten, den Therapieverfahren, der Therapeutenerfahrung und dem Prozesserleben, dass erst nach Behandlungszeiten von mehr als drei Wochen klinisch bedeutsame und langzeitstabile Effekte erreicht werden konnten. Dieses Resultat veranlasste den Autor zu der Empfehlung, stationäre Psychotherapie und psychosomatische Behandlung für mindestens 6 Wochen durchzuführen.

Anhand der Basisdokumentationsdaten in einer Psychosomatischen Klinik über 7 Jahre bemühten sich Borgart et al (1999) Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer für eine Teilstichprobe (Angststörungen) und Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und Behandlungsdauer zu finden. Einflussfaktoren waren neben soziodemographischen Variablen wie Alter, Familienstand, Partnersituation, Haushaltssituation und beruflichen Status, Variablen, die etwas über den Schweregrad der Störung aussagten (z.B. Anzahl stationärer Vorbehandlungen, Dauer der Erkrankung, psychiatrische Komorbidität, Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme). Außerdem konnten sie feststellen, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und dem eingeschätzten Therapieerfolg sowie der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit besteht.

Eine Gesamtvarianzaufklärung von 17,5% für die psychotherapeutischen Personalkosten konnte in der bereits erwähnten Studie von Andreas et al (2004) anhand einer homogenen Fallgruppenbildung extrahiert werden, was die Autoren selbst als eher moderat beschreiben. Dementsprechend ist die Folgerung, dass das Augenmerk zukünftig auch auf die Varianzaufklärung der Klinikstrukturen zu richten ist, nicht nur auf die der Patientenmerkmale.

Zum selben Schluss kamen Frick et al (1999) die mittels einer modifizierten Regressionsmethode durch Trennung von individuellen Patientenmerkmalen einerseits und Organisationsmerkmalen der Klinik andererseits (dazu zählen etwa die verfügbaren Behandlungskapazitäten sowie die ambulante Behandlungsstruktur der Umgebung, aber auch die Fallhäufigkeit) eine relativ hohe Varianzaufklärung (41%) erreichen konnten.

Kluge et al (2002) finden in einer Analyse anhand der BADO Daten über einen Beobachtungszeitraum von einem Jahr, dass, wenn man auf der Suche nach einem Modell,

das möglichst viel Varianz aufklären soll, lediglich Patientenmerkmale einbezieht, der erklärbare Anteil mit 5,2% (wesentliche Einflussfaktoren bilden hier Alter und Geschlecht) sehr gering bleibt. Nimmt man zusätzlich krankheitsbezogene Merkmale hinzu, zum Beispiel medikamentöse Vorbehandlung mit Antidepressiva und Neuroleptika, erhöht sich die Varianzaufklärung auf 14%. Anzumerken ist hier, dass die Diagnose der Medikation diesbezüglich unterlegen ist (obwohl die beiden Variablen nicht unabhängig voneinander sind) und in das Modell der Leipziger Forscher nicht aufgenommen worden ist.

Werden Merkmale des Behandlungsverlaufs (psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung) mit aufgenommen, können immerhin 39% der Varianz der Behandlungsdauer erklärt werden.

1996 wurde anhand von AOK - Daten eine Studie in Berlin (West) durchgeführt (Scheytt 1996), in der sich neben dem Kliniktyp, die Diagnose, der Aufnahmeweg und das Alter der Patienten als Prädiktoren herauskristallisierten, ähnlich wie in Münster anhand von Leistungsdaten eine Analyse durchgeführt wurde, die neben Diagnose und Alter soziodemographische und klinische Merkmale miteinbezog, um eine höhere Varianzaufklärung zu sichern.

Eine in Australien durchgeführte Erhebung in 18 Krankenhäusern (acht Abteilungen in öffentlichen Krankenhäusern, und jeweils fünf öffentliche und private psychiatrische Krankenhäuser) anhand von Fragebögen, ergab, dass zum einen die öffentlichen Krankenhäuser mehr Patienten mit Schizophrenie behandelten, allerdings mit einer kürzeren Behandlungsdauer, zum anderen, dass das Hinzufügen der Ergebnisse aus den Fragebögen die Möglichkeit die Verweildauer vorauszusagen, erhöht (Boot 1997).

Eine amerikanische Studie ergab als erfolgreiche Prädiktoren neben der Schwere der Symptomatik, die Arbeitsintegration und eine soziale Unterstützung (Russo 1997).

Im Rahmen einer Metaanalyse untersuchten Johnstone und Zolse (1999) die Effekte von geplanten Kurzzeitbehandlungen und folgerten aus den Ergebnissen, dass kürzere Behandlungsdauern keine negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Patienten haben, insbesondere keinen „Drehtüreffekt“ induzieren.

In einer finnischen Studie waren ein jüngeres Lebensalter, die Schwere der Erkrankung und eine aktive Teilnahme an Therapien (was eine gute Motivation widerspiegelt) mit einem langen Aufenthalt assoziiert, woraus geschlossen wird, dass unter manchen Umständen allein eine relativ lange Verweildauer für den Patienten ein Benefit erbringt (Nieminem 1994).

Zilber et al (1990) fanden in Verlaufsbeobachtung in Israel, dass die Diagnose einer Schizophrenie erwartungsgemäß zu einem längeren Aufenthalt führt, ebenso wie ein höheres Lebensalter, das Attribut „alleinlebend“ und eine lange Verweildauer vorausgegangener Aufenthalte.

In einer retrospektiven Längsschnittstudie wurde die Entwicklung der Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungszeiten anhand von soziodemographischen und krankheitsbezogenen Kriterien von 1302 schizophrenen Patienten untersucht. Insgesamt konnte eruiert werden, dass sich die Aufenthaltsdauer im Untersuchungszeitraum (zwei Jahrzehnte) nur geringfügig reduzierte. Häufige Vorerkrankungen führten zu einer längeren Verweildauer und kürzere Aufenthalte korrelierten mit häufigen Wiederaufnahmen (Diestelhorst 2001). Die Autoren folgern daraus, dass die generelle und auch bei Schizophrenen festzustellende Bemühung um möglichst kurze stationäre Aufenthaltszeiten (gefördert in den letzten Jahren durch den Druck der Kostenträger und Kontrollen bis hin zu Entlassungsaufforderungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen) zu einer Zentrierung der ärztlichen Bemühungen auf die Besserung der aktuellen Psychopathologie. Die Notwendigkeit zu psychosozialer Stabilisierung und Reintegration gerät dabei leicht aus dem Blickfeld beziehungsweise wird dies als Aufgabe ambulanter Nachbehandlung und Reso-

zialisierung angesehen, wobei diese Versorgungssysteme diese Aufgabe oft nicht ausreichend leisten können.

Was Unterbringungen betrifft, haben Richter et al (2003) in einer Zeitreihenanalyse feststellen können, dass sich auch diesbezüglich generelle Tendenzen der psychiatrischen Versorgung zeigen: die erhebliche Verkürzung der mittleren Unterbringungsdauer, die mit der Verkürzung der Behandlungsdauer einhergeht und die zunehmende Anzahl stationärer Behandlungsepisoden. Während in den 80er Jahren im Mittel zwischen 50 und 60 Tagen zwangsweise behandelt wurde, sind es am Ende der Periode noch 20 Tage. Allerdings ließ sich keine Auffälligkeit hinsichtlich soziodemographischer Merkmale finden, auch in den Diagnosegruppen war der Anstieg identisch, so dass die Autoren daraus schließen, dass das psychiatrische Versorgungssystem selbst eine entscheidende Variable für die Erklärung des Anstiegs ist. Die Anzahl der Vorbehandlungen der zwangsuntergebrachten Patienten hatte im Beobachtungszeitraum erheblich zugenommen.

Um genauere Vorhersagen treffen zu können haben Durbin et al (1999) einen Schweregradindex für jede Diagnose benutzt – der zusätzlich die geistige Verfassung, die psychiatrische Vorgeschichte, das Ansprechen auf die Therapie und Medikamentenkomplikationen beinhaltet – und konnten so die Varianzaufklärung zumindest für die untersuchte Studienpopulation, nämlich psychotische und depressive Patienten, für die Verweildauer um 11% heben.

Ähnlich haben Schepker et al (2003) für kinder – und jugendpsychiatrische Behandlungen mittels eines Index, gebildet aus dem psychopathologischen Befund und der Einschätzung wichtiger sozialer Funktionsbereiche sowie aus Motivationsvariablen, die individuelle Behandlungsdauer eher vorhersagen können, als mit der Diagnose allein. Sie schließen daraus, dass nicht die Diagnose, sondern zuvorderst der Symptomverlauf, die persönlichen Kompetenzen des Patienten, die Beeinträchtigungen durch die Störung, in zweiter Linie Setting- und Familienvariablen die Therapiestrategie und damit die Verweildauer bestimmen.

Mittlerweile wurden einige Klassifikationsinstrumente im Bereich der Psychiatrie, die komplementär zu den etablierten DRG Systemen gelten sollten, entwickelt.

Bereits 1987 haben Caton und Gralnick (1987) eine Übersicht über die Literatur zur Behandlungsdauer vor 1980 zusammengestellt und kommen zu dem Schluss, dass die Möglichkeit besteht, basierend auf verschiedenen diagnostischen Kriterien oder einer Zusammenführung der Erstdiagnose mit der Krankheitsschwere verschiedene Subgruppen zu identifizieren, die von verschiedenen Behandlungsmaßnahmen verschiedener Verweildauer profitieren würden. Ob sich diese Erkenntnisse auf die heutige Zeit übertragen lassen, bleibt fraglich, hat sich doch die stationäre Versorgung in den letzten Jahren gewandelt.

Nach der Übersicht über die internationale Literatur zur Behandlungsdauer in der Psychiatrie kann vermutet werden, dass weder eine zu lange noch eine zu kurze Behandlung dem Gesundheitsstatus der Patienten zuträglich ist. Zu kurze Behandlungen erhöhen offenbar das Risiko von Wiederaufnahmen und anderen kritischen Ereignissen. Zu lange Behandlungen sind ab einem zu definierendem Zeitpunkt im Sinne des aus der Ökonomie bekannten abnehmenden Grenznutzens nicht weiter gesundheitsförderlich und wirken möglicherweise sogar abträglich auf den Gesundheitsstatus. Die optimale Behandlungsdauer lässt sich angesichts der komplexen Einflüsse und Verläufe prospektiv nicht exakt bestimmen, sondern ist allenfalls im Rahmen eines Korridors festzulegen. Die Definition diagnosespezifischer Behandlungsdauer-Korridore ist eine Herausforderung für die zukünftige Forschung.

Zusammengefasst lassen sich die Faktoren, welche die Behandlungsdauer beeinflussen, folgendermaßen beschreiben: Die Altersstruktur, die Komorbidität sowie die lebenspraktischen Fertigkeiten des Patienten haben unabhängig von der Diagnose einen verlä-

gernden Einfluss auf die Behandlung. Nicht zu unterschätzen ist auch der Einfluss des Versorgungssystems. Dies gilt insbesondere für Verzögerungen durch Wartezeiten vor Verlegung in komplementäre Einrichtungen. Zudem kann aus den Studien zur Einbindung der Patienten in das Versorgungssystem nicht ausgeschlossen werden, dass Patienten in Gemeinden mit einer guten Versorgungslandschaft insgesamt eher länger behandelt werden als Patienten in einem weniger gut entwickelten Versorgungssystem. Bei Kurzzeitbehandlungen handelt es sich eher um kurzfristige Kriseninterventionen, aber auch häufig um Therapieabbrüche, bei denen die Patienten zur weiteren Behandlung nicht motiviert werden können.

Die Übersicht über die Effekte der Behandlungsdauer hat gezeigt, dass insbesondere Studien aus jüngerer Zeit positive Auswirkungen längerer Behandlungsdauern gefunden haben. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Befunden diverser Studien über die längerfristige Reduktion der Behandlungsdauer. Hier ist deutlich geworden, dass die ökonomisch motivierte Reduktion der Behandlungsdauer in der Psychiatrie nicht ohne Nebenfolgen bleibt. Die Zunahme der Wiederaufnahmen durch verkürzte Behandlungen hat sich dabei weniger auf der Ebene kleinerer Studien als vielmehr auf der Basis großer administrativer Datensätze im Längsschnitt zeigen lassen.

## 1.8. Wiederaufnahme

Noch bis in die 50er Jahre war die stationäre Behandlung bei schweren psychischen Erkrankungen nicht nur die häufigste, sondern vielfach die einzige Art der Versorgung. Dies änderte sich mit der sog. „Deinstitutionalisierung“-Bewegung, in deren Verlauf ein immer größerer Teil der Versorgungsleistungen aus dem Krankenhaus „in die Gemeinde“ verlagert wurde. Im Rahmen eines Gesamtkonzeptes gemeindenaher psychiatrischer Versorgung hat die Funktion des Krankenhauses damit eine grundlegende Neuorientierung erfahren. Mitgetragen von der Einstellung, dass ein Leben außerhalb des Krankenhauses in jedem Fall vorzuziehen sei und dass die am wenigsten unselbständig machende Behandlung in der Regel auch die beste ist, sollte das psychiatrische Krankenhaus nur noch in jenen Fällen eine zeitlich befristete Behandlung bieten, bei denen die Schwere des Krankheitsbildes eine umfassende und intensive Intervention erfordert.

Es ist nur konsequent, dass auf dem Hintergrund einer solchen Behandlungsphilosophie die stationäre Wiederaufnahme mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf gleichgesetzt wird. Die Behandlung im Krankenhaus, die Wiederaufnahme, wird zum Synonym für „Rückfall“.

Diese Sichtweise beinhaltet umgekehrt aber auch die Option, die Wirksamkeit von außerstationären Behandlungsmaßnahmen daran zu bemessen, inwieweit sie in der Lage sind, Rückfälle und damit stationäre Aufenthalte zu verhindern oder zu verkürzen. Es ist folglich nicht verwunderlich, dass das Kriterium „stationäre Behandlungsbedürftigkeit“ zum häufig verwendeten Outcome-Kriterium in der empirischen Evaluationsforschung wurde.

### 1.8.1. Deinstitutionalisierung: Umhospitalisierung statt Enthospitalisierung?

Im Zusammenhang mit Wiederaufnahmeraten ist es erforderlich sich über den Begriff der Deinstitutionalisierung im Klaren zu sein.

Die psychiatrische Versorgung war bis in die 70er und 80er Jahre des letzten Jahrhunderts im wesentlichen institutsorientiert und die sog. Psychiatrischen Großkrankenhäuser, häufig mit mehreren hundert Betten für sog. Akut- und Langzeitpatienten oder später getrennt nach Behandlungs- und Pflegefällen, waren weltweit die „Eckpfeiler“ psychiatrischer Versorgung. Das Fachkrankenhaus ist heutzutage nicht mehr die „Endstation“, son-

dem es ist Teil einer überwiegend im ambulanten Bereich stattfindenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, der aufgrund seiner hochspezialisierten Kompetenz nicht mit aller Gewalt vermieden, sondern so rasch wie möglich in Anspruch genommen werden sollte.

Die sog. Enthospitalisierung, im amerikanischen Sprachgebrauch „Deinstitutionalisierung“ bezeichnet, war wesentlicher Bestandteil dieser Entwicklung und führte letztendlich zu einer versorgungs- und auch betriebswirtschaftlich bedeutsamen und psychiatrisch und politisch gewollten Verschiebung in den komplementären Bereich.

Die psychiatrische Versorgung der Zukunft wird unter dem Motto „ambulant vor stationär“ und vor allem „personenorientiert vor institutionsorientiert“ umgesetzt werden.

So hat sich in den letzten 30 Jahren die Versorgungsstruktur dramatisch verändert, die Behandlungen – und zum Teil auch die Lebensbedingungen haben sich verbessert, an der Chronizität der Verläufe aber naturgemäß wenig verändert. Infolge der Einrichtung verschiedener Dienste traten neue Probleme auf wie Abwanderung in die Obdachlosigkeit, ungenügende Betreuung in den Wohn- bzw. Pflegeheimen oder gar häufigere Aufnahmen in der forensischen Psychiatrie (Berger 2003).

Kritiker der Deinstitutionalisierung zweifeln an deren erwünschter Richtung. Vielmehr mutmaßen sie das die Deinstitutionalisierung dazu geführt habe, dass chronisch psychisch Kranke in zunehmenden Maße in Einrichtungen aufzufinden seien, die weder personell noch programmatisch darauf vorbereitet sind. Gestützt werden solche Aussagen durch Analysen, die auf eine Verlagerung der Versorgung chronisch Kranker in Bereiche verweisen, die ursprünglich nicht dafür vorgesehen waren. So ergaben Auswertungen von Inanspruchnahmedaten in New York, dass sich die Zahl der chronisch psychisch kranken Patienten in Einrichtungen der Akutversorgung wie psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, zwischen 1977 und 1989 verdoppelte und die durchschnittliche Verweildauer nahezu verdreifachte. Aktuelle Daten aus dem Gesundheitswesen (Berger 2003b WHO 2001) zeigen außerdem, dass nicht nur chronisch psychisch Kranke, sondern auch akut Kranke mit Einschränkungen ihrer funktionalen Fähigkeiten, in die soziale Isolation, in Arbeitslosigkeit und Frühverrentung geraten.

N. Sartorius (2000) berichtete diesbezüglich, dass das größte psychiatrische Krankenhaus in den Vereinigten Staaten das Staatsgefängnis von Kalifornien sei. So gibt es Hinweise darauf, dass einerseits der Anteil der Obdachlosen unter den chronisch psychisch Kranken, andererseits die Morbidität und Mortalität unter den chronisch Kranken deutlich zugenommen hat und chronisch Kranke in zunehmenden Maße in die Straffälligkeit abwandern und ein Zusammenhang besteht zwischen diesen traurigen Realitäten auf der einen Seite und der Deinstitutionalisierung auf der anderen Seite. Augenscheinlich gibt es „Opfer“ der deinstitutionalisierten Psychiatrie. Offenbar reichen wiederholte, kurzfristige stationäre Therapien zur Stabilisierung nicht aus und ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinde bedeutet eine Überforderung für diese Patienten (Richter 1999b).

Es gibt also begründeten Anlass anzunehmen, dass die Zahl der institutionalisierten Personen durch die Deinstitutionalisierung nicht geringer geworden ist. Es hat eine große Migration aus der intensivsten, restriktivsten und teuersten Form der Betreuung, der Langzeitunterbringung im Krankenhaus, in minder aufwändige und restriktive Formen der Betreuung, also Heime, Wohnverbände, Wohngruppen und Einzelwohnen stattgefunden. So erfolgreich und unverzichtbar gemeindenaher Psychiatrie ist, werden gleichwohl Misserfolge und bedeutende Nachteile sichtbar. Was früher in Konstrukten wie Armut aufging, findet sich heute in sozialer Exklusion wieder. So stehen Erwachsene mit psychischen Störungen (in Großbritannien) nur zu 24% in Arbeit. Sie tragen doppelt bis dreifach höhere Risiken für Jobverlust, erhebliche Verschuldung, Scheidung, Mietrückstände oder Wohnungsverlust.

Darüber, ob die Gemeindepsychiatrie die anfangs in sie gesetzten Hoffnungen erfüllen konnte, gibt es verschiedene Meinungen. Kritiker sehen vor allem als negatives Ergebnis, dass die dort Betreuten abhängig von Einrichtungen und Therapeuten bleiben, nur unter ihresgleichen kommunizieren und verkehren und es selten oder nie schaffen, sich in „normale“ Biografien einzufügen. Das Leben bleibt blass, die Lebensqualität wird eingeschränkt nicht zuletzt durch finanzielle Restriktionen und eine innere und äußere Distanz zu der „Gemeinschaft der Gesunden“ (Rössler 2003). So sei aus der „Gemeindepsychiatrie“ die „Psychiatriegemeinde“ geworden.

Zusammenfassend bemerken Kruckenberg et al (1998) zu diesem Themenkomplex: „Die Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung wird oft dadurch behindert, dass es wesentlich einfacher ist, ein für einen Patienten erforderliches Bündel an Leistungen stationär vorzuhalten, als eine Komplexleistung komplementär zu organisieren, dass die Person in der eigenen Wohnung ausreichend gefördert werden kann.“ Hier besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem fachpolitisch formulierten Ziel: „Ambulant vor Stationär“ und der Versorgungsrealität „Stationär vor Ambulant“.

### 1.8.2. Unterbringung

Auch bei den Unterbringungen nach dem PsychKG- NW ist eine ähnliche Tendenz zu vermerken, nämlich die erhebliche Verkürzung der mittleren Unterbringungsdauer, die mit der Verkürzung der Behandlungsdauer einhergeht und die zunehmende Anzahl stationärer Behandlungsepisoden. Die Dauer der Unterbringung ist im Mittel drastisch zurückgegangen. Während in den 80er Jahren im Mittel zwischen 50 und 60 Tagen zwangsweise behandelt wurde, sind es am Ende der Periode noch 20 Tage. Im Stadtgebiet Münster hat sich die absolute Zahl der Unterbringungen von Anfang der 80er Jahre bis Ende der 90er Jahre mehr als verdoppelt. Wie in der deutschsprachigen und in der internationalen Versorgungsforschung in den letzten Jahren immer wieder herausgestellt wurde, steht der allgemeine Anstieg der Wiederaufnahmen in einem engem Zusammenhang mit der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung (Munk - Jorgensen 1999), insbesondere mit der Verkürzung der Behandlungsdauern (Richter 1999).

Wie bei der Reduktion der allgemeinen psychiatrischen Behandlungsdauer ist die Absenkung der Unterbringungsdauern auf eine Reihe von Faktoren zurückzuführen, die von der besseren komplementären Versorgung bis hin zum ökonomischen Druck durch die Kostenträger reichen.

Insgesamt kann aufgrund dieser Datenbasis geschlussfolgert werden, dass der Anstieg der Zwangsunterbringungen nicht primär durch eine „Psychiatisierung“ devianter Personen erklärt werden kann, sondern möglicherweise ein Effekt von Veränderungen des Versorgungssystems ist. Das komplexe Zusammenspiel von Deinstitutionalisierung, Senkung der Behandlungs- und Unterbringungsdauern und gleichzeitiger Steigerung der Wiederaufnahmen trägt wesentlich zum Anstieg der Zwangsunterbringungen bei. Die Steuerungsmöglichkeiten durch ambulante und komplementäre Dienste auf die Unterbringungsrate erscheinen demgegenüber relativ begrenzt zu sein (Richter 2003).

### 1.8.3. Prädiktoren zur Wiederaufnahme

Tabelle 2: Studien zur Wiederaufnahme in psychiatrische Krankenhäuser

<b>Studie</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>Variable (Prädiktoren)</b>	<b>Methode</b>	<b>Ergebnis</b>
Mortensen 1994	8705 Schizophrene Patienten	Alle aus dem dänischen Fallregister	Cox Wahrscheinlichkeitsrechnung	Vorausgegangene Aufenthalte, niedrigeres Alter, Geschlecht, Subruppe Diagnose
Haywood 1995	135	Patientenmerkmale, Diagnose, Anzahl der Voraufnahmen	Multiple Regression	Substanzmittelmissbrauch und Noncompliance, Alter, Geschlecht, Familienstand, Ausbildung, Diagnose
Hodgson 2001	3404	Patientenmerkmale, Verweildauer, Diagnose, Fragebögen	Cox Regression	Diagnose
Lyons 1997	255	Schweregrad der Erkrankung	Schweregrad-index	Kein Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Wiederaufnahmerate
Appleby 1993	1500 schizophrene Patienten	Patientenmerkmale, Zahl der vorausgegangenen Aufenthalte	Cox Regressionsanalyse	Höhere Wiederaufnahmerate bei Kurzzeitbehandlungen
Johnstone und Zolse 1999	bei geplanten Kurzzeitbehandlungen		Metaanalyse	Keine Zunahme der Wiederaufnahmeraten, Kurzzeitbehandlungen sind klinisch effektiver als Langzeitbehandlungen
Nosper 1999	261 Psychosomatische Rehaklinik	Fragebögenauswertung nach 21 Tagen im Vergleich zur Auswertung nach 45 Tagen	Auswertung der Fragebögen	Verbesserte Symptomatik bei längerer Behandlung
Driessen 1999	94 zum Alkoholentzug	Soziodemographische Variablen, Diagnosen, Krankenhausaufenthalten	Varianzanalyse	Erweiterte Entzugsbehandlung besser
Caton und Gralnick 1987	bei Kurzzeitbehandlungen		Studienübersicht (Studien aus den 70er Jahren)	Keine Unterschiede der Wiederaufnahmerate
Druss 1999	5542 VA – System USA	Fragebögen	Varianzanalyse	Größere Patientenzufriedenheit bei längerer Behandlung
Goldstein und Shemansky 2000	136 und 73 Schizophrene Patienten im Vergleich zweier Jahre	Patientenmerkmale, Zahl der Monate der Hospitalisierungen und Zahl der Hospitalisierungen	t-Test	Anstieg der Wiederaufnahmerate, keine Veränderung der Behandlungstage pro Person
Richter und Eikelmann 2000	1987: 613 (819 Episoden) und 1997: 1063 (1763 Episoden)	Diagnose, Patientenmerkmale Fall – und Patientenbezogen	Nonparametrische Berechnung	Anstieg der Wiederaufnahmerate, höhere Anzahl Behandlungstage pro Person bei alkoholkranken Patienten

Seit den 50er Jahren wurde eine kaum überschaubare Zahl von Studien zur Prädiktion stationärer Wiederaufnahmen im psychiatrischen Krankenhaus, durchgeführt.

Die Prädiktoren kommen dabei aus den verschiedensten Bereichen; so untersuchte man den Einfluss soziodemographischer Merkmale (Serban und Gidynski 1974, Rosen 1971, Gruber JE 1982, Casper ES 1995), präorbider Anpassung (Gordon et al 1985), der Einstellung von Familienangehörigen (Bailer 1994), des sozialen Netzwerkes (Mezzich und Coffman 1985), von Diagnose ( Mezzich und Coffman 1985, Colenda 1989), Symptomatik (Mezzich und Coffman 1985 Bailer et al 1994), Sozialindikatoren (Kammerling 1993), vorausgegangenen Aufhalten (Swett 1995, Appleby 1993) Verweildauer (Appleby 1993) und vieles andere mehr. Es ist ein interessanter Nebenbefund, dass bei den weitaus meisten dieser Untersuchungen die Frage nach außerstationären Behandlungsmaßnahmen konzeptionell überhaupt keine Rolle spielt und deshalb auch nicht als Kontrollvariable mitberücksichtigt wird (an der Heiden 1996).

Eine Reihe von Untersuchungen aus den 70er Jahren und früher, die kürzlich wieder analysiert wurden, hat keine negativen Effekte kürzerer Behandlungen ergeben.

Im Rahmen einer Metaanalyse untersuchten Johnstone und Zolse (1999) die Effekte einer geplanten Kurzzeitbehandlung. Demnach hat diese Therapieform keine negativen Auswirkungen im Vergleich zu längeren Behandlungen. Die Analyse von Pfeiffer et al (1996) unternahm ebenfalls den Versuch, Therapieeffekte über mehrere Studien hinweg zu quantifizieren. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Dauer der Behandlung (exklusive Suchtbehandlung und Gerontopsychiatrie) keinen signifikanten Einfluss auf den Outcome hat. Diese Ergebnisse wurden durch eine Übersicht von Caton und Galnick bestätigt, bei der die Mehrzahl der kontrollierten Studien aus den 1970er Jahren ebenfalls keine negativen Effekte kürzerer Behandlungen finden konnten.

Hingegen fanden Goldstein et al (2000), dass bei der von ihnen untersuchten Studienpopulation von an Schizophrenie erkrankten Veteranen aus dem Koreakrieg (hospitalisiert zwischen 1965 und 1975) versus denen aus dem Vietnamkrieg (hospitalisiert zwischen 1991 bis 1994) trotz der unterschiedlichen Behandlungsmethoden kein Unterschied in der Gesamtbehandlungszeit bestand, während die letztere Gruppe mutmaßlich bedingt durch kürzere Aufenthalte fast viermal so häufig wiederaufgenommen worden war.

Bei einem Vergleich zweier Behandlungsjahrgänge in Deutschland (1987 und 1997) konnte eruiert werden, dass die Verweildauer in einzelnen Diagnosen innerhalb der 10 Jahre deutlich zurückging ( 69,9 vs.37,2 Tage) allerdings bei deutlicher Steigerung der Aufnahmen pro Person. Dem Rückgang der Behandlungsdauer pro Fall stand für die untersuchten Diagnosegruppen Demenz, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit und Drogenabhängigkeit eine Steigerung der Wiederaufnahme gegenüber. Nur bei den demenzkranken Patienten konnte eine signifikant reduzierte kumulative Behandlungsdauer festgestellt werden, bei der es sich vermutlich um einen Effekt der Einführung der Pflegeversicherung handelt (Richter 2000).

Zilber (1990) konnte in einer über einen vier Jahreszeitraum angelegten Studie zeigen, dass bei psychiatrischen Erstaufnahmen ein höheres Lebensalter und das männliche Geschlecht eine geringe Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme voraussagen lassen, während die Diagnose einer Schizophrenie einen langen kumulierten Aufenthalt wahrscheinlich macht. Bei Patienten, die bereits mehrmals aufgenommen worden waren, waren eine höheres Lebensalter, alleinlebend, eine lange Verweildauer bisher und mehrere vorausgegangene Hospitalisierungen die einflussreichsten Variablen zur Prädiktion einer Wiederaufnahme.

In einer Studie über die Prädiktion des Wiederaufnahmerisikos bei schizophrenen Patienten (Mortensen 1994) fanden die Autoren, dass das Wiederaufnahmerisiko mit der Zahl vorausgegangener Aufnahmen steigt. Nach der ersten Entlassung nimmt das Wiederaufnahmerisiko mit zunehmenden Alter ab und kann durch Geschlecht und klinischen Subtyp vorausgesagt werden. Bei späteren Entlassungen verschwand der Effekt dieser Variablen schrittweise. Bei der 15. Entlassung konnten die Wiederaufnahmen hauptsäch-

lich durch die Dauer der letzten Aufnahme und Entlassungsperiode vorausgesagt werden. So kamen sie zu dem Schluss, dass es möglich sein könnte zu Beginn der Erkrankung eine Subgruppe von Patienten zu identifizieren, die ein hohes Risiko für Rückfälle und Wiederaufnahmen haben und folglich auch jene Subtypen herauszufiltern, die wahrscheinlich einen gutartigen Verlauf der Erkrankung haben. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen die Autoren einer deutschen Studie (Diestelhorst 2001). Ein niedriges Erkrankungsalter oder lange Erkrankungsdauer bestimmen die Verweildauer weniger als erwartet, während sich für die Hospitalisierungszeit die Zahl stationärer Vorbehandlungen als bedeutsam erwies.

Die finnische Arbeitsgruppe um Korkeila (1998) fanden als Prädiktoren für ein erhöhtes Risiko für eine Wiederaufnahme neben den vorausgegangenen Aufnahmen, eine lange Verweildauer und eine Diagnose einer Psychose oder einer Persönlichkeitsstörung.

In einer Studie von Haywood et al (1995) ließen sich vor allem ein Substanzmittelmissbrauch und eine Medikamentennoncompliance für die Hälfte der Prädiktion für eine erneute Hospitalisierung verantwortlich machen.

Unter den neueren Studien findet sich die Untersuchung von Lyons et al (1997), die keinen Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Wiederaufnahme (bei primär depressiven Patienten) gefunden hat. Hodgson et al (2001) fanden in einer in England über einen Zeitraum von 6 Jahren angelegten Studie, dass die Diagnose und der Familienstand signifikante Prädiktoren für eine Wiederaufnahme sind (das höchste Risiko haben demnach ledige Psychotiker), während Arbeitslosigkeit und andere sozioökonomische Variablen keinen Einfluss auf die Wiederaufnahmerate hatten. Ebenso fanden sie, dass eine längere Verweildauer eher zu einer Wiederaufnahme prädestiniert als eine kürzere Verweildauer und schließen daraus, dass die Patienten nicht frühzeitig entlassen werden, sondern dass diejenigen, die wiederaufgenommen werden eine schwerere Erkrankung haben mit einem früheren Rückfall im Krankheitsverlauf.

Im Unterschied zu Studien früherer Jahrzehnte und zur letztgenannten Untersuchung haben andere Studien des vergangenen Jahrzehnts dagegen einen Anstieg der Wiederaufnahmen bei kürzeren Behandlungsdauern entdeckt (Appleby 1993 und 1996).

Thompson et al (2003) konnten in einer retrospektiven Studie zur Untersuchung des Zusammenhangs der Weiterbehandlung, der Verweildauer und der Wiederaufnahme innerhalb von sechs Monaten zeigen, dass 16% der Patienten eine Weiterbehandlung bekamen und ungefähr 13% innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung wieder aufgenommen worden sind. Dabei ließen sich Rassenunterschiede aufdecken (Weiße wurden zweimal so häufig zur Weiterbehandlung überwiesen als Schwarze); die Verweildauer und die Diagnose einer Schizophrenie waren ebenso Prädiktoren für eine Weiterbehandlung. Allerdings hat offenbar die Weiterbehandlung keinen Einfluss auf das Zusammenspiel von Verweildauer und Wiederaufnahme. Lediglich die Diagnose einer schizoaffektiven Störung, eine „schlechte“ Entlassungsdiagnose und eine hohe Zahl vorausgegangener Aufenthalte waren mit einem erhöhten Wiederaufnahmerisiko verbunden. Keine andere demographische Variable ließ sich auf die Wiederaufnahmerate innerhalb von sechs Monaten beziehen, aber die Überweisung zur Weiterbetreuung erhöhte das Risiko zur Wiederaufnahme signifikant.

Mares et al (2000) evaluierten die Effektivität außerstationärer Case-Management Programme (Programmgruppe: monatliche Hausbesuche) hinsichtlich der Wiederaufnahmerate und fanden heraus, dass diese seltener rehospitalisiert wurden; darüber hinaus konnten sie feststellen, dass jüngere Patienten (unter 62 Jahre) insgesamt 2,5 mal so häufig wiederaufgenommen wurden als Ältere.

Ebenso untersuchten Figueroa et al (2004) den Einfluss der Verweildauer auf die Wiederaufnahmerate für Patienten, die mindestens einmal mit einer psychiatrischen Diagnose zwischen 1997 und 1998 aus der Klinik entlassen worden sind. Die Ergebnisse zei-

gen auf, dass eine Verkürzung der Verweildauer unter zehn Tage zu einem Anstieg der Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung führt, bei Verkürzung von vier auf drei Tage steigt das Risiko wiederaufgenommen zu werden sogar um 51,5%.

In einer gerontopsychiatrischen Abteilung (Heeren 2002) konnte einerseits ein deutlicher Rückgang der Verweildauer innerhalb von fünf Jahren unabhängig von der Wiederaufnahmerate gefunden werden. Für wiederaufgenommene Patienten von 33,6 Tage 1993 auf 9,5 Tage 1997, für nicht wiederaufgenommene Patienten von 27,5 Tagen auf 12,7 Tage. Über den gleichen Zeitraum verdoppelte sich die Wiederaufnahmerate von 5,3% (entspricht 7 Patienten) auf 10,8% (entsprechend 30 Patienten), ebenso wie der Anteil der Patienten, die in eine Tagesklinik entlassen worden sind, signifikant anstieg. Die Autoren schließen daraus, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen verkürzter Verweildauer und erhöhter Wiederaufnahmerate gibt. In einer ebenso in einer gerontopsychiatrischen Abteilung durchgeführten Studie fanden die Autoren (Mercer 1999) neben der Diagnose die familiäre Einbindung des Patienten, entsprechend den sozialen Kontakten, als stärksten Prädiktor für eine Rehospitalisierung.

Hendryx et al (2003) zeigten in einem Vergleich eines Basismodells, welches lediglich administrative Daten enthielt und einem kompletten Modell mit zusätzlichen diagnostischen und klinischen Variablen die Überlegenheit in der Varianzaufklärung für die Wiederaufnahme letzteren Modells. Für die Nutzung sozialpsychiatrischer Dienste fand sich allerdings kein Unterschied in der Voraussagezuverlässigkeit. Signifikante Variablen zur Prädiktion einer Rehospitalisierung waren der GAF Score und eine Zweitdiagnose eines Substanzmittelmissbrauchs.

Für die Jugendpsychiatrie (Arnold 2003) gilt, dass das Alter und die Anwesenheit einer affektiven Störung signifikante Prädiktoren für eine Wiederaufnahme sind und die Autoren schließen daraus, dass es sinnvoll wäre vor der Entlassung das Wiederaufnahmrisiko zu untersuchen, vor allem für jüngere Patienten und diejenigen mit einer Depression. Ebenso untersuchten Bobier et al (2005) den Zusammenhang zwischen Wiederaufnahme und dazu beitragenden Faktoren bei Jugendlichen und fanden, dass eine Noncompliance bezüglich der Medikamenteneinnahme und ein sexueller Missbrauch in der Anamnese einen Rückfall bzw. eine Wiederaufnahme positiv voraussagen können, wobei eine Tendenz für die Wahrscheinlichkeit wiederaufgenommen zu werden bei jüngeren und erstmalig aufgenommenen Patienten zu finden war.

Aus der Alkoholtherapie gibt es ebenfalls Hinweise auf positive Effekte längerer Behandlungen. So wurde ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Entzugsbehandlung und der Einbindung in die Nachbehandlung gefunden (Castaneda 1992). Die in der Bundesrepublik mittlerweile häufig anzutreffende erweiterte Entzugsbehandlung ergab im Vergleich zur kurzen körperlichen Entgiftung ein leicht besseres klinisches Ergebnis, aber ein deutlich besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis (Driessen 1999).

In diesem Zusammenhang stellt sich eine Reihe von Fragen, deren Beantwortung bislang empirisch kaum unternommen wurde: Entspricht die erhöhte Rate der Wiederaufnahmen tatsächlich einer größeren Häufigkeit von Krankheitsrückfällen? Werden Krankheitsrückfälle möglicherweise sogar durch verminderte Aufenthaltsdauern induziert? Wie wirken sich vermehrte Aufenthalte bzw. Rückfälle auf den Krankheitsverlauf aus ( In der Literatur zur Alkoholtherapie wird ein der Epilepsie vergleichbarer Kindling Effekt durch häufige Entgiftungen diskutiert (Becker 1998 und 1996).

Welche Auswirkungen haben häufigere Aufenthalte auf Motivation, Compliance und Lebensqualität der Betroffenen?

In einem nach hiesiger Sprachregelung als Rehabilitationsmaßnahme einzustufendem Programm ließ sich eine generell positive Auswirkung eines längeren Aufenthaltes, unter anderem auf Trinkverhalten und Psychopathologie nachweisen (Gottheil 1992) In einem vergleichbaren rehaähnlichem Setting (Residential Care) zeigte sich, dass Patienten mit

längeren Aufenthalten deutlich seltener innerhalb von sechs Monaten sowie einem Jahr nach Entlassung wiederaufgenommen wurden (Moos et al 1995). Thakur et al (1998) fanden heraus, dass Patienten mit einer doppelten Abhängigkeit (Alkohol und Opiate) und diejenigen, die ledig waren sowie die, die mit einer Überweisung in die Notaufnahme gekommen waren, die höchste Wahrscheinlichkeit für eine Wiederaufnahme hatten. Interessanterweise hatten die vier an der Studie teilnehmenden Kliniken unterschiedliche Wiederaufnahmeraten, wobei die Autoren befürchten, dass die Klinik mit der höchsten Wiederaufnahmerate möglicherweise die schlechteste Betreuung bietet.

Zur unterschiedlichen Wirksamkeit neuroleptischer Behandlung bei schizophrenen Patienten konnten Rabinowitz et al (2001) feststellen, dass die Einnahme neuerer Neuroleptika eine Wiederaufnahme unwahrscheinlicher macht, als die der „Konventionellen“ und setzen dieses Ergebnis mit einer besseren Wirksamkeit und konsekutiv selteneren Rückfallrate gleich. Gerade bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist die Rückfallrate im natürlichen Verlauf der Erkrankung extrem hoch, bis zur Hälfte der Patienten werden nach einem Jahr wiederaufgenommen. Als Beispiel sei hier auch eine schwedische Studie genannt, die zeigen konnte, dass die Anwendung von Risperidon bei an Schizophrenie leidenden Menschen den Bedarf für stationäre Krankenhausaufenthalte reduziert. Die Anzahl an Krankenhauseinweisungen ging bei Anwendung dieser Therapie um 23% (von 136 auf 104) zurück (Eriksson 2004).

In einer Schweizer Studie über Hospitalisierungsraten fanden die Autoren (Rüesch 2000) den Ausländeranteil in einer signifikant positiven Beziehung zur Rehospitalisierungsrate. Relevant waren ebenso die städtischen Lebensbedingungen und die Bevölkerungsdichte. Einschränkend muss aber gesagt werden, dass von den Zusammenhängen zwischen Merkmalen des sozialen Kontextes und der psychiatrischen Hospitalisierungsrate einer Gemeinde nicht auf individuelle Risikofaktoren der Person geschlossen werden kann.

Klinkenberg et al (1996) fanden bei der Literaturübersicht zur die Wiederaufnahme und Überweisung an ambulante Dienste von psychisch Kranken (von 1974-1994) in der sie drei Kategorien von Prädiktorvariablen schufen, nämlich Krankheitsschwere („client vulnerability“), komplementäre Weiterversorgung („Community support“) und Verantwortlichkeit für die Patienten („system responsiveness“), dass „Community support“- Variablen die konstantesten Prädiktoren einer Wiederaufnahme waren, mehr als Variablen in den anderen Kategorien.

Die Einführung von Managed care Prozeduren zur Kostenreduktion bei psychiatrischen Patienten ist ebenfalls unter dem Gesichtspunkt der Aufenthaltsdauer und der Wiederaufnahme untersucht worden. Unter den Prozeduren hat sich das sogenannte Utilization Management als besonders wirkungsvoll hinsichtlich der Reduktion der Behandlungsdauer herausgestellt.

Dabei handelt es sich um ein Verfahren, bei dem die Aufenthaltsdauer vom Behandler beantragt wird. Vom Kostenträger wird eine bestimmte Dauer genehmigt, die in der Regel unterhalb des Antrags liegt. Die vorliegenden Untersuchungen belegen sowohl eine Reduktion pro Dauer der Episode als auch einen Anstieg kurzfristiger Wiederaufnahmen als Folge dieser Prozeduren (Dickey 1996).

Wickizer und Lessler (1998) haben das Risiko einer Wiederaufnahme innerhalb von 60 Tagen genauer quantifizieren können: jeder nicht vom Kostenträger genehmigte Tag erhöhte das Wiederaufnahmerisiko (adjustierte odds ratio) um 3,1%.

Averill et al (2002) untersuchten den Einfluss eines Managed Care Programms anhand der Behandlungsergebnisse in einem amerikanischen Krankenhaus (Houston/Texas). Sie beobachteten dazu alle 1994 (vor Einführung des Managed-Care-Programms) und 1998 (nach Einführung des Managed Care Programms) stationär aufgenommenen Patienten über jeweils ein Jahr. Hinsichtlich der soziodemografischen Daten unterschieden sich

die beiden Kohorten (N = circa 3300) lediglich in Bezug auf das Alter (die Patienten von 1998 waren im Mittel ein Jahr älter). Die Behandlungsparameter allerdings unterschieden sich deutlich: die mittlere stationäre Behandlungsdauer sank im Zuge der Managed-Care - Einführung von 15,6 auf 9,3 Tage. Allerdings wurden 1998 auch signifikant mehr Wiederaufnahmen verzeichnet, wobei diese besonders häufig innerhalb von 10 Tagen nach Entlassung erfolgten. Auch die pro Jahr beobachteten stationären Episoden stiegen von 1,4 auf 1,6 während die Zahl der pro Jahr außerstationär verbrachten Tage von 128 auf 105 sank. Die Autoren schließen daraus, dass die Verkürzung der stationären Verweildauer unter Managed – Care - Bedingungen aufgrund der erhöhten Wiederaufnahmeraten einen negativen Effekt auf die Versorgungsqualität der Patienten hat.

Zudem wird von einer Zunahme unfreiwilliger Behandlungen berichtet: bei stark verkürzten, aber zahlenmäßig angestiegenen Behandlungsepisoden wiederholt eingewiesener Patienten gelingt die dauerhafte Besserung offensichtlich nicht, vielmehr wird die Befürchtung einer „Drehtürpsychiatrie“ zur Realität (Darsow-Schütte 2001, Müller 2003).

Dass eine psychoedukative Basisbehandlung während des Indexaufenthaltes mit einer anschließenden kontinuierlichen Basisbehandlung die Rehospitalisierungsrate schizophrener Patienten positiv beeinflusst, konnte eine Münchner Arbeitsgruppe im Rahmen des multizentrischen randomisierten Münchner Psychose – Informations-Projekts zeigen (Basan 2000).

Die klinischen Auswirkungen reduzierter Behandlungszeiten sind für Patienten mit affektiven Störungen untersucht worden. In beiden Studien, die jeweils Kohorten verschiedener Behandlungsjahrgänge verglichen (Piersam 1997, Lieberman 1998) zeigte sich, dass die Patienten mit kürzerer Behandlung geringere Besserungsergebnisse auf standardisierten Instrumenten aufwiesen.

Bleibt zu erwähnen, dass aber neben den verschiedenen negativen Effekten, einer Wiederaufnahme auch einige positive Aspekte zuzuschreiben sind, wie z.B. fraktionierte Lernerfahrungen und zunehmend enge Kooperation mit ambulanten gemeindepsychiatrischen Diensten. Psychoedukative Gruppen, die ganz überwiegend in Verbindung mit Krankenhausbehandlung angeboten werden, zielen darauf ab, eine rasche Klinikaufnahme in frühen Stadien eines Rezidivs zu ermöglichen und die Klinik als Partner in der Krisenbewältigung darzustellen.

Insgesamt zeigten die hier referierten Studienergebnisse – mit Ausnahme von Thomas et al (1996 und 1997) dass es offenbar einen Zusammenhang zwischen der Reduktion der Behandlungsdauer und der Wiederaufnahmerate gibt. Verkürzte Behandlungsdauern haben nahezu in allen Untersuchungen höhere Aufnahmezahlen der behandelnden Patienten zur Folge. Insofern scheint die Wiederaufnahmerate – entgegen dem Votum von Lyons (1998) in der Tat als Qualitätsindikator geeignet zu sein. Entscheidender Maßstab ist, wie bereits oben erwähnt, die kumulierte Behandlungsdauer über mehrere Episoden, die leider bisher nur in zu geringen Maße untersucht wurde.

Abschließend ergibt sich also kein widerspruchsfreies Bild hinsichtlich der Effekte der Behandlungsdauer, allerdings lassen die jüngeren Untersuchungen wenig Zweifel an positiven Effekten längerer Behandlungen aufkommen. Während ein großer Teil der Untersuchungen älteren Datums keine Auswirkungen verkürzter Behandlungsdauern gefunden hat, lässt die Mehrzahl der neueren Studien eher darauf schließen, dass es einen Zusammenhang zwischen reduzierter Behandlungsdauer und der Wiederaufnahmerate sowie weiteren Outcome-Parametern gibt. Möglicherweise hat sich die Dauer der Behandlung insgesamt in den vergangenen Jahren so weit reduziert, dass sich nunmehr spürbare Auswirkungen auch in klinischen Parametern zeigen, während bei den Behandlungsdauern früherer Jahrzehnte in der Tat ein erheblicher Spielraum für die Reduktion bestanden hat.

Mit diesem Ergebnis scheint es bei den Bemühungen um Kostenreduktion in der stationären Versorgung zumindest eine Grenze zu geben. Die hier beschriebenen Befunde lassen darauf schließen, dass die Verkürzung der Behandlungsdauer ab einem bestimmten Punkt keine reduzierten Kosten pro Person mehr zur Folge hat, sondern dass die Reduktion der Episodendauer durch die gesteigerte Aufnahmezahl kompensiert werden kann. Möglicherweise hat der Behandlungsdauerrückgang sogar höhere Kosten pro Person zur Folge.

## 1.9. Häufige Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste

### 1.9.1. Heavy user: Krankheit oder Phänomen?

Die Faktoren, die zum Phänomen des „heavy use“ führen könnten werden bereits in Veröffentlichungen aus dem 19. Jahrhundert gefunden. So zum Beispiel in einer Ausgabe des „*Alienist and Neurologists*“ von 1883: „We owe the harmless lunatic a duty to save him from perpetual lunacy if we can. To leave him wholly to himself, even though he hurts no one, is not always kind. Such a course endangers incurable chronicity, and this is cruel to him“ (Alienist and Neurologist 1883).

So befasst sich die in den letzten Jahrzehnten entstandene psychiatrische Versorgungsforschung seit Anfang der 80er Jahre mit Patienten, die eine überdurchschnittlich starke Inanspruchnahme stationärer Behandlung zeigen und deshalb als heavy user bezeichnet werden. Die Terminologie ist dabei nicht einheitlich, sondern reicht von „heavy user“ über „high user“, „frequent user“, „high cost user“ bis zu „multiple“ oder „worst recidivists“. Dass das Interesse an heavy usern auch in Deutschland zugenommen hat, ist auf zwei Gründe zurückzuführen: die begrenzten finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems und das Streben nach Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung. Der erste Grund ist für die Kostenträger bedeutsam und zielt auf eine Reduktion der starken Inanspruchnahme durch heavy user. Der zweite Grund ist für die Leistungserbringer wichtig, da man davon ausgehen muss, dass Patienten, die ein Versorgungsangebot wieder und wieder nutzen, von diesem letztlich nicht in der beabsichtigten Weise profitieren. Dies gilt in besonderem Maße für die kostenintensive stationär-psychiatrische Behandlung, die den Fokus der meisten Heavy user Studien in der Psychiatrie bildet (Roick 2002).

Im Gegensatz dazu gibt es schon seit den 70er Jahren Untersuchungen zu den Ursachen und Prädiktoren stationärer Wiederaufnahmen, zu revolving door patients sowie zu „excessive“, „intensiv“ oder „increased use“. Darüber hinaus gibt es Parallelen zwischen heavy usern und „chronic crisis patients“, „new chronic patients“, „young adult chronics“ sowie „difficult to place psychiatric patients“. Was heavy user wirklich von den letztgenannten Gruppen unterscheidet, ist bislang nicht klar definiert.

Ebenso scheint die Wortschöpfung etwas unglücklich zu sein: zum einen sind Begriffe wie „high utilizer“ oder „heavy user“ negativ besetzt, implizieren sie doch, dass die so bezeichneten Personen die medizinische Versorgung öfter als nötig in Anspruch nehmen. Im deutschen Sprachgebrauch wird deshalb meist der Begriff „starke Inanspruchnahme“ verwendet.

Neben der gerade erwähnten Stigmatisierung durch die Terminologie, suggeriert sie auch, dass die Gründe für die häufige Inanspruchnahme in erster Linie beim Patienten liegen – in den Eigenheiten ihrer Krankheit oder ihres durch die Persönlichkeit mitbestimmten Krankheitsverhaltens. Dabei ist es auch heute noch nicht klar wo die Gründe für die erhöhte Inanspruchnahme zu suchen sind. Sie können- außer in den Patienten selbst- genauso gut im Versagen bestimmter Bereiche des psychiatrischen Versorgungssystems, in vorhandenen oder fehlenden Anreizen finanzieller Natur für einzelne Dienste und Einrichtungen, wie auch im sozialen Umfeld der Patienten liegen (Krautgartner 2002).

Die Widmung eines eigenen Forschungsgebietes für diese Patientengruppe macht deutlich, dass man von einer Inadäquatheit der Inanspruchnahme ausgeht.

Insofern werden in der Forschung unter anderem die Gründe für die starke Inanspruchnahme untersucht ebenso wie die Frage unter welchen Bedingungen diese möglicherweise mit alternativen Therapieangeboten und Interventionsmöglichkeiten, die wünschenswerterweise weniger kostenintensiv sind, vermieden werden könnte. In Deutschland wird dieses Forschungsgebiet seit dem Jahr 2000 im Rahmen eines Versorgungsforschungsprogramms gezielt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen gefördert.

Patienten, die bestimmte medizinische Versorgungsangebote überdurchschnittlich häufig nutzen, gibt es in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung, vom Krisentelefon bis zum Krankenhaus. Da die stationäre Versorgung jedoch sehr kostenintensiv ist, hat eine überproportionale Inanspruchnahme in diesem Bereich besondere Bedeutung und bildet folgerichtig den Fokus der Heavy user Forschung.

Dieses Forschungsziel macht eine Differenzierung zwischen starker und normaler Nutzung medizinischer Versorgung notwendig, was sich als schwierig erweist. So gehen manche Autoren von 3 stationären Aufenthalten innerhalb eines 30 monatigen Beobachtungszeitraum aus, andere leiten „heavy use“ von sechs stationären Aufenthalten innerhalb eines Jahres ab.

Gegen die alleinige Definition von heavy use über die Zahl der stationären Aufnahmen spricht nach Ansicht von Junghan et al (2000), dass einige Patienten zwar sehr oft stationär aufgenommen werden, dafür aber nur kurze Zeit im Krankenhaus bleiben und damit keinen überdurchschnittlich hohen Anteil der stationären Behandlungskosten verursachen.

Neben der Zahl stationärer Aufnahmen berücksichtigen einige Autoren auch die Summe der stationären Behandlungstage im Beobachtungszeitraum. So hat Lavik (1983) einen Inanspruchnahmeindex ermittelt, in dem er alle ambulanten Konsultationen mit einem Punkt bewertet, jeden teilstationären Tag mit zwei Punkten und jeden vollstationären Tag mit drei Punkten. Die stationäre Behandlungsdauer ist aber als Kriterium für starke Inanspruchnahme umstritten, da sie von Faktoren wie Noncompliance und Suizidalität, aber auch von den Entlassungsgepflogenheiten und -möglichkeiten der jeweiligen Einrichtungen abhängen.

Ein dritter Ansatz bezieht sich auf die durch heavy user verursachten überdurchschnittlichen Versorgungskosten (Hadley 1990).

Aufgrund der genannten definitorischen Probleme, aber auch infolge unbefriedigender Studienergebnisse, bezweifeln einige Autoren sogar, dass es heavy user als eigenständige Patientengruppe mit spezifischen Merkmalen überhaupt gibt: „Our study has shown that heavy users of psychiatric beds do not represent a distinct group of patients with any defining characteristics that could easily be used to predict their future tendency to make heavy demands on inpatient resources“ (Lucas 2001). Dagegen sind andere Forscher so überzeugt von der Existenz der heavy user: „... heavy users define a separate and stable clinical subgroup who require specialized programming and Management“, dass sie bereits detaillierte Subgruppenprofile erarbeitet haben (Casper 1990). In einer Clusteranalyse konnten sechs Subgruppen identifiziert werden, denen 65-69% der Heavy user Gesamtstichprobe zugeordnet werden konnten. Die Cluster waren durch unterschiedliche Kombinationen der Merkmale Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Familienstand und Kinderzahl gekennzeichnet. Zudem unterscheiden sich die Wiederaufnahmegründe in den Subgruppen signifikant (Casper 1993).

Auch andere Autoren haben versucht, Subgruppen unter den heavy usern zu identifizieren. So verglichen Taube et al heavy user ambulant- psychiatrischer Versorgung, die leicht, bzw. schwer behindert waren und fanden bei letzterer Gruppe eine signifikant höhere Serviceinanspruchnahme (Taube 1988). Eine ähnliche Untersuchung wurde mit leis-

tungsfähigen und schwer behinderten heavy usern somatischer Versorgung durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die leistungsfähigen Patienten bei Krankheitssymptomen nicht nur medizinische Hilfe in Anspruch nahmen, sondern auch Selbsthilfekonzepte entwickelten, während die schwer behinderte Gruppe konsistent nur mit Arztbesuchen reagierte (Egan 1987).

Hadley et al (1992) verglichen Patienten mit moderater und extrem starker Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung. Sie fanden dabei jedoch nur, dass in der Extremgruppe signifikant mehr Schizophrene und mehr jüngere Patienten waren.

Geller beobachtete, dass die Subgruppe schizophrener heavy user in der Regel wegen Noncompliance mit der Medikation wiederaufgenommen wurde, während heavy user mit Persönlichkeitsstörungen meist aufgrund von Alkoholproblemen erneut ins Krankenhaus kamen (Geller 1986). Die Frage ob die Varianz in der Heavy user Gesamtgruppe tatsächlich auf die Existenz von Subgruppen oder vielmehr auf einen Effekt der unterschiedlichen Erkrankungen zurückzuführen ist bleibt letztlich aber nicht beantwortet.

Als heavy user bezeichnet man eine vergleichsweise kleine Gruppe von Patienten, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil der für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen konsumiert. Für die Psychiatrie wird geschätzt, dass 10-30% aller Patienten heavy user sind, die 50-80% der Ressourcen des Versorgungssystems in Anspruch nehmen (Kent 1995).

So fanden Hadley et al (1990) dass 35% aller Medicaid – Patienten in Philadelphia 79% des gesamten Medicaid – Budgets für die stationäre psychiatrische Betreuung aufbrauchten; allerdings verursachen nur 5% der in einem dreijährigen Beobachtungszeitraum identifizierten Patienten auch in jedem einzelnen der drei Jahre überdurchschnittliche Versorgungskosten. Ein ähnliches Muster fanden Mustard et al (1996) für die Nutzer ambulanter und stationärer psychiatrischer Versorgung. Hier erfüllten in der Postindexperiode nur noch 45% der heavy user das Kriterium für starke Inanspruchnahme. Und auch bei Betrachtung der Nutzung somatischer Versorgung zeigte sich, dass nur 38% der heavy user eines Jahres auch im nächsten Jahr heavy user blieben (Mandelberg 2000). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es eine kleine Gruppe chronischer heavy user gibt, während die Mehrzahl der Patienten medizinische Versorgung nur sporadisch im Rahmen einer Krise intensiv nutzt.

Bassuk und Holland (1987) berichten ähnliche Ergebnisse. Holohean et al (1991) stellten (nach Ausschluss von Patienten mit Aufenthaltsdauern von mehr als 30 Tagen) fest, dass 10% der Patienten von State Hospitals in New York State 41% aller stationären Behandlungstage konsumierten. Goldfinger et al (1984) fanden für ein psychiatrisches Krankenhaus in San Francisco, dass 8,2% aller Patienten für 21,4% aller Aufnahmen verantwortlich waren und insgesamt 19,9% aller Krankenhaustage innerhalb eines Jahres konsumierten (Krautgartner 2002).

Wissenschaftliche Untersuchungen zielen deshalb auf die Ursachen und Merkmale starker Inanspruchnahme. Dazu wurden bislang quantitative Analysen statistischer Daten durchgeführt. Noch nicht untersucht wurde dagegen, wie heavy user selbst ihre häufigen Krankenhausaufenthalte einordnen. Ebenso fehlen Erkenntnisse darüber, wie die Ursachen starker Inanspruchnahme aus der Perspektive des psychiatrischen Versorgungssystems wahrgenommen werden (Roick 2004).

### **1.9.2. Prädiktoren für häufige Inanspruchnahme**

Die meisten heavy user Untersuchungen beziehen sich auf Patienten mit schweren beziehungsweise chronischen psychischen Erkrankungen. Dies ergibt sich aus dem Behandlungsspektrum der untersuchten psychiatrischen Abteilungen. Patienten mit einer

primär geistigen Behinderung oder primärem Substanzmittelmissbrauch werden in der Regel von der Untersuchung ausgeschlossen, wobei dies selten explizit erwähnt ist.

Die bisherigen Untersuchungen zeigen, dass die meisten Patienten mit starker Inanspruchnahme im mittleren Lebensalter (Mitte 30 bis Anfang 40) sind, nie verheiratet waren (Casper 1990), allein leben (Kent 1995) und ein mittleres Bildungsniveau aufweisen (Kent 1994). Einige Autoren haben eine teilweise hochsignifikante Dominanz des männlichen Geschlechts gefunden (Kent 1994) während andere ein zum Teil hochsignifikantes Überwiegen des weiblichen Geschlechts (Hadley 1992) bei heavy users belegen.

Tabelle 3: Studien zur häufigen Inanspruchnahme

Studie	Stichprobe	Variablen (Prädiktoren)	Methode	Ergebnis
Richter 1999	N= 178 Ausgeschlossen: Suchtkranke, gerontopsychiatrische Patienten und Kranke mit geistigen Behinderungen	Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Schul- und Berufsausbildung, Rechtsgrundlage, Diagnose, BPRS, CGI, Inanspruchnahme ambulanter Dienste im Zeitraum von vier Wochen vor Aufnahme, SF36	Nonparametrische und Chi-Quadrat Tests	Schizophrenie und Behinderung in sozialer Anpassung, geringe Krankheitseinsicht
Roick 2002	N= 969	Soziodemographische Basisdaten, Haupt – und Nebendiagnose und Parameter zum Behandlungsverlauf	Multiple Regression	Schizophrenie als Hauptdiagnose oder Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung Zudem beeinflussen die Behandlungseinrichtung und die Art der Entlassung die Inanspruchnahme stationärer Versorgung. R <sup>2</sup> = 0,093
Arfken 2004	N=74  6 oder mehr Aufnahmen innerhalb von 12 Monaten	Interviews	Multiple Regression	Fehlende ärztliche Einweisung, Medikationsbedarf, Obdachlosigkeit oder Leben in einer Einrichtung, fehlende soziale Einbindung
Geller 2000	N=653 Fünf oder mehr Aufnahmen innerhalb von 12 Monaten	Patientenmerkmale, Klinikmerkmale	Vergleich von heavy users mit einer Kontrollgruppe	Junge Frauen (Kaukasierinnen), Persönlichkeitsstörung, Substanzmittelmissbrauch, GFRS (Georgia Role Functioning Scale) Skalenwert höher ( entspricht einer schlechteren sozialen Anpassung)
Richter 2002	N= 37 N= 42 (Kontrollgruppe)  Sucht Mindestens drei Voraufenthalte im Untersuchungsjahr, Kontrollgruppe: höchstens einen Voraufenthalt	Tests, Lebensqualität	Chi Quadrat und Mann Whitney U Test	Schlechte Lebensumstände, arbeitslos, alleinlebend
Kluge 2002	N=211  Sozialpsychiatrische Dienste Low utilizer 40% Average utilizer 40% High utilizer 20%	Diagnosen, Alter, Geschlecht, Betreuer, Familienstand, allein lebend, ohne Berufsausbildung, Berufstätigkeit, Sozialhilfe, Erwerbs – und Berufsunfähigkeitsrente, wie Kontaktaufnahme? (Eigeninitiative, Nervenarzt o.ä) Schwerbehindertenstatus	Mit dem im Bado K enthaltenen Statistikmodul	Leben häufig allein, häufiger in betreuten Wohnformen, erwerbslos
Spießl 2002	N= 1811  Kumulierte stationäre Behandlungsdauer und die Anzahl der stationären Voraufnahmen im 5 - Jahreszeitraum	Alle Items der BADO	Multiple Regression	Zehn Prädiktoren für lange kumulierte Behandlungsdauer: Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Notwendigkeit sozialtherapeutischer Maßnahmen, betreute Wohnform und niedrige psychosoziale Funktionsfähigkeit (GAF) bei Entlassung sieben Prädiktoren für häufige Aufnahmen: Alkoholabhängigkeit, komorbider Alkoholmissbrauch, Suizidversuch in der Anamnese, Entweichung bei Indexaufnahme, gesetzliche Betreuung bei Entlassung, behandlungsfreie Zeit, kumulierte Verweildauer

Roick 2004	N=184 Schizophrene Patienten Mindestens drei psychiatrische Krankenhausaufnahmen innerhalb von 30 Monaten	Zu fünf Erhebungszeitpunkten in halbjährlichen Abständen : Befragung soziodemographische Charakteristika, Zahl stationärer Voraufnahmen, begleitender Substanzmittelmissbrauch, BPRS (aktuelle Symptombelastung), Krankheitseinsicht anhand PANSS Rating, Camberwell Assessment of need für psychosozialen Unterstützungsbedarf, Verona Service Satisfaction	dem $\chi^2$ Test nach Pearson, dem t-Test für unabhängige Stichproben sowie dem Mann-Whitney U Test für nicht normalverteilte Variablen	22 der 184 Probanden waren heavy user, mehr Männer, allein lebend erwerbsunfähig, mehr stationäre Voraufnahmen, kumulierte Behandlungsdauer länger, hohe aktuelle Symptombelastung, sekundärer Substanzmittelmissbrauch, Merkmale einer begleitenden Persönlichkeitsstörung, Compliance-probleme
Pasic 2005	N=761 Zwei Standarddeviationen über der mittleren Zahl, sechs Besuche in einem Jahr und vier Besuche in einem viertel Jahr	Geschlecht, Alter, Rasse, Berufstätigkeit, Wohnform, komplementäre Versorgung, Diagnose, Suizidalität, Substanzmittelmissbrauch, psychiatrische Voraufnahmen	Multiple Regression	Obdachlos, Vorgeschichte von Hospitalisierungen, keine Krankheitseinsicht, Persönlichkeitsstörung, schlechte soziale Anpassung , Vorgeschichte von Entzug
Krautgartner 2002	202996 (1996) und 141738 (2000)  Kumulierte Krankenhaustage Ausgeschlossen wurden forensische Patienten	Geschlecht, Alter, Aufnahme (erste? Wiederholte?, Unterbringung (ja/ nein), Diagnosen	Record Linkage <sup>1</sup>	17% aller Patienten waren für 50% aller Krankenhaustage verantwortlich. Die Patienten in diesem Sechstel sind signifikant jünger, häufiger untergebracht, seltener zum ersten Mal aufgenommen und leiden häufiger an Schizophrenie als die restlichen 83% der Patienten
Quinlivan 1995	N=90 Drei oder mehr Aufnahmen in 30 Monaten	Randomisierte Verteilung in Patienten, die ein intensives Case Management erhalten und Patienten, die keine besondere Versorgung erhalten		Patienten, die ein intensives Case Management erhalten, haben kürzere stationäre Aufenthalte

Anm: <sup>1</sup> Record Linkage: Für jedes Jahr wurden die Werte für kumulierte Krankenhaustage pro Patient berechnet und eruiert, ein wie hoher Prozentsatz von Patienten zu welchem Prozentsatz aller während des jeweiligen Jahres im gesamten Bundesland konsumierten psychiatrischen Krankenhaustage beitrug.

Alle nach diesem Muster durchgeführten Studien zeigen, dass die Gruppe der heavy user überwiegend aus Patienten mit schizophrenen oder schizoaffektiven Psychosen sowie affektiven Störungen besteht (Hadley 1992 Casper 1990). Dieses Ergebnis ist irreführend, da es letztlich nur aussagt, dass Patienten mit den genannten Erkrankungen häufiger als Patienten mit anderen psychischen Störungen in stationärer Behandlung sind. Dieses Erkenntnis dient der Charakterisierung der betreffenden Krankheitsbilder, aber nicht der Erklärung des heavy user Phänomens. Deshalb wäre es günstiger, als Bezugsgröße für starke Inanspruchnahme die bei einer bestimmten Erkrankung im Mittel beobachtete Inanspruchnahme zu verwenden. Dies ist bislang allerdings kaum geschehen und könnte ein Grund dafür sein, dass die heavy usern vorliegenden Ergebnisse so inhomogen sind.

In einer Verlaufsstudie verfolgten Lewis et al (1990) alle psychiatrischen Erstaufnahmen in Neuseeland über fünf Jahre. Knapp 15% hatten mindestens 4 stationäre Aufnahmen in diesem Zeitraum und wurden als „Drehtür-Patienten“ bezeichnet. Niedriges Alter bei Erstaufnahme und die Diagnose einer psychotischen Störung hatten jeweils für sich und in Interaktion eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür ein Problempatient zu werden.

Neben der bekannten Häufung schizophrener Erkrankungen fand Geller, dass 6 von 12 heavy usern eine primäre Persönlichkeitsstörung aufwiesen (Geller 1986). Bei einer

Folgeuntersuchung an einer größeren Stichprobe war dies allerdings nicht replizierbar (Geller 1992).

Mustard et al (1996) beobachteten bei heavy usern ambulanter und stationärer Versorgung bei der einen Hälfte der Patienten psychotische Störungen und bei der anderen Hälfte primär neurotische Störungen oder leichte Depressionen. Allerdings waren 27% aller Patienten mit psychotischen Störungen heavy user, während nur 4% aller Patienten mit nicht psychotischen Störungen das Heavy user Kriterium erfüllten.

Betrachtet man die Begleiterkrankungen von heavy usern stationärer Versorgung, so finden sich gehäuft Persönlichkeitsstörungen und Substanzmittelmissbrauch (Kent 1994). Diese Beobachtung könnte sich dadurch erklären, dass Patienten mit begleitenden Persönlichkeitsstörungen oder sekundärem Substanzmittelmissbrauch im allgemeinen schlechter auf eine Therapie ansprechen. Überdies ist bekannt, dass ein begleitender Substanzmittelmissbrauch in vielen Fällen der Grund für eine stationäre Wiederaufnahme psychisch Kranker ist. Zudem führen auch körperliche Begleiterkrankungen häufig zu stationären Wiederaufnahmen bei heavy usern (Kent 1994).

Erwartungsgemäß hat auch die Schwere der Grunderkrankung Einfluss auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. So zeigten Surber et al., dass heavy user mehr durch ihre psychische Erkrankung behindert sind, als andere Patienten (Surber 1987). Zudem haben heavy user signifikant mehr stationäre Voraufnahmen als Normalnutzer. Dies ist nicht verwunderlich, da die Zahl stationärer Voraufnahmen als bester Prädiktor für erneute Krankenhausaufnahmen gilt. Dieser Zusammenhang ist konsistent über verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder und unabhängig von der Krankheitsschwere.

Da die Dauer des ersten Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit häufigen Wiederaufnahmen länger als bei Normalnutzern ist, nehmen Woogh et al an, dass heavy user von Anfang an schwer zu behandeln sind (Woogh 1986). Für diese Vermutung spricht, dass bei mindestens 60% der heavy user eine verminderte Krankheitseinsicht vorliegt, die gleichzeitig der häufigste Grund für stationäre Wiederaufnahmen dieser Patienten ist (Kent 1994). Darüber hinaus besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Noncompliance mit der Medikation und anderen Therapiemaßnahmen und der Häufigkeit stationärer Wiederaufnahmen. So fanden Lucas et al zwar keine signifikanten Unterschiede in der Zahl der ambulanten und gemeindepsychiatrischen Angebote für Normalnutzer und heavy user, aber deutlich mehr Fehltermine bei letzteren Patienten (Lucas 2001).

Ein weiterer häufiger Grund für stationäre Wiederaufnahmen bei heavy usern ist eine aktuell vorliegende Selbst- oder Fremdgefährdung (Casper 1990).

Obwohl soziale Ursachen von eminenter Bedeutung für das Phänomen starker Inanspruchnahme sind, haben sich nur wenige Studien explizit damit auseinandergesetzt.

Wie Harris et al (1986) zeigten, werden über 60% der chronisch psychisch Kranken nicht wegen einer psychiatrischen Indikation, sondern aus sozialen Gründen oder aufgrund körperlicher Gesundheitsprobleme wieder eingeliefert. Bei heavy usern wird angenommen, dass soziale Probleme 39% aller psychiatrischen Wiederaufnahmen verursachen. Dabei sind Beziehungsschwierigkeiten, die 90% der heavy user haben, ein wesentlicher Faktor. Die betroffenen Patienten verfügen durchschnittlich nur über 4 Kontaktpersonen, die in der Regel Familienangehörige oder medizinisches Personal sind (Kent 1995). Dass heavy user darüber hinaus kaum tragfähige Beziehungen haben, steht im Zusammenhang mit der Stigmatisierung durch die psychische Erkrankung, den wiederholten seelischen Krisen und eben auch den häufigen Krankenhausaufenthalten.

Lewis und Hugi nehmen an, dass das Krankenhaus für diese Patienten eine wesentliche Quelle befriedigender sozialer Beziehungen ist und die medizinische Versorgung zum Ausgleich bestehender Defizite beiträgt (Lewis 1981).

Zu den häufigsten Gründen für stationäre Wiederaufnahmen von heavy usern zählen Probleme im Zusammenhang mit der beruflichen Situation. Heavy user sind zu 60-80% arbeitslos oder berentet und unterscheiden sich dadurch hochsignifikant von Normalnutzern (Kent 1994).

Aufgrund der Erwerbsunfähigkeit oder ihres zu geringen Einkommens sind mindestens 60% der heavy user auf finanzielle Unterstützung angewiesen (Kent 1994). Etwa 80% dieser Patienten haben zudem Schwierigkeiten im Umgang mit Geld.

Probleme im Zusammenhang mit der Wohnsituation finden sich bei 68% der heavy user und sind ebenfalls häufig Anlass für stationäre Wiederaufnahmen. Dabei spielen sowohl Mietschulden eine Rolle, als auch Konflikte aufgrund von Sachbeschädigungen, Ruhestörungen und der Bedrohung von Mitbewohnern (Kent 1994).

Infolge ihrer massiven sozialen Schwierigkeiten hatten 30-60% der heavy user schon einmal Kontakt mit der Polizei, waren im Gefängnis beziehungsweise Maßregelvollzug oder sind durch gewalttätiges Verhalten aufgefallen (Casper 1990).

Für den von Hadley et al vermuteten starken Einfluss systembedingter Ursachen spielt eine Reihe von Fakten. So wurde in mehreren Untersuchungen ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer umfassenden gemeindepsychiatrischen Betreuung chronisch Kranker und der Reduktion stationärer Wiederaufnahmen nachgewiesen (Goldstein 1988 Arana 1991). Trotzdem scheint in vielen Regionen ein Mangel an effektiven und kontinuierlichen außerstationären Versorgungsmöglichkeiten zu bestehen (Goldfinger 1984). Zudem fehlt es an Case – Management- Angeboten für psychisch Kranke, die ihre ambulante Behandlung nicht allein koordinieren können. Die Folge davon ist, dass die existierenden gemeindepsychiatrischen Dienste nicht so genutzt werden, wie es möglich und nötig wäre (Hadley 1988).

Dieser Zusammenhang könnte auch erklären, warum in mehreren Untersuchungen nachgewiesen wurde, dass ein gutes Angebot gemeindepsychiatrischer Leistungen allein noch nicht die Inanspruchnahme stationärer Versorgung reduziert (Saarento 1996). Offenbar ist eine gute Organisation und Kooperation der einzelnen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen mindestens genauso wichtig wie ihre Verfügbarkeit an sich.

Neben gemeindepsychiatrischen Alternativen sind auch Aspekte der stationären Versorgung bei der Analyse der Ursachen starker Inanspruchnahme von Bedeutung. So belegen mehrere Untersuchungen, dass der Zugang zum Krankenhaus und die Verfügbarkeit von Betten wesentlich für die Inanspruchnahme stationärer Versorgung sind (ten Horn 1988). Andere Studien zeigen, dass stationäre Aufnahmeeraten vom diensthabenden Personal sowie der Aufnahme – und Entlassungspolitik der jeweiligen Einrichtung abhängig sind (Erickson 1973). Zudem besteht offenbar eine Beziehung zwischen der bei heavy usern beobachteten kürzeren durchschnittlichen Aufnahmedauer und erhöhten stationären Wiederaufnahmeraten. In diesem Zusammenhang weist Geller darauf hin, dass heavy user auch in Verbindung mit der Enthospitalisierung ehemaliger Langzeitpatienten stehen könnten (Geller 1992).

Für die Vermutung, dass die starke Inanspruchnahme stationärer Versorgung zumindest bei einem Teil der heavy user inadäquat ist, sprechen mehrere Fakten. Zum einen finden sich unter heavy usern signifikant mehr Selbsteinweiser als unter Normalnutzern (Havassy 1989 und Voineskos 1978) und zum anderen ist die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer der heavy user signifikant kürzer (Carpenter 1985). Diese Ergebnisse legen nahe, dass die stationäre Behandlung bei heavy usern oft auf Wunsch der Patienten erfolgt, dass die ambulant behandelnden Ärzte häufig keine Notwendigkeit einer Einweisung sehen und dass die Klinikärzte den stationären Behandlungsbedarf bei heavy usern geringer einschätzen als bei Normalnutzern. Dass die Patienten trotzdem zunächst stationär aufgenommen werden, kann mit der Aufnahmepolitik des Krankenhauses zu tun haben. Zudem scheint es nach Beobachtungen von Kent et al so zu sein, dass einige heavy

user gezielt Berichte über Krankheitssymptome oder Suizidgedanken einsetzen, um eine stationäre Aufnahme zu erreichen (Kent 1994). Anhand der genannten Studienergebnisse lässt sich die Adäquatheit der Inanspruchnahme stationärer Versorgung durch heavy user jedoch nicht eindeutig beurteilen. So hängt die hohe Zahl an Selbsteinweisern möglicherweise auch damit zusammen, dass ein Teil der betreffenden Patienten gar keinen ambulant behandelnden Arzt hat, der sie einweisen könnte.

In einer Studie aus Leipzig anhand von Krankenkassendaten in einem Beobachtungszeitraum von 30 Monaten wurden Patienten als heavy user bezeichnet, die in diesem Zeitraum mindestens drei stationäre Aufnahmen hatten. Hier hat sich gezeigt, dass sich vier Prädiktoren starker Inanspruchnahme als konsistent erwiesen haben: das Vorliegen der Hauptdiagnose Schizophrenie oder die Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung, die Behandlung in der Universitätsklinik sowie die reguläre Entlassung nach der Indexaufnahme (Roick 2002).

Was die häufige Wiederaufnahme suchtkranker Patienten betrifft konnte anhand psychiatrischer und neuropsychologischer Untersuchungen und Befragung mit standardisierten Instrumenten herausgefunden werden, dass der alkoholkranke Heavy user eine signifikant schlechtere kognitive Leistungsfähigkeit hat, wobei er sich in der Selbsteinschätzung der Lebensqualität, psychischer Befindlichkeit und Abstinenzsicherheit nicht von der Kontrollgruppe unterscheidet (Richter 2002).

Bei der Nutzung sozialpsychiatrischer Dienste konnte anhand der BADO-K Daten drei Inanspruchnahmegruppen gebildet werden. Die Gruppe der high utilizer war zwar in bezug auf das Diagnosespektrum mit den anderen vergleichbar, dafür unterschied sie sich aber in folgenden Punkten von den anderen (low and average utilizer) Gruppen: sie lebten häufiger allein, jedoch seltener allein in privatem Wohnraum, sie lebten häufiger in betreuten Wohnformen, sie gingen keiner Erwerbstätigkeit nach, sie lebten überdurchschnittlich häufig von einer Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente, der Kontakt zum sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) wurde häufig durch eine psychiatrische Klinik hergestellt, kam aber auch überdurchschnittlich häufig auf Eigeninitiative der Klienten zustande und die Patienten sind überdurchschnittlich häufig in Kontakt mit anderen psychiatrischen Betreuungseinrichtungen z.B. mit niedergelassenen Nervenärzten und Kontakt- und Beratungsstellen (Kluge 2002).

Ebenso konnten Spießl et al in einer Evaluationsstudie anhand der BADO Daten über einen Beobachtungszeitraum von fünf Jahren herausfinden, dass neben einer Alkoholabhängigkeit und einem komorbiden Alkoholmissbrauch, ein Suizidversuch in der Anamnese und eine Entweichung bei der Indexaufnahme, sowie eine gesetzliche Betreuung bei Entlassung und eine kurze behandlungsfreie Zeit als Prädiktoren gelten (Spießl 2002). Sie schließen daraus, dass es aufgrund der Heterogenität dieser Gruppe am sinnvollsten erscheint eine individuelle Therapieplanung unter Berücksichtigung der jeweiligen Defizite und Bedürfnisse zu gestalten.

In einer Untersuchung aus dem Jahr 2004, die quantitative und qualitative Ansätze verbindet, um eine starke Inanspruchnahme zu definieren, fanden die Autoren, dass die Wahrscheinlichkeit einer starken Inanspruchnahme steigt, wenn die Patienten jünger sind, viele stationäre Voraufnahmen hatten und aktuell eine hohe Belastung durch psychopathologische Symptome aufweisen, sowie wenn sie weniger intensive familiäre Kontakte haben, einen hohen ungedeckten psychosozialen Unterstützungsbedarf angeben und wenn ihre Zufriedenheit mit der Effektivität der psychiatrischen Versorgung gering ist (Roick 2004). Versorgungsalternativen sieht das befragte Personal in aufsuchender Sozialarbeit, Tagesstrukturierung und Arbeitsangeboten. Für die befragten Patienten sind Arbeit, Compiiancesicherung und ein besserer Kontakt zum ambulanten Arzt wichtig.

In einem österreichischem Bundesland war es möglich über Record -Linkage eine Studie über fünf Jahre durchzuführen, mit dem Ziel zu eruieren, ob die Inanspruchnahme

von Krankenhaustagen in allen stationären psychiatrischen Einrichtungen gleichmäßig erfolgt. Das Ergebnis erbrachte, dass über die fünf untersuchten Jahre hinweg konstant rund ein Sechstel (17%) aller Patienten für 50% aller Krankenhaustage verantwortlich waren. Die Patienten in diesem Sechstel sind signifikant jünger, häufiger untergebracht, seltener zum ersten Mal aufgenommen und leiden häufiger an Schizophrenie als die restlichen 84% der Patienten. Die Konsequenz daraus ist, so mutmaßen die Autoren, dass eine noch genauere Analyse nicht nur Patienten- und Krankheitsmerkmale miteinbeziehen sollte, sondern Faktoren auch im Bereich der Lebenssituation, der vorhandenen bzw. fehlenden extramuralen Einrichtungen und der Adäquatheit ihres Funktionierens gesucht werden sollten (Krautgartner 2002).

Ein Screeninginstrument zu entwickeln, mit dem sich Patienten mit starker Inanspruchnahme identifizieren lassen, bemühte sich eine Arbeitsgruppe in Leipzig. Dieses Screeninginstrument (SPSI) beruht auf einer zwischen 1998 und 2000 durchgeführten Beobachtungsstudie, bei der sechs Prädiktoren starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung identifiziert wurden (Roick 2003). Zum Untersuchungsbeginn wurde neben soziodemografischen Charakteristika der Probanden auch die Zahl stationär-psychiatrischer Voraufnahmen und die Häufigkeit der familiären Kontakte erfasst sowie die aktuelle Symptombelastung mit der 24-Item-Version der Brief Psychiatric Rating Scale beurteilt, der psychosoziale Unterstützungsbedarf wurde mit dem Camberwell Assessment of Need eingeschätzt und die Zufriedenheit mit der vom psychiatrischen Versorgungssystem geleisteten Hilfe wurde anhand der Dimension „efficacy“ der Verona Service Satisfaction Scale bewertet. Darüber hinaus wurde die Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch die Probanden prospektiv über einen 30-monatigen Beobachtungszeitraum erfasst. Das Ergebnis erbrachte eine Bestätigung der oben genannten Voruntersuchung. 83% der Patienten konnten richtig prädiziert werden, so dass die Autoren folgern, dass man mit Einsatz dieses SPSI die Patienten, bei denen dann eine starke Inanspruchnahme zu befürchten ist, rechtzeitig gemeindebasierte Versorgungsangebote anbieten könnte (Roick 2003).

In Brisbane geschieht das bereits mit gutem Erfolg (Abbott 1997). Dort wurde ein mobiles Behandlungsteam geschaffen, das heavy usern stationärer Versorgung eine intensive und kontinuierliche gemeindepsychiatrische Betreuung anbietet. Die zu betreuenden Patienten werden über ein speziell entwickeltes Screeninginstrument ausgewählt. Das MITTSI (mobile intensive treatment team screening instrument) besteht aus 13 gewichteten Items, die auf der Basis einer Literaturanalyse und eines Expertengesprächs zusammengestellt wurden. Besondere Bedeutung wurde dabei der Zahl der stationären Voraufnahmen, der Verfügbarkeit sozialer Unterstützungssysteme und der Fähigkeit der Betroffenen allein im Alltag zurecht zu kommen beigemessen. Nach einer ersten Einschätzung der Autoren ist das MITTSI zur Identifikation von heavy usern stationärer Versorgung gut geeignet.

Der Schweizer Psychiater Hoffmann (1993) unterscheidet in einer hilfreichen Typisierung chronischer Patienten in Anlehnung an Sheets et al (1982) bei den bis zu 35 jährigen drei Gruppen: 1. Eine Low Energy low Demand Gruppe, die nach frühem Erkrankungsbeginn und Kontakt mit der Psychiatrie passiv und unmotiviert erscheint und die stärksten Übereinstimmungen mit den alten residuär-apatrischen Langzeitpatienten aufweist; 2. eine high energy high demand Gruppe die bei instabiler Stimmung fordernd auftritt, ohne aber eine zunächst angestrebte Behandlung tatsächlich durchzustehen. Diese zählen oft zu den Drehtürpatienten; 3. schließlich wird eine high Functioning, high Aspirations Gruppe benannt, die bei auf den ersten Blick gut erhaltener sozialer Anpassung die psychiatrische Problematik und die Identität als psychisch Kranke meidet. Es seien aber vor allem die in der Gruppe 2 gehäuft auftretenden, antisozialen und „Borderline-Persönlichkeitszüge“, eine geringe Medikamentencompliance und Frustrationstoleranz

sowie die erhebliche Belastung der persönlichen Umgebung, die aus diesen relativ jungen Kranken schwierige Patienten machten (Richter 1999).

Da in mehreren Studien zwischen 9% und 40 % Borderlinepersönlichkeitsstörungen für einen „heavy use“ verantwortlich waren, haben Comtois et al (2003) Prädiktoren für eine hohe Inanspruchnahme für diese Krankheitsgruppe, allerdings anhand einer kleinen Studienpopulation (N= 289), gesucht. Sie fanden neben einem Suizidversuch in der Anamnese, die Anwesenheit einer Angststörung und kognitive Defizite als Prädiktoren. Interessanterweise wurde kein Zusammenhang zwischen dem heavy use und Substanzmittelmissbrauch, Depression oder psychotischer Störung gefunden.

Um Subtypen für heavy use identifizieren zu können hat eine kanadische Arbeitsgruppe mehrere Variablen geprüft (heavy use hier: drei oder mehr Aufnahmen in 12 Monaten). Das Ergebnis zeigte, dass junge Erwachsene den größten Anteil daran ausmachten. Die Hälfte der heavy user litten unter einer schweren psychischen Erkrankung (entweder psychotischer oder depressiver Natur). Anhand einer Clusteranalyse konnten die Autoren feststellen, dass vor allem die Zeiten zwischen den Entlassungen und die jeweilige Verweildauer der Aufenthalte dazu beitragen könnten zukünftige Wiederaufnahmen vorauszusagen zu können (Fisher 1999).

Auch eine finnische Studie ergab, dass heavy user eher alleinlebende Männer sind, die vorrangig an einer schweren Erkrankung leiden und deren psychiatrische Voraufnahmen augenscheinlich zu weiteren Aufnahmen prädisponieren (Saarento 1998).

In der Schweiz konnte eine Arbeitsgruppe eruieren, dass für psychotische Patienten die Zweitdiagnose eines Substanzmittelmissbrauchs, eine bereits länger bestehende Erkrankung und eine schlechte psychosoziale Anpassung zur Prädiktion häufiger Aufnahmen beitragen. Erstaunlicherweise wurden in dieser Studie häufiger jüngere Frauen als heavy user identifiziert (Vogel 1997).

Kent et al (1994) stellten in einer Übersichtsarbeit zu den Heavy users, wie bereits erwähnt, fest, dass in den meisten Inanspruchnahmestudien psychiatrischer Dienste 10-30% der Patienten identifiziert wurden, die 50-80% der Ressourcen aufbrauchten. Diese wiesen in der Regel psychotische Erkrankungen und komorbide Persönlichkeitsstörungen oder Substanzmittelmissbrauch auf. Soziale Isolation, Wohnungslosigkeit und fehlende soziale Integration gehören zu den wichtigsten Indikatoren dieser ständig wechselnden Kohorte. Die gleiche Arbeitsgruppe untersuchte 50 Patienten mit zahlreichen Krankenhauseinweisungen in Südastralien in einem 3 Jahres Zeitraum und fand, dass ein Mangel an Krankheitseinsicht in 62%, Beziehungsprobleme in 61%, Suizidgedanken in 45% und medikamentöse Noncompliance in 43% zu den Wiederaufnahmen beitrugen. Insgesamt waren hier auch soziale Gründe wichtiger als Symptome einer psychischen oder körperlichen Erkrankung, als Selbst- bzw. Fremdgefährdung oder Substanzmittelmissbrauch.

Hinsichtlich der Patienteneinstufung in der Psychiatrie - Personalverordnung fanden Kollegen in Münster, dass an soziodemographischen Faktoren vor allem der geringe Anteil abgeschlossener Berufsausbildungen sowie das gegenwärtig vergleichsweise schlechte psychosoziale Funktionsniveau, das mit einer größeren Abhängigkeit von sozialer Unterstützung und intensiver psychiatrischer Behandlung einhergeht, zur häufigen Inanspruchnahme verleiten (Richter 1999).

In einer bundesweiten Umfrage zur Versorgungsproblematik schwer zu integrierender chronisch psychisch Kranker stellte sich heraus, dass nahezu alle Befragten diese Problemgruppe wie folgt definieren konnte: Es handelt sich einerseits um psychotisch Kranke mit produktiver Symptomatik und zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten, dann wiederum um Doppeldiagnosepatienten (meist Psychose und Sucht) und zum anderen um Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, Suchtmittelabusus und dissozialen Verhaltensweisen (Wolfersdorf 2001).

In einer mittels Interview geführten Untersuchung in Amerika zum Vergleich von Patienten, die sechs oder mehr Aufnahmen innerhalb eines Jahres hatten und denen, die fünf oder weniger hatten, fanden die Autoren, dass einerseits eine Selbsteinweisung und der Bedarf an Medikamenten, sowie eine Obdachlosigkeit oder in einer Einrichtung lebend und andererseits das Fehlen eines sozialen Netzes (die Patienten konnten keinen Angehörigen oder Freund angeben) unabhängige Risikofaktoren für häufige Wiederaufnahmen waren (Arfken 2004) und das letztlich wohl die Bedürfnisse dieser Patientengruppe nicht ausreichend gestillt werden. Sie folgern daraus, dass andere Dienstleistungen nichttraditioneller Art, die genauso Grundbedürfnisse wie nach Nahrung und Unterkunft als auch nach Medikamenten erfüllen, eingerichtet werden sollten.

Geller et al (2000) hatten ebenfalls fünf Aufnahmen innerhalb eines Jahres zur Definition verwendet und sahen, dass junge kaukasische Frauen mit Persönlichkeitsstörung und einem Substanzmittelmissbrauch in der Vorgeschichte in diese Definition fielen. Abgesehen davon konnten sie feststellen, dass Patienten, wenn sie in einem Krankenhaus aufgenommen werden, in dem sie bekannt sind kürzere Behandlungsdauern haben als bei einer Erstaufnahme.

Da soziale Probleme offenbar eine wesentliche Ursache starker Inanspruchnahme sind, müssen sich alternative Versorgungsangebote damit besonders auseinandersetzen. Ein möglicher Ansatz wäre, bei heavy usern stationärer Versorgung ein anspruchsvolles und kontinuierliches Case-Management zur Vermeidung sozialer Krisen durchzuführen. Dass ein solches Case-Management tatsächlich zu einer Reduktion stationärer Behandlung führt, wurde bereits mehrfach nachgewiesen (Brekke 1988, Mc Rae 1990). Quinlivan et al zeigten, dass dies auch für heavy user gilt (Quinlivan 1995). Sie integrierten in ihr Programm Laienhelfer, welche die Patienten zu den Behandlungsterminen brachten und so die Compliance mit dem ambulanten Nachsorgeprogramm sicherten. Insgesamt wurde durch das Case-Management eine signifikante Reduktion der stationären Behandlungstage und eine nicht signifikante Verminderung der psychiatrischen Gesamtversorgungskosten erreicht. Zu einem gegensätzlichem Ergebnis kommt eine Londoner Arbeitsgruppe, die ebenfalls untersuchte, ob ein intensives Case-Management die Zahl der Wiederaufnahmen reduzieren bzw. das Outcome bei heavy usern verbessern kann. Sie begründen diesen Gegensatz damit, dass sowohl die Studie von Quinlivan als auch von Rosenheck (1995) lediglich im Vergleich zu den traditionellen Case Management Modellen besser abschnitten, für sich alleine stehend aber keinen Vorteil brachten (Harrison - Read 2002).

Dennoch, so postulieren Richter et al (1999) scheint es sinnvoll zu sein Anstrengungen zu unternehmen, die Kluft zwischen dem stationären und dem ambulanten Teil der Versorgung zu überwinden, beispielsweise durch stärkere Einbindung tagesklinischer Behandlungsformen oder eben moderner Konzepte wie einem institutionsübergreifenden Case - Management.

Als Patienten, die besonders hohe Versorgungskosten verursachen werden heavy user in amerikanischen Managed-Care -Organisationen gezielt identifiziert und betreut. In Deutschland wurde vom BMBF und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen ein Versorgungsforschungsprogramm initiiert, das sich den Merkmalen der heavy user widmet. Auch die elektronische Gesundheitskarte, die ab 2006 die alte Krankenversicherungskarte ersetzen wird, könnte die Identifikation von heavy usern erleichtern (Roick 2005).

In einer neuen Studie von Pasic et al (2005) kamen die Autoren zu dem Schluss, dass das soziale Netz und die Krankengeschichte eher als die Schwere der Symptome unabhängige Risikofaktoren für eine starke Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste sind.

Neben den vorgenannten Einflussfaktoren, die das Hilfesuchverhalten im Individuum, d.h. in seinem eigenverantwortlichen Entscheidungsbereich, beeinflussen, gibt es auch Einflussfaktoren, die in seiner sozialen und ökologischen Lebensbedingung gründen. Die

ökologischen Perspektive bezieht sich auf die sozialen Merkmale einer geografischen Region, die soziale Perspektive auf die individuellen psychosozialen Merkmale Betroffener. Die Analyse sozioökonomischer Einflussfaktoren auf Entstehung und Verlauf psychischer Störungen wie auf die Inanspruchnahme von Versorgungsinstitutionen hat in der sozial-epidemiologischen Forschung eine lange Tradition. Wenn auch seit den wegweisenden Arbeiten von Faris und Dunham (1939) die Zusammenhänge zwischen sozialen Einflussfaktoren und der Entstehung psychischer Störungen kontrovers diskutiert werden, sind die Zusammenhänge zwischen Indikatoren sozialer Desintegration und Hilfesuchverhalten gut belegt und weitgehend akzeptiert.

Deshalb wurden für die Gesundheitsplanung auf der Basis von Sozialindikatoren Verfahren entwickelt, die die Vorhersage der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungseinrichtungen ermöglichen. Jarman setzte die Rate der stationären Aufnahmen und Verweilzeiten in stationär- psychiatrischer Behandlung in Beziehung zu dem Sozialstrukturindex des jeweiligen Versorgungsgebietes. Mit dem hieraus resultierendem Jarman Index kann mit zufriedenstellender Genauigkeit die Zahl psychiatrischer Aufnahmen und Verweilzeiten in den jeweiligen Versorgungsgebieten vorhergesagt werden. Die Variablen, die in den Jarman- Index Eingang gefunden haben, sind ausnahmslos Indikatoren für schwierige sozioökonomische Lebensbedingungen verbunden mit einem Mangel an sozialer Unterstützung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Vergleichbarkeit der Studien eingeschränkt ist, da jeweils unterschiedliche Patientengruppen in verschiedenen Settings evaluiert wurden. Bei Männern handelt es sich überwiegend um Patienten mit Schizophrenie oder Suchterkrankungen, bei Frauen dagegen um Patientinnen mit affektiven Störungen.

Von psychiatrischer Seite steht also zur Diskussion, ob es sich bei der genannten Patientengruppe um eine besonders schwer beeinträchtigte Gruppe psychisch Kranker Menschen mit hohem spezifischen Behandlungsbedarf handelt, oder ob die erhöhte Inanspruchnahme besonders stationärer Leistungen auf strukturelle Defizite der psychiatrischen Versorgung hinweist.

Generell erscheint es bei der Diskussion um Heavy use aber wesentlich, auch die subjektiven Bedürfnisse der Patienten miteinzubeziehen und die therapeutischen Angebote darauf abzustimmen. Bekanntermaßen nehmen „heavy users“ in der Klinik eher weniger ambulante/teilstationäre Leistungen in Anspruch. Ob es aber sinnvoll ist, spezielle Therapieprogramme für die Behandlungsdauer, Aufnahmezahl und/oder Kosten artifiziiell definierte „Heavy users“ zu entwickeln, ist aufgrund der Heterogenität dieser Klientel zu bezweifeln. Sinnvoller erscheint unter klinischem Aspekt derzeit eine individuelle Therapieplanung unter Berücksichtigung der jeweiligen Defizite und Bedürfnisse dieser „schwierigen“ Patienten.

Obwohl medizinische Versorgung in erster Linie auf Heilung oder Rehabilitation – also auf eine Verbesserung des gesundheitlichen Status quo, die langfristig dazu führt, dass eine Behandlung immer seltener benötigt wird, abzielt und das behandelnde Personal deshalb oft das Gefühl hat, den betroffenen Patienten nicht richtig helfen zu können, möchte ich noch eine positive Perspektive dieses Inanspruchnahmемusters aufzeigen.

Natürlich ist das Arbeiten mit dieser Patientengruppe belastend, wenn sie unter dem Aspekt „Therapie-Versager“ negativ konotiert sind. Für die Zukunft wünschenswert wäre demnach vielmehr eine positive Betrachtung dieser Patientengruppe, möglicherweise sogar als „Spezialaufgabe“, die zu lösen sowohl für Behandelte als auch Behandelnde ein über die Maßen positives Erfolgserlebnis darstellen sollte (Wolfersdorf 2001).

Denn die Tatsache, dass bestimmte Patienten medizinische Versorgungsangebote überdurchschnittlich häufig nutzen, muss nicht in jedem Fall einen negativen Beiklang haben. Aus der Perspektive der betroffenen Einrichtungen könnten heavy user durchaus auch positiv wahrgenommen werden. Immerhin sind sie nicht nur die eifrigsten Benutzer

medizinischer Versorgung, sondern auch diejenigen Patienten, die durch ihr ständiges Wiederkommen das Behandlungsangebot und die Bemühungen des Personals auf ihre Weise besonders wertschätzen. Insofern würde es nicht verwundern, wenn die Leiter medizinischer Einrichtungen sich eine Einstellung zu Eigen machen würden, die Betriebswirtschaftler schon lange haben, nämlich: „Heavy-user sind Kunden, die im Gegensatz zu light usern ein Produkt besonders häufig nachfragen, und deshalb die Hauptzielgruppe des Marketings darstellen“(Customer Relationship Management – Glossar).

Starke Inanspruchnahme medizinischer Versorgung hat folglich tatsächlich eine positive Seite: die Fähigkeit der Patienten, einen Ausweg aus einer für sie unbefriedigenden Situation zu finden. So stellten Lewis und Hugi im Ergebnis einer Qualitativen Untersuchung fest: „The continued use of inpatient facilities reflects less the inadequacy of clinical services or the severe disability of clients that it does the purposeful behavior of resource-poor citizens who can avail themselves of these stations when they feel it is necessary. The hospital is used by the chronically treated as a social resource, not a clinical resource.“(Lewis 1981).

## 2. Fragestellungen der Studie

Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung ist ein umstrittenes Thema zwischen Kliniken und Kostenträgern unter anderem auch aus wirtschaftlichen Gründen.

Diese Arbeit hat das Ziel die Faktoren, die die Dauer der Behandlung beeinflussen zu identifizieren und die Prädiktoren, die es für die Varianz der Behandlungsdauer in den verschiedenen Fachabteilungen in der stationären Psychiatrie gibt und deren Varianzaufklärung, herauszufinden. Aus der Literatur zu diesem Thema ist bekannt, dass Patientenmerkmale und die Diagnose der Behandlung nur wenig zur Varianzaufklärung beitragen. Die Gewinnung genauerer Erkenntnisse in einem sich immer stärker ausdifferenzierenden Versorgungssystem ist folglich erst dann zu erwarten, wenn in den Modellen Prozess – und Organisationsmerkmale aufgenommen werden. Dies bietet die Basisdokumentation mit ihren über 70 Variablen, die auch diese Merkmale beinhalten. Ziel der Untersuchung diesbezüglich ist aufzuzeigen, ob sich Subgruppen hinsichtlich ihrer Behandlungsdauer unterscheiden und in welchem Umfang die Varianz der Behandlungsdauer erklärt werden kann.

Die Reduktion der Behandlungsdauer in den letzten Jahren ist im weitesten Sinne auch im Kontext der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung zu sehen und kritische Stimmen sehen eine erhöhte Wiederaufnahmerate, die gleichzusetzen sei mit einer Rückfallrate, als Folge des verkürzten stationären Aufenthaltes. Deshalb soll in einer weiteren Analyse untersucht werden, ob es möglich ist Prädiktoren, die Einfluss auf die Wiederaufnahmerate haben, aufzuzeigen.

Da es auch in der Psychiatrie Patienten gibt, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil medizinischer Versorgung „konsumieren“, soll schließlich geklärt werden, welche Merkmale Patienten aufweisen, die eine starke Inanspruchnahme stationär psychiatrischer Versorgung zeigen.

### 3. Stichprobe und Methode

#### 3.1. Studienpopulation und Beobachtungszeitraum

Die Daten der im Bezirkskrankenhaus Haar erhobenen Basisdokumentation in einem Beobachtungszeitraum von 9 Jahren (Januar 1996 bis November 2005) bilden die Grundlage für eine retrospektive statistische Analyse der Behandlungsdauer und der Dauer bis zur evtl. Wiederaufnahme. Ziel dieser Analyse ist es, ein Erklärungsmodell für die Behandlungsdauer sowie der Dauer bis zur evtl. Wiederaufnahme für verschiedene Fachbereiche der stationären psychiatrischen Versorgung im BKH Haar zu finden. Im Falle der Behandlungsdauer ist zu überprüfen, welcher Anteil der Varianz damit geklärt werden kann.

Die Klinik verfügt über 1200 Betten und 90 teilstationäre Plätze mit Betten für die Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht, Forensik, den Fachbereich Sozialtherapie und einer neurologischen Abteilung. Für die Analyse wurden nur Behandlungsfälle der Allgemeinpsychiatrie, der Sucht und der Gerontopsychiatrie untersucht, forensische Patienten, Patienten mit Intelligenzminderung (F7 nach ICD 10) und psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1 nach ICD10) wurden nicht in die Analyse einbezogen.

Insgesamt wurden 27528 psychiatrische Krankenhausbehandlungen analysiert, die im Beobachtungszeitraum 1/96-11/05 stationär im Bezirkskrankenhaus Haar behandelt wurden. Mit 12174 sind die Fälle der Allgemeinpsychiatrie die häufigsten Diagnosen, wobei hier Schizophrenien und andere nichtorganische Psychosen die diagnostisch größte Einzelgruppe darstellen (5686), gefolgt von affektiven Störungen (2212), Persönlichkeitsstörungen (953) und neurotischen Störungen (803). Bei den Suchterkrankungen wurden 7723 Fälle untersucht, während 2985 gerontopsychiatrische Fälle in die Analyse mit aufgenommen worden sind. Ausgenommen wurde die Forensik sowie die Oligophrenien.

#### 3.2. Untersuchungsmethode, Datenerfassung und Auswertung

Folgende Informationen werden ausgehend von einer Literaturrecherche als mögliche Prädiktoren in die Regressionsmodelle einbezogen

**Patientenmerkmale:** Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Familienstand, Zusammenleben mit Dritten, Schul- und Berufsabschluss, aktuelle berufliche Situation, Diagnose, komorbide Diagnose, Nationalität

**Krankheitsbezogene Merkmale:** Art des zur Aufnahme führenden Zustandes: freiwillig/unfreiwillig, ohne/ mit ärztlicher Einweisung, Erstaufnahme/ Nicht-Erstaufnahme, Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme, Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme, Medikation im Vorfeld der Aufnahme, Schweregrad der Erkrankung ( CGI<sup>1</sup> = Global Assessment Impressions Scale) bei Aufnahme, psychosoziales Funktionsniveau (GAF<sup>2</sup>= Global Assessment Functioning Scale) bei Aufnahme

**Behandlungsverlauf:** Medikation während der Behandlung, Komplikation während der Medikation, Complianceprobleme, Psychotherapie während der Behandlung, besondere Vorkommnisse, CGI Teil 1, CGI Teil 2, CGI Teil 3 bei Entlassung, Veränderung GAF, Art der Entlassung, Entlassungsjahr, Vorbehandlung während jetzigen Krankheitsverlaufs, Entweichungen, komplementäre Weiterversorgung, ambulante Weiterversorgung in eigener Ambulanz, ambulante Weiterversorgung beim niedergelassenen Kollegen

**Outcome – Variablen:** Suizidalität und aggressives Verhalten während des Aufenthaltes, Schweregrad der Erkrankung und Grad der Besserung (CGI) sowie psychosoziales Funktionsniveau (GAF) bei Entlassung.

### 3.2.1. Prädiktion der Behandlungsdauer: lineare Regression

Die Standard-Methode zur Bestimmung von Prädiktoren einer abhängigen Variablen bei unzensierten Fällen ist die lineare Regression (bei zensierten Fällen die Cox-Regression: siehe folgendes Kapitel). Die Regressionsanalyse überprüft den linearen Zusammenhang zwischen der Prädiktorvariablen (z.B. Diagnose) und der Kriteriumsvariable (z.B. Behandlungsdauer) unter multivariaten Bedingungen, bei denen die einzelnen Variablen mehr oder minder hoch miteinander korrelieren. Das Maß der Varianzaufklärung ist der so genannte Determinationskoeffizient bzw. das Bestimmtheitsmaß  $R^2$ . Dieses Maß gibt an, wie groß der prozentuale Anteil der Varianz der Kriteriumsvariablen ist, der durch die Prädiktorvariable aufgeklärt wird. Obwohl alle Studien den Determinationskoeffizienten  $R^2$  angeben, ist damit noch nicht zwingend eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse hergestellt. Der Determinationskoeffizient wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, insbesondere von der Verteilung der Prädiktorvariable und der Verteilung der Kriteriumsvariable. Diese Verteilungen werden durch die Stichprobengröße und die Art des Trimmens der Daten wiederum maßgeblich bestimmt (Richter 2001).

Die abhängige Variable ist die Verweildauer der in die Studie aufgenommenen Fälle im Beobachtungszeitraum 1/1996 bis 11/2005. Die Behandlungsdauer wurde, wie in der Literatur üblich (Creed 1997), einer logarithmischen Transformation unterzogen. Die Log-Transformation hat den Vorteil, dass das Regressionsmodell eine bessere mathematische Anpassung (Fit) erlaubt. Graphische Darstellungen von Behandlungsdauerverteilungen zeigen gewöhnlich eine linkssteile Verteilung mit einem extrem langen Abfall nach rechts. Durch die logarithmische Transformation wird der Abfall nach rechts verkürzt. Nachteil einer solchen Transformation ist, dass ein quantitativer Rückschluss der errechneten Prädiktoren auf das Ausmaß ihres Einflusses nur aufwändig möglich ist.

Zur Berechnung der Regressionsmodelle wurden Variablen mit nominalem und teilweise mit ordinalem Datenniveau dichotomisiert. Alle oben aufgeführten Variablen wurden nach der Methode „Stepwise Forward“ in die Regressionsgleichung eingeschlossen bzw. in späteren Schritten evtl. auch wieder daraus entfernt. Dabei werden alle Variablen solange ins Modell aufgenommen, bis keine der noch ausgeschlossenen Variablen mehr einen signifikanten Zuwachs an Varianzaufklärung leisten kann. Bei großen Fallzahlen kann so eine Vielzahl von Variablen zum Modell beitragen. In der hier vorliegenden Studie waren die Zuwächse an Varianzaufklärung nach dem 10. Schritt in der Regel nur noch geringfügig. Um den Ergebnisteil überschaubar zu halten, wird dort der Einfachheit halber nur auf das Modell nach dem 10. Schritt Bezug genommen. Die vollständigen Modelle mit allen aufgenommenen Variablen finden sich jeweils im Anhang. Diese Vereinfachung ist natürlich unnötig, falls ein Modell mit weniger als 10 Variablen resultiert.

Zu beachten bleibt bei der Interpretation, dass durch den multivariaten Ansatz nur „Netto-Effekte“ beschrieben werden. Das heißt, dass unter Umständen Variablen, die mit bestimmten Prädiktoren hoch korrelieren und bereits durch diese zum großen Teil erklärt werden, nicht in die Regressionsgleichung mit aufgenommen werden. Dies bedeutet aber keinesfalls dass die Variable unwichtig wäre, sondern lediglich, dass diese in einer Menge anderer mit ihr korrelierender Prädiktoren quasi „aufgeht“ und selbst keinen wesentlichen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung leistet.

Die Regression wurde getrennt nach den verschiedenen Fachbereichen (Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie) durchgeführt, um vermutete fachbereichsspezifischen Prädiktoren zu erkennen. Dies erschien uns sinnvoll, da die Patienten der Fachbereiche als distinkte Populationen betrachtet werden müssen, die sich insbesondere hinsichtlich der Diagnose und dem Alter klar unterscheiden. Darüber hinaus wurde für die Allgemeinpsychiatrie eine Unterscheidung nach den Hauptdiagnosegruppen durchgeführt.

Zur Analyse des heavy user Phänomens wurde das Regressionsmodell für die Allgemeinpsychiatrie ebenfalls getrennt nach Anzahl der Voraufnahmen (keine=Erstaufnahme 1-3, 3-7, >=8) erstellt.

### 3.2.2. Prädiktion der kumulierten Behandlungsdauer

Aus Sicht des Versorgungssystems – letztlich auch aus der des Patienten – ist die Länge eines einzelnen Aufenthalts weniger bedeutsam als die kumulierte Behandlungsdauer einer Person über einen längeren Zeitraum. Vor dem Hintergrund der gesunkenen Verweildauern und der damit entfachten Diskussion über den sogenannten Drehtüreffekt wird dieser Aspekt umso gewichtiger. Denn in dieser Diskussion wird Kritik an den durch Kostendruck erzwungenen kürzeren Verweildauern geübt, da daraus häufigere beziehungsweise schnellere Wiederaufnahmen resultierten.

Um von der Interaktion zwischen Aufenthaltsdauern und Wiederaufnahmeraten unabhängig zu sein, wurden in dieser Studie für jede Person bei deren erster Aufnahme die kumulierte Behandlungsdauer innerhalb des folgenden 2-Jahreszeitraums berechnet (dabei wurden nur Pat. berücksichtigt, deren Erstaufnahme vor dem November 2003 lag). Für die kumulierte Behandlungsdauer spielt es also keine Rolle, ob ein Patient beispielsweise einen Aufenthalt mit 4 Monaten oder 4 Aufenthalte mit 1 Monat hatte. Zusätzlich zur Regressionsanalyse mit der Behandlungsdauer eines Falles als abhängige Variable wurde eine Regressionsanalyse mit der kumulierten Behandlungsdauer (über 2 Jahre) nach Erstaufnahme als abhängige Variable durchgeführt. Dies allerdings nur für den Fachbereich der Allgemeinpsychiatrie.

### 3.2.3. Prädiktion der Dauer bis Wiederaufnahme: Cox-Regression

Überlebenszeitanalysen (Cox Regression) eignen sich gut, um gleichzeitig den Effekt mehrerer Einflussgrößen auf die Zeit bis zum Auftreten eines gewissen Ereignisses zu untersuchen, wenn dabei zensierte Fälle vorliegen. Zensierte Fälle sind Fälle, bei denen das Ereignis (hier: Wiederaufnahme) noch nicht innerhalb des Untersuchungszeitraums (hier: Nov 2005) eingetreten ist: In unserer Studie sind das die behandelten Fälle, die nach Entlassung bislang noch nicht wiederaufgenommen wurden.

Das Modell erlaubt es das unmittelbare Risiko für eine Person auf ein interessierendes Ereignis zu schätzen. Dabei wird angenommen, dass die Effekte verschiedener Variablen auf dieses Ereignis im Verlauf der Zeit konstant sind.

Als Prädiktoren kamen dieselben Prädiktoren wie in der linearen Regression (AV=Behandlungsdauer) zum Einsatz. Auch die Differenzierung nach Fachbereichen und Anzahl der Voraufnahmen fand wie oben Anwendung.

Alle Variablen wurden einer Fehlerkontrolle und Plausibilitätsprüfung unterzogen

Die Auswertungen wurden mit dem „Statistical Package for the Social Sciences, SPSS 12“ vorgenommen.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zur Prädiktion der Behandlungsdauer

Bei Ansicht der Verteilungswerte der Behandlungsdauer nach Diagnosen (N= 76167) ist die erhebliche Streuung der Behandlungsdauern, die sich in den relativ großen Werten der Standardabweichung niederschlägt, zu beachten.

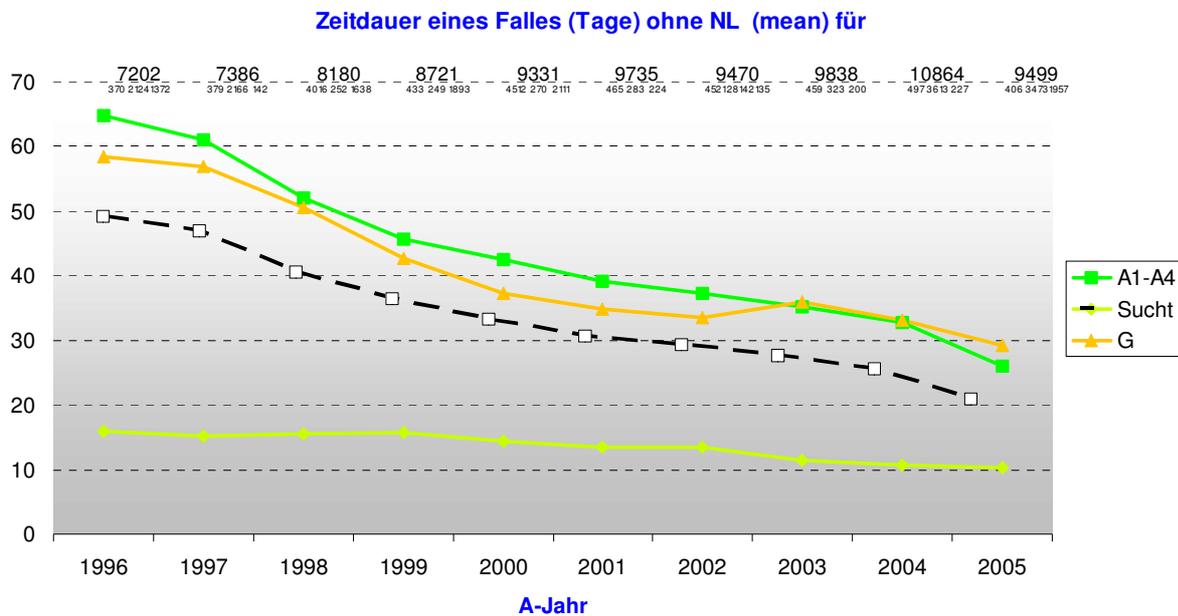
*Tabelle 4 Median, Mittelwert und Standardabweichung der Verweildauer in den einzelnen Fachbereichen bzw. Diagnosegruppen*

<b>Fachbereich/ICD</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Median</b>	<b>Standardabweichung</b>	<b>Anzahl</b>
Akutpsychiatrie	38,71	19,7	65,5	76167
Allgemeinpsychiatrie	51,99	24,7	86,2	36343
Sucht	14,68	10,6	16,5	23117
Gerontopsychiatrie	43,08	35,0	42,8	16707
Innerhalb der Allgemeinpsychiatrie				
F2	64,79	36,0	99,2	18962
F3	53,63	33,6	65,0	5771
F4	16,96	06,9	41,1	4771
F6	40,59	13,0	74,8	2981
Innerhalb der Gerontopsychiatrie				
F3	51,01	41,0	45,1	2996
F0	39,04	33,2	30,89	9961

Mittelwert und Median sind jeweils angegeben. Der Mittelwert der Behandlungsdauer ist allerdings ein unzuverlässiger Indikator, da er von der Verteilung der Werte, also auch von „Ausreißern“ (sehr kurze und sehr lange Behandlungen) abhängig ist. Im Gegensatz dazu ist der Median, der eine Stichprobe in zwei große Hälften teilt, von extremen Werten („Ausreißern“) kaum beeinflusst. Es ist der Wert, über dem in der Verteilung genauso viele Fälle liegen wie unter ihm, also der Wert bis zu dem 50% der Fälle entlassen worden sind. Deshalb kann der Median bei schiefen unsymmetrischen Verteilungen besser interpretiert werden. Mit der Einschränkung allerdings, dass er keine Informationen über die Verteilung der 50% der Fälle mit einer längeren Verweildauer enthält.

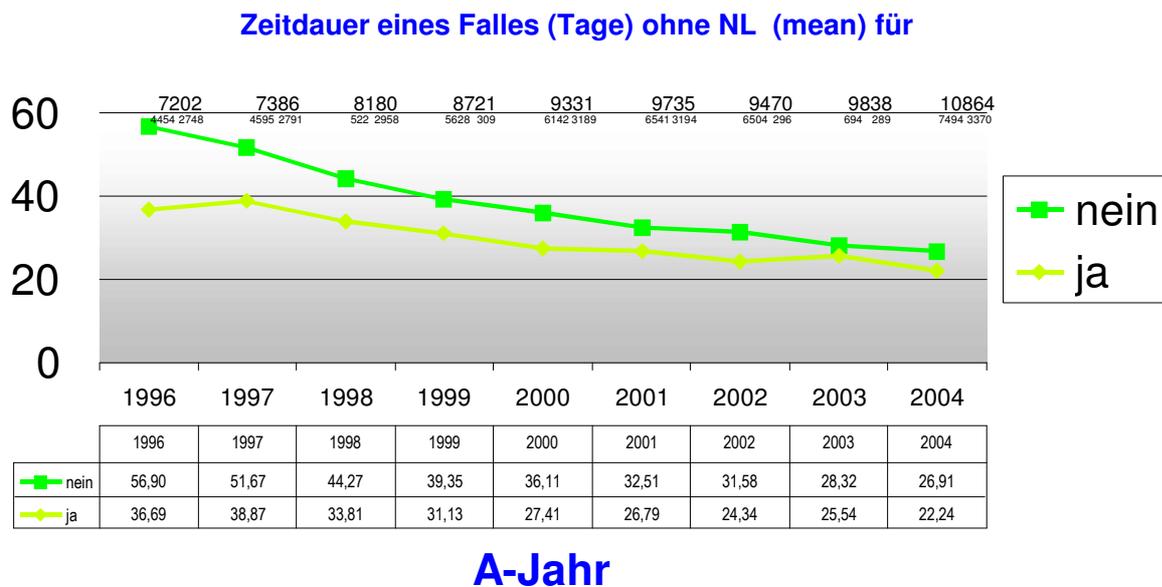
Abbildung 1 Verweildauer im Beobachtungszeitraum  
 schwarze Linie: Akutpsychiatrie (Geronto- und Allgemeinpsychiatrie, Sucht)

## Zeitdauer eines Falles (Tage) ohne NL (mean)



Innerhalb des Beobachtungszeitraums sinken die Verweildauern insgesamt.

Abbildung 2 Verweildauern unterteilt in Erstaufnahmen (ja) und Wiederaufnahmen (nein)

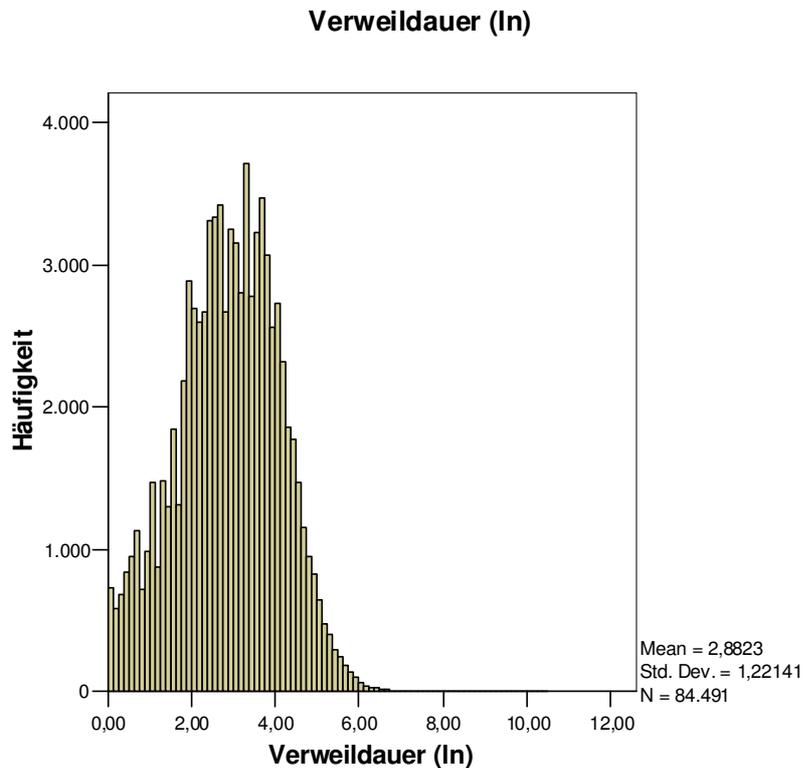


Insgesamt kam es im Beobachtungszeitraum zu 76167 Aufnahmen im stationären Bereich, davon waren 24885 nur Erstaufnahmen, 51282 wiederholt aufgenommene Patienten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer für die 76167 Aufnahmen betrug 38,7 Tage

(Standardabweichung 65,5 Tage). Der Median lag bei 19,7 Tagen. Die Verteilung ist nicht normalverteilt. Sie ist linkssteil mit einem gedehnten Auslauf nach rechts.

Erstaufnahmen wurden im gesamten Beobachtungszeitraum kürzer behandelt als Nichterstaufnahmen, wobei sich die Verweildauer von Erst – und Nichterstaufnahmen im Laufe der Jahre immer mehr annäherte (siehe Abbildung 2).

Abbildung 3: Histogramm der logarithmisierten Verweildauer



Um den Ergebnisteil überschaubar zu halten, fließen in die Darstellung der Prädiktoren der Einfachheit halber nur die Regressionsmodelle bis zum 10. Schritt der „Stepwise Forward“ Methode ein (nähere Erläuterungen dazu in 3.2.1). Die vollständigen Modelle mit allen aufgenommenen Variablen finden sich jeweils im Anhang. Zusätzlich wurde, wie unter 3.2.2. beschrieben, eine Regressionsanalyse mit der kumulierten Behandlungsdauer (über 2 Jahre) nach Erstaufnahme als abhängige Variable durchgeführt. Dies allerdings nur für den Fachbereich der Allgemeinpsychiatrie. In der Tabelle als vwd log 2 Jahre bezeichnet.

*Tabelle 5. Logarithmisierte Verweildauer und ihre Prädiktoren sowie die damit erzielte Varianzaufklärung in den verschiedenen Fachbereichen*

	<b>Akut- psychiatrie</b>	<b>Allgemein- psychiatrie</b>	<b>Sucht</b>	<b>Geronto- psychiatrie</b>	<b>Allgemein- psychiatrie vwd log 2 Jahre</b>
N	N= 27528	N=12174	N=7723	N= 2985	N=12174
Varianzaufklärung	<b>R<sup>2</sup>=0,34</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,32</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,21</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,25</b>	<b>R<sup>2</sup>=0,38</b>
Neuroleptika	0,214	0,197	0,091	0,182	0,210
Antidepressiva	0,170	0,146		0,158	0,088
Keine komplementäre Weiterversorgung	-0,167	-0,140	-0,190	-0,158	-0,121
Keine besond. Komplik. b. Pharmakoth.	-0,135			-0,103	
E CGI 2(Entl.)	-0,121	-0,107	-0,167	-0,183	
Alter bei Aufnahme	0,184				
Keine Psychotherapie	-0,158	-0,195	-0,154	-0,108	-0,100
F4 Hauptdiagnose	-0,107	-0,168			-0,162
Entlassungsjahr	-0,115		-0,151	-0,201	-0,104
F2 Hauptdiagnose	0,128	0,106			
Therapieresistenz, mangelnde Wirkung		0,154			0,103
Unerwünschte Nebenwirkungen		0,102			
Aufnahme freiwillig		-0,103			
E CGI 1(Entl.)			0,118		
Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet			-0,129		
Berufliche Situation vor Aufnahme			-0,100		
Clomethiazol			0,129		
Tranquilizer Hypnotika			0,128		
Behandlung regulär beendet				0,097	
Ambulante Weiterbetr. b. niedergel. Arzt				0,101	
CGI3 Nebenwirkungen (Entl.)				0,075	
Ambulante Weiterbetr. in eigener Ambul.					0,100
Gesamtzahl Fälle in Haar					0,207
Erstaufnahme					-0,145

Anm: Dargestellt werden der Einfachheit halber nur die Prädiktoren der Regressionsmodelle bis zum 10. Schritt der „Stepwise Forward“ Methode (vgl. 3.2.1)

Anm: Modelle mit allen Variablen jeweils im Anhang, gekennzeichnet mit a (ab Seite 115)

Anm: CGI 1 (Entl.) entspricht: Patient ist nicht beurteilbar bis extrem schwer krank und CGI 2 (Entl.) entspricht: Zustand ist nicht beurteilbar bis sehr viel schlechter und CGI 3 (Entl.) Nebenwirkungen entspricht: unerwünschte Arznei-Nebenwirkungen sind: nicht beurteilbar bis therapeutische Wirksamkeit überwiegt.

Zur Interpretation der Ergebnisse ist es hilfreich zu wissen, dass die Beta - Koeffizienten jeweils die Richtung, in der sich die Prädiktorvariablen auswirken, indizieren. Ein negatives Vorzeichen bedeutet ein durchschnittliches Abweichen nach unten (von der Konstante) bzw. ein positives Vorzeichen nach oben. So wirkt sich etwa die Medikation mit Neuroleptika verweildauerverlängernd, das Entlassungsjahr (je später im Beobachtungszeitraum ein Patient entlassen wurde, desto kürzer war die Verweildauer) verweildauerverkürzend aus. Insgesamt tragen die Medikation und deren Komplikationen sowie die Diagnose F2 nach ICD10, also eine psychotische Störung zu einer Verlängerung der Behandlungsdauer bei, während das Fehlen einer komplementären Weiterversorgung und einer Psychotherapie sowie die Diagnose F4 nach ICD 10, also eine neurotische Störung eine kürzere Behandlungsdauer prädisponieren.

Unabhängig von den Fachbereichen sind die Variablen:

- Neuroleptikagabe

- fehlende komplementäre Weiterversorgung
- fehlende Psychotherapie
- ECGI2

immer im Modell aufgenommen, während andere Variablen differieren. So lässt sich die Gabe von Clomethiazol als verweildauerverlängerndes Element nur bei den Suchtkranken finden, die Berufstätigkeit als verweildauerverkürzendes Element ebenso lediglich in dieser Patientenpopulation.

Wird ein Patient in die hauseigene Ambulanz überwiesen bleibt er gewöhnlich länger stationär, genauso wenn er an einen niedergelassenen Kollegen überwiesen wird (mit Ausnahme der Suchtkranken, hier prädiziert die ambulante Weiterbetreuung durch einen niedergelassenen Kollegen eine kürzere Verweildauer, siehe Gesamtmodell der Regressionsanalyse Tabelle 5a im Anhang), fehlt eine komplementäre Weiterversorgung ist die Verweildauer kürzer.

Der Aufnahmezustand freiwillig führt zu einer Verweildauerverkürzung, ebenso wie die Entlassung gegen ärztlichen Rat. Patienten, bei denen in der Basisdokumentation bei Entlassung „Entweichung“ angekreuzt ist, haben offensichtlich einen längeren Klinikaufenthalt hinter sich.

Hat der Patient einen Ehepartner oder ist er vor Aufnahme berufstätig kann eine Entlassung früher erfolgen.

Je später im Beobachtungszeitraum ein Patient aufgenommen worden ist, desto kürzer ist die Behandlungsdauer, ebenso wenn eine ärztliche Einweisung fehlt oder ein Suizidversuch in der Vorgeschichte bekannt ist.

Je höher das Bildungsniveau, desto niedriger ist die Verweildauer.

Wird die Pharmakotherapie als ohne Komplikationen beurteilt findet eine Entlassung früher statt.

Der CGI zur Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung lässt sich in allen Fachbereichen finden und sein Skalenwert prädiziert eine kürzere Verweildauer. Mit anderen Worten: Je besser der Zustand (CGI Teil1) des Patienten, desto kürzer ist die Verweildauer; genauso werden jene früher entlassen, die „leichter“ erkrankt sind (CGI Teil 2) und bei denen der medikamentöse Therapieeffekt als gut eingestuft wird (CGI Teil 3).

Die Varianzaufklärung in diesem Modell liegt zwischen 34% (Akutpsychiatrie) und 21% (Sucht).

Da, wie unter Material und Methoden beschrieben, die Analyse der Behandlungsdauer unter methodischen Gesichtspunkten keineswegs so unproblematisch ist, zumal die logarithmische Transformation zwar eine bessere mathematische Anpassung erlaubt, ein quantitativer Rückschluss der errechneten Prädiktoren auf das Ausmaß ihres Einflusses aber nur aufwändig möglich ist, haben wir an die Regressionsanalyse eine nonparametrische Korrelationsanalyse angeschlossen, die einfacher zu interpretieren ist.

*Tabelle 6. Korrelation (Spearman's rho) mit Verweildauer (nicht logarithmisiert!) - unterschieden nach Fachbereichen*

	<b>Akut- psychiatrie</b>	<b>Allgemein- psychiatrie</b>	<b>Sucht</b>	<b>Geronto- psychiatrie</b>	<b>Allgemein- psychiatrie vwd 2 Jah- re</b>
Neuroleptika	0,441	0,453	0,147	0,220	0,449
Antidepressiva	0,284	0,203	0,141	0,190	0,158
Keine komplementäre Weiterversorgung	-0,283	-0,243	-0,232	-0,184	-0,294
Keine besond. Komplik. bei Pharmakoth	-0,235	-0,234	0,020	-0,168	-0,150
E CGI 2	-0,98	-0,116	-0,214	-0,236	0,047
Keine Psychotherapie	-0,147	-0,248	-0,232	-0,141	-0,135
F4 Hauptdiagnose	-0,237	-0,356	-0,074	-0,056	-0,390
Entlassungsjahr	-0,076	-0,067	-0,065	-0,165	-0,054
F2 Hauptdiagnose	0,285	0,317	0,001	0,109	0,343
Aufnahme freiwillig	-0,062	-0,032	0,040	-0,098	0,055
E CGI 1	0,139	0,189	0,105	-0,009	0,224
Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	-0,177	-0,049	-0,200	-0,061	0,11
Berufliche Situation vor Aufnahme	-0,178	-0,159	-0,139	-0,019	-0,241
Ambulante Weiterbetr. b. niedergel. Arzt	0,166	0,082	-0,037	0,221	0,010
CGI3 Nebenwirkungen (Entl.)	0,226	0,121	-0,005	0,104	0,122
Amb. Weiterbetr. in eigener Ambulanz	0,148	0,197	0,022	0,036	0,248
Gesamtzahl Fälle in Haar	0,056	0,182	0,022	0,030	0,525

Anm: Die vollständigen Tabellen finden sich wiederum im Anhang

Die Ergebnisse der nonparametrischen Korrelation entsprechen denen der Regressionsanalyse.

Um eine Aussage über Verweildauerprädiktoren bei mehrmals aufgenommenen Patienten zu treffen, führten wir dieselbe Analyse mit Filtern je nach Aufnahmehäufigkeit durch. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7, die Ergebnisse der nonparametrischen Korrelation zur leichteren Interpretation in Tabelle 8 dargestellt.

*Tabelle 7. Logarithmisierte Verweildauer und ihre Prädiktoren sowie die damit erzielte Varianzaufklärung unterschieden nach Anzahl der bisherigen Aufnahmen in der Allgemeinpsychiatrie*

	<b>Anzahl Fälle</b>				
	<b>Gesamt</b>	<b>1</b>	<b>2-3</b>	<b>4-8</b>	<b>&gt;= 9</b>
N	12174	3567	3371	2778	1667
Varianzaufkl. R <sup>2</sup>	0,32	0,42	0,32	0,23	0,18
Neuroleptika	0,197	0,211	0,202	0,129	0,123
Keine Psychotherapie	-0,195	-0,151	-0,218	-0,195	-0,195
Therapieresistenz	0,154	0,178	0,149		0,108
F4 Hauptdiagnose	-0,168	-0,201	-0,140		
Keine komplementäre Weiterversorgung	-0,140	-0,142	-0,171	-0,143	-0,123
ECGI 2	-0,107	-0,099	-0,096	-0,127	-0,158
ECGI 1				0,114	
ECGI 3 NW					0,108
Unerwünschte Nebenwirkungen	0,102	0,095	0,111		
Antidepressiva	0,146	0,173	0,149	0,107	
Aufnahme freiwillig	-0,103		-0,118	-0,124	-0,081
F2 Hauptdiagnose	0,106	0,098	0,113	0,180	
Amb. Weiterbetr. in eigener Ambulanz		0,122			
Keine besond. Komplik. bei Pharmakoth.			-0,161		
F3 Hauptdiagnose				0,097	
Tranquilizer, Hypnotika					0,109
Entweichungen					0,090
Gesamtzahl Fälle in Haar					-0,110

Anm: Dargestellt werden der Einfachheit halber nur die Prädiktoren der Regressionsmodelle bis zum 10. Schritt der „Stepwise Forward“ Methode (vgl. 3.2.1)

Anm: Modelle mit allen Variablen jeweils im Anhang, gekennzeichnet mit a (ab Seite 115)

*Tabelle 8. Nonparametrische Korrelation (Spearman's rho) mit Verweildauer (nicht logarithmisiert!) - unterschieden nach Anzahl der bisherigen Aufnahmen für Allgemeinpsychiatrie*

	<b>Anzahl Fälle</b>				
	<b>Gesamt</b>	<b>1</b>	<b>2-3</b>	<b>4-8</b>	<b>&gt;= 9</b>
N					
Neuroleptika	0,453	0,533	0,400	0,270	0,252
Keine Psychotherapie	-0,248	-0,280	-0,260	-0,244	-0,214
F4 Hauptdiagnose	-0,356	-0,409	-0,283	-0,156	-0,099
Keine komplementäre Weiterversorgung	-0,243	-0,227	-0,253	-0,194	-0,163
ECGI 2	-0,116	-0,115	-0,141	-0,138	-0,200
ECGI 1	0,189	0,211	0,143	0,149	0,116
ECGI 3 NW	0,121	0,133	0,123	0,087	0,151
Antidepressiva	0,203	0,309	0,169	0,104	0,107
Aufnahme freiwillig	-0,032	0,012	-0,074	-0,107	-0,076
F2 Hauptdiagnose	0,317	0,342	0,277	0,214	0,168
Amb. Weiterbetr. in eigener Ambulanz	0,197	0,257	0,194	0,126	0,045
Keine besond. Komplik. bei Pharmakoth	-0,234	-0,267	-0,240	-0,213	-0,151
Entweichungen	0,080	0,087	0,066	0,028	0,083
Gesamtzahl Fälle in Haar	0,182		0,056	-0,022	-0,155

Anm: N und Signifikanz finden sich in der vollständigen Tabelle im Anhang

Die Tabelle 7 zeigt die Anzahl der Fälle in der Allgemeinpsychiatrie im Beobachtungszeitraum unterteilt in verschiedene Aufnahmehäufigkeiten sowie die Varianzaufklärung der Modelle.

Während bei den einmalig aufgenommenen Patienten fast 42% der Varianz der Verweildauer aufgeklärt werden können nimmt diese mit Zunahme der Aufnahmen stetig ab; bei den neunmal oder noch häufiger aufgenommenen Patienten liegt sie nur noch bei 18%. Insgesamt haben aber dieselben Merkmale den größten Anteil an Erklärungskraft.

In allen Modellen enthalten sind die Variablen:

- Neuroleptika
- Keine komplementäre Weiterversorgung
- Keine Psychotherapie
- Skalenwert des ECGI 2

Es sind wiederum Aspekte der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung, die den Erklärwert des Modells beeinflussen. Findet eine Psychotherapie statt, ist dies ein Indikator für einen längeren stationären Aufenthalt. Gleiches gilt für die medikamentöse Behandlung. In dem von uns ermittelten Regressionsmodell wirken sich besonders Behandlungen mit Neuroleptika als behandlungsverlängernde Faktoren aus. Ebenso haben Probleme bei der Psychopharmakotherapie (Therapieresistenz oder unerwünschte Nebenwirkungen) einen behandlungsverlängernden Einfluss. Zudem prädiziert eine neurotische Störung (F4 nach ICD 10) zu einer kürzeren, eine psychotische Störung (F2 nach ICD 10) zu einer längeren Verweildauer.

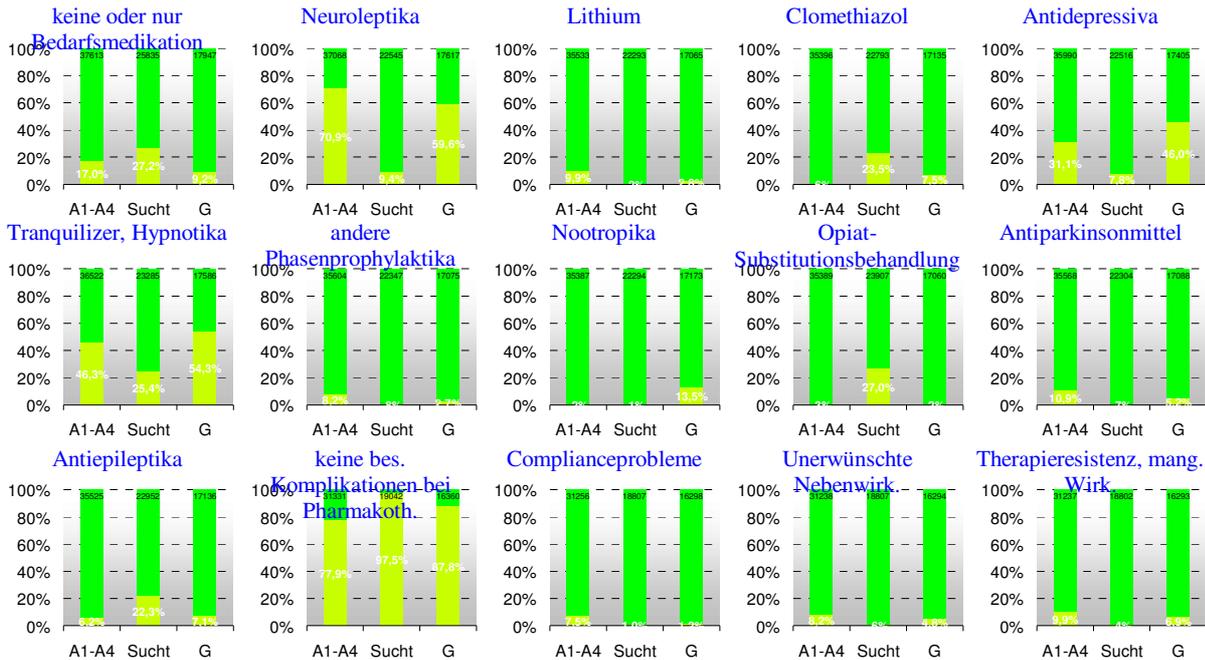
Ein deutlich behandlungsdauerverkürzendes Gewicht hat die Hauptdiagnose F4, das Fehlen einer komplementären Weiterversorgung, ein geringere Krankheitsschwere (CGI Teil 2) und eine freiwillige Aufnahme und zwar unabhängig von der Zahl der Aufnahmen.

In den folgenden Abbildungen ist die Verteilung der Medikation, der Erst –und Nicht-erstaufnahmen sowie des Skalenniveaus des GAF – Scores und des CGI – Scores graphisch dargestellt.

Auffällig in Abbildung 4 ist, dass unerwünschte Nebenwirkungen bzw. eine Therapieresistenz, aber auch Complianceprobleme bei der Medikation sehr gering sind und bei über 80% der Patienten keine Komplikationen bei der Pharmakotherapie auftreten.

Die Häufigkeit der Anwendung der verschiedenen Medikamente in den Fachbereichen entspricht den Erwartungen, wobei die Anwendung von Tranquilizern und Hypnotika auffällig häufig in allen Fachbereichen zur Anwendung kommt.

Abbildung 4: Medikation in den einzelnen Fachbereichen



Die folgende Abbildung 5 zeigt die Verteilung der einzelnen Diagnosen nach ICD 10 in den drei Patientenpopulationen. Während schizophrene und neurotische Störungen hauptsächlich in der Allgemeinpsychiatrie zu finden ist, treten affektive Störungen häufiger in der Gerontopsychiatrie auf. Auch eine komorbide somatische Diagnose lässt sich am häufigsten bei diesen Patienten finden, während eine komorbide psychiatrische Diagnose am häufigsten bei den suchtkranken Patienten auftritt.

Abbildung 5: Verteilung der Diagnosen nach ICD 10 in den einzelnen Fachbereichen

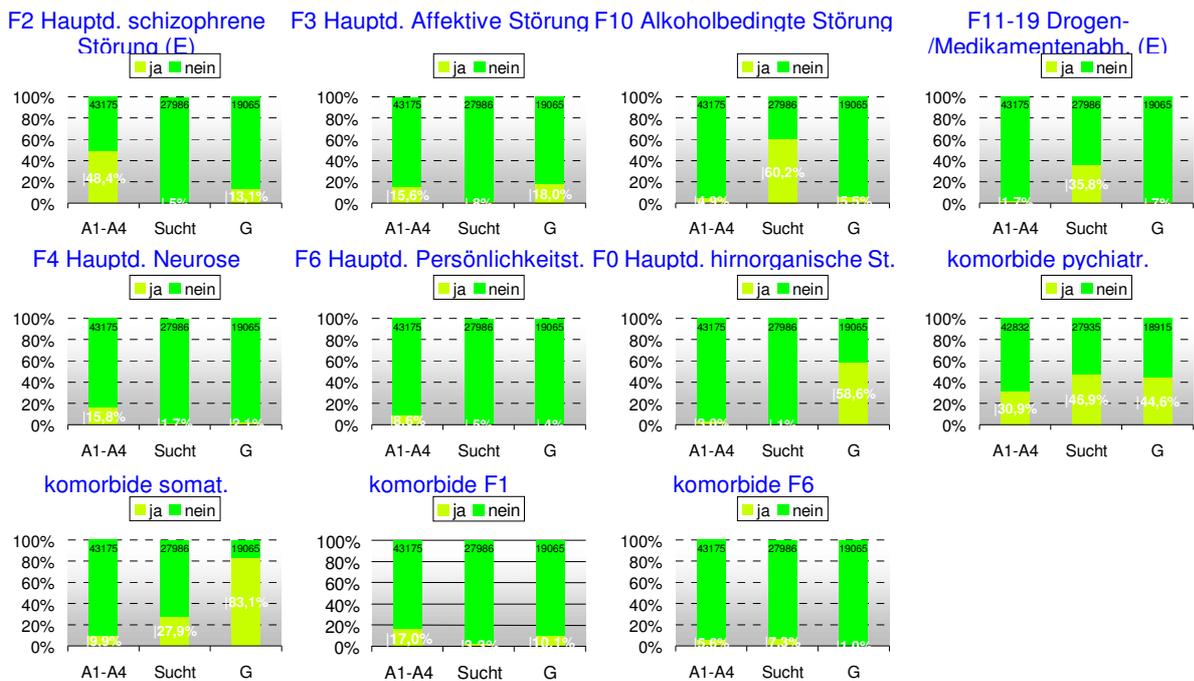
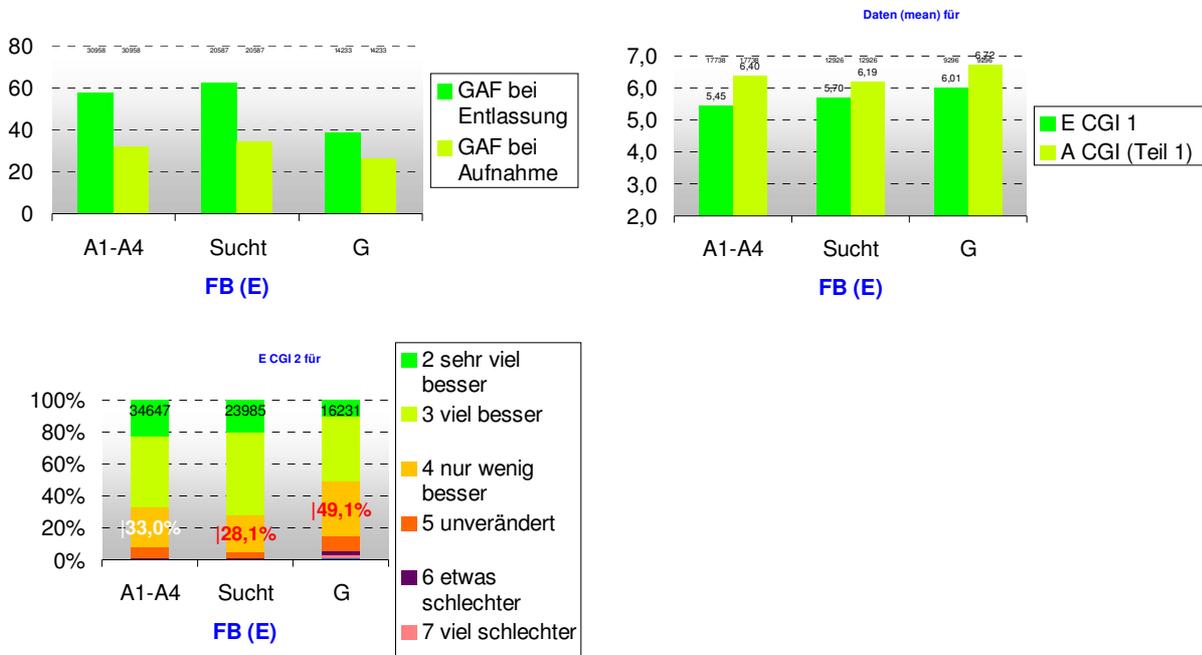


Abbildung 6 schließlich stellt die Skalenwerte für den GAF und den CGI (Teil 1 und 2) graphisch dar.

Während die gerontopsychiatrischen Patienten bei einem niedrigeren Ausgangswert auch offensichtlich den geringsten „Profit“ in ihrer psychosozialen Anpassung erreichen, unterscheiden sich die Patientengruppen hinsichtlich der CGI Skala nicht wesentlich. Der Entlassungswert des CGI Teil 1 liegt zwischen fünf und sechs (also: mäßig krank bis schwer krank) und der Zustand des Patienten bei Entlassung ( E CGI Teil 2) wird in allen Fachbereichen prozentual als viel besser angegeben

Abbildung 6: GAF und CGI Werte für verschiedene Fachbereiche



Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Analysen über die Dauer des stationären Aufenthaltes, dass die Behandlungsdauer weniger durch Diagnose und soziodemographische Merkmale bestimmt wird als vielmehr durch den Behandlungsverlauf und Organisationsmerkmale der Einrichtungen, wie die Organisation einer Weiterbetreuung jedweder Art.

## 4.2. Prädiktion der Zeitdauer bis Wiederaufnahme (Cox Regressionsanalyse)

*Tabelle 9: Risiko-Koeffizienten (aus Hazard-Ratios abgeleitet) für die Zeitdauer bis Wiederaufnahme (in Tagen) nach Anzahl der Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie*

	<b>Anzahl bisheriger Aufnahmen</b>				
	<b>gesamt</b>	<b>1</b>	<b>2-3</b>	<b>4-8</b>	<b>&gt;= 9</b>
N	7786	1708	2144	1098	1618
Entlassungsjahr	-,042				
Alter	-,007	-,010	-,011	-,009	
GAF E	-,004			-,008	
Freiwillige Aufnahme	,092				
Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung	,141		,175	,149	
Komorbide Persönlichkeitsstörung	,101	,177			
Anzahl der Medikamente	,086				
Ehepartner	-,075		-,137		
Berufstätigkeit	-,073				
Entweichungen	,181		,177	,238	,156
Keine komplementäre Weiterversorgung	,087				,102
Ambulante Weiterbetr. b. niedergel. Psychiater	-,082			-,113	-,122
cgi.E1	,052	,140	,124		
Komorbide Störung d. psychotrope Substanzen		,150			
Neuroleptika		,216			
Tranquilizer Hypnotika		-,111			
Amb. Weiterbetreuung in eigener Ambulanz		,171			
vwd					-,003
Komorbide somatische Diagnosen					-,143

*Anm: GAF E entspricht: keine Symptome bis schwerstgradige Beeinträchtigung, CGI E1 entspricht: Patient ist nicht krank bis extrem schwer krank, vwd entspricht Verweildauer*

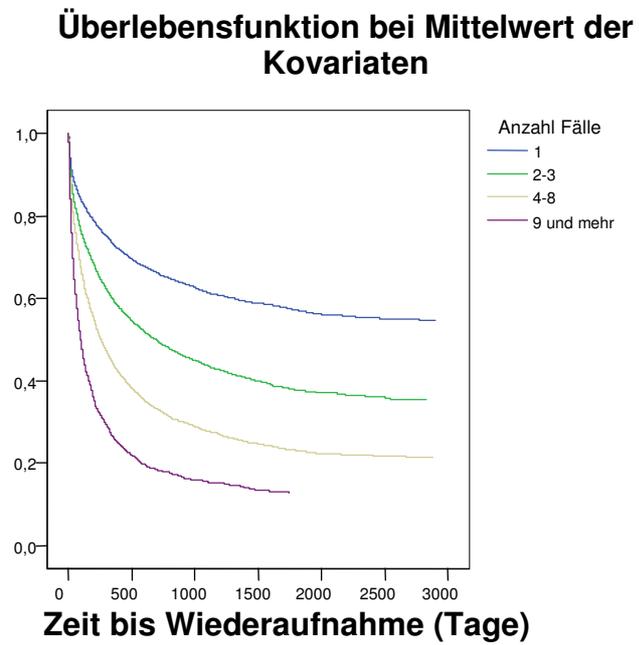
*Tabelle 10 nonparametrische Korrelation (Spearman's rho) mit der Zeitdauer bis Wiederaufnahme (in Tagen) nach Anzahl der Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie*

	<b>Anzahl bisheriger Aufnahmen</b>				
	<b>gesamt</b>	<b>1</b>	<b>2-3</b>	<b>4-8</b>	<b>&gt;= 9</b>
Entlassungsjahr	-,275	-,301	-,265	-,230	-,180
Alter	,022	-,019	,046	,055	,068
GAF bei Entl.	,198	,216	,183	,166	,133
Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung	-,063	-,021	-,046	-,087	-,080
Komorbide Persönlichkeitsstörung	-,036	-,039	-,047	-,034	-,033
Ehepartner	,068	,039	,067	,056	,006
Berufstätigkeit	,031	-,010	-,002	,035	,038
Entweichungen	-,080	-,010	-,058	-,097	-,096
Keine komplementäre Weiterversorgung	-,026	-,025	-,018	-,056	-,130
Ambulante Weiterbetr. b. niedergel. Psychiater	,195	,205	,198	,175	,174
Neuroleptika	,004	,022	,024	,017	,033
Amb. Weiterbetreuung in eigener Ambulanz	-,002	-,002	,008	,026	,015

Anm: N und Signifikanz finden sich in der Tabelle 10a im Anhang

In Tabelle 9 sind, entsprechend den Berechnungen für die Verweildauer, das Wiederaufnahmerisiko für verschiedene Aufnahmehäufigkeiten berechnet worden. Die dazugehörigen Koeffizienten der nonparametrischen Korrelation finden sich in Tabelle 10.

Abbildung 7: Überlebensfunktion



*Tabelle 11 Risiko-Koeffizienten (aus Hazard-Ratios abgeleitet) für die Zeitdauer bis Wiederaufnahme (in Tagen) nach Fachbereichen*

	<b>Akut- psychiatrie</b>	<b>Allgemein- psychiatrie</b>	<b>Sucht</b>	<b>Geronto- psychiatrie</b>
N	7563	3639	2356	668
Alter	<b>-,010</b>	<b>-,007</b>	<b>-,015</b>	<b>-,015</b>
Aufnahme freiwillig	,062	,092		
vwd	-,001			
Hauptdiagnose Schizophrenie	,045			,171
Hauptdiagnose Alkoholkrankheit	,097			
Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung	,140	,141		
Komorbide Persönlichkeitsstörung	,075	,101		
deutsch	,052			
Ehepartner	-,046	-,075		
Berufstätigkeit	-,060	-,073		
Lithium	-,098			
Anzahl der Medikamente	<b>,068</b>	<b>,086</b>	<b>,077</b>	<b>,128</b>
Entweichungen	,173	,181		
Keine komplementäre Weiterversorgung	<b>,131</b>	<b>,087</b>	<b>,153</b>	<b>,282</b>
Ambulante Weiterversorgung in eigener Ambulanz	,087		,178	
Ambulante Weitervers. b. niedergel. Psychiater	-,046	-,082		-,334
Entlassung gegen ärztlichen Rat	,058			
cgi.e1	,074	,052	,067	
Entlassungsjahr		-,042		
GAF bei Entlassung		-,004		
Ohne ärztliche Einweisung			,056	
Opiatsubstitutionsbehandlung			,123	

Anm.: Fettgedruckt sind die in allen Fachbereichen auftretenden Variablen

*Tabelle 12: nonparametrische Korrelation (Spearman's rho) mit der Zeitdauer bis Wiederaufnahme (in Tagen) nach Fachbereichen*

	<b>Akut</b>	<b>Allgemein</b>	<b>Sucht</b>	<b>Geronto</b>
Alter	-0,45	0,22	-0,136	-0,115
vwd	0,084	0,070	0,061	0,281
Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung	-0,046	-0,063	-0,026	-0,007
Komorbide Persönlichkeitsstörung	-0,035	-0,036	-0,051	0,027
Ehepartner	0,044	0,068	0,041	0,000
Berufstätigkeit	0,012	0,031	-0,020	0,023
Entweichungen	-0,051	-0,080	-0,039	0,010
Keine komplementäre Weiterversorgung	-0,003	-0,026	0,093	-0,123
Ambulante Weiterversorgung in eigener Ambulanz	0,011	-0,002	-0,022	0,083
Ambulante Weiterbetr. b. niedergel. Psychiater	0,200	0,195	0,119	0,468
Entlassung gegen ärztlichen Rat	0,020	-0,040	0,063	-0,026
Entlassungsjahr	-0,228	-0,275	-0,213	-0,103
Ohne ärztliche Einweisung	0,000	-0,010	-0,019	-0,051
Opiatsubstitutionsbehandlung	0,070	-0,002	0,139	-0,002

Wiederaufnahmeraten werden immer wieder als Qualitätsindikatoren der psychiatrischen Behandlung vorgeschlagen für den Vergleich psychiatrischer Institutionen (Jenkins 1991).

Die Möglichkeit stationäre Wiederaufnahmen voraussagen zu können, beziehungsweise in Kenntnis der Risikofaktoren entgegenwirken zu können, wäre nützlich, da der stationäre Krankenhausaufenthalt die meisten Kosten verschlingt.

Die Ergebnisse des Cox Regressionsmodells für die Fachbereiche sind in Tabelle 11 dargestellt. Zur Erklärung folgendes Beispiel:

Die Hazard Ratio von 0,131 für die Variable „keine komplementäre Weiterversorgung“ in der Akutpsychiatrie zeigt, dass das Risiko für eine Wiederaufnahme für Patienten die nach Entlassung nicht weiter in ein psychiatrisches Versorgungssystem eingebunden sind höher ist. Es ist 13% höher als bei entsprechend weiterversorgten Patienten. Im umgekehrten Fall zeigt die Hazard Ratio von  $-0,334$  für die von einem niedergelassenen Psychiater versorgten gerontopsychiatrischen Patienten, dass derart versorgte Patienten ein circa 33 % geringeres Risiko haben, wiederaufgenommen zu werden. Für intervallskalierte Variablen bezieht sich die Risikoerhöhung bzw. -verminderung auf *eine* Einheit der Variable. Beispiel für die Allgemeinpsychiatrie: ein Punkt höherer GAF Wert bei Entlassung vermindert das Wiederaufnahmerisiko um 0,4 Prozent.

In diesem Modell sind es demnach: Patienten mit der Hauptdiagnose Schizophrenie, Alkoholkrankheit und Persönlichkeitsstörungen sowie letztere als Zweitdiagnose, die ein höheres Risiko tragen wiederaufgenommen zu werden. Zudem haben eine fehlende komplementäre Weiterversorgung aber auch die ambulante Weiterversorgung in der eigenen Ambulanz, die Nationalität (deutsche Patienten tragen ein höheres Risiko wieder aufgenommen zu werden im Vergleich zu nichtdeutschen Patienten), das Fehlen einer ärztlichen Einweisung, die Entlassung gegen ärztlichen Rat, der Aufnahmestatus freiwillig und die Anzahl der Medikamente einen positiven Effekt auf das Wiederaufnahmerisiko.

Ein geringeres Wiederaufnahmerisiko haben verheiratete und vor Aufnahme vollzeitig berufstätige Patienten jüngeren Lebensalters, die ambulant bei einem niedergelassenem Kollegen weiterbetreut werden. Des weiteren spielt das Entlassungsjahr eine Rolle.

Ein ähnliches Modell kann bei Einteilung in Aufnahmehäufigkeiten berechnet werden (Tabelle 6): Patienten, die nicht komplementär weiterversorgt werden oder aber in der eigenen Ambulanz weiterversorgt werden und Patienten, die mehrere verschiedene Medikamente erhalten, haben unabhängig von der Aufnahmezahl ein erhöhtes Wiederaufnahmerisiko. Abgesehen davon spielen Entweichungen bei den mehrfach aufgenommenen Patienten als Prädiktor für ein erneutes Wiederaufnahmerisiko eine Rolle. So haben Patienten, die bereits vier bis achtmal stationär psychiatrisch versorgt worden sind im Falle einer Entweichung ein fast 24% höheres Risiko wiederaufgenommen zu werden, Patienten, die neunmal oder noch häufiger stationär waren, ein immerhin noch fast 16% höheres Risiko.

Die nonparametrische Analyse wiederum ist folgendermaßen zu interpretieren. Ein Wert von  $-0,063$  bei der Variable Persönlichkeitsstörung (in der Allgemeinpsychiatrie insgesamt) sagt einen kürzeren Abstand zwischen Zeit der Entlassung und erneuter Wiederaufnahme voraus. Der Wert von  $0,068$  bei der Variable Ehepartner hingegen deutet auf einen längeren Zeitraum zwischen Entlassung und möglicher Wiederaufnahme hin.

So weist ein hoher Score in der GAF Beurteilung sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung, das heißt eine gute psychosoziale Situation des Patienten darauf hin, dass die Zeit zwischen Entlassung und Wiederaufnahme lang ist. Der Umkehrschluss, dass Patienten, die sich sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung in einer schlechteren psychosozialen Situation befinden und durch den stationären Aufenthalt diesbezüglich kaum Besserung erfahren haben, rascher wiederaufgenommen werden ist zulässig und schlüssig.

Die Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse der Coxregressionsanalyse bezüglich des Risikos wiederaufgenommen zu werden.

Variablen, die in allen Modellen enthalten sind, sind:

- **das Alter** ( je älter der Patient ist, desto niedriger ist die Wahrscheinlichkeit wieder aufgenommen zu werden)
- **die Anzahl der Medikamente** (je mehr Medikamente ein Patient erhält, desto höher ist das Wiederaufnahmerisiko)
- **das Fehlen einer komplementären Weiterversorgung** ( fehlt eine komplementäre Weiterversorgung, ist das Wiederaufnahmerisiko höher)

Eine Berufstätigkeit und ein Ehepartner „feien“ vor wiederholten Aufnahmen, ebenso eine Weiterbetreuung bei einem niedergelassenen Kollegen während die ambulante Weiterversorgung in der eigenen Ambulanz das Wiederaufnahmerisiko erhöht. Wird im Entlassungs - CGI der Patient als schwerer erkrankt eingestuft, ist eine Wiederaufnahme eher zu erwarten, als bei leichter erkrankten Patienten.

Die Hauptdiagnose Schizophrenie oder Alkoholkrankheit sowie die Haupt – und Zweitdiagnose Persönlichkeitsstörung machen eine Wiederaufnahme offensichtlich wahrscheinlicher als andere Diagnosen.

Tabelle 12 beinhaltet die entsprechende nonparametrische Korrelationsanalyse. Die Koeffizienten beschreiben das Zeitintervall vom Tag der Entlassung bis zur Wiederaufnahme. Ein negatives Vorzeichen gibt einen kürzeren Zeitabstand an, ein positives Vorzeichen eine längere Zeit außerhalb der Klinik.

In der Abbildung 8 sind die Erstaufnahmen und Nichterstaufnahmen für die verschiedenen Fachbereiche graphisch dargestellt. Außer bei den gerontopsychiatrischen Patienten, bei denen es mehr Erst – als Nichterstaufnahmen im Beobachtungszeitraum gab, überwiegen in der Allgemeinpsychiatrie und der Sucht sowie insgesamt die Nichterstaufnahmen. Im Beobachtungszeitraum bleiben dabei die Verteilungsmuster prozentual in etwa gleich.

Abbildung 8: Prozentuale Anteile von Erstaufnahme („ja“) und Wiederaufnahme („nein“)

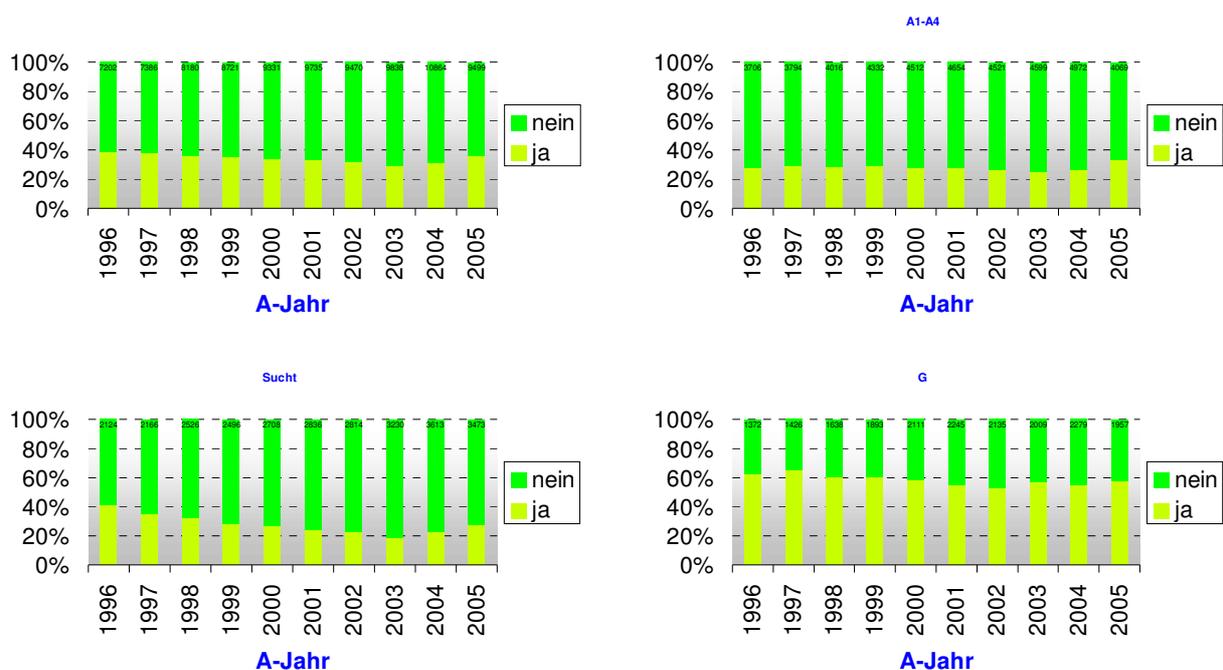
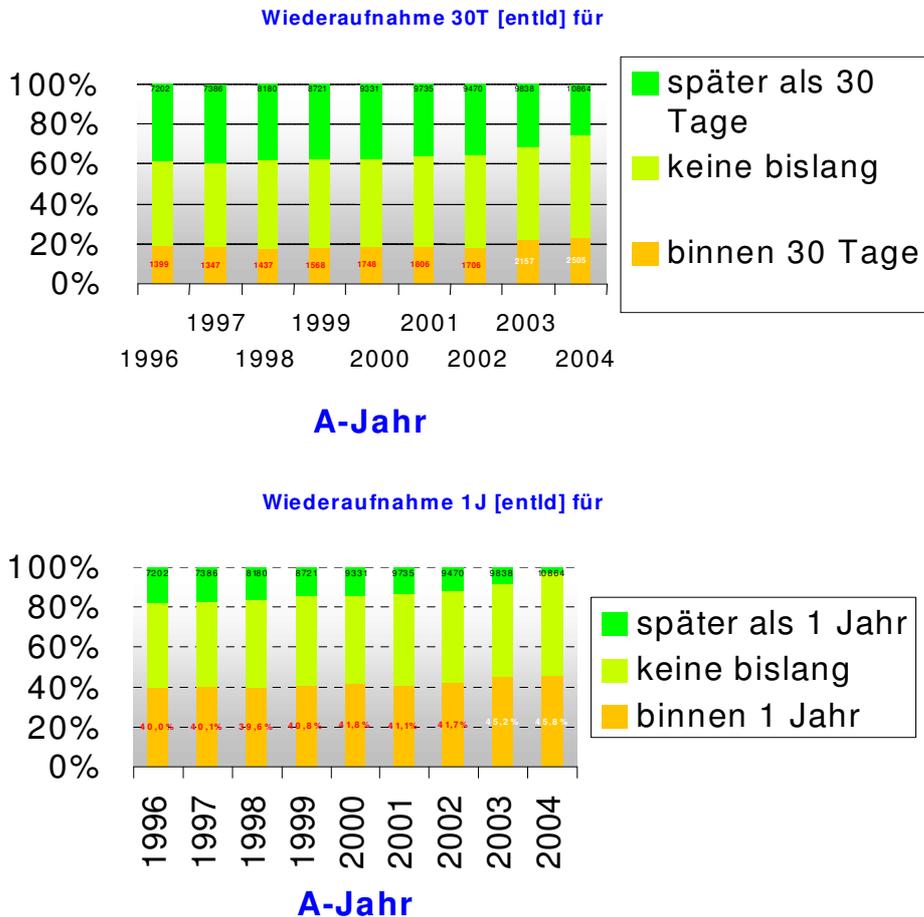


Abbildung 9 zeigt die Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen und innerhalb eines Jahres für alle Diagnosen insgesamt. Innerhalb eines Monats werden durchschnittlich 20%

der Patienten wiederaufgenommen, etwa 40% werden später als 30 Tage wiederaufgenommen, wobei dieser Prozentsatz im Beobachtungszeitraum stetig abnahm.

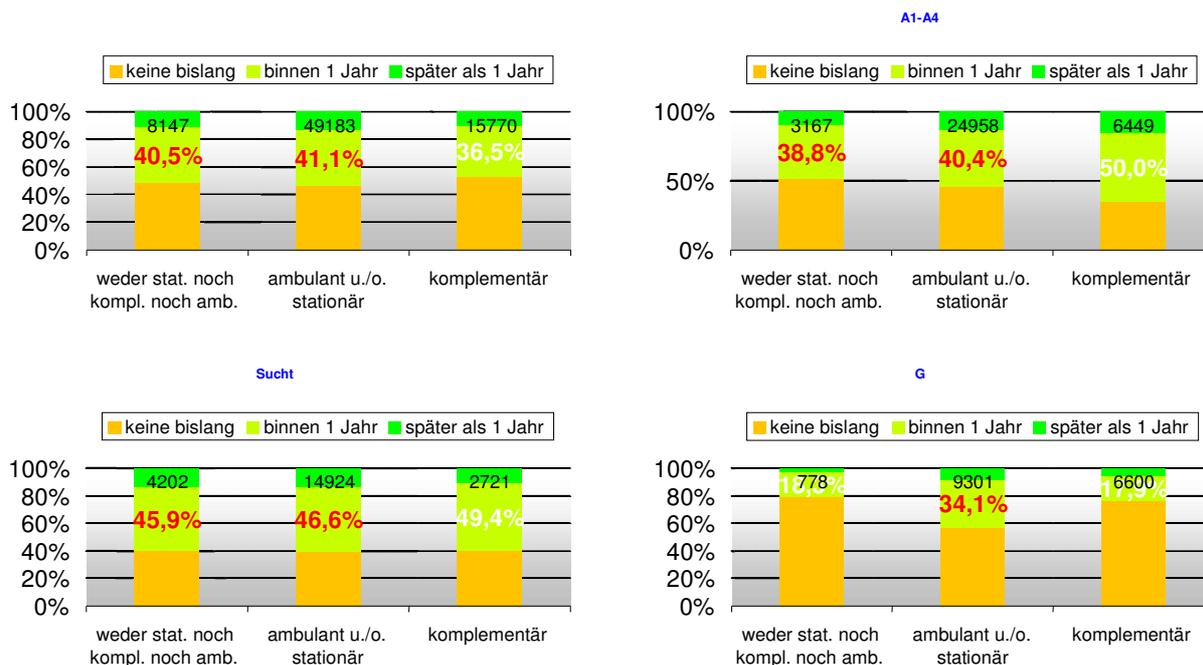
Für den Zeitraum eines Jahres (untere Abbildung) gilt, dass circa 40% der Patienten innerhalb eines Jahres wiederaufgenommen werden, wobei die Wiederaufnahmerate im Beobachtungszeitraum ansteigt, während die Patienten, die später als nach einem Jahr wiederaufgenommen werden in ihrer Anzahl sinken.

Abbildung 9: Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen und innerhalb eines Jahres



In der folgenden Abbildung (10) ist die Zahl der Patienten, die in komplementären bzw. ambulanten Einrichtungen weiterversorgt werden grafisch dargestellt. Gerontopsychiatrische Patienten werden am seltensten nach Entlassung in andere Versorgungsstrukturen eingebunden (bis zu 80%); allerdings werden auch in den anderen Fachbereichen circa die Hälfte der Patienten nach Entlassung nicht in ein komplementäres Versorgungssystem eingebunden. Insgesamt für die Akutpsychiatrie gilt, dass 40,5% binnen eines Jahres eine komplementäre oder ambulante Weiterbetreuung erfahren, 41,1% innerhalb eines Jahres ambulant und/oder stationär weiterversorgt werden und 36,5% in diesem Zeitraum an komplementäre Einrichtungen vermittelt werden.

Abbildung 10: komplementäre Weiterversorgung für einzelne Fachbereiche



### 4.3. Drehtüreffekt und heavy user

Zuletzt soll mit der Studie geklärt werden, welche Inanspruchnahmepattern sich bei stationär psychiatrischen Patienten finden und welche soziodemographischen und erkrankungsbezogenen Charakteristika so genannte „Heavy Users“ zeigen.

Zahlreiche Studien belegen eine große Variabilität der Nutzungsintensität. Bekannt ist, dass 10-30% der Patienten 50-80% der psychiatrischen Leistungen beanspruchen (Hadley 1992, Kent 1995a, Cording 1999). Diese Patienten, die deutlich häufiger oder länger in stationärer Behandlung sind, werden in der Literatur meist als „Heavy Users“ bezeichnet. Überwiegend handelt es sich um Patienten mit Schizophrenien, komorbiden Persönlichkeitsstörungen oder Alkohol-/Drogenabusus (Kent 1995a). Die Frage ob es sich bei dieser Patientengruppe um durch ihre Erkrankung besonders schwer beeinträchtigte Patienten, die einen hohen Behandlungsbedarf haben, handelt oder ob die hohe Inanspruchnahme ihre Ursache in Versorgungslücken hat, ist bisher nicht beantwortet.

Häufige Prädiktoren sind: Entweichungen und ambulante Weiterbetreuung in eigener Ambulanz. Entweichungen erhöhen, wie zu vermuten war, die Wahrscheinlichkeit einer Rehospitalisierung, genauso wie die ambulante Weiterbetreuung in der eigenen Ambulanz. Gründe hierfür sind bereits im vorherigen Kapitel erläutert worden.

Die anderen Prädiktoren, die eine erhöhte Anzahl stationärer Aufnahmen bestimmen sind zum einen ein jüngeres Alter, das Fehlen einer komplementären Versorgung, das Vorhandensein einer ambulanten Weiterversorgung und der Schweregrad der Erkrankung. Ebenso lassen sich häufiger Suchterkrankungen (F10 nach ICD10) und komorbide Persönlichkeitsstörungen (F6 nach ICD10 als Zweitdiagnose) bei den häufiger aufgenommenen Patienten finden. Bei den sehr häufig aufgenommenen Patienten (neunmal und mehr) prädiagnostiziert eine vorausgegangene Opiatsubstitutionsbehandlung zur Wiederaufnahme.

Zur Vermeidung stationärer Aufnahmen ist offensichtlich eine Verbesserung ambulanter und komplementärer Versorgungsstrukturen vonnöten. Sicher ist, dass eine hohe aktuelle Symptombelastung die starke Inanspruchnahme fördert.

Während ältere Patienten und Patienten, die nicht in eine komplementäre Einrichtung vermittelt werden eine größere Rehospitalisierungsrate aufweisen, ist dies bei Patienten

die berufstätig und nicht so schwer erkrankt sind (gemessen mit dem CGI) der gegenteilige Fall.

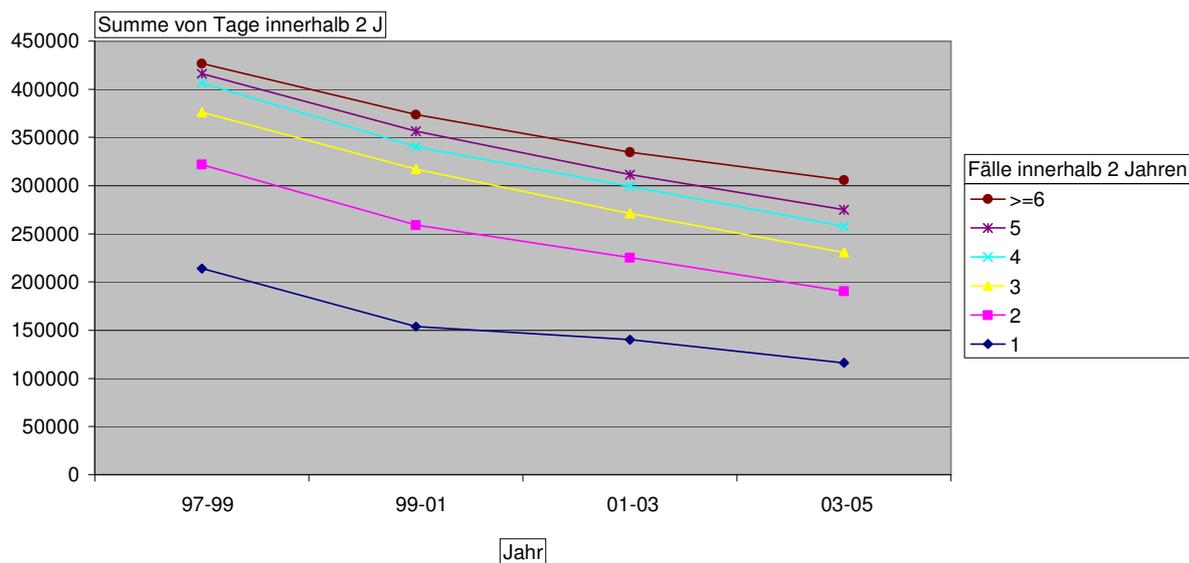
Die Verweildauer betreffend lässt sich ein ähnliches Ergebnis feststellen:

Insbesondere die Medikation und deren Komplikationen und eine Schizophrenie (F2) haben einen verweildauererweiternden Effekt und zwar unabhängig von der Anzahl der Aufnahmen.

Das Fehlen einer komplementären Weiterbetreuung und einer Psychotherapie, eine freiwillige Aufnahme und eine geringere Krankheitsschwere präzisieren, wiederum unabhängig von der Anzahl der Aufnahmen, eine kürzere Verweildauer.

Um der Wahrheit über den Drehtüreffekt näher zu kommen, wurden die Anzahl der Aufenthalte und die Gesamtaufenthaltsdauer (aller Aufenthalte) innerhalb von 2 Jahres Intervallen für jede in der Allgemeinpsychiatrie behandelte Person bestimmt. Es liegen also für jede Person die Gesamtbehandlungszeit im Jahr 1997 mit 1998, 1999 mit 2000, 2001 mit 2002 und 2003 mit 2004 vor - entsprechend die Anzahl der Aufenthalte.

Abbildung 11 Gesamtressourcenverbrauch im Beobachtungszeitraum nach Anzahl der Aufenthalte. Anzahl der Aufenthalte werden aufeinander gestapelt dargestellt.



Wenn hier von Behandlungstagen als Maß für den Ressourcenverbrauch gesprochen wird, ist das nur eine – allerdings recht gute – Annäherung an die wahren entstehenden Kosten, über die jedoch keine Daten in verwertbarer Form vorliegen.

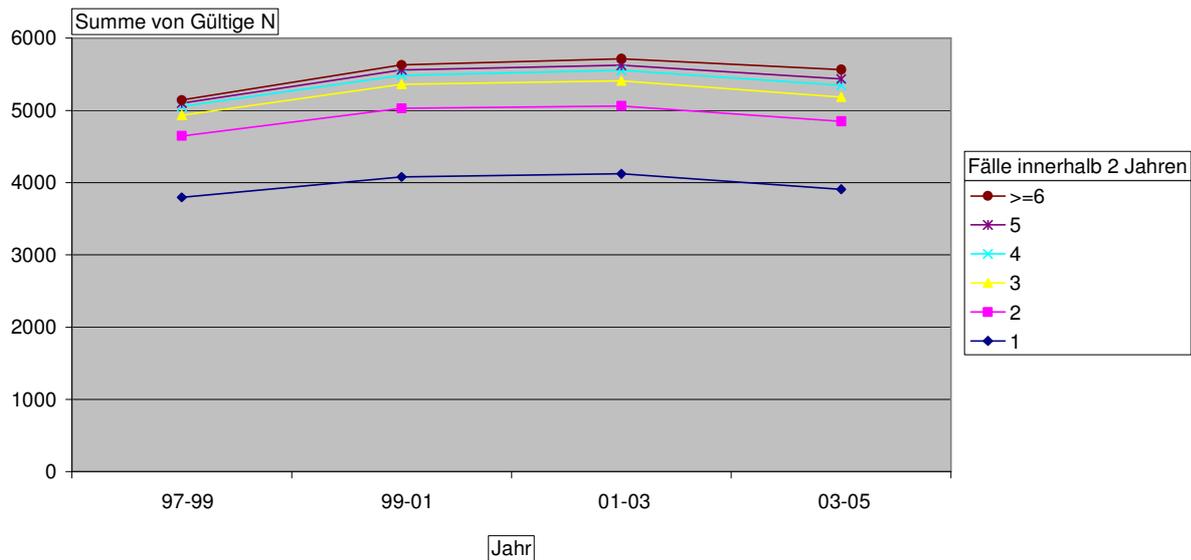
Der Gesamtressourcenverbrauch (braune Linie bzw. „>=6“) ist innerhalb von 8 Jahren deutlich gesunken, wobei die Gesamt Personenzahl in den letzten 6 Jahren etwa konstant blieb. Die Anzahl der Fälle ergibt sich aus Personen 1 + 2\* Personen 2+ 3\*Personen 3 + .... usw.

Bemühungen um kurze Aufenthalte lassen sich in dieser Abbildung finden und entsprechen einem allgemeinen Trend. Parallel kam es aber zu einem Anstieg der Aufnahmezahlen. Bei einer größeren Zahl von Patienten führte das auch zu mehreren Aufenthalten in einem Jahr, wodurch die Gesamtbehandlungsdauer sich nicht wesentlich veränderte. Dies Ergebnis ist identisch mit einer amerikanischen Studie aus dem Jahr 1993 (Appleby 1993). Offenbar bringt eine starke Verkürzung stationärer Einzelaufenthalte keine weiteren Vorteile für die Gesamthospitalisation bzw. für die Verlaufsprognose. Forcierte Entlassungen

führen zu erhöhten Wiederaufnahmeraten, wie bereits in anderen Studien beschrieben (Hoffmann 1994, Diestelhorst 2001).

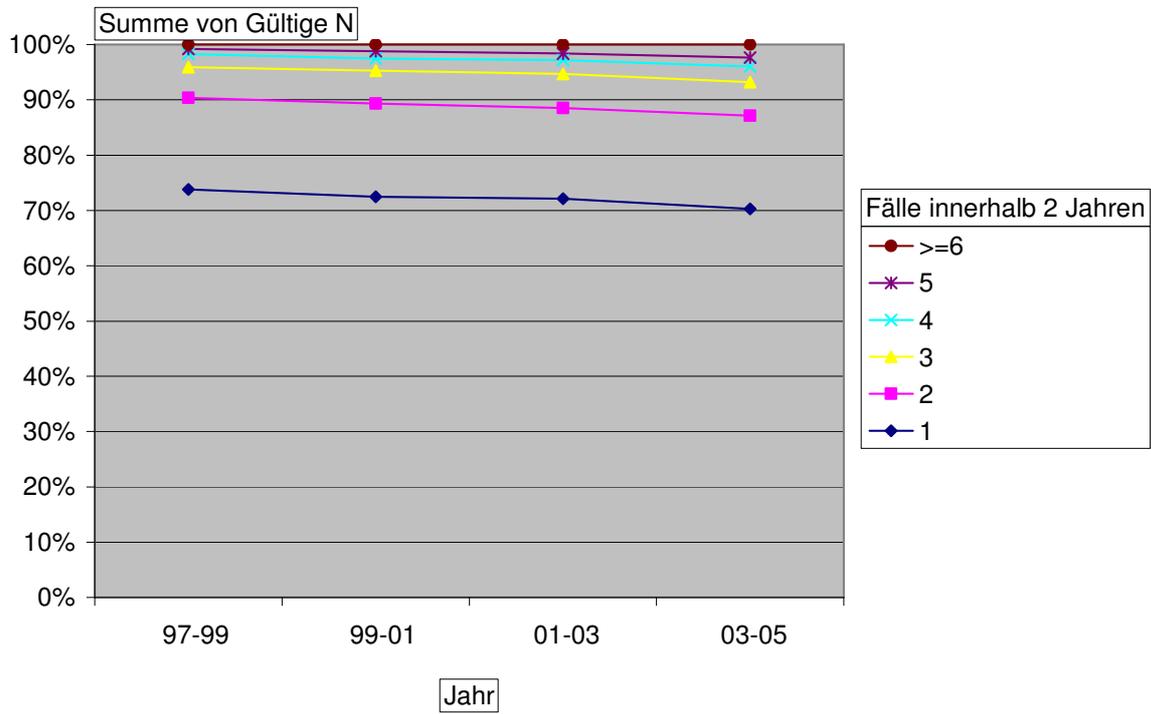
Bedeutsam für die Hospitalisierungszeit sind der Schweregrad der Erkrankung, die Einbindung in komplementäre Versorgungsstrukturen und die Medikamentengabe, eher weniger das Alter (Eaton 1992) und die stationären Vorbehandlungen (Diestelhorst 2001).

Abbildung 12 Anzahl der Personen nach Anzahl der Aufnahmen dargestellt (gestapelt)



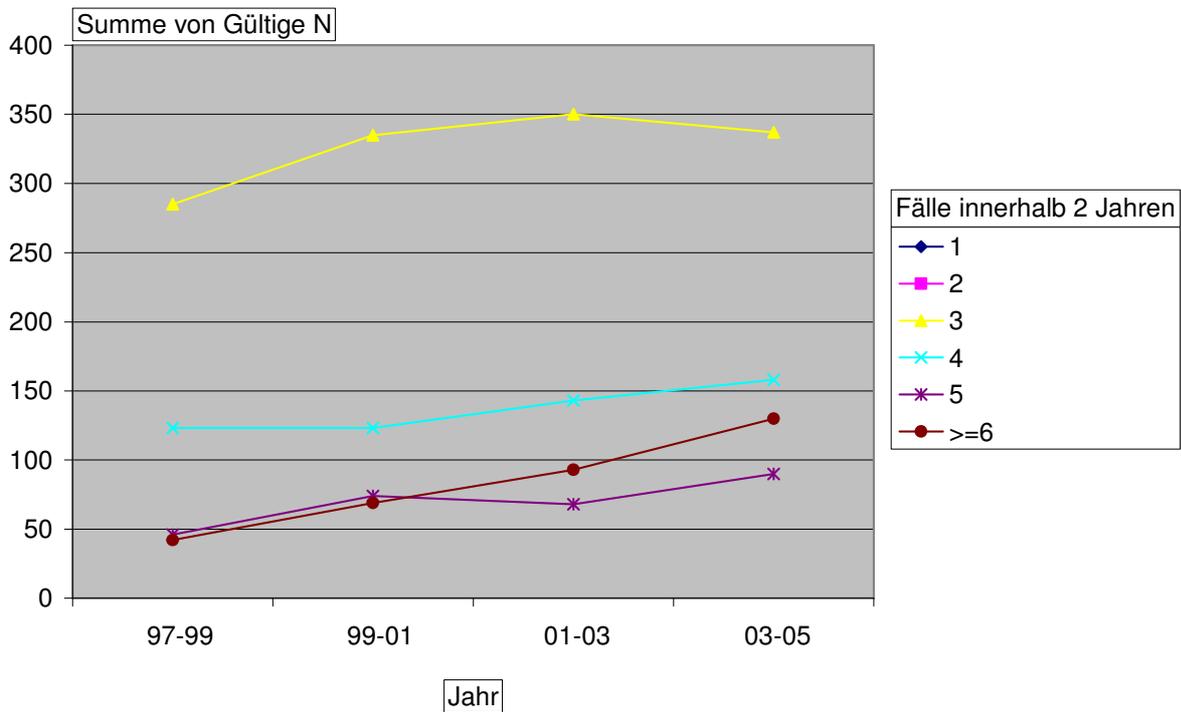
Die folgende Abbildung ist mit der vorherigen inhaltlich identisch, nur wird eine prozentuale Darstellung verwendet. Unschwer zu erkennen ist der steigende Anteil der Mehrfachaufnahmen (cave: hier jeweils innerhalb von 2 Jahren). Diese veränderte Gewichtung entspricht einer Zunahme der Fälle nach obiger Formel. Genau genommen setzt sich die Zunahme der Fallzahlen in der Allgemeinpsychiatrie also zusammen aus dem Anstieg der Personen vom 97/98 nach 99/00 und der prozentualen Zunahme der Mehrfachaufnahmen über den gesamten Beobachtungszeitraum.

Abbildung 13: Anzahl der Personen nach Anzahl der Aufnahmen prozentual dargestellt



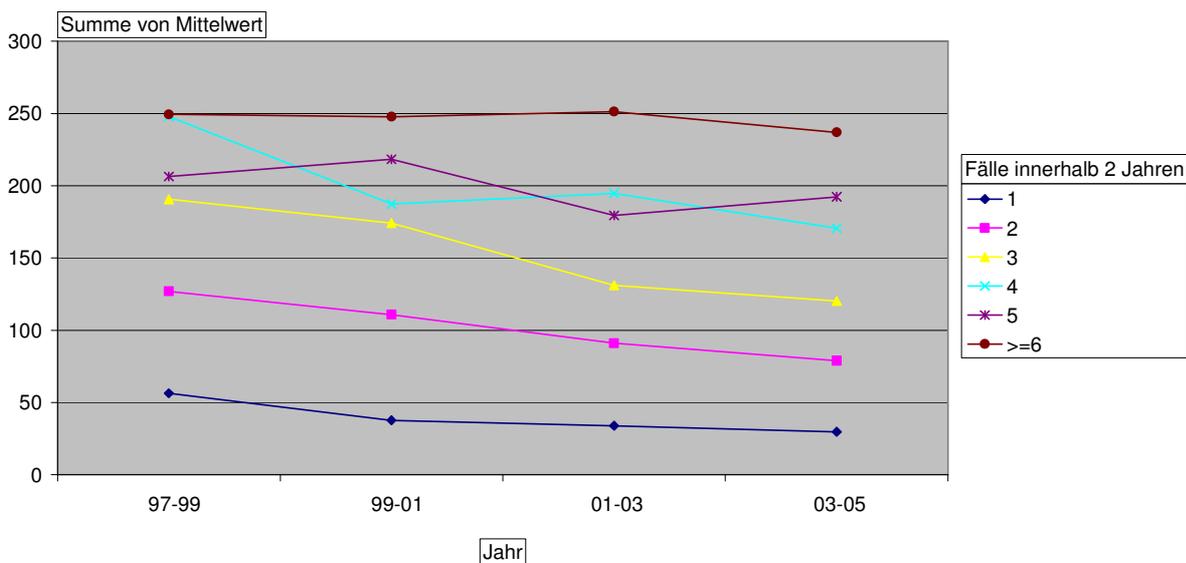
Relativ gesehen umfassen die heavy user einen zwar nur kleinen Teil der Patienten, der jedoch hohe Wachstumsraten verzeichnet.

Abbildung 14 Anzahl der Personen nach Anzahl der Aufnahmen. Darstellung nicht gestapelt! Es wird der Übersichtlichkeit wegen nur der Ausschnitt für die heavy user gezeigt.



Gleichzeitig ging die mittlere Gesamtbehandlungsdauer in 2 Jahres Intervallen für die heavy user im Gegensatz zum Rest kaum zurück! Das bedeutet, dass die mittlere Verweildauer pro Aufenthalt sich ebenfalls kaum reduzierte.

Abbildung 15 Mittlere Gesamtbehandlungsdauer nach Anzahl der Aufnahmen



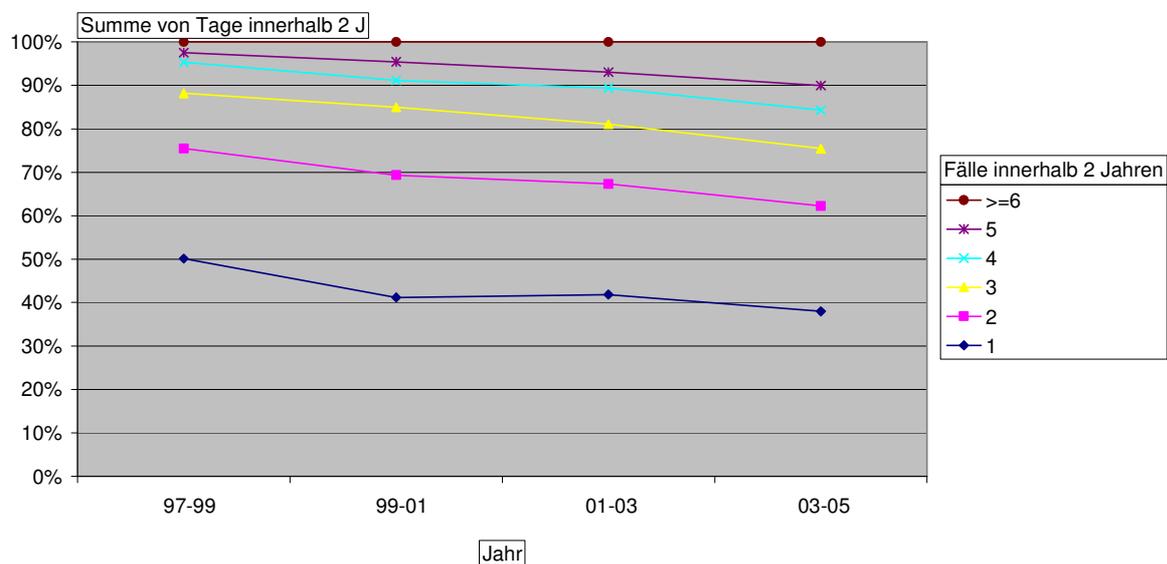
Anm: Die mittlere Verweildauer pro Aufnahme ergibt sich, indem der Wert durch die Anzahl der Aufnahmen geteilt wird. Für Aufnahmezahl=1 ist die Kurve mit der Verweildauer identisch.

Damit ist jedoch eine bedeutsame Entwicklung verbunden: Ein geringer Teil der (chronischen) Patienten verbraucht einen immer stärker steigenden relativ großen Anteil der Ressourcen.

*Tabelle 13 Ressourcenverbrauch von heavy users in den Jahren 2003 mit 04. In Klammern zum Vergleich die Werte von 1997 mit 98.*

Gruppe	Anteil der Patienten	Anteil an Ressourcen
3 oder mehr Aufnahmen	13% (10)	38% (25)
4 oder mehr Aufnahmen	7,5% (5)	25% (12)
5 oder mehr Aufnahmen	4%	16%
6 oder mehr Aufnahmen	2,5%	10%

*Abbildung 16 Gesamtressourcenverbrauch nach Anzahl der Aufnahmen – prozentuale Darstellung*



Ungleich stärker jedoch noch hat der Anteil der heavy user am Gesamtressourcenverbrauch zugenommen (da die Personenzahlen gestiegen und die Verweildauer unverändert geblieben ist). 13% der Patienten mit 3 oder mehr Aufnahmen verbrauchen 38% der Ressourcen.

Fazit:

Wenn überhaupt gibt es nur einen relativen Drehtüreffekt für einen prozentual sehr kleinen Teil von heavy users. Für diese könnten kürzere Verweildauern zu häufigeren Aufnahmen führen, wobei die Gesamtverweildauer dabei stabil bleibt (deshalb nur relativer Drehtüreffekt). Alternativ wäre aber auch denkbar, dass die Zunahme der häufigen Inanspruchnahme die Folge schwererer Erkrankungen ist; Hinweise dafür finden sich bei den Entwicklungen der durchschnittlichen CGI und GAF Werte im Verlauf.

Es kann vermutet werden, dass auf längere Sicht gesehen, eine kürzere Behandlungsepisode durch die zunehmende Aufnahmezahl kompensiert wird, so dass insgesamt weder ein negativer noch ein positiver Effekt auf die Gesamtbehandlungsdauer und damit auf die Kosten erzielt wird.

Tatsache dagegen ist die stark gestiegene Beanspruchung der Allgemeinpsychiatrie durch chronisch kranke Patienten. Eine relative Minderheit zwar, die jedoch pro Patient ein Vielfaches der Kosten verursacht.

## 5. Diskussion

### 5.1. Diskussion im Bezug auf die Verweildauer

Die vorliegende Arbeit hat sich zur Aufgabe gestellt, den Einfluss der Variablen aus der Basisdokumentation auf die Behandlungsdauer in der stationären Psychiatrie im Bezirkskrankenhaus Haar zu untersuchen, wesentliche in der Fachliteratur aufgezeigte Tendenzen zu überprüfen und mit entsprechenden empirischen Befunden zu unterlegen. Die Verteilungsparameter der Behandlungsdauer entsprechen den beschriebenen Erwartungen (Richter 2001, 1999c). Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt innerhalb der in der Literatur beschriebenen Spannweite (Richter 1999c, Creed 1997, Stevens 2001). Im Vergleich der Subgruppen zeigen sich zunächst deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Fachbereichen. Für psychotische, affektive und Persönlichkeitsstörungen liegt die mittlere Behandlungsdauer deutlich über dem Durchschnitt aller behandelten Fälle, für neurotische Störungen und Suchterkrankungen darunter. So zeigen letztere einen Mittelwert von 15 Tagen, Störungen, die nach ICD 10 unter die Klassifikation F2 (psychotische Störungen) fallen, einen Mittelwert von 65 Tagen.

Bisher liegen Alter und Diagnose dem Krankenhausbetriebsvergleich der Kostenträger zugrunde. Ergebnisse der internationalen Literatur zur Behandlungsdauer in der stationären Psychiatrie haben gezeigt, dass Diagnose und Alter als Einflussfaktoren für die Erklärung von Behandlungsdauervarianzen nicht ausreichen (Taube 1984, Schumacher 1986, Horgan 1987, English 1986). Krankenhaus – und Patientenbezogen konnten in diesen Untersuchungen keine ausreichende Beziehung der psychiatrischen DRGs zur Verweildauer gezeigt werden, da oft nur 2-8% der gesamten Varianz mittels dieser beiden Merkmale aufgeklärt werden konnten. Selbst unter Einbeziehung weiterer Daten des Patienten oder Merkmalen der klinischen Einrichtung waren DRGs nicht in der Lage, die Varianz mit mehr als 19% zu erklären. Der Variationskoeffizient in bezug auf Verweildauer oder Kosten der Behandlung lag bei fast allen Untersuchungen über 1 und stellt somit einen wichtigen Hinweis für die Heterogenität der DRGs psychischer Störungen dar (Burgmer 2003). Vielmehr müssen zusätzliche krankheitsspezifische klinische, anamnestische und soziodemographische Variablen berücksichtigt werden.

Betrachtet man das Ergebnis unserer multiplen Regressionsanalyse, so zeigt sich, dass weder soziodemographische Daten wie das Geschlecht noch die Zugehörigkeit zu einer einzelnen Diagnosegruppe entscheidend zur Varianzaufklärung beitragen. Vielmehr sind es behandlungsbezogene Merkmale, die Unterschiede der Behandlungsdauer erklären.

Die aufgeklärte Varianz der Behandlungsdauer in unserer Analyse durch die Merkmale der BADO lag zwischen 38% und 21%. Bei Unterteilung in Erst- bzw. Nichterstaufnahme zwischen 47 und 17%. Diese gefundenen Ergebnisse liegen durchweg im Rahmen der in der Fachliteratur berichteten Ergebnisse (Richter 1999c, Frick 1999, Huntley 1998, Creed 1997, Choca 1988, Kiesler 1990, Kluge 2002).

Mit anderen Worten, im Mittel wird ein Viertel der Behandlungsdauer durch erhobene Merkmale aus der Basisdokumentation bestimmt, die restlichen drei Viertel haben andere Gründe zur Ursache. Hier dürften einerseits die Heterogenität der Spontan – und Behandlungsverläufe psychiatrischer Erkrankungen in Rechnung zu stellen sein. Zum anderen spielen therapeutische Unsicherheiten eine Rolle: zwischen Intervention und Ergebnis sind in der Psychiatrie, im Gegensatz zur somatischen Medizin, nicht immer eindeutige Relationen zu erkennen.

Die erstellten Regressionsmodelle konnten zeigen wie groß der Einfluss der Merkmale ist. In der Akutpsychiatrie, die alle drei untersuchten Fachbereiche: Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht umfasst, fällt auf, dass sich die zur Varianzaufklärung beitragenden Merkmale aus Aspekten der Prozessqualität (Psychopharmakobehandlung und

deren Komplikation, Psychotherapie, empfohlene Weiterbehandlung) der soziodemografischen Faktoren (Alter bei Aufnahme) und der psychopathologischen Behandlungsergebnisse zusammensetzt. Weiterhin fällt das Entlassungsjahr ins Gewicht, je später im Beobachtungszeitraum ein Patient entlassen worden ist, desto kürzer war der stationäre Aufenthalt, eine Tatsache, die mit der Literatur übereinstimmt. Nach Angaben der amtlichen Krankenhausstatistik sank die Verweildauer seit Beginn des 20. Jahrhunderts permanent (Lebok 1999). Dennoch kann man von einem Verweildauerrückgang nicht auf die Effizienz und Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne schließen. Denn die zeitliche Reduktion des stationären Aufenthaltes muss nicht das Ergebnis einer besseren Behandlungsorganisation oder besseren Diagnostik und Therapie sein, sondern kann auch das Ergebnis einer gestiegenen Fallhäufigkeit sein.

Demnach haben die medikamentöse Therapie genauso wie das Alter und die Diagnose Psychose einen verweildauerverlängernden Effekt, während die fehlende Einbindung in eine komplementäre Weiterversorgung, das Fehlen von Komplikationen während der pharmakologischen Behandlung ebenso wie einer Psychotherapie, eine Erkrankung aus dem neurotischen Formenkreis und der 2. Teil des Entlassungs CGIs, das heißt die Verbesserung des „Zustands“, einen verweildauerverkürzenden Effekt haben. Je besser also der krankheitsbezogene Zustand ist, in dem sich der Patient befindet, desto kürzer ist die Verweildauer. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Patienten, die sozusagen „gesünder“ aufgenommen werden, auch rascher wieder entlassen werden können. Diese Ergebnisse gehen mit der Datenlage aus der Literatur konform. Die Varianzaufklärung in diesem Modell beträgt 37%.

Wir haben in der Regressionsanalyse zwischen nur Erstaufnahmen und Nichterstaufnahmen unterschieden und kommen zu dem Ergebnis, dass außer bei den Suchterkrankungen, bei denen in dem Vergleich dieser beider Gruppen bezüglich der Behandlungsdauer kaum ein Unterschied besteht, die übrigen Fachbereiche sich in Hinsicht auf diese Differenzierung sehr wohl unterscheiden. Die Verweildauer der erstmals aufgenommenen Patienten ist durchgehend kürzer als die der mehrmals aufgenommenen Patienten.

Allen Modellen ist gemeinsam, dass die Faktoren, die den Behandlungsverlauf beeinflussen, nämlich die Medikation und die weitere Einbindung in ein Versorgungssystem den „Löwenanteil“ an Varianzaufklärung leisten. Ein Arrangement einer Weiterbehandlung sei es in einer Komplementärpsychiatrischen Versorgungsstruktur oder eine ambulante Weiterbehandlung in der eigenen Ambulanz wirken sich verlängernd auf die Behandlungsdauer aus. Dies ist aus verschiedenen Studien bereits bekannt. (Herr 1991, Aisen 1994, Mai 1993, Frick 1999).

Obwohl sich der Krankheitsverlauf und das Ansprechen auf die Behandlung kaum standardisieren lassen, wird in der Basisdokumentation die Fallschwere mit dem CGI erhoben. Die Aufnahme des CGI, der demnach den Schweregrad beurteilt, bedeutet, dass was nahezu trivial erscheint- als kränker eingestufte Patienten eine längere Verweildauer haben. Bereits 1989 haben Kollegen in einer amerikanischen Studie (Horn 1989) herausgefunden, dass durch Verwendung eines Schweregradindex mit Fragestellungen zu verschiedenen Aspekten die Varianzaufklärung der Verweildauer von 6% auf 34% gesteigert werden konnte. Bei den psychotischen Störungen verringerte sich diese allerdings auf 10% bis 14% (Stoskopf 1991). Der CGI spielt sowohl bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2 nach ICD 10) und bei den affektiven Störungen (F3 nach ICD 10), als auch bei den gerontopsychiatrischen Patienten eine Rolle hinsichtlich der Varianzaufklärung der Behandlungsdauer.

Im Gegensatz dazu wird der GAF - Wert, also das psychosoziale Funktionsniveau nicht in unser Modell für die Verweildauer aufgenommen. In einer Regensburger Studie (Frick 2002) hingegen kamen die Untersucher zu dem Ergebnis, dass das Ausmaß der sozialen Anpassung bei Aufnahme im Schnitt die Therapiedauer pro Tag verkürzt. Je

mehr „Profit“ (im Sinne einer Verbesserung der GAF Werte) ein Patient/eine Patientin durch den stationären Aufenthalt erzielt, umso länger hat dieser Aufenthalt im Durchschnitt auch gedauert. Für die Wahrscheinlichkeit wiederaufgenommen zu werden, jedoch, spielt der GAF Wert eine Rolle (siehe Abschnitt 4.2.).

Dass sich die verschiedenen Formen der psychopharmakologischen Behandlung auf die Dauer der stationären Behandlung auswirken ist ein Ergebnis, dass im Rahmen der in der Fachliteratur berichteten Ergebnisse liegt (Kluge 2002, Richter 1999a, Huntley 1998, Creed 1997). Der Nichteinsatz von Psychopharmaka ist mit einer verkürzten Verweildauer verbunden.

Neben Neuroleptika und Antidepressivagabe, die in allen Modellen der Allgemeinpsychiatrie aufgenommen sind, finden wir bei den Psychosen zusätzlich Antiparkinsonmittel (zur Behandlung der Nebenwirkungen der Neuroleptika), bei den affektiven Störungen Lithium, Antiepileptika und andere Phasenprophylaktika und bei den neurotischen Störungen Hypnotika und andere Sedativa.

Seit Mitte der 60er Jahre haben zahlreiche Studien gezeigt, dass auch Antikonvulsiva in der akuten und prophylaktischen Behandlung bipolarer Störungen effektiv sein können (Mc Elroy 1987 und 1988). Valproat und Carbamazepin sind mittlerweile zu den in der Praxis am häufigsten genutzten Lithiumalternativen geworden. Ihnen kommt eine stimmungsstabilisierende („mood stabilizer“) Rolle zu. Aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass eine Kombination aus Lithium und einem Antiepileptikum (z.B. Valproat) einer Monotherapie überlegen ist und möglicherweise machen Spiegelbestimmungen und das Nebenwirkungsprofil dieser Medikamente, auf die einzugehen hier zu weit führen würde, die Verweildauerverlängerung aus.

Der Einsatz von Phasenprophylaktika ist darauf zurückzuführen, dass in der Akuttherapie dieses Krankheitsbildes polypharmakotherapeutische Strategien vonnöten sind. Untersuchungen belegen, dass bei mehr als 70% der bipolaren Patienten adjuvant zu einer phasenprophylaktischen Therapie mit Lithium und/oder Antikonvulsiva der Einsatz weiterer Psychopharmaka notwendig ist und zumindest 50% dieser Patienten Antipsychotika erhalten (Gitlin 1995, Hilger 2002).

Insgesamt kommt bei der Diagnosegruppe F3 nach ICD 10 unterschiedlicher Nosologie, die von psychotischen Symptomen begleitet sein können aufgrund der polypragmatischen Therapieansätze und der dafür einsetzbaren Antipsychotika der Medikation in Hinsicht auf die Verweildauer eine tragende Rolle zu.

Bei den Suchtkranken Patienten spielt der Einsatz von Clomethiazol eine Rolle. Dass Clomethiazol trotz seines Suchtpotentials, seiner sedierenden Wirkung und der pulmonalen Nebenwirkungen als Mittel der 1. Wahl bei Alkoholentzugsbehandlungen eingesetzt wird, mag neben der einfachen Handhabung für den behandelnden Arzt auch an den Patienten liegen, die „ihr Distra“ verlangen (Jonasch 2004).

Bei den mehrfach aufgenommenen Patienten mit einer psychotischen Störung, die die Mehrzahl darstellen (16127 versus 2835) spielt die Beendigung der Behandlung gegen den ärztlichen Rat eine Rolle. Ebenso wie übrigens bei den Suchtkranken. Dass ein Patient ohne Einverständnis des Arztes die Klinik verlässt könnte in dieser Diagnosegruppe an eine mangelnde Krankheitseinsicht gekoppelt sein. Um aber auch positive Rückschlüsse aufzuzeigen, sei bedacht, dass Patienten jederzeit entscheiden können zu einem niedergelassenen Psychiater zu wechseln und Patienten gegebenenfalls motiviert sind Alternativenangebote aufzusuchen und die bestehende Behandlung zu beenden; vielleicht sogar unabhängig davon, ob diese für sie geeignet sind oder nicht.

Dass das Entlassungsjahr eine Rolle spielt (mit 21% am deutlichsten in der Gerontopsychiatrie) ist Folge der Restriktionen im Gesundheitssystem, die mit einem kontinuierlichen Verweildauerrückgang einhergehen. Die Gerontopsychiatrie ist möglicherweise durch die Einführung der Pflegeversicherung am meisten betroffen. Ein Großteil dieser

Patienten lebt in Heimen oder muss nach dem stationären Aufenthalt dort versorgt werden. Demenzkranke können heute weitaus schneller in komplementäre Heime verlegt oder entlassen werden als dies früher der Fall war. Darüber hinaus haben die Pflegeeinrichtungen heute ökonomische Anreize, die Betroffenen so lange wie möglich in den Einrichtungen zu belassen (Richter 2003). Die Prävalenz psychischer Störungen ist in Pflegeheimen ungleich höher als in Altenheimen. Es gibt demnach die Hypothese, dass alte psychisch kranke Patienten, die prinzipiell der stationären Aufnahme in der Psychiatrie bedürften, an den Krankenhäusern vorbei unmittelbar in die Heime transferiert werden ohne vorher fachliche Diagnose oder Therapie zu erfahren.

Im umgekehrten Fall spielt das Entlassungsjahr in den Analysen bei den psychotischen Störungen die geringste Rolle; die Verweildauer im Beobachtungszeitraum war relativ konstant, während anscheinend bei allen anderen Diagnosen Spielraum für eine Verkürzung bestand.

Das Alter, in anderen Studien mehrfach als Prädiktor identifiziert (Essock-Vitale 1987, Scheytt 1996, Boot 1997, Barnow 1997 Oiesvold 1999) spielt in unserer Regressionsanalyse zwar in der Gesamtheit der Fälle zur Verweildauer eine Rolle, nach Einteilung in die verschiedenen Fachbereiche wird es jedoch nicht mehr in das Modell aufgenommen. In der Gerontopsychiatrie spielt es, wie zu erwarten war, keine Rolle mehr (Aisen 1994).

Dass eine stationäre Psychotherapie, deren Zeitrahmen bedingt vorgegeben ist, verweildauerverlängernd wirkt ist allseits bekannt (Nosper 1999, Borgart 1999).

Der Aufnahmestatus freiwillig versus unfreiwillig spielt in den Fachbereichen, in denen es zu erwarten war, ebenso eine Rolle. Während bei den Psychoseerkrankten ein freiwilliger Aufnahmestatus die Verweildauer verkürzt, hat ein unfreiwilliger Aufnahmestatus bei den Suchtkranken einen verkürzenden Effekt. Die kürzere Verweildauer freiwilliger Aufnahmen bei Psychosen lässt sich durch die schwerere Beeinträchtigung und meist fehlende Krankheitseinsicht gegen ihren Willen aufgenommener Patienten erklären und möglicherweise auch durch den damit verbundenen bürokratischen Aufwand. Die kürzere Verweildauer suchtkranker Patienten bei unfreiwilliger Aufnahme beruht ebenfalls auf der fehlenden Krankheitseinsicht dieser Patientengruppe, die möglicherweise durch alkoholbedingte Ursachen unfreiwillig aufgenommen werden; Gründen also, die nach Ausnüchterung nicht mehr vorhanden sind und eine rasche Entlassung, auch wenn diese gegen den ärztlichen Rat ist, möglich machen.

Bei den Persönlichkeitsstörungen spielt ein früherer Suizidversuch als behandlungsdauerverkürzendes Element eine Rolle, während bei den mehrmals aufgenommenen Patienten Entweichungen und der Schulabschluss ins Gewicht fallen. Das ein früherer Suizidversuch mit einer kürzeren Verweildauer einhergeht ist in der Literatur beschrieben. Oft handelt es sich hier wohl um ungeplante bzw. Notfallaufnahmen (Scheytt 1996), etwa bei Patienten mit akuten Krisen, die sich durch eine stationäre Aufnahme rasch deeskalieren lassen (Lyons 1995).

Dass ein Suizidversuch und Entweichungen in das Modell der Persönlichkeitsstörungen mit aufgenommen werden ist angesichts der Vielfalt der Symptome dieses Krankheitsbildes, welches von paranoiden, schizoiden und schizotypen Störungen über dissoziale, emotional - instabile, histrionische und narzisstische zu anankastischen, selbstunsicheren, abhängigen und depressiven Persönlichkeitsstörungen reicht nicht verwunderlich. Aufgrund der Polypharmazie solch unterschiedlicher Krankheitsbilder verwundert auch das Merkmal „andere Phasenprophylaktika“ nicht.

Das erstmalige Auftreten des Faktors „höchster erreichter Schulabschluss vor Aufnahme“ in diesem Modell hat wohl zur Ursache, dass Patienten, die einen höheren Bildungsstand aufweisen trotz dieses stigmatisierenden und der Gesellschaft, in ihrem Umgang damit, schwierigem Krankheitsbild, sich schneller wieder reintegrieren lassen als Patienten die ein niedrigeres Bildungsniveau haben. Die einzige Patientenpopulation, bei der

dieses Item ebenfalls ins Gewicht fällt sind erstmalig aufgenommene gerontopsychiatrische Patienten mit einer organisch bedingten Störung (vor allem Demenzen), wobei die Erklärung ähnlich sein dürfte wie eben beschrieben: möglicherweise werden demente Patienten mit einem höheren Bildungsstand anders in die Gesellschaft in – bzw. reintegriert, vielleicht auch dank der zu postulierenden „aufgeklärteren“ und möglicherweise auch wohlhabenderen Angehörigen.

Die Einbindung in einen Beruf, der bei den Suchtkranken Patienten zur Verweildauer beiträgt – wenn der Patient berufstätig ist, wird er früher entlassen- ist in sich schlüssig. Zum einen werden die suchtkranken Patienten aus Angst bei längerdauerndem Krankenstand ihren Arbeitsplatz zu verlieren, auf rasche Entlassung drängen; zum anderen sind berufstätige Patienten möglicherweise motivierter, als solche, die außerhalb der Klinik keine Aufgabe erwartet. Zudem befinden sich im Gegensatz zu den anderen Fachbereichen in der „Suchtgruppe“ meist jüngere Patienten, die, wenn es ihnen ihre Krankheit erlaubt, berufstätig sind.

Im Gegensatz zu einer zum Krankenhausbetriebsvergleich durchgeführten Studie von Frick et al (1999) sind in dieser Regressionsanalyse Erstbehandlungen im Gros kürzer als Behandlungszeiten weiterer Aufnahmen.

Insgesamt erwiesen sich zur Vorhersage der Behandlungsdauer nur wenige Ausgangsparameter als geeignet. Die meisten sind plausibel, manche erscheinen nahezu als trivial.

In jedem Fall gilt, dass die herangezogenen soziodemographischen und klinischen Ausgangsmerkmale keine große Vorhersagekraft zu haben scheinen. Das Geschlecht zum Beispiel spielt in unserer Studienpopulation überhaupt keine Rolle, das Alter nur selten, was im Gegensatz zu anderen Untersuchungen steht, die das Alter als einer der Hauptprädiktoren zur Behandlungsdauer ermittelt haben (Frick 1999). Dies könnte bedeuten, dass die Prädiktoren zur Verweildauer zwischen verschiedenen Krankenhäusern erheblich differieren. Gehaltvollere Verlaufsprädiktoren waren das soziale Funktionsniveau oder aber psychopathologische Parameter, wie der Schweregrad der Erkrankung.

Insgesamt sind es behandlungsbezogene Parameter, die Unterschiede in der Behandlungsdauer erklären. In dem hier ermittelten Modell sind es die psychotherapeutische oder bestimmte Formen der psychopharmakologischen Behandlung (Neuroleptika, Antidepressiva), die sich auf die Dauer der stationären Behandlung auswirken. Schwierigkeiten bei der medikamentösen Behandlung (Therapieresistenz und unerwünschte Nebenwirkungen, Complianceprobleme) führen zu einer Verlängerung der Behandlungsdauer, ebenso wie die Weiterversorgung jedweder Art, sei es in der hauseigenen Ambulanz oder in anderen komplementären Versorgungseinrichtungen.

Das bedeutet, dass den individuellen patientenbezogenen Merkmalen ein deutlicher Einfluss auf die Therapiedauer zukommt, nicht unbedingt der Diagnose. Der Symptomverlauf, der Schweregrad der Erkrankung, die Beeinträchtigung durch die Störung, die Medikation und die damit verbundenen Komplikationen bestimmen die Therapiestrategie und damit letztlich die Verweildauer. Der Beeinträchtigungsschweregrad, gemessen mit dem CGI, ist in unseren Modellen in der Allgemeinpsychiatrie und der Gerontopsychiatrie, zu einem großen Teil mitverantwortlich für die Verweildauer, ein Ergebnis das zu anderen Studien, die ebenfalls zur Prädiktion der Verweildauer durchgeführt wurden, nicht kongruent ist (Kluge 2002, Frick 1999). Die erzielte Veränderung im Funktionsniveau vergrößert sich gleichsinnig mit der Therapiedauer. Ein Grund hierfür könnte sein, dass in unserer Analyse der Beobachtungszeitraum relativ lang war (neun Jahre) und die Regression durch „missing values“, die häufig auch die Einschätzung nach dem CGI betreffen, nicht so beeinträchtigt war.

Insgesamt unterscheiden sich in den einzelnen Fachbereichen die Behandlungsdauern deutlich. Für Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis liegt die mittlere Behandlungsdauer über, für Suchterkrankungen unter dem Durchschnitt.

Bezogen auf die Diskussion um die DRGs verstärkt dieses Ergebnis die Vermutung, dass zur Entwicklung eines Klassifikationssystems in der Psychiatrie andere Merkmale als Diagnose und Alter eine Rolle spielen. So sind es vor allem krankheitsbezogene Faktoren, soziodemographische Faktoren und die des Therapieverlaufs, die die Verweildauer der Patienten bestimmen.

Es hat den Anschein, dass die Qualitätsanforderung, ein möglichst eigenständiges Leben außerhalb von Institutionen zu verwirklichen Früchte trägt und es Bemühungen gibt die Patienten in den komplementären Bereich einzubinden. Ein großer Teil der Varianzaufklärung der Behandlungsdauer wird in allen Krankheitsgruppen durch die vorhandene bzw. nicht vorhandene komplementäre Weiterversorgung bzw. außerstationäre Therapiemaßnahmen geleistet.

Die in der Folge der „Deinstitutionalisierung“-Bewegung auf der Basis regionaler und nationaler Statistiken veröffentlichten Inanspruchnahmedaten aus den verschiedenen Versorgungsbereichen waren eindrucksvoll und wiesen zudem häufig in die erwünschte Richtung (Division of Biometry and Epidemiology 1977 Wing 1972): So sank die Zahl der belegten Betten, ebenso, wie die durchschnittliche Verweildauer in stationären Einrichtungen. Gleichzeitig stieg die Inanspruchnahme extramuraler und komplementärer Einrichtungen. Selbst chronisch Kranke, die bis dahin viele Jahre oder gar den größten Teil ihres Lebens im Krankenhaus verbracht hatten, wurden entlassen. Es schien so, als hätte sich mit dem Aufbau alternativer Versorgungsstrukturen der Ort der Behandlung erfolgreich aus dem Krankenhaus „in die Gemeinde“ verlagern lassen. Heutzutage muss eingewendet werden, dass sich selbst durch Aufbau komplementärer Dienste und ambulanter Betreuungen die Integration psychisch Kranker nicht hat verwirklichen lassen, zumindest nicht so, wie man sich das vorgestellt hatte (Eikermann 2005) und die gewünschte „Entstigmatisierung“ nicht in Erfüllung gegangen ist.

Eine Begrenzung der Aussagekraft unserer Untersuchung liegt in der Tatsache, dass sie sich nur auf eine Institution bezieht. Frick et al (2001b) fanden in acht Kliniken der Allgemeinen Psychiatrie keinen Unterschied in der Verweildauer, wenn Patientenvariablen und institutionelle Faktoren kontrolliert wurden.

Bereits nach Durchsicht der Studien zu dieser Thematik konnte man feststellen, dass die Varianz der Behandlungsdauer vor allem durch zwei Konstellationen zu einem größeren Teil aufgeklärt werden kann. Einerseits durch Prozessmerkmale, die zum Beispiel Komplikationen während der Behandlung, Art und Umfang der Medikation beinhalten, also auf „unerwartete Ereignisse“ im Behandlungsverlauf hinweisen. Zum anderen durch Organisationsmerkmale, wie in unserem Modell die Weiterbehandlung. Patientenmerkmale und die Diagnose allein hingegen können insgesamt nur wenig Varianz aufklären.

So lässt sich schließen, dass in der Basisdokumentation genauere Angaben zur Medikation und zur Art der Einbindung in das Versorgungssystem für die Schätzung der Behandlungsdauer aufschlussreich wären und dass vor allem die Merkmale, die den Behandlungsprozess inhaltlich und in seiner Kontinuität beschreiben, geeignet sind, Unterschiede der Behandlungsdauer zu erklären.

Letztlich bedeutet das, dass eine bessere statistische Vorhersagbarkeit der Behandlungsdauer offenbar nur durch Hinzufügen weiterer Schweregradindikatoren und Indikatoren über den Behandlungsverlauf erreicht werden kann und verfeinerte methodische Ansätze zu einer höheren Varianzaufklärung führen dürften.

Welche Rolle der Behandlungsdauer als Information über das Behandlungsergebnis zukommt, ist allerdings weiterhin nicht geklärt, sagt sie doch nichts über die Qualität der Behandlung aus.

## 5.2. Diskussion der Ergebnisse der Analyse für die Wiederaufnahme und häufige Inanspruchnahme

Die stationäre Behandlung vollzieht sich in einer gegebenen Zeit, die der Patient in der Einrichtung verbringt. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welchen Einfluss die Dauer der Behandlung auf das klinische Ergebnis hat. Als Ergebnis wird, da leichter zu operationalisieren als die Summe aus Zeit und therapeutischen Maßnahmen, oft die Wiederaufnahmerate herangezogen. Diese gilt als Merkmal des Rückfalls.

Die Wiederaufnahmerate wird gewöhnlich assoziiert mit Variablen wie komorbiden Substanzmittelmissbrauch (Vogel 1997), schlechtem psychosozialen Status und sozialer Isolation, (Doering 1998) der Lebensqualität und des Eingebundenseins in eine Familie (Mercer 1999), Krankheitsdauer und Erkrankungsalter (Olfson 1999), Diagnose (Perlick 1999), psychiatrische Zweitdiagnose (Rabinowitz 2001), Art der Medikation (Russo 1997) und vorangegangenen Aufenthalten (Swett 1995, Klinkenberg 1996, Appleby 1993).

Die in unserer Cox Regression gefundenen Ergebnisse stimmen mit denen aus der Literatur überein. Es fällt auf, dass zum großen Teil die Variablen, die auch für die Dauer der Behandlung verantwortlich sind zum Risiko einer Wiederaufnahme beitragen. Genannt sei hier die Medikation und die Anzahl der verschriebenen Medikamente, die in allen Modellen unabhängig von der Diagnose und Art der Medikation die Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit erhöht.

Ebenso hat die psychiatrische Weiterversorgung einen Einfluss auf die Wiederaufnahmerate. Zunächst mutet es als unverständlich an, dass die Einbindung in die hauseigene Ambulanz das Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme erhöht, während eine „hausfremde“ ambulante Weiterbetreuung die Wahrscheinlichkeit (bis zu 34%) reduziert. Eine Erklärung hierfür wäre einfach der leichtere Zugriff auf Patienten, die sich in der hauseigenen Ambulanz vorstellen, die raschere Entscheidung den Patienten zur Deeskalation ohne großen Aufwand stationär aufzunehmen, zumal über die Länge der Verweildauer des wiederaufgenommenen Patienten hier keine Aussage gemacht werden kann. Über den Einfluss außerstationärer Versorgungsmaßnahmen auf die Verweildauer und die Wiederaufnahmerate lassen sich in der Literatur unterschiedliche Aussagen finden. Aus unserer Analyse geht hervor, dass die fehlende komplementäre Weiterversorgung zu einem erhöhten Risiko der Wiederaufnahmerate führt, während das Vorhandensein ambulanter (nicht hauseigener!) Versorgungsmaßnahmen das Risiko reduziert. Laut an der Heiden (1996) wurden in einer von ihm zusammengestellten Liste von 37 Evaluationsstudien in 23 Analysen eine Reduktion der stationären Behandlungsbedürftigkeit ermittelt, in 14 Studien fehlte dieser Zusammenhang oder es zeigte sich eine positive Korrelation zwischen dem Ausmaß intra- und extramuraler Inanspruchnahmen. Thompson et al (2003) fanden ein erhöhtes Wiederaufnahmerisiko bei Patienten die ambulant weiterbetreut wurden, schlagen aber, ebenso wie andere Autoren (Klinkenberg 1996, Mares 2000) vor zwischen den verschiedenen Möglichkeiten extramuraler Versorgung zu unterscheiden. Swartz et al (1999), die bei schwer psychisch Kranken den Einfluss außerstationärer Maßnahmen auf die Rehospitalisierung untersuchten, kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Patienten, die, wenn auch oft unfreiwillig, nach Entlassung unter einer Art Supervision standen, ein signifikant geringeres Risiko für eine Wiederaufnahme hatten, als Patienten, denen dies versagt blieb.

Im Gegensatz zur Länge der Behandlungsdauer ließ sich kaum ein Einfluss des CGIs (des Schweregrads der Erkrankung) auf die Wiederaufnahme finden. Lediglich bei der

Gruppe der Suchtkranken spielt der erste Teil des CGIs eine Rolle. Dieses Ergebnis ist mit dem von Lyons et al (1997) identisch. Vielmehr scheint die Unfähigkeit sich selbst zu versorgen („impairment of self-care“) für eine erneute Wiederaufnahme eine Rolle zu spielen.

Dass die Verweildauer (Appleby 1993), die vorausgegangenen Aufenthalte (Swett 1995, Appleby 1993) und das Alter des Patienten (Carpenter 1985, Zilber 1990) eine Rolle für das Wiederaufnahmerisiko spielen ist aus zahlreichen Studien bekannt.

In Übereinstimmung mit anderen Studien (Thompson 2003, Woogh 1990, Spieß 2002, Diestelhorst 2001) prädiziert eine hohe Anzahl vorausgegangener Aufenthalte auch in unserer Analyse eine Wiederaufnahme mit Ausnahme der Gerontopsychiatrie. Gerontopsychiatrische Patienten werden häufig nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Einrichtungen wie Pflege – und Altenheime verlegt, was dies erklären könnte.

Die meisten Studien finden ein jüngeres Lebensalter als Prädiktor (Kastrup 1987, Casper ES, Woogh 1990), ein Befund, den wir bestätigen können.

In dieser Analyse ist der Einfluss der Verweildauer auf die Wiederaufnahmerate verschwindend gering, ein Ergebnis, dass mit einer Untersuchung von Figueroa et al (2004) übereinstimmt, während andere Untersuchungen genau das Gegenteil berichten (Geller 1998, Korkeila 1998). Die Einführung von Managed Care Programmen, die eine kürzere Verweildauer zur Kostensenkung zum Ziel haben sind in einigen Studien untersucht worden und haben gezeigt, dass „erzwungene“ kürzere Aufenthalte eine höhere Wiederaufnahmerate zur Folge haben (Wickizer 1998, Heeren 2002).

Betrachtet man isoliert die Fälle der Gerontopsychiatrie fällt auf, dass es neben der Medikation vor allem die komplementären Versorgungsmaßnahmen nach Entlassung sind, die eine Wiederaufnahme prädizieren. Offensichtlich kann die Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten in einem „den Umständen entsprechendem Setting“ wie etwa einem Altenheim die Wiederaufnahmerate reduzieren. Darüber, inwieweit die Mortalität in dieser Patientengruppe in bezug auf die Wiederaufnahme eine Rolle spielt, können wir keine Aussage treffen.

Da Patienten in dieser Diagnosegruppe, die oft auch aufgrund ihrer altersbedingten „Gebrechlichkeit“ mehr auf fremde Hilfe zu Verrichtungen im alltäglichen Leben angewiesen sind, als Patienten aus anderen Fachbereichen, verwundert es nicht, dass auch andere Untersuchungen gezeigt haben, dass sich gerade bei gerontopsychiatrischen Patienten die Wiederaufnahmerate durch Einbindung in die Familie und Weiterbetreuung in anderen Einrichtungen senken lässt (Mercer 1999, Hendryx 2003).

Kongruent mit anderen Studien ist ebenso die Feststellung, dass Patienten, die berufstätig und verheiratet sind, beides „Proxyvariablen“ für eine bestehende gesellschaftliche Integration bzw. ein funktionierendes soziales Netzwerk, ein geringeres Wiederaufnahmerisiko haben (Mezzich 1985, Sullivan 1993, Bailer 1994, Hodgson 2001). Dass eine soziale Deprivation mit häufigen Wiederaufnahmen assoziiert sein kann ist in vielen Studien bestätigt worden (Woogh 1990, Harrison 1995, Jarman 1992).

Bisher haben die Studien, die die Ausbildung miteinbezogen haben keinen Einfluss auf das Wiederaufnahmerisiko gefunden (Woogh 1986), in unserer Studie trägt sie in der Gerontopsychiatrie und der Sucht, wenn auch zu einem vernachlässigbaren Teil, zum Wiederaufnahmerisiko bei.

Andere Untersuchungen haben gezeigt, dass ein komorbider Substanzmittelmissbrauch und eine Opiatsubstitutionsbehandlung konsistente Prädiktoren für eine Wiederaufnahme sind (Haywood 1995, Lyons 1989, Arfken 2004), was sich auch in unserer Analyse bestätigen lässt. Insgesamt haben suchtkranke Patienten eine fast 20%ige höhere Wahrscheinlichkeit wiederaufgenommen zu werden. Wahrscheinlich nutzen abhängige Patienten in Folge ihrer Lebensumstände (die meist Folge, nicht Ursache der Erkrankung sind) das Krankenhaus wohl auch aufgrund der oft fehlenden sozialen Integration nicht nur

mit Therapieintention sondern auch als Schutz und Gelegenheit zur Befriedigung der Grundbedürfnisse. So hatten bereits Kent et al (1994 und 1995b) festgestellt, dass für häufig aufgenommene Patienten soziale Aspekte im Rahmen stationärer Behandlungen mindestens ebenso wichtig sind wie medizinische Interventionen. Andererseits könnte dieser Befund auch allgemein die Aufnahmepolitik widerspiegeln. Wie Lyons et al (1995) feststellten spiegeln Wiederaufnahmeraten auch die Aufnahmepolitik einer Einrichtung wieder. Dies würde auch die häufigere Inanspruchnahme einer stationären Aufnahme aus der hauseigenen Ambulanz erklären.

Suchtkranke Patienten, die häufig wiederaufgenommen werden, sind in anderen Studien als häufiger ohne aktuelle Partnerschaft und alleinlebend sowie ohne Beschäftigungsverhältnis identifiziert worden (Richter 2002), was sich in unserer Analyse ebenfalls ergab. Die sozialen Lebensumstände der Patienten mit höheren Aufnahmezahlen sind meist schlechter als die der Patienten mit geringeren Aufnahmezahlen.

Der GAF Wert, als Maßstab der psychosozialen Situation spielt in unserem Modell ebenso eine Rolle wie bei Hendryx et al (2003), der diesem einen großen Prädiktionswert zuschreibt. Insgesamt soll eine schlechtere soziale Anpassung gemessen mit dem GAF ein Prädiktor für häufige Krankenhausaufenthalte sein, während einer „akuten Stresssituation“, die zu einer stationären Aufnahme führt, meist keine weiteren folgen (Vogel 1997). Für depressive Patienten konnte gezeigt werden, dass das psychosoziale Funktionsniveau bei der Entlassung aus zu kurzen Aufenthalten im Vergleich geringer war (Lieberman 1998).

Eine komorbide Persönlichkeitsstörung oder eine Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose prädiziert in unserem Modell zu einer Wiederaufnahme; dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Heavy User Studien (Casper 1990, Kent 1995, Hadley 1990, Korkeila 1998). Komorbide Störungen neigen insgesamt zu einer Chronifizierung sowie zu einer zusätzlichen Beeinträchtigung, die eine stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach sich zieht. Gerade bei alkoholabhängigen Patienten verursachen sie Kosten durch soziale Isolation, geringere Weiterbildungsmöglichkeiten, Arbeitslosigkeit und chronische finanzielle Probleme. Populationsbezogene Studien weisen darauf hin, dass alkoholabhängige Personen mit komorbiden Störungen in klinischen Populationen überrepräsentiert sind (Kessler 1997). Driessen et al (1998) fanden in einer deutschen Krankenhausstichprobe unter Alkoholabhängigen eine psychiatrische Komorbidität von fast 60%.

Ebenso ist aus der Literatur bekannt, dass eine Komorbidität mit einer Suchterkrankung ein positiver Prädiktor ist ebenso wie eine Suchterkrankung selbst (Casper 1993, Kent 1994).

Kent (1994) fand vor allem Patienten mit psychotischer Störung und Drogen – oder Alkoholabusus, die wiederholt aufgenommen worden sind, was sich in anderen Studien bestätigen ließ (Casper 1990, Haywood 1995, Rabinowitz 1995).

In einer Untersuchung aus Leipzig (Roick 2004), in der unter anderem das Personal der Klinik zu dieser Patientengruppe befragt wurde, wurden eine Noncompliance und eine begleitende Persönlichkeitsstörung als Merkmale genannt. Eine niedrige Frustrationsgrenze, die mit einem hohen Konfliktpotenzial einhergeht, birgt die Gefahr häufiger Wiederaufnahmen.

Erstaunlich ist, dass sich die Fachbereiche im Grunde in den Variablen, die zum Wiederaufnahmerisiko beitragen nicht unterscheiden. Möglicherweise liegt diesem Ergebnis aber auch eine gewisse Willkür der Kontrollvariablen zugrunde: einerseits ist trotz Durchsicht der Literatur und lediglich Einbeziehung der in der Literaturübersicht relevanten Variablen, der Merkmalskatalog relativ groß, andererseits werden die Fälle, wie bereits oben erwähnt, die missing values aufweisen erst gar nicht in die Cox Analyse miteinbezogen.

Eine weitere Einschränkung ist, dass über Aufnahmen in anderen Krankenhäusern keine Aussagen gemacht werden können.

Bei der Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens haben wir zwischen Patienten mit langer Behandlungsdauer und solchen mit häufigen Aufnahmen unterschieden.

In der Regressionsanalyse finden sich vier Prädiktoren, die zumindest für vier Aufnahmehäufigkeiten konsistent sind, unabhängig ob die Inanspruchnahme anhand der Zahl stationärer Aufnahmen oder anhand der Nutzergruppenzugehörigkeit definiert wird.

Bei diesen Prädiktoren handelt es sich um das Alter bei Aufnahme, das Fehlen einer komplementären Weiterbetreuung und die Anzahl der Medikamente sowie eine ambulante Weiterversorgung mitunter auch in der eigenen Ambulanz.

Manche Prädiktoren treten jeweils nur in einem der beiden Modelle auf. Dies gilt für einen früheren Suizidversuch, der außer bei den gerontopsychiatrischen Patienten zu einer größeren Wiederaufnahmerate führt ebenso wie, wiederum die Gerontopsychiatrie ausgenommen, eine Entlassung gegen ärztlichen Rat. Eine Selbstgefährdung ist auch in anderen Studien ein Grund für eine Wiederaufnahme (Casper 1990).

Diese Ergebnisse stimmen mit anderen Studien überein, wobei sie keine konstanten Einflussfaktoren sind. Eine Berufstätigkeit reduziert die Wahrscheinlichkeit wiederaufgenommen zu werden sowie die Dauer der Behandlung aus leicht erklärbaren Gründen: zum einen kann postuliert werden, dass Patienten, die berufstätig sind einen geringeren Schweregrad der Erkrankung haben, folglich erfolgreicher zu behandeln und rascher zu entlassen sind. Zum anderen ist vorstellbar, dass ein berufstätiger Patient aus wirtschaftlichen Gründen- also Angst vor Entlassung bei zu langem Krankenstand, möglicherweise auch Furcht vor Stigmatisierung- auf eine rasche Entlassung drängt und versuchen wird eine Wiederaufnahme zu vermeiden. Ein dritter Grund ist sicherlich auch eine andere Motivation für Patienten, die berufstätig sind, die außerhalb der Klinik eine Aufgabe erwartet.

Der Einfluss der Einbindung in komplementäre Einrichtungen auf die Verweildauer und die Wiederaufnahmerate verdient besonderes Interesse. Patienten, die nicht weiter betreut werden, haben, wie oben beschrieben, zwar eine kürzere Verweildauer, dafür aber eine höhere Wahrscheinlichkeit wiederaufgenommen zu werden. Dieser Zusammenhang wird in der Literatur „Drehtüreffekt“ genannt und ist in zahlreichen Untersuchungen belegt worden (Geller 1992) und wird oft als Folge einer gescheiterten Enthospitalisierung gesehen.

Dazu passt, dass bei einer qualitativen Untersuchung häufiger Inanspruchnahme (Roick 2004), die Befragten zur Vermeidung stationärer Aufenthalte Verbesserungsvorschläge lediglich für den ambulanten und komplementären Bereich aufzeigten, während sie für den stationären Bereich kaum Handlungsbedarf sahen.

Wobei Saarento (1996) nachweisen konnte, dass ein optimales Angebot gemeindepsychiatrischer Leistungen allein die Wiederaufnahmerate bzw. Inanspruchnahme auch nicht reduziert.

So ist das Ergebnis, dass Patienten, die in eine ambulante Weiterversorgung vermittelt werden zwar eine längere Behandlungsdauer haben – wohl aus organisatorischen Gründen- aber eine geringere Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit folgerichtig.

Und insofern erstaunt dann, im Hinblick auf dieses Ergebnis, dass Patienten, die in die eigene Ambulanz überwiesen werden sowohl eine längere Behandlungsdauer haben, als auch eine höhere Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit aufweisen, zunächst.

Eine mögliche Erklärung wäre, dass die Entscheidung Patienten, die bekannt sind, stationär wiederaufzunehmen, schneller fällt als bei „neuen“ unbekanntem Patienten; zum anderen könnte man eine Aussage über das Hilfesuchverhalten der betroffenen Patienten treffen: Sie stellen sich immer wieder in der Umgebung vor, die ihnen vertraut ist. Das höchste Vertrauen genießen anscheinend Personen und nicht Behandlungsmethoden. Kent (1994) stellte zudem fest, dass Patienten oft gezielt Suizidgedanken äußern, um eine Aufnahme zu erzwingen.

Die Verweildauer an sich hat in unserem Modell einen vernachlässigbar geringen Einfluss auf die Wiederaufnahmerate, ebenso das Geschlecht und der Einweisungsmodus.

Die Ergebnisse über das Geschlecht als Prädiktor sind auch in anderen Studien sehr heterogen. Einmal sind es Männer, die eher zum „Drehtürpatienten“ werden (Kastrup 1987, Casper 1990, Haywood 1995) in anderen eher Frauen. (Goodpastor 1991, Krautgartner 2002)

Der Schweregrad der Erkrankung jedoch spielt sowohl bei der Verweildauer (ECGI2) als auch bei der Rehospitalisierungsrate (ECGI1) eine Rolle. Patienten, deren Zustand bei Entlassung als sehr viel besser eingeschätzt wird, haben eine längere Verweildauer, Patienten, die leichter erkrankt sind, ein geringeres Wiederaufnahmerisiko.

Unter „Heavy users“ finden sich mehr Selbsteinweiser als unter anderen Patienten, was bereits in anderen Studien festgestellt worden ist (Havassy 1989, Voineskos 1978). Möglicherweise hat dies aber auch lediglich das Fehlen eines ambulant betreuenden Arztes, der einweisen könnte, zur Ursache.

Betrachtet man den gesamten Beobachtungszeitraum, so haben heavy user nicht nur – wie per definitionem festgelegt – mehr stationäre Aufnahmen, sondern auch eine hochsignifikant längere kumulierte Behandlungsdauer als die anderen Patienten. (siehe Abbildung 13)

Die Wahrscheinlichkeit ein heavy user zu sein steigt, wenn eine Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung vorliegt, eine komplementäre Weiterbetreuung fehlt, ein Drogenentzug bzw. eine Opiatsubstitutionsbehandlung stationär erfolgen.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass auch andere Faktoren zur Wiederaufnahme und zur häufigen Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgung beitragen. Soziodemografische Merkmale und Parameter, die mit der Schwere der Grunderkrankung zusammenhängen, haben ebenso Einfluss auf die starke Inanspruchnahme stationärer Versorgung wie soziale Probleme und das psychiatrische Versorgungssystem.

## 6. Zusammenfassung

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion allgemeiner Kostenreduktion und zunehmender Managementstrategien im Gesundheitswesen ist das Vorhandensein epidemiologischer Daten in der Versorgungsforschung Voraussetzung für die Planung von Versorgungsstrukturen. Die stationäre Versorgung insbesondere auch psychisch Kranker wird unter zunehmenden Legimitationsdruck geraten. Versorgungsrelevante epidemiologische Daten können unter anderem Informationen darüber liefern, welche Personen von der psychiatrischen Versorgung profitieren und welche Indikatoren für die Definition von Versorgungsbedarf relevante Ergebnisse bereitstellen.

Obwohl von Seiten der psychiatrischen Fachgesellschaften klare störungsspezifische Behandlungsrichtlinien existieren, ist die Unterschiedlichkeit psychiatrischer Therapien innerhalb des Versorgungssystems von weiteren Faktoren, wie zum Beispiel von der Struktur des Versorgungssystems und den finanziellen Ressourcen innerhalb des Versorgungssystems, abhängig.

Da unter ökonomischer Perspektive die Dauer der stationären Behandlung Mittelpunkt des Interesses ist, sollen mit der hier vorliegenden Datenanalyse zur Behandlungsdauer, Wiederaufnahmerate und häufigen Inanspruchnahme am Bezirkskrankenhaus Haar – einem großen regional vollversorgendem Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin - Faktoren, die Einfluss auf die Behandlungsdauer haben, identifiziert werden.

So bilden die Daten der im Bezirkskrankenhaus Haar erhobenen Basisdokumentation in einem Beobachtungszeitraum von 9 Jahren (Januar 1996 bis November 2005) die Grundlage für eine retrospektive statistische Analyse der Behandlungsdauer. Ziel dieser Analyse ist es, ein Erklärungsmodell für die Behandlungsdauer für verschiedene Fachbereiche für die stationäre psychiatrische Versorgung im BKH Haar zu finden und zu überprüfen, welcher Anteil der Varianz damit geklärt werden kann.

Zudem soll untersucht werden, ob sich Prädiktoren für eine Wiederaufnahme und eine häufige Inanspruchnahme finden lassen. In die Auswertung wurden, mit Ausnahme der forensischen Patienten und der Patienten mit Oligophrenien, alle vollstationären Aufnahmen der Akutpsychiatrie im Zeitraum von 1996-2005 miteinbezogen.

Die Berechnungen werden für drei Fachbereiche getrennt durchgeführt und zwar für die Allgemeinpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie und die Suchterkrankungen sowie für alle Kategorien (Akutpsychiatrie) insgesamt.

Die mit dem Untersuchungsdesign verbundene Einschränkung sei vorab kurz skizziert. Die Daten, die der Untersuchung zugrunde liegen, sind die Daten der Basisdokumentation nur einer Klinik, deren Umfang und Aussagefähigkeit beschränkt ist. Über weitere Folgen und Einflussfaktoren können letztlich keine Schlüsse gezogen werden. Genauso wenig gehen stationäre Behandlungen in anderen Kliniken in die Analyse ein. Extrem kurze Behandlungszeiten (ein Tag) wurden nicht berücksichtigt.

Die Dauer der stationären Behandlung ist, wie in der gesamten westlichen Welt, im Beobachtungszeitraum stark rückläufig. Die Verteilungsparameter der Behandlungsdauer und der Wiederaufnahmerate sowie der häufigen Inanspruchnahme entsprechen den beschriebenen Erwartungen.

Diese Entwicklung ist neben der Deinstitutionalisierungsbewegung Folge des Ausbaus komplementärer Einrichtungen, aber auch Folge der Vorgaben durch die Kostenträger zur Reduktion der Ausgaben im Gesundheitswesen.

Die Prädiktoren ließen sich im Beobachtungszeitraum replizieren. Dieses Ergebnis ist für die anhaltende versorgungspolitische Diskussion von Bedeutung: einen deutlichen Einfluss auf die Therapiedauer und die Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit haben individuelle

patientenbezogene Merkmale wie die Schwere des psychopathologischen Befundes, die eingesetzte Medikation und deren mögliche Komplikationen sowie die allgemeine Funktionsfähigkeit im alltäglichen Leben, nicht so sehr die Diagnose.

Betrachtet man das Ergebnis der multiplen Regression zeigt sich, dass es weniger soziodemographische Daten sind, die Einfluss auf die Behandlungsdauer haben sondern vielmehr Merkmale der Prozessqualität wie die Medikation, deren Komplikationen und die fehlende oder vorhandene Einbindung der Patienten in extramurale Versorgungsstrukturen. Zudem nimmt in unserer Analyse die Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung als Prädiktor eine wichtige Rolle ein. Es sind demnach Dimensionen krankheitsbezogener Faktoren, patientenbezogener Merkmale und Parametern des Therapieverlaufs, die die Behandlungsdauer bestimmen.

Mit bis zu 34% Varianzaufklärung bei Unterscheidung in einzelne Fachbereiche und 42 % bei Diskriminierung in die Zahl der Aufenthalte liegen die Ergebnisse im Rahmen der in der Fachliteratur gefundenen Ergebnisse (Richter 1999a, Frick 1999, Huntley 1998, Creed 1997) und beweisen, dass die Merkmale, die den Behandlungsprozess beinhalten, die größte Erklärungskraft haben.

Klinische Merkmale wie der Schweregrad der Symptomatik, patientenbezogene Merkmale wie Berufstätigkeit und familiäre Einbindung, therapiebezogene Merkmale, wie Medikation und Psychotherapie sowie Weiterbetreuung nach Entlassung sollten bei Berechnung der Varianzaufklärung der Behandlungsdauer berücksichtigt werden. Da einige Studien den Einfluss von Klinikstrukturen auf die Varianzaufklärung beweisen konnten (Frick 1999) bleibt es weiteren Untersuchungen vorbehalten, zu prüfen, wie viel Varianzaufklärung auf Patientenmerkmale und wie viel auf Klinikmerkmale entfällt. Zudem wurde in manchen Studien postuliert, dass sich selbst die Patientenmerkmale in unterschiedlichen Umgebungen unterschiedlich auswirken, was sich in traditionellen Regressionsanalysen aber nicht abbilden lässt (Frick 2001).

Demnach ist die, bisher noch vorläufige Entscheidung der Bundesregierung, die stationäre Psychiatrie und die Psychosomatische Medizin von der Anwendung diagnosebezogener Fallpauschalen auszunehmen, gerechtfertigt. Die Diagnose kann trotz hinzugefügter Patientenmerkmale die Varianz der Behandlungsdauer nicht in ausreichendem Maß erklären.

Eine stationäre Wiederaufnahme wird aufgrund der Vorstellung, dass ein Leben außerhalb des Krankenhauses vorzuziehen ist, mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf gleichgesetzt.

Zudem wurde in den letzten Jahren die Vermutung geäußert, dass erhöhte Wiederaufnahmeraten die Inadäquatheit eines zu stark verkürzten Klinikaufenthaltes widerspiegeln. Um aber den Kausalzusammenhang zwischen verschiedenen Versorgungsformen zu überprüfen, sollte man Kenntnis haben über mögliche Systemzusammenhänge (an der Heiden 1996) und dies wird aufgrund der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes der Fragestellung häufig nicht gerecht.

Die Ergebnisse unserer Analyse zur Prädiktion der Wiederaufnahme zeigen, dass ähnlich wie zur Voraussage der Behandlungsdauer Merkmale der Medikation und der Weiterbetreuung die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme erhöhen bzw. reduzieren. Ein für das Bezirksklinikum interessanter Befund dabei ist, dass die Weiterleitung und Einbindung eines Patienten in die hauseigene Ambulanz die Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Wiederaufnahme erhöht, was einerseits durch die Aufnahmepolitik, andererseits durch den Vorteil einer bereits bestehenden Arzt – Patienten- Beziehung zu erklären, möglicherweise aber nicht „im Sinne des Erfinders“, ist. Die außerstationäre Versorgung psychisch Kranker beinhaltet eine Vielzahl von Maßnahmen, deren Interaktion sich unserer Kenntnis oft entzieht. Anzunehmen ist aber sicherlich, dass das Krankenhaus oft nicht

nur die Behandlungsfunktion übernimmt, sondern zugleich auch primäre Bedürfnisse, wie Unterkunft und Versorgung, befriedigt (Bachrach 1976).

Möglicherweise werden zukünftig entgegengesetzte Entwicklungen in der stationären Verweildauer zu beobachten sein: durch Ausbau des ambulanten und komplementären Netzes können Patienten mit einem geringeren Störungsgrad dort verbleiben, während Patienten mit Beeinträchtigung durch eine schwere Erkrankung stationär behandelt werden müssen und deren Verweildauer tendenziell steigt.

Dass Patienten, die in einem funktionierendem sozialen Netz – gemessen am GAF Wert und anhand einer bestehenden Berufstätigkeit und dem Leben mit einem Partner, als „Proxyvariablen“ hierfür – die, außerhalb der Klinik gut aufgehoben sind, eine geringere Wiederaufnahmerate aufweisen, ist schlüssig.

Ein höheres Risiko für eine Wiederaufnahme haben Patienten mit alkoholbedingten und komorbiden Störungen, früheren Suizidversuchen, Psychopharmakobehandlungen, Complianceproblemen, Entlassung gegen den ärztlichen Rat und fehlender komplementärer Weiterversorgung sowie der bereits angesprochenen Weiterbetreuung in der eigenen Ambulanz. Des Weiteren haben das Alter, die Nationalität, die psychosoziale Situation, der Aufnahmezustand (freiwillig) sowie die Verweildauer einen positiven Effekt auf das Wiederaufnahmerisiko.

Ein Zusammenhang zwischen kürzerer Behandlung und steigender Wiederaufnahmerate ist erkennbar.

Um die häufige Inanspruchnahme stationär psychiatrischer Versorgung beurteilen und damit „heavy user“ identifizieren zu können teilten wir in der Analyse innerhalb des Beobachtungszeitraums die Aufnahmehäufigkeit von einem bis neun und mehr Aufenthalten ein und machten die Anzahl der stationären Aufenthalte im Beobachtungszeitraum zur Zielvariablen.

Die Ergebnisse decken sich weitestgehend mit der Literatur über häufige stationäre Wiederaufnahmen in der Psychiatrie beziehungsweise mit der Literatur über sogenannte „heavy user“ oder auch „Drehtürpatienten“.

Das Risiko einer häufigen Inanspruchnahme wird durch die Anzahl vorausgegangener Aufenthalte prädiziert, genauso wie durch das Maß der psychosozialen Anpassung (Kent 1994 und 1995) und das Vorhandensein von anderen Versorgungsstrukturen. Überwiegend handelt es sich um Patienten mit Schizophrenien, einer Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose oder als Zweitdiagnose und einem Substanzmittelmissbrauch, was sich mit Ergebnissen aus anderen Studien deckt (Kent 1995). Eine Opiatsubstitutionsbehandlung und eine Diagnose F10 nach ICD 10 (Suchterkrankung) macht eine Wiederaufnahme wahrscheinlich.

Eine längere Verweildauer bei häufiger Inanspruchnahme wird neben der Medikation durch eine schizophrene Störung und ebenfalls durch das Angebot komplementärer Versorgung beeinflusst. Auf der Basis evaluativer Studien muss man vermuten, dass pharmaka – oder in einem weiteren Sinne therapierefraktäre Patienten in den letzten drei Dekaden zugenommen haben. Außerdem hat die Deinstitutionalisierung zur Folge, dass die kustodialen Betreuungselemente und -strukturen in Form von Langzeitstationen in psychiatrischen Krankenhäusern oder dem Status als Langzeitpatient kaum mehr vorhanden sind. Besonders die sozial behinderten Patienten unter den älteren chronisch Kranken sind überfordert, wenn ihnen Unterstützungsformen die früher im großen psychiatrischen Krankenhaus angeboten wurden, plötzlich entzogen werden. Sie gelangen deswegen wiederholt in klinisch-stationäre Behandlung. Daneben wächst eine Zahl junger chronisch Kranker Patienten heran, die oft nachteilige Erfahrungen mit stationären Behandlungen gemacht hat

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass es sich bei diesen Patienten um keine durch Patienteneigenschaften klar bestimmte Gruppe handelt und eine deutliche Heterogenität besteht. Diese Patienten unterscheiden sich demnach von anderen Patienten dimensional und nicht kategorial. Eine weitreichende psychosoziale Beeinträchtigung scheint eine häufige Inanspruchnahme zu implementieren, was in Übereinstimmung zu anderen Studien steht. Der Begriff „heavy use“ ist demzufolge falsch, beinhaltet er doch, dass es vor allem Krankheits- und Patientencharakteristika sind, die dafür verantwortlich sind.

Die Grundstruktur des Ergebnisses, dass nämlich ein kleiner Teil der Patienten für einen Großteil der Nutzung der stationären Psychiatrie verantwortlich ist, wird in unserem Ergebnis bestätigt. Verwunderlich ist dieses Resultat allerdings nicht, bildet es doch eigentlich die Grundlage der häufigen Inanspruchnahme.

Abschließend sei bemerkt, dass die diagnostische Prävalenz und die Behandlungsprävalenz maßgeblich für den Versorgungsbedarf sind. Die Epidemiologic – Catchment - Area Studie (ECA) (Regier 1993) in den USA hat demonstriert, dass nur 28% derjenigen mit einer psychiatrischen Diagnose bzw. Suchtdiagnose Versorgungsleistungen in Anspruch nahmen. Im Vergleich zum „National Comorbidity Survey“ fallen aber Unterschiede auf, die schwer erklärbar sind, da beide Untersuchungen in einem Land innerhalb einer Dekade und mit vergleichbarem Design durchgeführt worden sind (Regier 1998). In dem British National Survey of Psychiatric Morbidity (Bebbington 2000) werden Prävalenz- und Versorgungsdaten betrachtet, um Schlüsse über den Versorgungsbedarf ziehen zu können. Neben den psychiatrischen Diagnosen wurden Informationen über das Konsultationsverhalten der Befragten gesammelt. Die Befragung lieferte detaillierte Informationen über die Medikation und andere Formen der Behandlung, wie z.B. der Gebrauch von Antidepressiva, Hypnotika und Anxiolytika, über die Psychotherapie und die Inanspruchnahme von Beratungsdiensten.

Die Ergebnisse machten deutlich, dass nur wenige Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose überhaupt eine Behandlung erhielten.

Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass es in der psychiatrischen Versorgung offensichtlich Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten gibt, die darüber hinausreichen, ob eine bestimmte Störung vorhanden ist oder nicht. Sie liegen teilweise in den Individuen selbst, wie sie ihre Störung beurteilen, ob sie glauben, dass ihnen geholfen werden kann, ob die entsprechenden Hilfemöglichkeiten vorhanden sind oder welchen persönlichen Einsatz sie leisten müssen, um die Hilfe zu erlangen. Teilweise liegen die Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten aber auch außerhalb der betroffenen Personen, nämlich in ihren sozialen und ökologischen Lebensbedingungen (Rössler 2003).

Regier et al (1985) konnten bereits vor zwanzig Jahren in der sogenannten Marshfield – Studie zeigen, dass nicht die Diagnose, sondern die mit der Erkrankung verbundene funktionelle Beeinträchtigung behandlungsführend ist. Diese Beeinträchtigung wurde mit dem Global Assessment Scale (GAS) gemessen, dessen Score sich als guter Prädiktor für die Inanspruchnahme von psychiatrischen Versorgungsleistungen herausstellte.

Die generelle Bemühung um möglichst kurze stationäre Aufenthaltszeiten, die vor allem vom Druck der Kostenträger gefordert werden und bis zu Entlassungsaufforderungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen reichen, führt zu einer Zentrierung der ärztlichen Bemühungen auf die Besserung der aktuellen Psychopathologie. Unseren Ergebnissen zu Folge sollte das Augenmerk aber zudem auf eine Reintegration, unterstützt durch ein ambulantes Versorgungssystem und komplementäre Einrichtungen, gelenkt werden, um Verweildauern und Wiederaufnahmeraten längerfristig zu reduzieren.

Neben diesen ökonomisch orientierten Kriterien im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und der Wiederaufnahmen sollten aber genauso die Interessen der Betroffenen berücksichtigt werden. Studienergebnisse aus der Lebensquali-

tätsforschung (Angermeyer 1999) haben gezeigt, dass die Patienten eine kürzere Behandlung mit gegebenenfalls häufigeren Aufenthalten einer Langzeitbehandlung vorziehen. Die Unabhängigkeit von einer stationären Behandlung mit gleichzeitigem Vorhandensein der jederzeitigen Verfügbarkeit einer solchen, ist wohl die Präferenz der Betroffenen und spiegelt sich in den Ergebnissen wieder.

Diese Aufgabe ist bisher noch nicht ausreichend geleistet worden; ein längerfristiger Behandlungsplan entsprechend den Möglichkeiten und Bedürfnissen des einzelnen Patienten bleibt bis jetzt noch Wunsch für die Zukunft.

In diesem Sinne sollte bei der Frage um die Länge eines stationären Aufenthaltes auch in Zukunft das Augenmerk darauf gerichtet sein, dass die psychiatrische Versorgung nicht Profitinteressen folgt sondern auf Werten basiert, die von der Gesellschaft getragen werden und das einzelne Individuum und die psychiatrische Behandlungsqualität in den Mittelpunkt des Interesses rückt.

## 7. Literaturverzeichnis

- Abbott S, Smith S, Clark R et al.(1997) Who is a heavy service user? Preliminary development of a screening instrument for prospective consumers of a mobile intensive treatment team. *Aust NZ J Psychiatry*; 31: 744-750
- Ackerman AD, Lyons JS, Hammer JS, Larson DB (1988): The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients` length of stay *Hosp Community Psychiatry* 39 173-176
- Aisen PS, Giblin KE .(1994)Determinants of length of stay in geropsychiatry *Am J Geriat Psychiatry* 2 165-168
- Aisen P, Herr B, Abraham HD, Anderson W.(1991) Length of stay in a general hospital psychiatric unit *Gen Hosp Psychiatry* 13 68-70
- Alienist and Neurologist(1883) The rights of the insane 4 143 –144
- Andreas S, Dirmaier J.(2003) DRG- Systeme in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen: zur Konzeption eines Klassifikationssystems für Fallgruppen *Fortschr Neurol Psychiat* 71 234-242
- Andreas S, Dirmaier J, Lang K, Watzke B, Koch U, Ranneberg J, Schulz H. (2004) Lassen sich Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und dem fachspezifischen Ressourcenverbrauch in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen bestimmen? *PPmP* 54 280-288
- Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. (1999) Lebensqualität das bedeutet für mich... Ergebnisse einer Umfrage bei schizophrenen Patienten. *Psychiatr. Praxis*; 26:56-60
- Anthony W, Rogers ES, Farkas M. (2003) Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community Ment Health J*; 39 (2):1-114
- Appleby L, Desai PN, Luchins DJ,Gibbons RD, Hedeker DR.(1993) Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public hospital patients *Am J Psychiatry* 150 72-76
- Appleby L, Luchins DJ.(1996) Length of stay and recidivism among patient with schizophrenia. *Psychiatr Services* 47 985-990
- Arana JD, Hastings B, Herron E.(1991) Continous care terms in intensive outpatient treatment of chronically mentally ill patients. *Hosp Community psychiatry* 42 503-507
- Arfken C, Yeager L. (2004) Case-Control Study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency. Service. *Psychiatr Services* 55 295-301
- Arnold M, Armann W. (1992) Die Verweildauer im Krankenhaus: Ein Kriterium für die Effizienz der stationären Versorgung? *Krankenhaus Umschau Heft* 11 801-808
- Arnold E, Goldston D, Ruggiero A, et al. (2003) Rates and Predictors of Rehospitalization among formerly hospitalized adolescents. *Psychiatric Services* 54 994-998
- Averill PM, Ruiz P, Small DR, Guynn RW, Tcheremissine O. (2003) Outcome assessment of the Medicaid man-aged care program in Harris County (Houston). *The Psychiatric Quarterly* 74 (2) 103-114
- Bachrach L.(1976) Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective. NIMH, Rockville/Md
- Bailer J, Rist F, Bräuer W, Rey E.(1994) Patient Rejection scale: correlations with symptoms, social disability and number of rehospitalizations *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neuroscience* 244 45-48
- Barnow S, Linden M, Schaub RT.(1997) The impact of psychosocial and clinical variables on duration of inpatient treatment for depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32 312-316
- Basan A, Pitschel-Walz G, Bäuml J. (2000) Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Patienten und anschließende ambulante Langzeitbehandlung *Fortschr Neurol Psychiat* 68 537-545
- Bassler M, Krauthauser H, Hoffmann S. (1995) Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie? *PPmP* 45 167-175
- Bassuk EL, Holland SK. (1987) Accounting for high cost psychiatric care *Business and Health* July: 38-41
- Becker HC (1998) Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol health Res World* 22 25-33
- Becker HC (1996) The alcohol withdrawal „kindling“phenomen: clinical and experimental findings. *Alcohol Clin Exp Res* 20 (suppl.) 121A-124A

- Berger H. (2003) Gesundheitsförderung - Ein neuer Weg in die Psychiatrie *Psychiatrische Praxis* 30 S1 14-20
- Berger H. (2003a) Gesundheitsförderung – Ein neuer Weg in der Psychiatrie *Psychiatrische Praxis Supplement* 1 14-20
- Berger M. (2003b) Plenarvortrag DGPPN. DGPPN Jahrestagung
- Bickel H, Cooper B, Wancata J. (1993) Psychische Erkrankungen von älteren Allgemeinkrankenhauspatienten: Häufigkeit und Langzeitprognose *Nervenarzt* 64 53-61
- Binding K, Hoche A. (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: F. Meiner – Verlag
- Blank K, Hixon L, Gruman C. (2005) Determinants of geropsychiatric inpatient length of stay *Psychiatric Quarterly* Vol 76 No 2 Summer
- Bobier C, Warwick M. (2005) Factors associated with readmission to adolescent psychiatric care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39 600-606
- Boelhouwer C, Rosenberg M. (1983) Length of stay: A retrospective computer analysis. *Psychiatr. Ann* 13 605:609-611
- Boot B, Hall W, Andrews G. (1997) Disability outcome and case-mix in acute psychiatric inpatient units. *Br J Psychiatry* 171 242-246
- Borgart E, Meermann R. (1999) Bedingungsfaktoren unterschiedlicher Behandlungsdauer bei Angststörungen im Rahmen stationärer Verhaltenstherapie. *PPmP* 49 109-113
- Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens (1999) Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd.91 Baden-Baden Nomos 1999
- Burgmer M, Freyberger HJ. (2002) DRGs in der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin *Psychiatr Praxis* 29 240-244
- Brekke JS. (1988) What do we really know about community support programs? Strategies for better monitoring. *Hosp Community Psychiatry* 39 946-952
- Carius D, Angermeyer M, Steinberg H. (2003) Narrenhaus, Irrenanstalt, Heil – und Pflegeanstalt, Fachkrankenhaus – Zur Entwicklung der Bezeichnungen für psychiatrische Kliniken in Deutschland bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts *Psychiatr Praxis* 30 438-443
- Carpenter MD, Mulligan JC, Bosler IA. (1985) Multiple admissions to an urban psychiatric center: A comparative study. *Hosp Community Psychiatry* 36 1305-1308
- Castaneda R, Lifshutz H, Galanter M, Medalia A, Franco H. (1992) Treatment compliance after detoxification among highly disadvantaged alcoholics. *Am J Drug Alcohol Abuse* 18 223-234
- Casper ES, Pastva G. (1990) Admission histories, patterns, and subgroups of the heavy users of a state psychiatric hospital. *Psychiatric Q* 61: 121-134
- Casper ES, Regan JR. (1993) Reasons for admission among six profile subgroups of recidivists of inpatient services. *Can J Psychiatry* 38 657-661
- Caton C, Gralnick A. (1987) A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry* Vol 38 858-863
- Colenda C, Hamer M. (1989) First admission of young adult patients to a state hospital: relative risk for rapid readmission. *Psychiatr Q* 60 227 –236
- Comtois K, Russo J, Snowden M, Srebnik D, Ries R, Roy-Byrne P. (2003) Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline Personality disorder. *Psychiatric Services* 54 1149-1154
- Cording C. (1997) Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses
- Cording C. (1997) Basisdokumentation als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in Qualitätssicherung in der Psychiatrie Springer Verlag 1997 Hrsg. Berger M. und Gaebel W.
- Cording C. (2003) Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung *Psychiatrische Praxis* 30(4):225-9
- Coffey RM. (1999) Casemix information in the United States: Fifteen years of management and clinical experience. *Casemix Quarterly* 1:1-15

- Creed F, Tomenson B, Anthony P, Tramner M. (1997) Predicting length of stay in psychiatry. *Psychol Med* 27 961-966
- Dalgalarondo P, Gattaz W. (1992) A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 27 147-150
- Darsow- Schütte KI, Müller P. (2001) Zahl der Einweisungen nach PsychKG in 10 Jahren verdoppelt *Psychiatr Praxis* 28 226-229
- Deister (2005) *Deutsches Ärzteblatt* 10 444-445
- de Jonge P, Huyse FJ, Ruinemans GM Stiefel, FC Lyons JS, Slaets JP. (2000) Timing of psychiatric consultations: the impact of social vulnerability and level of psychiatric dysfunction *Psychosomatics* Nov-Dec;41(6):505-11
- Dickey B, Norman SLT, Norton EC, Azeni H, Fisher W, Altaffer F. (1996) Managing the care of schizophrenia: Lessons from a 4 year Massachusetts Medicaid Study *Arch Gen Psychiatry* 53 945-952
- Dielentheis A. (2002) Patientenmerkmale, Behandlungsdauer und Kosten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell *Psychiatr Praxis* 29 186-193
- Diestelhorst S, Koller M, Müller P. (2001) Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungszeiten schizophrener Kranker über zwei Jahrzehnte in zwei psychiatrischen Krankenhäusern *Krankenhauspsychiatrie* 12 99-104
- Dilling H, Balck F, Bosch G, Christiansen U. (1983) Zur psychiatrischen Basisdokumentation *Nervenarzt* 54 262-267
- Division of Biometry and Epidemiology (1977) Resident patient rate in state mental hospitals reduced to one-fourth the 1955 rate. National Institute of Mental health, Rockville, Maryland Memorandum No 6
- Doering S, Müller E, Koepke W. (1998) Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder *Schizophrenia Bulletin* 24 87-98
- Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart* 44:166
- Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. (1999) Kosten- Nutzen Analyse klinisch evaluierter Behandlungsprogramme: Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt* 70 463-470
- Druss B, Rosenheck RA, Stolar M. (1999) Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care *Psychiatr Serv* 50 1053-1058
- Durbin J, Goering P, Pink G, Murray M. (1999) Classifying Psychiatric Inpatients Seeking better measures *Medical care* 37 415-423
- Durham, ML. (1998) Mental health and Managed care. *Annu Rev Public Health* 19 493-505
- Eikermann B. (1998) *Sozialpsychiatrisches Basiswissen*
- Eikermann B, Reker T, Richter D. (2005) Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts *Fortschr Neurol Psychiatr* 73 664-673
- Egan KJ, Katon WJ. (1987) Responses to illness and health in chronic pain patients and healthy adults *Psychosom Medicine* 49(5) 470-481
- Eriksson L, Almqvist A, Mehnert A Eriksson B. (2004) Long-acting Risperidone significantly reduces the need for institutional psychiatry care. Presented at the twelfth winter workshop on schizophrenia, Davos, Schweiz, Feb
- Erickson RC, Paige AB. (1973) Fallacies of using length of stay and return rates as measures of success. *Hosp Community Psychiatry* 24 (8) 559-561
- Essock -Vitale S. (1987) Patient characteristics predictive of treatment cost on inpatient psychiatric wards. *Hosp Community Psychiatry* 38 263-269
- Faris R, Dunham H. (1939) *Mental disorder in urban areas*, University of Chicago
- Federman E, Drebing C, Boisvert C, Penk W. (2000) Relationship between climate and psychiatric inpatient length of stay in veterans health administration hospitals. *Am J Psychiatry* 157 1669-1673
- Ferguson JA, Weinberger M. (1998) Case management programs in primary care. *J Gen Intern Med* 13 123-126

- Figuroa R, Harman J, Engberg J. (2004) Use of claims data to examine the impact of length of inpatient psychiatric stay on readmission rate. *Psychiatr Services* 55 560-565
- Fisher S, Stevens R. (1999) Subgroups of frequent users of an inpatient mental health program at a community hospital in Canada. *Psychiatric Services* 50 244 -247
- Foucault M. (1972) *Histoire de la folie à l'âge classique* Gallimard S.133
- Freiman MP, Ellis RP, Mc Guire TG. (1989) Provider response to Medicare's PPS: Reductions in length of stay for psychiatric patients treated in scatter beds. *Inquiry* 26 192-201
- Frick U, Rehm J, Cording C. (2001a) Brauchen wir eine psychiatrische Gesundheitsökonomie. *Psychiatr Praxis* 28 Sonderheft 1 S1-S6
- Frick U, Rehm J, Krischker S. (1999) Length of stay in a German psychiatric hospital as a function of patient and organizational characteristics-a multilevel analysis *Int J Methods Psychiatr Res* 8:146-161
- Frick U, Rehm J, Krischker S, Cording C. (2001b) Herr Tur -Tur und die Krankenhausvergleiche: Ein Besuch in der Psychiatrie –Oase. *Gesundheitswesen* 63 435-439
- Frick U, Rössler W. (2003a) Finanzierungsmodelle und Anreizsysteme in der Suchtbehandlung aus deutscher und schweizerischer Perspektive *Suchttherapie* 4 18-24
- Frick U, Cording C. (2003b) Finanzierungsformen für die psychiatrische Versorgung *Psychiatrische Praxis Forum* 4
- Fritze J. (2005) Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2004 *psychoneuro*;31(1):46-52
- Fulop G, Strain JJ. (1998) A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics* 39 273-280
- Gaebel W. (1997) *Grundzüge der Qualitätssicherung in der Psychiatrie* Springer Verlag
- Galynker I, Cohen L. (2000) Psychiatric Symptom Severity and Length of stay on an intensive rehabilitation unit. *Psychosomatics* 41 114-120
- Geller JL. (2000a) Historical article: Excluding institutions for mental health diseases from federal reimbursement for services: strategy or tragedy? *Psychiatr Serv* 51 1397-1403
- Geller JL. (2000b) The last half century of psychiatric services as reflected in psychiatric services *Psychiatric services* 51 No1 January
- Geller JL. (1992) A historical perspective on the role of state hospitals viewed from the era of the "Revolving door". *Am J Psychiatry* 149(11) 1526-1533
- Geller JL. (1986) In again, out again: preliminary evaluation of state hospital's „worst“recidivists. *Hosp Community Psychiatry* 39 386-390
- Geller JL (1992) A report on the „worst“state hospital recidivists in the U.S. *Hosp Community Psychiatry* 43 (9) 904-908
- Geller JL, William H, Fisher Ph.D, McDermeit M. (2000) Reprints from the past: The Effects of Public Manged care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services *Psychiatr Services* 51 1385-1391
- Gilbody S, House A. (1999) Variations in psychiatric practice: Neither unaccatable nor unavoiable only under – researched. *Br.J. Psychiatry* 175 303-305
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. (1995) Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 152(11): 1635-1640
- Goldfinger SM, Hopkin JT, Surber RB. (1984) Treatment resisters or system resisters? Toward a better service system for acute care recidivists. In Pepper B Ryglewicz H(eds): *Advances in treating the young adult chronic patient*. New Dir for Mental Health Serv 21 17-27
- Goldney R, Fisher LJ, Walmsley SH. (1998) The Health of the Nation outcome scales in Psychiatric hospitalization: A multicentre study examining outcome and prediction of length of stay *Aust NZ J Psychiatry* 32 199-205
- Goldstein JM, Shemansky W. (2000) Length and Number of Hospitalizations in two cohorts of Veterans with chronic Schizophrenia. *Psychiatric Services* 51; 245 -247
- Goldstein JM, Horgan CM. (1988) Inpatient and outpatient psychiatric services: substitutes or compliments? *Hosp Community Psychiatry* 39 632-636

- Gottheil E, Mc Lellan AT, Druley KA. (1992) Length of stay, patient severity and treatment outcome: Sample data from the field of alcoholism *J Stud Alcohol* 53 69-75
- Gordon R, Jardiolin P. (1985) Predicting length of hospital stay of psychiatric patients *Am J Psychiatry* 1985 142 235-237
- Greve N, Wolter D. (1987) Gemeindenah durch Großrechner Zum Streit um die psychiatrische Basisdokumentation Jakob von Hoddiss Verlag Gütersloh
- Gruber JE. (1982) Paths and gates:the sources of recidivism and length of stay on a psychiatric ward. *Medical Care* 20:1197-1208
- Hadley TR, Culhane DP, McGurrin MC. (1992) Identifying and tracking „heavy users“of acute psychiatric inpatient services. *Adm Policy Ment Hlth* 19 279-290
- Hadley TR, Mc Gurrin MC, Police RT, Holohean EJ. (1990) Using fiscal data to identify Heavy Service Users. *Psychiatric Q* 61: 41-48
- Hadley TR, McGurrin MC, Pulice RT. (1990) Using fiscal data to identify heavy service users. *Psychiatr Q* 61 41-48
- Hadley TR, Schinnar AP, Rothbard AB, Kinosian MS. (1988) Capitation of mental health services for the chronically mentally ill. Wharton PMW Report No 8801. Philadelphia: University of Pennsylvania
- Häfner H. (2000) Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20.Jahrhunderts *Krankenhauspsychiatrie* 11 145-157
- Härter M, Sitta P, Keller F. (2004) Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung *Deutsches Ärzteblatt Jahrgang* 101
- Härter M, Sitta P, Keller F, Metzger R. (2004) Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung *Nervenarzt* 75 1083-1091
- Hansson L. (2001) Outcome assessment in psychiatric service evaluation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 36(5): 244-248
- Harris M, Bergmann H, Bachrach L. (1986) Psychiatric and nonpsychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population. *Hosp Community Psychiatry* 40 958-960
- Harrison -Read P, Lucas B, Tyrer P, Ray J. (2002) Heavy users of acute psychiatric beds. Randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London borough *Psychological medicine* 32 403-416
- Haywood T, Kravitz H. (1995) Predicting the “Revolving door“Phenomen among patients with schizophrenic, schizo-affective and affective disorder. *Am J Psychiatry* 152 856-861
- Havassy BE, Hopkin JT. (1989) Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalised patients. *Hosp Community Psychiatry* 40(8): 820-823
- Heeren O, Dixon L. (2002) The association between decreasing length of stay and readmission rate on a psychogeriatric unit. *Psychiatric Services* 53 76-79
- Helmchen H. (2002) Evidenz der Evidenz-basierten Medizin? *Nervenarzt* 73 1-2
- Hendryx M, Russo J, Stegner B, Dyck D, Ries R, Roy-Byrne P. (2003) Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases. *The Journal of behavioral health Services and research* 30(3) 342-351
- Herr B, Abraham HD, Anderson W. (1991) Length of stay in a general hospital psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 13 68-70
- Herzog T, Stein B. (1994) Forschungsvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Konsiliar- Liaison-tätigkeit in Deutschland. *Spektrum der Psychiatrie* 23 176-183
- Hilger E, Barnas C. (2002) Atypische Antipsychotika in der Therapie der bipolaren affektiven Störung *Fortschr Neurol Psychiat* 70:234-242
- Hodgson R, Lewis M, Boardman A. (2001) Prediction of readmission to acute psychiatric units. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36 304-309
- Hoff R, Rosenheck RA. (1999) The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders *Psychiatr Serv.* 50 1309-1315

- Hoffmann H. (1993) Junge chronisch psychisch Kranke – ein neuer Schwerpunkt in Forschung und Praxis Psychiat. Praxis 20:56-62
- Hoffmann H. (1994) Age and other factors relevant to the rehospitalization of schizophrenic outpatients. Acta Psychiatr Scand 89:205-210
- Holohean EJ, Police RT, Donahue SA. (1991) Utilisation of acute inpatient psychiatric services: „Heavy users“ in New York State. Adm Policy Ment Hlth 18 173-181
- Hopko D, Lachar D, Bailey S, Varner R. (2001) Assessing Predictive Factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission Psychiatric Services 52 1367-1373
- Horn S, Chambers A, Sharkey P, Horn R. (1989) Psychiatric Severity of illness A case mix study Medical Care Vol 27 No1
- Hübner-Liebermann B, Spiessl H, Iwai K, Cording C. (2003) Stationäre Behandlung von schizophrenen Patienten in einer deutschen und japanischen Klinik Krankenhauspsychiatrie 14 61-66
- Hübner-Liebermann B, Spießl H, Cording C. Wer kommt woher, wer geht wohin? (2005) Behandlungswege stationär -psychiatrischer Patienten Nervenarzt 76 856-864
- Huntley D, Cho D, Christman J, Csernansky J. Predicting Length of stay in an acute psychiatric hospital. (1998) Psychiatric Services 49 1049-1053
- Jakubaschk J, Waldvogel D, Würmle O. (1993) Differences between long – stay and short-stay inpatients and estimation of length of stay. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 28 84-90
- Janssen B, Menke R, Gaebel W. (2004) Qualitätsmanagement in der Versorgung psychoneuro 30(11) 620-623
- Jenkins R. (1991) Towards a system of outcome indicators for mental health care. In: Jenkins R, Griffiths S (Hrsg.) Indicators for mental health in the population. Department of Health, London
- Johnstone P, Zolose G. (1999) Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care BMJ 318 1387-1390
- Jonasch K, Mende M. (2004) Behandlung des Alkoholentzugs mit Tiaprid versus Clomethiazol Krankenhauspsychiatrie 15; 114-116
- Junghan U. (2000) Das ungleiche Ausmaß der Nutzung psychiatrischer Akutstationen: eine wichtige Beobachtung für die gemeindepsychiatrische Versorgungsplanung. Schizophrenie: Beiträge zu Forschung, Therapie und psychosozialem Management 15: 24-34
- Kammerling R, O'Connor S. (1993) Unemployment rate as predictor of rate of psychiatric admission Br. Med.J 307 1536-1539
- Kappauf H. (2002) Bettenbedarf für die vollstationäre Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in Bayern PPM 52 27-37
- Kent S, Fogarty M, Yellowless P. (1995) A review of studies of heavy users of psychiatric services Psychiatric Services 46 1247-1253
- Kent S, Yellowless P. (1995) The relationship between social factors and frequent use of psychiatric services Aust NZ J Psychiatry 29 (3) 403-408
- Kent S, Yellowless P. (1994) Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. Hosp Community Psychiatry 45 347-350
- Kishi Y, Meller W, Kathol R, Swigart S. (2004) Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay Psychosomatics 45 470-476
- Klinkenberg M, Calsyn R. (1996) Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review Psychiatric Services 47 487-496
- Kluge H, Hülsmann S, Kopf A. (2002) Stationäre psychiatrische Behandlungsdauer. Eine statistische Analyse auf Grundlage einer Basisdokumentation. Krankenhauspsychiatrie 13 104-110
- Kluge H, Kulke C, Waldmann A. (2002) High utilizer in sozialpsychiatrischen Diensten. Psychiat Praxis 29 374-380
- Knorr G. (1997) Die Zukunft des Psychiatrischen Krankenhauses aus Cording, Weig Roderer
- Korkeila JA, Lethinen V, Tuori T, Helenius H. (1998) Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33(11)528-534

- Krautgartner M, Scherer M, Katschnig H (2002) Psychiatrische Krankenhaustage: wer konsumiert die meisten? *Psychiatr Praxis* 29 355-363
- Künzler N, Garcia-Brand E. (2004) Deutschkenntnisse psychiatrischer Patienten anderer Kulturen: Einfluss auf Freiwilligkeit und Dauer der stationären Behandlung *Psychiatr Praxis* 31 S1 21-23
- Lavik NJ. (1983) Utilization of mental health services over a given period *Acta Psychiatr Scand* 67 404-413
- Lebok U, Mey W. (1999) Unterschiede der durchschnittlichen Verweildauer in stationären Einrichtungen der alten und neuen Länder. *Gesundheitswesen* 61: 280-286
- Lelliot P. (1994) A national audit of new long- stay psychiatric patients. Method and description of the cohort *British Journal of Psychiatry* 165 160-169
- Lewis T, PR Joyce. (1990) The new revolving -door patients: results from a national cohort of first admissions. *Acta Psychiatrica Scand* 82:130-135
- Lewis PA, Hugi R. (1981) Therapeutic stations and the chronically treated mentally ill. *Soc Serv Rev* 55 206-220
- Lieberman P, Wiitala SA, Elliott B, Mc Cormick S, Goyett SB. (1998) Decreasing length of stay: Are there effects on outcomes of psychiatric hospitalization? *Am J Psychiatry* 155 905-909
- Lucas B, Harrison-Read B, Tyrer P. (2001) Costs and characteristics of heavy inpatient service users in outer London. *Int J Soc Psychiatry* 47 (1):63-74
- Lyons JS, Hammer JS, Strain JJ, Fulop G. (1986) The timing of psychiatric consultation in the general hospital and length of stay. *Gen Hosp Psychiatry* 8 159-162
- Lyons J, O Mahoney MT, Doohoney KM. (1995) The prediction of short stay psychiatric inpatients *Admin Policy Mental Health* 23 17-25
- Lyons, O Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F. (1997) Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: Implications for quality indicators *Am J of Psychiatry* 154 337-340
- Mares A, Mc Guire J. (2000) Reducing psychiatric hospitalization among mentally ill veterans living in board-and -care homes *Psychiatric Services* 51 914-921
- McRae J, Higgins M, Lycan C. (1990) What happens to patients after five years of intensive case management stops? *Hosp Community Psychiatry* 1990 41:175-179
- McElroy SL, Keck PE Jr., Pope HG Jr. (1987) Sodium Valproate: its use in primary psychiatric disorders. *J Clin Psychopharmacol* 7:16-24
- McElroy SL, Pope HG Jr., Keck PE Jr. (1988) Treatment of psychiatric disorders with sodium valproate: a series of 73 cases. *Psychiatr Psychobiol* 3:81-85
- Mercer GT, Molinari V. (1999) Rehospitalization of older psychiatric inpatients: an investigation of predictors *Gerontologist* 39(5) 591-8
- Mezzich J, Coffman G. (1985) Factors influencing length of hospital stay *Hosp Community Psychiatry* 36 1162-1170
- Moos R, Pettit B, Gruber V. (1995) Longer episodes of community residential care reduce substance abuse patients' readmission rates *J Stud Alcohol* 46 433-443
- Mai F, Gosselin JV. (1993) Effects of treatment and alternative care on length of stay on a general hospital psychiatric unit Results of an audit *Can J Psychiatry* 38 39-45
- Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. (2000) Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med* 7 637-646
- Mann K, Müller M.J., Hiemke C, Benkert O. (2003) Standardisierte Verlaufsdocumentation als Grundlage zur Verbesserung der Prozessqualität der stationären psychiatrischen Behandlung *Nervenarzt* 74 235-244
- Marshall M, Lockwood A. (2001) Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane review) *The Cochrane Library*, Issue 2 2001, Oxford:Update software
- Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. (1999) case management for people with severe mental disorders (Cochrane review) *Oxford: Update software*
- Mechanic D, Mc Alpine. (1998) Changing patterns of psychiatric inpatient care in the US 1988-1994 *Arch Gen Psychiatry* 55 785-791

- Menke T, Ashton CM, Peterson NJ, Wolinsky FD. (1998) Impact of an all-inclusive diagnosis related group payment system on inpatient utilization. *Med Care* 36 1126-1137
- Mercer GT, Molinari V, Kunik ME. (1999) Rehospitalization of older psychiatric inpatients: an investigation of predictors *Gerontologist* 39 591-598
- Mortensen P, Eaton W (1994) Predictors for readmission risk in schizophrenia *Psychological Medicine* 24 223-232
- Müller C. (1993) Vom Tollhaus zum Psychozentrum Stuttgart
- Müller P, Josipovic T. (2003) Unfreiwillige Einweisungen nach Betreuungsrecht in acht Jahren verdreifacht. *Psychiatr Praxis* 30 108-113
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE. (1998) Models of care for severe mental illness – A review of research on case management. *Schizophr Bull* 24 37-74
- Munk-Jorgensen P. (1999) Has deinstitutionalization gone too far? *Arch. Psychiatry Clin. Neurosci* 249 136-143
- Murray CJ, Lopez AD. (1990) Alternative Visions of the Future: Projecting Mortality and Disability, 1990-2020. In: Murray CJ Lopez AD *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*: Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press (u.a.):325-395
- Mustard CA, Derksen S, Tataryn D. (1996) Intensive Use of mental health care *Can J Psychiatry* 41:93-101
- Nieminem P, Isohanni M, Winblad I. (1994) Length of hospitalization in an acute patients' therapeutic community ward. *Acta Psychiatr Scand* 90 466-472
- Nosper M. (1999) Der Erfolg psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. *PPMP* 49 354-360
- Oiesvold T, Saarento O, Sytema S. (1999) The nordic comparative study on sectorized psychiatry – length of inpatient stay. *Acta Psychiatr. Scand* 100 220-228
- Olfson M, Mechanic D, Boyer CA. (1999) Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *Journal of nervous and mental disease* 187 721-729
- Ormont M, Weisman H, Heller S, Najara J, Shindlecker R. (1997) The timing of psychiatric consultation requests: utilization, liaison and diagnostic considerations *Psychosomatics* 38 38-44
- Parks E, Josef N. (1997) A retrospective study of determinants of length of stay in a geropsychiatric state hospital *Psychiatric Quarterly* 68 91-99
- Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. (2005) High utilizers of Psychiatric Emergency services *Psychiatric services* 56 678-684
- Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF. (1999) Symptoms Predicting inpatient service use among patients with bipolar affective disorder *Psychiatric services* 50 806-812
- Piersma H, Boes JL. (1997) The relationship of length of stay to MCMI-II and MCMI-III change scores *J Clin Psychol* 53 535-542
- Pfeiffer S, O'Malley DS, Shott S. (1996) Factors associated with the outcome of adults treated in psychiatric hospitals : A synthesis of findings. *Psychiatr Serv* 47 263-269
- Priebe S, Dielentheis T. (2002) Institutionalierungsindex -eine einfache Methode zur Schätzung von direkten Behandlungskosten in Institutionen der Gemeindepsychiatrie. *Psychiatr Praxis* 29 420-423
- Quinlivan R, Hough R, Crowell A. (1995) Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. *Psychiatr Services* 46 365-371
- Rabinowitz J, Lichtenberg P, Kaplan Z, Mark M, Nahon D, Davidson M. (2001) Rehospitalization rates of chronically ill schizophrenic patients discharged on a regimen of risperidone, olanzapine or conventional antipsychotics. *Am J Psychiatry* 158(2): 266-9
- Regier DA, Kaelber CT. (1998) Limitations of diagnostic criteria and assessment instrument for mental disorders. Implications for research and policy *Arch Gen Psychiatry* 55 109-115
- Reister M. (1996) Die neue Krankenhausdiagnostik; Ergebnisse für 1993. *Wirtschaft und Statistik* 2 75-85
- Richarz B. (2005) 100 Jahre Bezirkskrankenhaus Haar S17 Festschrift 100 Jahre Bezirkskrankenhaus Haar

- Richter D. (1998) Krankenhausbetriebsvergleich-Konsequenzen für die psychiatrische Klinik Das Krankenhaus 90 657-660
- Richter D, Eikermann B. (2000) Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie: positive oder negative Konsequenzen Spektrum 3/2000 67-72
- Richter D. (1999a) Krankenhausbetriebsvergleich für psychiatrische Kliniken- wie sinnvoll ist ein Vergleich von Verweildauern nach Diagnose und Alter? Gesundheitswesen 61 227-233
- Richter D, Eikermann B, Berger K. (1999b) Was kennzeichnet den psychiatrischen Problempatienten? Ergebnisse einer Untersuchung zur Patienteneinstufung in der Psychiatrie Personalverordnung. Fortschr Neurol Psychiat 67 21-28
- Richter D. (1999c) Krankenhausbetriebsvergleich für psychiatrische Kliniken-Wie sinnvoll ist ein Vergleich der Behandlungsdauern nach Diagnose und Alter? Gesundheitswesen 61 227-233
- Richter D, Reker T. (2003) Unterbringungen nach dem PsychKG-NW in ein psychiatrisches Krankenhaus – Entwicklungen über 19 Jahre Krankenhauspsychiatrie 14 8-13
- Richter D, Eikermann B. (1999d) Das biopsychosoziale Modell heute – Seine Auswirkung auf Theorie und Behandlungspraxis der Psychiatrie. In Eikermann B Reker T, Albers D (Hrsg) Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie Stuttgart Thieme
- Richter D. (2001) Die Dauer der stationären Behandlung. Fortschr Neurol Psychiat 69:19-31
- Richter D, Venzke A, Settlemayer J, Reker T. (2002) Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung - „Heavy User“ oder chronisch Kranke? Psychiat Praxis 29 364-368
- Richter D. (2004) Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung – Eine Übersicht über Kriterien, Methoden und Probleme Krankenhauspsychiatrie 104-113
- Roick C, Heider D, Angermeyer M. (2003) Entwicklung eines Screeninginstruments zur Identifikation von Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung Fortschr Neurol Psychiat 71 378-386
- Roick C, König H (2005) Quo vadis? Gesundheitspolitische Entscheidungen und deren Konsequenzen für die Psychiatrie Psychiat Praxis 109-112
- Roick C, Heider D, Kilian R, Angermeyer M. (2002) Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär - psychiatrischer Versorgung. Psychiat Praxis 29 343-349
- Roick C, Heider D, Stengler-Wenzke K, Angermeyer M. (2004) Analyse starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. Psychiat Praxis 31 241-249
- Roick C, Heider D. (2004) Analyse starker Inanspruchnahme stationär psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. Psychiat Praxis 31 241-249
- Roick C, Deister A. (2005) Das regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. Psychiat Praxis 32 177-184
- Roick C, Gärtner A. (2002) Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Psychiat Praxis 29 334-342
- Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Angermeyer M. (2004) Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients: Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiology 39(9) 744-51
- Roick C, Angermeyer M. (2004) Ökonomie und Praxis. Psychiat Praxis 31 115-117
- Rössler W. (2003) Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung? Nervenarzt 74 552-560
- Rosen B, Klein F, Gittelman-Klein R. (1971) The prediction of rehospitalization: The relationship between age of first psychiatric treatment contact, marital status and premorbid social adjustment. J. Nerv. Ment. Dis. 152 17-22
- Rosenheck R, Massari L, Asrachan BM. (1990) The impact of DRG-based budgeting on inpatient psychiatric care in Veterans Administration Medical Centers. Med Care 28 124-134
- Rosenheck R, Massari L. (1991) Psychiatric inpatient care in the VA: Before during and after DRG based budgeting. Am J Psychiatry 148 888-891
- Rosenheck R, Neale M, Leaf P. (1995) Multisite experimental cost study of intensive psychiatric care. Schizophrenia Bulletin 21 129-140

- Rosenheck R, Neale M. (1998) Cost-effectiveness of intensive psychiatric care for high users of inpatient services *Arch Gen Psychiatry*; 55:459-466
- Rüesch P. (2001) Wer wird rehospitalisiert? Psychiatrische Hospitalisierungsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zürich. *Gesundheitswesen* 62 166-171
- Rupp A, Steinwachs D, Salkever D. (1985) Hospital payment effects on acute care for mental disorders *Arch Gen Psychiatry* 42 552-555
- Russo J, Roy-Byrne P, Jaffe C, Ries R. (1997) Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiatric Services* 48 1427-1434
- Saarento O, Hanson L, Sandlund M. (1996) The nordic comparative study on sectorized psychiatry. Utilization of psychiatric hospital care related to amount and allocation of resources to psychiatric services *Soc Psych Psych Epidemiology* 31 327-335
- Saarento O, Hakko H, Joukamaa M. (1998) Repeated use of psychiatric emergency out-patient services among new patients: a 3-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 98 276-282
- Saravay S, Lavin M. (1994) Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital A critical review of outcome studies *Psychosomatics* 35 233-252
- Sartorius N. (2000) Persönliche Mitteilung Vortrag
- Schanda H. (2001) Die Versorgung psychisch Kranker zur Jahrtausendwende – ein Weg in die 2 Klassen Psychiatrie? *Fortschr Neurol Psychiatr* 69: 195-202
- Schepker R, Grabbe Y, Jahn K. (2003) 2003 Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt- gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiatrie* 52 338-353
- Scheytt D, Kaiser P, Priebe S. (1996) Behandlungsdauer und Fallkosten in unterschiedlichen stationären psychiatrischen Einrichtungen in Berlin; *Psychiatrische Praxis* 23 10-14
- Serban G, Gidynski C. (1974) Significance of social demographic data for rehospitalization of schizophrenic patients *J. Health Soc. Behav.* 15 117-126
- Shawanda W, Anderson Ph.D, Alan J. (2004) Predicting length of stay with the expanded version of the brief psychiatric rating scale *Psychiatric Services* 55 77-79
- Sheets JL. (1982) Young adult chronic patients: Three hypothesized subgroups. *Hosp. Community Psychiatry* 33:197-203
- Sloan D, Yokley J, Gottesman H. (1991) A five year study on the interactive effects of depression and physical illness on psychiatric unit length of stay *Psychosom Med* 61 21-25
- Smith P. (1996) An index of need for psychiatric services based on in-patient utilisation. *Br J Psychiatry* 169 308-316
- Spieß H, Hübner-Liebermann B, Binder H, Cording C. (2002a) „Heavy Users“ in einer psychiatrischen Klinik- Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre *Psychiatr Praxis* 29 350-354
- Spieß H, Hübner-Liebermann B, Cording C. (2002b) Zur Häufigkeit bipolarer Störungen in der Klinik: Unterschiede zwischen bipolaren und unipolaren Erkrankungen aus Sicht der BADO Krankenhauspsychiatrie 13 Sonderheft 1 S2-S6
- Stevens A, Hammer K, Buchkremer G. (2001) A statistical model for the length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103 203-211
- Stoskopf C, Horn SD. (1991) The computerized Psychiatric Severity Index as a predictor of inpatient length of stay for psychoses *Med. Care* 29 179-195
- Sturm R, Bao Y. (2000) Psychiatric care expenditures and length of stay: Trends in industrialized countries. *Psychiatr Serv* 51 295
- Surber RW, Winkler EL, Monteleone M. (1987) Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services *Hosp Community Psychiatry* 38 1112-1114
- Swett C. (1995) Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission. *Psychiatric Services* 46 482-485
- Taube CA, Goldman HH, Burns BJ. (1988) High users of outpatient mental health services I: definition and characteristics. *Am J Psychiatry* 145 19-24

- Thakur N, Hoff R, Druss B, Catalanotto J (1998) Using recidivism rates as a quality indicator for substance abuse treatment programs. *Psychiatr Serv.* 49(10): 1347-1350
- ten Horn GH, Moschel G, Giel R. (1988) Patterns of mental health care in two european areas: Mannheim, Federal republic of Germany; and Groningen, The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scand* 77 271-279
- Thompson A, Shaw M, Harrison G. (2004) Patterns of hospital admission for adult psychiatric illness in England: analysis of Hospital Episode Statistics data *British Journal of Psychiatry* 185 334-341
- Thompson E, Neighbors H, Munday C, Trierweiler S. (2003) Length of Stay Referral to aftercare and rehospitalization among psychiatric inpatients *Psychiatric Services* 54 1271-1276
- Thornicroft G. (1991) Social deprivation and rates of treated mental disorder *Br J Psychiatry* 158 475-484
- Thomas M, Kassner CT, Fryer GE, Giese AA, Rosenberg SA, Dubovsky SL. (1996) Impact of shorter lengths of stay on status in bipolar mania *Ann Clin Psychiatry* 9 139-143
- Thomas M, Rosenberg SA, Giese AA (1997) Shortening length of stay without increasing recidivism on a university affiliated inpatient unit. *Psychiatr Serv* 47 996-998
- Tischler G, Henisz J, Myers J. (1975) Utilization of mental health services *Archives of General Psychiatry* 32 411-415
- Üstun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. (2004) Global burden of depressive disorders in the year 2000 *Br J Psychiatry* 184:386-392
- Voineskos G, Denault S. (1978) Recurrent psychiatric hospitalization. *Can Med Assoc J* 118 (4) 247-250
- Vogel S, Huguelet P. (1997) Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital *Acta Psychiatr Scand* 95 244-253
- Wetterling T. (1997) Erfassung der Therapieergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Klinik der Nervenarzt 68 742-751
- Weyerer S, Maylath M, Pfeiffer-Kurda B, Krumm G, Ten Horn MM. (1987) Die Stabilität der ökologischen Verteilung psychiatrisch behandelter Ersterkrankungen in der Stadt Mannheim *Nervenheilkunde* 6 14-22
- Wickizer T, Lesser D, Travis KM. (1996) Controlling inpatient psychiatric utilization through managed care. *Am J Psychiatry* 153 339-345
- Wickizer T, Lessler D. (1998) Do treatment restrictions imposed by Utilization Management increase the likelihood of readmission for psychiatric patients? *Med Care* 36 844-850
- Wilson K, Kraitberg NJ, Brown JH. (1991) Electroconvulsive therapy in the treatment of depression: The impact of length of stay *Compr. Psychiatry* 23 345-354
- Wing J, Hailey A. (1972) Evaluating a community psychiatric service: The Camberwell Register, 1964-1971. Oxford University Press, London
- White B. (1997) Mental health care: from carve-out to collaboration. *Family practice management* 4(8) 1-8
- World Health Organization (2001) *The World Health Report. Mental Health. New Understanding, New Hope.* Genf: World Health Organization
- Wolfersdorf M, Moos M, Stich J, Rossow D. (2001) Enthospitalisierung – Ergebnisse und Probleme: Zusammenfassung der Workshop Diskussion *Krankenhauspsychiatrie* 12 Sonderheft 2 116-117
- Wolfersdorf M, Kukla R. (2004) Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland – Klinische stationäre psychiatrisch -psychotherapeutische Versorgung 2003. *Krankenhauspsychiatrie* 15; 12-15
- Woogh CM. (1986) A cohort through the revolving door. *Can J Psychiatry* 31 214-220
- Yohanna D, Christopher N, Lyons J. (1998) Characteristics of short-stay admissions to a psychiatric inpatient service. *J Behav health Serv Res* 25 337-345
- Zilber N, Popper M, Lerner Y. (1990) Patterns and correlates of psychiatric hospitalization in a nationwide sample *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 25 144-148

## 8. Tabellen und Abbildungen

### 8.1. Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: einige Studien zu Prädiktion der Behandlungsdauer in stationären psychiatrischen Einrichtungen .....	20
Tabelle 2: Studien zur Wiederaufnahme in psychiatrische Krankenhäuser .....	31
Tabelle 3: Studien zur häufigen Inanspruchnahme .....	41
Tabelle 4 Median, Mittelwert und Standardabweichung der Verweildauer in den einzelnen Fachbereichen bzw. Diagnosegruppen .....	55
Tabelle 5. Logarithmisierte Verweildauer und ihre Prädiktoren sowie die damit erzielte Varianzaufklärung in den verschiedenen Fachbereichen .....	58
Tabelle 6. Korrelation (Spearman's rho) mit Verweildauer (nicht logarithmiert!) - unterschieden nach Fachbereichen.....	60
Tabelle 7. Logarithmisierte Verweildauer und ihre Prädiktoren sowie die damit erzielte Varianzaufklärung unterschieden nach Anzahl der bisherigen Aufnahmen in der Allgemeinpsychiatrie .....	61
Tabelle 8. Nonparametrische Korrelation (Spearman's rho) mit Verweildauer (nicht logarithmiert!) - unterschieden nach Anzahl der bisherigen Aufnahmen für Allgemeinpsychiatrie .....	61
Tabelle 9: Risiko-Koeffizienten (aus Hazard-Ratios abgeleitet) für die Zeitdauer bis Wiederaufnahme (in Tagen) nach Anzahl der Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie .....	65
Tabelle 10 nonparametrische Korrelation (Spearman's rho) mit der Zeitdauer bis Wiederaufnahme (in Tagen) nach Anzahl der Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie .....	65
Tabelle 11 Risiko-Koeffizienten (aus Hazard-Ratios abgeleitet) für die Zeitdauer bis Wiederaufnahme (in Tagen) nach Fachbereichen.....	67
Tabelle 12: nonparametrische Korrelation (Spearman's rho) mit der Zeitdauer bis Wiederaufnahme (in Tagen) nach Fachbereichen .....	67
Tabelle 13 Ressourcenverbrauch von heavy users in den Jahren 2003 mit 04. In Klammern zum Vergleich die Werte von 1997 mit 98.....	76

### 8.2. Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1 Verweildauer im Beobachtungszeitraum schwarze Linie: Akutpsychiatrie (Geronto- und Allgemeinpsychiatrie, Sucht) .....	56
Abbildung 2 Verweildauern unterteilt in Erstaufnahmen (ja) und Wiederaufnahmen (nein) .....	56
Abbildung 3: Histogramm der logarithmisierten Verweildauer .....	57
Abbildung 4: Medikation in den einzelnen Fachbereichen.....	63
Abbildung 5: Verteilung der Diagnosen nach ICD 10 in den einzelnen Fachbereichen .....	63
Abbildung 6: GAF und CGI Werte für verschiedene Fachbereiche .....	64
Abbildung 7: Überlebensfunktion .....	66
Abbildung 8: Prozentuale Anteile von Erstaufnahme („ja“) und Wiederaufnahme („nein“) .....	69
Abbildung 9: Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen und innerhalb eines Jahres .....	70
Abbildung 10: komplementäre Weiterversorgung für einzelne Fachbereiche .....	71
Abbildung 11 Gesamtressourcenverbrauch im Beobachtungszeitraum nach Anzahl der Aufenthalte. Anzahl der Aufenthalte werden aufeinandergestapelt dargestellt. ....	72
Abbildung 12 Anzahl der Personen nach Anzahl der Aufnahmen dargestellt (gestapelt) .....	73
Abbildung 13: Anzahl der Personen nach Anzahl der Aufnahmen prozentual dargestellt.....	74
Abbildung 14 Anzahl der Personen nach Anzahl der Aufnahmen. Darstellung nicht gestapelt! Es wird der Übersichtlichkeit wegen nur der Ausschnitt für die heavy user gezeigt. ....	75
Abbildung 15 Mittlere Gesamtbehandlungsdauer nach Anzahl der Aufnahmen .....	75
Abbildung 16 Gesamtressourcenverbrauch nach Anzahl der Aufnahmen – prozentuale Darstellung .....	76

## 8.2. Tabellen vollständig

Tab.5a: VWD (log) Logarithmierte Verweildauer. Prädiktoren und Varianzaufklärung in den verschiedenen Fachbereichen

Fett gedruckt sind die im Modell 10 enthaltenen Koeffizienten (ebenso R<sup>2</sup>)

	Akut	Allgemein	Sucht	Geronto	Allgemein vwd2
	R <sup>2</sup> (49)= 0,39 R <sup>2</sup> (10)= <b>0,344</b>	R <sup>2</sup> (40)= 0,36 R <sup>2</sup> (10)= <b>0,321</b>	R <sup>2</sup> (31)= 0,265 R <sup>2</sup> (10)= <b>0,213</b>	R <sup>2</sup> (25)= 0,273 R <sup>2</sup> (10)= <b>0,248</b>	R <sup>2</sup> (35)= 0,401 R <sup>2</sup> (10)= <b>0,377</b>
<b>Prädiktoren</b>					
Neuroleptika	<b>,126</b>	<b>,137</b>	<b>,084</b>	<b>,150</b>	<b>,144</b>
Antidepressiva	<b>,127</b>	<b>,125</b>	<b>,101</b>	<b>,160</b>	<b>,100</b>
keine komplementäre Weiterversorgung	<b>-,133</b>	<b>-,123</b>	<b>-,173</b>	<b>-,143</b>	<b>-,066</b>
E CGI 2	<b>-,182</b>	<b>-,162</b>	<b>-,167</b>	<b>-,205</b>	-,095
Alter bei Aufnahme	<b>,116</b>	,046	,124	-,043	
keine Psychotherapie	<b>-,149</b>	<b>-,184</b>	<b>-,124</b>	<b>-,115</b>	<b>-,096</b>
F4 Hauptdiagnose Neurose	<b>-,150</b>	<b>-,293</b>	-,043	<b>-,045</b>	<b>-,265</b>
E-Jahr	<b>-,091</b>		<b>-,150</b>	-,230	<b>-,091</b>
F2 Hauptdiagnose schizophrene Störung (E)	<b>,055</b>	<b>-,090</b>		,067	-,088
E CGI 3 Wirksamkeit	,065	,085	-,022		,062
Beh. gegen ärztlichen Rat beendet	-,065	-,053	<b>-,151</b>		
Tranquilizer, Hypnotika	,041	,024	<b>,102</b>	,058	-,021
Therapieresistenz, mang. Wirk.	,100	<b>,122</b>		,091	<b>,078</b>
Unerwünschte Nebenwirkungen	,067	,079		,050	
GAF bei Entlassung	-,033			-,065	-,039
F10 Alkoholbedingte Störung (E)	-,123	-,121			-,112
E CGI 1	,096	,126	<b>,099</b>		
Gesamtzahl Fälle in Haar	-,068	-,090	-,039	-,063	<b>,189</b>
amb. Weiterbetreuung in eigener Amb.	,042	,065			<b>,092</b>
Berufliche Situation vor Aufnahme	-,041	-,024	<b>-,079</b>	-,032	-,038
F11-19 Drogen-/Medikamentenabhängigkeit (E)	-,090	-,054			-,050
Entweichungen	,035	,042	,038		
F6 Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung	-,036	-,135			-,108
(Ehe-)partner	-,035	-,038	-,047		-,058
andere Phasenprophylaktika	,034	,041		,035	,024
Antiepileptika	,031	,033	,047	,039	,021
Lithium	,029	,035		,041	,031
Antiparkinsonmittel	,029	043			,025
Früherer Suizidversuch	-,032	-,046	-,023		-,020
Clomethiazol	,031		<b>,119</b>		
E CGI 3 Nebenwirkungen	,031		-,025	<b>,063</b>	,017
CGI Verbesserung	,058	,081			
GAF bei Aufnahme	,029	,037	,028		,017
Beh. regulär beendet	,023		-,038	<b>,102</b>	-,019
Nootropika	,023				
F0 Hauptdiagnose himorganische St.	-,034	-,067	-,036		-,064

Höchster erreichter Schulabschluss vor Aufnahme	-,014	-,018		-,041	
Opiat-Substitutionsbehandlung	,026		,130		
National.=deutsch	,017	,016			
ohne ärztlichen Einw.	-,017		-,026		
Geschlecht	,017		,034		
Höchster erreichter Berufsabschluss/-ausbildung	-,017				
Complianceprobleme	,014	,023	-,029		,016
Aufnahme freiwillig	-,029	<b>-,091</b>			,033
Erstaufnahme (BADO & PDM)	-,016	-,044			<b>-,121</b>
Aufnahme unfreiwillig	-,015	-,029	-,068		-,029
komorbide Persönlichkeitsstörung	,012		,024		
F3 Hauptdiagnose Affektive Störung (E)		-,109			-,094
Vorbehandlung während jetziger Krankheitsmanifestation		-,025			,024
amb. Weiterbetreuung niedergelassener Arzt/Psychiater/Psychoth/sonstiger			-,064	<b>,091</b>	
Unerwünschte Nebenwirkungen		<b>,102</b>	,023		,029
keine bes. Komplikationen bei Pharmakotherapie	-,135			<b>-,068</b>	
Nootropika					

Tabelle 6a: VWD log für Mehrfachaufnahmen in der Allgemeinpsychiatrie nach Anzahl der Fälle

Prädiktoren	Anzahl der Fälle				
	gesamt	1	2-3	4-8	9 und mehr
R <sup>2</sup> gesamtes Modell	R <sup>2</sup> (40)= 0,363	R <sup>2</sup> (22)= 0,443	R <sup>2</sup> (28)= 0,363	R <sup>2</sup> (26)= 0,258	R <sup>2</sup> (22)= 0,224
<b>R<sup>2</sup>(10)</b>	0,321	0,415	0,324	0,225	0,182
<b>N</b>	N= 12174	N= 3567	N= 3371	N= 2778	N=1667
Neuroleptika	<b>,137</b>	<b>,172</b>	<b>,143</b>	<b>,102</b>	<b>,065</b>
keine Psychotherapie	<b>-,184</b>	<b>-,162</b>	<b>-,208</b>	<b>-,207</b>	<b>-,185</b>
Therapieresistenz, mang. Wirk.	<b>,122</b>	<b>,149</b>	<b>,120</b>	<b>,093</b>	<b>,091</b>
F4 Hauptdiagnose Neurose	<b>-,293</b>	<b>-,208</b>	<b>-,152</b>	-,072	-,206
keine komplementäre Weiterversorgung	<b>-,123</b>	<b>-,133</b>	<b>-,156</b>	<b>-,131</b>	<b>-,100</b>
E CGI 2	<b>-,162</b>	<b>-,145</b>	<b>-,154</b>	<b>-,152</b>	<b>-,158</b>
Unerwünschte Nebenwirk.	<b>,079</b>	<b>,077</b>	<b>,093</b>	,057	
Antidepressiva	<b>,125</b>	<b>,154</b>	<b>,133</b>	<b>,112</b>	
Aufnahme freiwillig	<b>-,091</b>		<b>-,103</b>	<b>-,095</b>	<b>-,092</b>
F2 Hauptdiagnose schizophrene Störung (E)	<b>-,090</b>	<b>,074</b>	<b>,070</b>	<b>,093</b>	
E CGI 1	,126		,169	<b>,082</b>	,146
F3 Hauptdiagnose Affektive Störung (E)	-,109			<b>,075</b>	
E CGI 3 Wirksamkeit	,085	,090	,094	,059	,075
amb. Weiterbetreuung in eigener Amb.	,065	<b>,136</b>	<b>,077</b>		

Gesamtzahl Fälle in Haar	-,090				<b>-,093</b>
Alter bei Aufnahme	,046	,065	,035	,040	
Antiparkinsonmittel	,043	,053	,049	,035	
(Ehe-)partner	-,038	-,055	-,033		
Lithium	,035	,044	,045		,049
Früherer Suizidversuch	-,046	-,038	-,045	-,045	-,050
Erstaufnahme (BADO & PDM)	-,044				
andere Phasenprophylaktika	,041	,045	,040	,064	,054
Antiepileptika	,033	,026	,036	,046	
Beh. gegen ärztlichen Rat beendet	-,053		-,059	-,075	-,077
Entweichungen	,042		,047	,048	<b>,099</b>
Aufnahme unfreiwillig	-,029		-,032		
F10 Alkoholbedingte Störung (E)	-,121	-,060	-,061		-,062
F6 Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung.	-,135		-,061	-,059	-,090
CGI Verbesserung	,081		,121		,101
GAF bei Aufnahme	,037		,046		
Complianceprobleme	,023				
Berufliche Situation vor Aufnahme	-,024				
Vorbehandlung während jetziger Krankheitsmanifestation	-,025	-,034	-,042		
Tranquilizer, Hypnotika	,024			,061	<b>,075</b>
F0 Hauptdiagnose himorganische St.	-,067			-,048	
F11-19 Drogen-/Medikamentenabhängigkeit (E)	-,054				
Höchster erreichter Schulabschluss vor Aufnahme	-,018				
Nationalität =deutsch	,016				
E-Jahr		-,074		-,056	
amb. Weiterbetreuung niedergelassener Arzt/Psychiater/Psychoth/sonstiger		,047		-,052	
keine bes. Komplikationen bei Pharmakotherapie				<b>-,053</b>	
E CGI 3 Nebenwirkungen					<b>,108</b>

Tabelle 7a: Nonparametrische Korrelation nach Fachbereichen

	Akut	Allgemein	Sucht	Geronto	Vwd 2 Jahre
	rho				
Neuroleptika	<b>,441(**)</b>	<b>,453(**)</b>	,147(**)	,220(**)	<b>,449(**)</b>
Signifikanz	,000	,000	,000	,000	,000
Anzahl	76134	36584	22185	17365	36584
Antidepressiva	<b>,284(**)</b>	<b>,203(**)</b>	,141(**)	,190(**)	,158(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	74838	35525	22155	17158	35525
Gesamtzahl Fälle in Haar	<b>,056(**)</b>	<b>,182(**)</b>	,022(**)	,030(**)	<b>,525(**)</b>
	,000	,000	,000	,000	,000

	88757	42564	27474	18719	42564
keine komplementäre Weiterver- sorgung	-,283(**)	-,243(**)	-,232(**)	-,184(**)	-,294(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	77226	36002	24202	17022	36002
amb. Weiterbetreuung niederge- lassener Arzt/Psychiater/Psychoth/sonstiger	,166(**)	,082(**)	-,037(**)	,221(**)	,010(*)
	,000	,000	,000	,000	,050
	73670	34923	21936	16811	34923
amb. Weiterbetreuung in eigener Amb.	,148(**)	,197(**)	,022(**)	,036(**)	,248(**)
	,000	,000	,001	,000	,000
	73665	34923	21932	16810	34923
Berufliche Situation vor Aufnahme	-,178(**)	-,159(**)	-,139(**)	-,019	-,241(**)
	,000	,000	,000	,076	,000
	69383	36019	24471	8893	36019
(Ehe-)partner	-,095(**)	-,101(**)	-,070(**)	-,052(**)	-,196(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	79690	37035	24994	17661	37035
Zeitdauer eines Falles (Tage) ohne NL	1,000	1,000	1,000	1,000	,603(**)
	.	.	.	.	,000
	88757	42564	27474	18719	42564
ohne ärztlichen Einw.	-,116(**)	-,029(**)	-,076(**)	,023(**)	,059(**)
	,000	,000	,000	,002	,000
	78347	36507	24550	17290	36507
Entweichungen	,076(**)	,080(**)	,036(**)	,030(**)	,116(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	80624	37447	25439	17738	37447
E-Jahr	-,076(**)	-,067(**)	-,065(**)	-,165(**)	-,054(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	88757	42564	27474	18719	42564
Beh. gegen ärztlichen Rat beendet	-,177(**)	-,049(**)	-,200(**)	-,061(**)	,011(*)
	,000	,000	,000	,000	,019
	88757	42564	27474	18719	42564
F2 Hauptdiagnose schizophrene Störung (E)	,285(**)	,317(**)	,001	,109(**)	,343(**)
	,000	,000	,890	,000	,000
	88757	42564	27474	18719	42564
F4 Hauptdiagnose Neurose	-,237(**)	-,356(**)	-,074(**)	-,056(**)	-,390(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	88757	42564	27474	18719	42564
keine Psychotherapie	-,147(**)	-,248(**)	-,232(**)	-,141(**)	-,135(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	80645	37440	25498	17707	37440
Aufnahme freiwillig	-,062(**)	-,032(**)	,040(**)	-,098(**)	,055(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	88421	42471	27407	18543	42471
E CGI 2	-,098(**)	-,116(**)	-,214(**)	-,236(**)	,047(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	73681	34141	23562	15978	34141
E CGI 1	,139(**)	,189(**)	,105(**)	-,009	,224(**)
	,000	,000	,000	,360	,000
	42858	19150	14000	9708	19150
E CGI 3 Wirksamkeit	,138(**)	,014(*)	-,039(**)	-,058(**)	,099(**)
	,000	,028	,000	,000	,000
	54426	26156	14299	13971	26156
E CGI 3 Nebenwirkungen	,226(**)	,121(**)	-,005	,104(**)	,122(**)
	,000	,000	,528	,000	,000
	54731	26277	14586	13868	26277
keine bes. Komplikationen bei Pharmakotherapie	-,235(**)	-,234(**)	,020(**)	-,168(**)	-,150(**)
	,000	,000	,005	,000	,000
	65770	30941	18701	16128	30941
A CGI (Teil 1)	,112(**)	,106(**)	-,025(**)	-,037(**)	,056(**)
	,000	,000	,000	,000	,000

	80344	37939	24914	17491	37939
--	-------	-------	-------	-------	-------

Tabelle 8a: Nonparametrische Korrelation nach Mehrfachaufnahmen

	Allgemein	1	2-3	4-8	9 und mehr
Neuroleptika	,453(**)	,533(**)	,400(**)	,270(**)	,252(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	36584	13098	10951	8525	4010
Antidepressiva	,203(**)	,309(**)	,169(**)	,104(**)	,107(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	35525	12774	10681	8254	3816
Gesamtzahl Fälle in Haar	,182(**)	.	,056(**)	-,022(*)	-,155(**)
	,000	.	,000	,029	,000
	42564	15345	12451	9926	4842
keine komplementäre Weiterver- sorgung	-,243(**)	-,227(**)	-,253(**)	-,194(**)	-,163(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	36002	13113	10760	8279	3850
amb. Weiterbetreuung niederge- lassener Arzt/Psychiater/Psychoth/sonstiger	,082(**)	,173(**)	,046(**)	-,029(**)	,010
	,000	,000	,000	,008	,529
	34923	12555	10514	8102	3752
amb. Weiterbetreuung in eigener Amb.	,197(**)	,257(**)	,194(**)	,126(**)	,045(**)
	,000	,000	,000	,000	,006
	34923	12554	10515	8102	3752
Berufliche Situation vor Aufnahme	-,159(**)	-,156(**)	-,111(**)	-,069(**)	-,050(**)
	,000	,000	,000	,000	,002
	36019	13114	10742	8303	3860
(Ehe-)partner	-,101(**)	-,090(**)	-,077(**)	-,051(**)	-,004
	,000	,000	,000	,000	,815
	37035	13473	11031	8543	3988
Zeitdauer eines Falles (Tage) ohne NL	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	.	.	.	.	.
	42564	15345	12451	9926	4842
ohne ärztlichen Einw.	-,029(**)	-,070(**)	-,053(**)	-,031(**)	-,061(**)
	,000	,000	,000	,005	,000
	36507	13530	10746	8310	3921
Entweichungen	,080(**)	,087(**)	,066(**)	,028(*)	,083(**)
	,000	,000	,000	,010	,000
	37447	13644	11128	8631	4044
E-Jahr	-,067(**)	-,051(**)	-,091(**)	-,099(**)	-,003
	,000	,000	,000	,000	,809
	42564	15345	12451	9926	4842
Beh. gegen ärztlichen Rat beendet	-,049(**)	-,049(**)	-,059(**)	-,076(**)	-,061(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	42564	15345	12451	9926	4842
F2 Hauptdiagnose schizophrene Störung (E)	,317(**)	,342(**)	,277(**)	,214(**)	,168(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	42564	15345	12451	9926	4842
F4 Hauptdiagnose Neurose	-,356(**)	-,409(**)	-,283(**)	-,156(**)	-,099(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	42564	15345	12451	9926	4842
keine Psychotherapie	-,248(**)	-,280(**)	-,260(**)	-,244(**)	-,214(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	37440	13637	11132	8625	4046

Aufnahme freiwillig	-,032(**)	,012	-,074(**)	-,107(**)	-,076(**)
	,000	,146	,000	,000	,000
	42471	15312	12422	9903	4834
E CGI 2	-,116(**)	-,115(**)	-,141(**)	-,138(**)	-,200(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	34141	12319	10208	7895	3719
E CGI 1	,189(**)	,211(**)	,143(**)	,149(**)	,116(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	19150	6852	5119	4383	2796
E CGI 3 Wirksamkeit	,014(*)	,016	,037(**)	,007	-,020
	,028	,179	,001	,567	,263
	26156	7474	8361	7041	3280
E CGI 3 Nebenwirkungen	,121(**)	,133(**)	,123(**)	,087(**)	,151(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	26277	7564	8376	7037	3300
keine bes. Komplikationen bei Pharmakotherapie	-,234(**)	-,267(**)	-,240(**)	-,213(**)	-,151(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	30941	9152	9798	8147	3844
A CGI (Teil 1)	,106(**)	,166(**)	,081(**)	,059(**)	,097(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	37939	14097	11188	8628	4026

*Tabelle 9a: Nonparametrische Korrelation der Wiederaufnahme für verschiedene Fachbereiche*

	<b>Akut</b>	<b>Allgemein</b>	<b>Sucht</b>	<b>Gerontopsychiatrie</b>
Alter bei Aufnahme Korrelationskoeffizient	<b>-,045(**)</b>	<b>,022(**)</b>	<b>-,136(**)</b>	<b>-,115(**)</b>
Sig. (2-seitig)	,000	,001	,000	,000
N	46304	23589	16374	6341
Persönlichkeitsstörung	-,046(**)	-,063(**)	-,026(**)	-,007
	,000	,000	,001	,590
	46304	23589	16374	6341
komorbide F6	-,035(**)	-,036(**)	-,051(**)	,027(*)
	,000	,000	,000	,029
	46304	23589	16374	6341
Gesamtzahl Fälle in Haar	-,078(**)	-,124(**)	-,089(**)	,074(**)
	,000	,000	,000	,000
	46304	23589	16374	6341
(Ehe-)partner	,044(**)	,068(**)	,041(**)	,000
	,000	,000	,000	,972
	41555	20523	15021	6011
Berufliche Situation vor Aufnahme	,012(*)	,031(**)	-,020(*)	,023
	,022	,000	,016	,226
	37485	19977	14699	2809
Früherer Suizidversuch	-,024(**)	-,046(**)	-,019(*)	,063(**)
	,000	,000	,023	,006
	32467	16565	14019	1883
keine komplementäre Weiterversorgung	-,003	-,026(**)	,093(**)	-,123(**)
	,528	,000	,000	,000
	40240	19940	14547	5753
keine Psychotherapie	-,032(**)	,006	-,036(**)	-,115(**)
	,000	,375	,000	,000

	42054	20724	15314	6016
amb. Weiterbetreuung niederge- lassener Arzt/Psychiater/Psychoth/sonstiger	,200(**)	,195(**)	,119(**)	,468(**)
	,000	,000	,000	,000
	38305	19457	13135	5713
amb. Weiterbetreuung in eigener Amb.	,011(*)	-,002	-,022(*)	,083(**)
	,025	,767	,012	,000
	38301	19458	13131	5712
Zeitdauer eines Falles (Tage) ohne NL	,084(**)	,070(**)	,061(**)	,281(**)
	,000	,000	,000	,000
	46304	23589	16374	6341
ohne ärztlichen Einw.	,000	-,010	-,019(*)	,051(**)
	,961	,137	,021	,000
	41579	20611	15008	5960
Opiat-Substitutionsbehandlung	,070(**)	-,002	,139(**)	-,002
	,000	,755	,000	,890
	39329	19463	14154	5712
Entweichungen	-,051(**)	-,080(**)	-,039(**)	,010
	,000	,000	,000	,459
	42048	20730	15291	6027
Neuroleptika	,009	,004	-,012	-,020
	,062	,561	,161	,132
	39636	20438	13301	5897
Antidepressiva	-,027(**)	-,058(**)	-,030(**)	,072(**)
	,000	,000	,001	,000
	38893	19791	13267	5835
Beh. gegen ärztlichen Rat beendet	,020(**)	-,040(**)	,063(**)	-,026(*)
	,000	,000	,000	,039
	46304	23589	16374	6341
E-Jahr	-,228(**)	-,275(**)	-,213(**)	-,103(**)
	,000	,000	,000	,000
	46304	23589	16374	6341
GAF bei Aufnahme	,074(**)	,050(**)	,087(**)	,114(**)
	,000	,000	,000	,000
	42835	21477	15298	6060
GAF bei Entlassung	,197(**)	,198(**)	,157(**)	,359(**)
	,000	,000	,000	,000
	41885	20613	15268	6004

Tabelle 12a: Nonparametrische Korrelation für Mehrfachaufnahmen

Allgemeinpsychiatrie	insgesamt	1	2-3	4-8	9 und mehr
Alter bei Aufnahme	<sup>1</sup> ,022(**)	-,019	,046(**)	,055(**)	,068(**)
	,001	,181	,000	,000	,000
	23589	5030	7153	7338	4068
F6 Hauptdiagnose Persönlich- keitsstörung	-,063(**)	-,021	-,046(**)	-,087(**)	-,080(**)
	,000	,130	,000	,000	,000
	23589	5030	7153	7338	4068
komorbide Persönlichkeitsstörung	-,036(**)	-,039(**)	-,047(**)	-,034(**)	-,033(*)
	,000	,006	,000	,004	,036
	23589	5030	7153	7338	4068
Gesamtzahl Fälle in Haar	-,124(**)	.	-,024(*)	-,078(**)	-,099(**)
	,000	.	,046	,000	,000
	23589	5030	7153	7338	4068
(Ehe-)partner	,068(**)	,039(**)	,067(**)	,056(**)	,006
	,000	,010	,000	,000	,708
	20523	4454	6327	6348	3394

<sup>1</sup> Zeit (Tage) von aktueller Entlassung bis folgender Aufnahme

Berufliche Situation vor Aufnahme	,031(**)	-,010	-,002	,035(**)	,038(*)
	,000	,528	,861	,006	,029
	19977	4335	6158	6195	3289
Früherer Suizidversuch	-,046(**)	,002	-,029(*)	-,059(**)	-,026
	,000	,891	,037	,000	,202
	16565	3984	5223	4920	2438
keine komplementäre Weiterver- sorgung	-,026(**)	-,025	-,018	-,056(**)	-,130(**)
	,000	,094	,167	,000	,000
	19940	4344	6161	6159	3276
keine Psychotherapie	,006	,048(**)	,017	,001	-,017
	,375	,001	,186	,919	,306
	20724	4496	6376	6407	3445
amb. Weiterbetreuung niederge- lassener Arzt/Psychiater/Psychoth/sonstiger	,195(**)	,205(**)	,198(**)	,175(**)	,174(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	19457	4203	6048	6015	3191
amb. Weiterbetreuung in eigener Amb.	-,002	,002	,008	,026(*)	,015
	,767	,886	,518	,040	,397
	19458	4203	6049	6015	3191
Zeitdauer eines Falles (Tage) ohne NL	,070(**)	,020	,060(**)	,082(**)	,077(**)
	,000	,152	,000	,000	,000
	23589	5030	7153	7338	4068
ohne ärztlichen Einw.	-,010	,006	-,009	,010	,020
	,137	,683	,472	,407	,238
	20611	4603	6351	6279	3378
Opiat-Substitutionsbehandlung	-,002	,015	,001	-,006	-,015
	,755	,336	,966	,663	,381
	19463	4204	6049	6019	3191
Entweichungen	-,080(**)	-,010	-,058(**)	-,097(**)	-,096(**)
	,000	,517	,000	,000	,000
	20730	4498	6381	6409	3442
Neuroleptika	,004	,022	,024	,017	,033
	,561	,153	,054	,185	,056
	20438	4383	6300	6342	3413
Antidepressiva	-,058(**)	-,086(**)	-,072(**)	-,068(**)	-,016
	,000	,000	,000	,000	,371
	19791	4280	6145	6125	3241
Beh. gegen ärztlichen Rat beendet	-,040(**)	-,006	-,028(*)	-,052(**)	-,054(**)
	,000	,693	,016	,000	,001
	23589	5030	7153	7338	4068
E-Jahr	-,275(**)	-,301(**)	-,265(**)	-,230(**)	-,180(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	23589	5030	7153	7338	4068
GAF bei Aufnahme	,050(**)	,052(**)	,058(**)	,027(*)	,039(*)
	,000	,000	,000	,029	,021
	21477	4804	6636	6555	3482
GAF bei Entlassung	,198(**)	,216(**)	,183(**)	,166(**)	,133(**)
	,000	,000	,000	,000	,000
	20613	4469	6355	6368	3421

**Tabelle 13: Regressionsanalyse für die Verweildauer für verschiedene Diagnosen nach ICD 10**  
 (F2= Hauptdiagnose schizophrene Störung, F3= Hauptdiagnose affektive Störung, F4= Hauptdiagnose neurotische Störung, F6= Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung)

	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F6</b>
	N= 5686	N= 2212	N= 803	N= 953
	<b>R<sup>2</sup>= 0,244</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,300</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,255</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,164</b>
keine Psychotherapie	-,236	-,213	-,153	-,221
keine bes. Komplikationen bei Pharmakoth.	-,113			-,117
keine komplementäre Weiterversorgung	-,170	-,119	-,115	-,087
E CGI 2	-,179	-,285		
Aufnahme freiwillig	-,122		-,081	
Antidepressiva	,120	,162	,221	,093
E CGI 1	,126	,082		
Therapieresistenz, mang. Wirk.	,114	,177	,127	
Neuroleptika	,084	,171	,122	,127
Gesamtzahl Fälle in Haar	-,076			
E-Jahr		-,100		-,138
Lithium		,099		
E CGI 3 Wirksamkeit		,102		
amb. Weiterbetreuung in eigener Amb.			,119	,126
Tranquilizer, Hypnotika			,110	
Aufnahme unfreiwillig			-,129	
Alter bei Aufnahme			,079	
andere Phasenprophylaktika				,095
Höchster erreichter Schulabschluss vor Aufnahme				
Früherer Suizidversuch				-,080

**Tabelle 14: Nonparametrische Korrelation Verweildauer nach einzelnen Diagnosen nach ICD 10**  
 (Fettgedruckt sind die auch in der Regressionsanalyse vorhandenen Koeffizienten)

	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F6</b>
	<b>Psychotische Störung</b>	<b>Affektive Störung</b>	<b>Neurotische Störung</b>	<b>Persönlichkeitsstörung</b>
Neuroleptika	<b>,190(**)</b>	<b>,289(**)</b>	<b>,296(**)</b>	<b>,258(**)</b>
	,000	,000	,000	,000
	18596	5799	5288	2868
Antidepressiva	<b>,182(**)</b>	<b>,259(**)</b>	<b>,377(**)</b>	<b>,212(**)</b>
	,000	,000	,000	,000

	17602	5804	5319	2865
Gesamtzahl Fälle in Haar	<b>-,026(**)</b>	,070(**)	,174(**)	,030
	,000	,000	,000	,068
	20639	6625	6707	3665
keine komplementäre Weiterversorgung	<b>-,203(**)</b>	<b>-,192(**)</b>	<b>-,175(**)</b>	<b>-,150(**)</b>
	,000	,000	,000	,000
	17860	5708	5493	2878
amb. Weiterbetreuung niedergelassener Arzt/Psychiater/Psychoth/sonstiger	,024(**)	-,043(**)	,113(**)	,017
	,001	,001	,000	,380
	17442	5651	5221	2757
amb. Weiterbetreuung in eigener Amb.	,124(**)	,199(**)	<b>,162(**)</b>	<b>,169(**)</b>
	,000	,000	,000	,000
	17443	5650	5221	2757
Berufliche Situation vor Aufnahme	-,075(**)	-,040(**)	-,112(**)	-,034
	,000	,003	,000	,063
	17884	5754	5483	2928
(Ehe-)partner	-,070(**)	-,032(*)	-,042(**)	-,056(**)
	,000	,015	,002	,002
	18417	5878	5613	3000
Zeitdauer eines Falles (Tage) ohne NL	1,000	1,000	1,000	1,000
	.	.	.	.
	20639	6625	6707	3665
ohne ärztlichen Einw.	-,045(**)	-,042(**)	-,092(**)	-,041(*)
	,000	,001	,000	,024
	18104	5735	5562	2990
Entweichungen	,010	-,014	,057(**)	,094(**)
	,165	,273	,000	,000
	18612	5921	5642	3035
E-Jahr	-,079(**)	-,057(**)	-,027(*)	-,044(**)
	,000	,000	,026	,007
	20639	6625	6707	3665
Beh. gegen ärztlichen Rat beendet	-,102(**)	<b>-,104(**)</b>	-,074(**)	<b>,008</b>
	,000	,000	,000	,614
	20639	6625	6707	3665
keine Psychotherapie	<b>-,301(**)</b>	<b>-,338(**)</b>	<b>-,332(**)</b>	<b>-,292(**)</b>
	,000	,000	,000	,000
	18633	5911	5643	3035
Aufnahme freiwillig	-,110(**)	-,038(**)	,139(**)	,036(*)
	,000	,002	,000	,029
	20590	6614	6698	3661
E CGI 2	<b>-,172(**)</b>	<b>-,277(**)</b>	,016	-,081(**)
	,000	,000	,263	,000
	17142	5409	5021	2770
E CGI 1	<b>,119(**)</b>	<b>,011</b>	,245(**)	,060(**)
	,000	,529	,000	,009
	9163	3057	2990	1894
E CGI 3 Wirksamkeit	,035(**)	<b>-,029(*)</b>	,091(**)	,030
	,000	,046	,001	,222
	16002	4701	1448	1643
E CGI 3 Nebenwirkungen	,101(**)	<b>,074(**)</b>	,082(**)	,100(**)
	,000	,000	,001	,000
	15917	4714	1554	1707

keine bes. Komplikationen bei Pharmakoth.	<b>-,220(**)</b>	-,258(**)	-,160(**)	<b>-,171(**)</b>
	,000	,000	,000	,000
	18206	5534	2165	2146
A CGI (Teil 1)	<b>,047(**)</b>	<b>,039(**)</b>	<b>,108(**)</b>	<b>-,001</b>
	,000	,003	,000	,941
	18690	5922	5828	3122

*Tabelle 15: Cox Regression für Wiederaufnahmerate für einzelne Diagnosen nach ICD 10*

	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F6</b>
Entlassungsjahr	-,085			
Alter	-,008			
gaf.e	-,007			
Aufnahme freiwillig	,086			
Komorbide F6	,194			
Entweichung	,199			
Keine komplementäre Weiterversorgung	,114			
Weiterversorgung beim niedergelassenem Arzt	-,109			-,143
Unerwünschte Nebenwirkungen		,193		
cgi.e1		,123	,287	
Ohne ärztliche Einweisung			,195	
Früherer Suizidversuch			,176	

*Tabelle 16: Nonparametrische Korrelation für Wiederaufnahmerate für einzelne Diagnosen ICD 10  
(Koeffizient entspricht: Zeit von Entlassung bis Wiederaufnahme)*

	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F6</b>
Alter bei Aufnahme	<b>,038(**)</b>	-,027	-,032	,045(*)
	,000	,117	,159	,032

	13400	3436	1962	2263
komorbide Persönlichkeitsstörung	<b>-,035(**)</b>	<b>-,056(**)</b>	<b>-,079(**)</b>	.
	,000	,001	,001	.
	13400	3436	1962	2263
Gesamtzahl Fälle in Haar	<b>-,161(**)</b>	<b>-,081(**)</b>	<b>-,112(**)</b>	<b>-,190(**)</b>
	,000	,000	,000	,000
	13400	3436	1962	2263
(Ehe-)partner	<b>,077(**)</b>	<b>,055(**)</b>	<b>,065(**)</b>	<b>,085(**)</b>
	,000	,003	,008	,000
	11892	2980	1678	1867
Berufliche Situation vor Aufnahme	<b>,062(**)</b>	<b>-,020</b>	<b>,051(*)</b>	<b>-,005</b>
	,000	,270	,041	,832
	11576	2918	1635	1818
Früherer Suizidversuch	<b>-,041(**)</b>	<b>-,015</b>	<b>-,024</b>	<b>-,053(*)</b>
	,000	,427	,356	,033
	9039	2643	1531	1634
keine komplementäre Weiterver- sorgung	<b>-,032(**)</b>	,003	,013	-,030
	,001	,870	,610	,200
	11543	2901	1640	1795
keine Psychotherapie	<b>-,021(*)</b>	<b>,038(*)</b>	<b>,074(**)</b>	<b>-,012</b>
	,023	,036	,002	,590
	12003	3000	1688	1889
amb. Weiterbetreuung niederge- lassener Arzt/Psychiater/Psychoth/sonstiger	<b>,225(**)</b>	<b>,191(**)</b>	,042	<b>,132(**)</b>
	,000	,000	,092	,000
	11301	2883	1584	1734
amb. Weiterbetreuung in eigener Amb.	-,017	,043(*)	<b>-,075(**)</b>	-,018
	,077	,020	,003	,453
	11302	2883	1584	1734
Zeitdauer eines Falles (Tage) ohne NL	<b>,100(**)</b>	<b>,082(**)</b>	<b>-,133(**)</b>	<b>-,005</b>
	,000	,000	,000	,804
	13400	3436	1962	2263
ohne ärztliche Einweisung	<b>-,035(**)</b>	,001	<b>-,015</b>	,042
	,000	,971	,538	,070
	11894	2999	1716	1877
Opiat-Substitutionsbehandlung	<b>-,012</b>	,001	,008	,046
	,216	,961	,751	,058
	11303	2883	1584	1734
Entweichungen	<b>-,108(**)</b>	<b>-,021</b>	<b>-,062(*)</b>	<b>-,046(*)</b>
	,000	,239	,011	,044
	11991	3007	1690	1885
Neuroleptika	,012	,015	<b>-,087(**)</b>	<b>-,080(**)</b>
	,202	,406	,000	,001
	11999	2955	1616	1810
Antidepressiva	<b>-,031(**)</b>	<b>-,050(**)</b>	<b>-,138(**)</b>	<b>-,072(**)</b>
	,001	,006	,000	,002
	11407	2957	1622	1796
Beh. gegen ärztlichen Rat beendet	<b>-,061(**)</b>	<b>-,002</b>	<b>-,018</b>	<b>-,038</b>
	,000	,910	,425	,073
	13400	3436	1962	2263
E-Jahr	<b>-,269(**)</b>	<b>-,318(**)</b>	<b>-,336(**)</b>	<b>-,239(**)</b>
	,000	,000	,000	,000
	13400	3436	1962	2263
GAF bei Aufnahme	<b>,048(**)</b>	<b>,052(**)</b>	<b>,078(**)</b>	<b>,069(**)</b>
	,000	,004	,001	,002
	12343	3107	1781	1957
GAF bei Entlassung	<b>,210(**)</b>	<b>,225(**)</b>	<b>,169(**)</b>	<b>,167(**)</b>
	,000	,000	,000	,000
	11930	2984	1678	1884

Tabelle 17: Regressionsanalyse für einzelnen Diagnosen unterteilt in Erst- und Nichterstaufnahmen

	Akutpsychiatrie nur Erstaufnahmen	Akutpsychiatrie nur Nichterstaufnahmen	Sucht nur Erstaufnahmen	Sucht nur Nichterstaufnahmen
	N= 7588	N=27528	N=1417	N= 7723
<b>Prädiktoren</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,32</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,36</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,19</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,25</b>
Neuroleptika	0,191	0,198		0,070
Antidepressiva	0,183	0,172	0,100	0,079
Neurose	-0,155	-0,106		
Keine komplementäre Weiterversorgung	-0,138	-0,131	-0,119	-0,090
Keine besonderen Komplikationen bei Pharmakotherapie	-0,105			
Entlassungsjahr	-0,126	-0,121	-0,118	-0,121
Keine Psychotherapie	-0,136		-0,120	
Alter bei Aufnahme	0,168			
Schizophrene Störung	0,121	0,116		
Gesamtzahl Fälle Haar	0,091	0,216		0,282
Erstaufnahme		-0,145		-0,200
Therapieresistenz		0,088		
Amb. Weiterbetreuung in eigener Ambulanz		0,087		
Clomethiazol			0,162	0,116
Unfreiwillige Aufnahme			-0,108	-0,089
Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet			-0,115	
Tranquilizer, Hypnotika			0,135	0,081
Vollzeit berufstätig vor Aufnahme			-0,102	-0,084

	Gerontopsychiatrie nur Erstaufnahmen	Gerontopsychiatrie nur nicht Erstaufnahmen	Allgemeinpsychiatrie nur Erstaufnahmen	Allgemeinpsychiatrie nur Nicht Erstaufnahmen
	N= 1526	N= 2985	2189	N= 12174
	<b>R<sup>2</sup>= 0,18</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,31</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,39</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,39</b>
<b>Prädiktoren</b>				
Entlassungsjahr	-,258	-,237	-,092	-,104
Neuroleptika	,148	,142	,256	,210
Antidepressiva	,177	,157	,128	,088
Keine komplementäre Weiterversorgung	-,122	-,081	-,124	
Keine Psychotherapie	-,119	-,104	-,134	
Gesamtzahl Fälle in Haar	,105	,269	,122	,207

E CGI 2	-,159	-,122	-,236	
GAF bei Entlassung	-,123	-,086		
ECGI3 Nebenwirkungen	,085	,070		
F2 Hauptdiagnose schizophrene Störung	,084			
Erstaufnahme		-,237		-,145
F4 Hauptdiagnose Neurose			-,239	-,162
Therapieresistenz			,146	,103
Ambulante Weiterbetreuung in eigener Ambulanz			,101	,100
F10 Alkoholbedingte Störung			-,083	

## **9. Danksagung**

Es ist mir ein besonderes Anliegen, mich an dieser Stelle bei allen Menschen zu bedanken, die direkt oder indirekt zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen haben. Insbesondere sind dies:

Prof. Dr. Dr. Wolfram Bender, der mir als Doktorvater das Thema überlassen und die gesamte Dissertation wohlwollend begleitet hat.

Dr. Achim Wentzel von der medizinische Basisdokumentation des BKH Haar, der mich zu den statistischen Auswertungen beraten hat.

meiner Familie sowie all denen, die mich in der Zeit der Erstellung der Arbeit unterstützt haben.

# Curriculum vitae

## Dorothea Maria Huttner

15.9.1969 Geburt als drittes Kind von Christina Deubzer – Huttner (geb. Deubzer) und Gottfried Huttner in München

1975 -1979 Besuch der Rotbuchen- Grundschule in München

1979-1988 Besuch des Albert – Einstein- Gymnasiums in München

1988 Abitur

1989-1995 Studium der Humanmedizin an der Ludwig – Maximilians-Universität in München

10/95 Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

4/96-4/04 Ausbildung zum Facharzt in der dritten medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhaus Neuperlach

8/03 Facharztprüfung für Innere Medizin

5/04-12/05 Assistenzärztin in der Kreisklinik München Perlach

1/00 - Nebentätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst München

5/04- Nebentätigkeit als Dozentin an der Krankenpflegeschule des Landkreises

3/05 Beginn der dreijährigen Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Homöopathie

Familienstand: ledig, eine Tochter, Lena-Marie, geboren am 28.4.1992

Interessen: klassische und zeitgenössische Literatur, Musik

Fremdsprachenkenntnisse: Französisch und Englisch fließend in Wort und Schrift