

Psychiatrische Rehospitalisierungen in Basel-Stadt

Häufigkeit, Abstand und Einflussfaktoren

Hans-Christian Kuhl und Franz Müller-Spahn

Obwohl häufige stationäre Rehospitalisierungen bei vielen, vor allem chronisch verlaufenden, psychiatrischen Störungen kaum zu vermeiden sind, ist es doch, sowohl aus dem Blickwinkel der betroffenen Patienten als auch aus ökonomischer Sicht, erstrebenswert, deren Anzahl auf ein möglichst geringes Mass zu reduzieren. Die vorliegende Untersuchung hat das Ziel, das Ausmass starker Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgung zu beschreiben sowie Rahmenbedingungen zu beleuchten.

Wesentliche Fragen der Untersuchung sind:

- Wie häufig sind stationäre Rehospitalisierungen?
- Wie gross ist der Abstand zwischen den Aufenthalten?
- Führen kürzere Aufenthalte zu schnelleren und häufigeren Wiedereintritten?

Die analysierten Daten stammen von 15 877 stationär-psychiatrischen Behandlungsfällen der Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel (UPK).

Einführung

Viele Untersuchungen zeigen, dass zirka 10 bis 30 Prozent der Patienten etwa 50 bis 80 Prozent der stationären psychiatrischen Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen (Übersichtsartikel von [1]). Daher beschäftigen sich zahlreiche Publikationen der psychiatrischen Versorgungsforschung der letzten Jahre mit einer Patientengruppe, die stationäre Versorgungsleistungen

in besonders starkem Masse nutzt. Häufig werden diese Patienten als Heavy User (HU), seltener auch als *Frequent User* bezeichnet (2, 3).

Das besondere Forschungsinteresse liegt zum einen in der Herausforderung, im Interesse dieser Patienten die im psychiatrischen Bereich häufig chronischen Verläufe durch optimale Versorgung abzumildern oder zu verhindern, zum anderen erklärt sich das Interesse an der Heavy-User-Forschung auch durch gesundheitsökonomische Interessen, da stationäre Versorgung sehr kostenintensiv ist. Bei beiden Perspektiven wird implizit die Annahme zugrunde gelegt, dass mit verbesserten Versorgungsstrukturen die starke und häufige Inanspruchnahme von kostenintensiven, stationären Versorgungsleistungen – zumindest zum Teil – potenziell verhindert werden könnte.

Um chronische Verläufe und damit die starke Inanspruchnahme zu reduzieren, ist es wesentlich, die HU zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erkennen. Viele Publikationen beschäftigen sich mit Prädiktoren beziehungsweise der Früherkennung dieser Patientengruppe. Als Beispiel für ein Screeninginstrument sei das von Roik et al. (4) genannt. Bei der Suche nach Prädiktoren für starke Inanspruchnahme zeigt sich jedoch in vielen Studien, dass es sich bei den HU um eine relativ heterogene Gruppe handelt, die nicht einfach durch bestimmte Merkmale charakterisiert werden kann. Aus Mangel an spezifischen Merkmalen gelten in vielen Studien häufige Behandlungsepisoden oder lange Aufenthaltsdauern beziehungsweise eine Kombination als definierendes Kriterium der HU.

Hohe Rehospitalisierungsraten hängen jedoch nicht nur von Patientenmerkmalen ab, sondern werden unter Umständen als Anzeichen für ein nicht optimales Ineinandergreifen von ambulanten und stationären Angeboten und damit als Qualitätsindikator angesehen. In diesem Spannungsfeld ist der zentrale Ansatzpunkt für eine effizientere und auch den Patienten adäquatere Versorgung die stärkere Vernetzung von allen verschiedenen Versorgungsangeboten, die zurzeit vor allem unter dem Begriff «integrierte Versorgung» im Gespräch ist und gefordert wird.

Einige Untersuchungen und Modellprojekte zeigen, dass eine verstärkte ambulante Versorgung, wie zum Beispiel gemeindenahe Angebote, tagesstrukturierende Aktivitäten, Arbeit in geschütztem Rahmen und so weiter das

Ausmass an stationären Wiedereintritten reduzieren kann (5, 6).

Häufige stationäre Aufenthalte im psychiatrischen Bereich sind gerade aus dem Blickwinkel der integrierten Versorgung nicht von vornherein negativ zu bewerten, da die Patienten bei kürzeren Aufenthalten unter Umständen weniger lang aus ihrem Bezugsrahmen gerissen werden. Das Ziel ist eine patientenzentrierte Organisation der Behandlungsabläufe, was flexible und eventuell auch häufige Wechsel zwischen ambulanten und stationären Behandlungsformen erfordern kann.

Effektive Behandlung erfordert gerade in der Psychiatrie häufig Zeit. Es stellt sich daher die Frage, ob durch längere Aufenthalte nachhaltigere Behandlungserfolge erreicht werden können und so die Rehospitalisierungsrate reduziert werden kann. In der Realität geht die Entwicklung jedoch aufgrund von knappen Kassen eher in die Gegenrichtung. Traditionell wird auf den Spardruck in der Versorgung mit Verkürzungen der durchschnittlichen stationären Verweildauern reagiert.

Daher ist es gerade für die Psychiatrie eine wichtige Frage, ob kürzere Aufenthalte verstärkt zu Wiedereintritten führen und den sogenannten «Drehtüreffekt» beschleunigen, das heisst ob die Abstände zwischen den stationären Aufenthalten abnehmen. Die Frage, welche Beziehung zwischen Aufenthaltsdauern und den Abständen von Wiedereintritten besteht, ist auch von ökonomischem Interesse und vor dem Hintergrund der Diskussion von Fallpauschalen (DRG) in der Psychiatrie wesentlich (7).

Ergebnislage in der Schweiz

Die publizierten Studien zu Patienten mit starker Inanspruchnahme stammen im Wesentlichen aus Deutschland und können daher die Rahmenbedingungen in der Schweiz nur unzureichend abbilden.

Hierzulande ist in den routinemässig erhobenen Psychiatriedaten des Bundesamts für Statistik erst seit 2003 eine vollständige Zuordnung von Behandlungsfällen zum gleichen Patienten möglich (8). Für die Auswertung zu HU ist die Verknüpfung von mehreren Behandlungsepisoden zu einem Patienten zwingend notwendig, da Fragestellungen zu Wiedereintritten und starker Inanspruchnahme nur auf Patientenebene beantwortet werden können. Aus oben genanntem Grund beschränken sich bis anhin nahezu alle Auswertungen der schweizerischen Psychiatriestatistik auf die Ebene von Behandlungsfällen (z.B. Routine-monitoring des Schweizer Gesundheitsobservatoriums; OBSAN). Dadurch

sind jedoch Auswertungen zu häufiger stationärer Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung von den gleichen Patienten für die Schweiz kaum vorhanden beziehungsweise deutlich unterrepräsentiert.

Die wenigen vorliegenden Ergebnisse zu psychiatrischen Rehospitalisierungen in der Schweiz stammen aus einzelnen Kliniken, beziehen sich nur auf kurze Zeiträume oder beruhen auf inzwischen älteren Daten (9). Da die Rahmenbedingungen der stationären psychiatrischen Versorgung einem kontinuierlichen Wandel unterworfen sind, können sie zur gegenwärtigen Diskussion nur beschränkt beitragen.

Fragestellungen auf Patientenebene werden in den nächsten Jahren vermutlich deutlich stärker in den Blickpunkt gestellt, da inzwischen die Verbindungs-codes in der Psychiatriestatistik flächendeckend vorliegen. Da für die Analyse von Rehospitalisierungen jedoch ein längerer Zeitraum betrachtet werden muss, werden zuverlässige Ergebnisse für die gesamtschweizerische Psychiatriestatistik erst in einiger Zeit zu erwarten sein.

Die Notwendigkeit und Relevanz von Auswertungen auf Patientenebene im Gegensatz zur bis anhin häufigen Fallebene zeigt sich beispielsweise dadurch, dass in der vorliegenden Studie 15 877 Behandlungsfälle untersucht wurden, die jedoch nur 6241 tatsächlichen Patienten zugeordnet werden können. Dies zeigt auch, dass andere Auswertungen auf Fallebene (z.B. Durchschnittsalter) das reale Bild nur verzerrt wiedergeben.

Häufigkeit von Rehospitalisierungen

Die naheliegendste Frage ist zunächst, in welchem Ausmass Rehospitalisierungen auftreten. In *Abbildung 1* ist dargestellt, wie häufig die einzelnen Patienten der UPK Basel in den sechs Jahren von 2000 bis 2005 in stationärer psychiatrischer Behandlung waren. Knapp 56 Prozent der Patienten hatten nur einen stationären Aufenthalt, dann sinkt die Patientenzahl deutlich mit zunehmender Anzahl der Aufenthalte. Immerhin mehr als 10 Prozent

Tabelle 1:

Durchschnittliche Anzahl Aufenthalte nach Diagnosegruppen

ICD-Code	Diagnose-/Störungsgruppe	mittlere Anzahl Aufenthalte
F00–F03	Demenzen inklusive Alzheimer	1,6
F10	Störungen durch Alkohol	3,0
F11–F19	Störungen durch psychotrope Substanzen	3,2
F20	Schizophrenie	3,6
F23	akute psychotische Störungen	1,5
F25	schizoaffektive Störungen	3,9
F30, F31	Manie, bipolare Störungen	2,5
F32, F33	Depression	1,8
F43	Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	1,5
F6	Persönlichkeitsstörungen	3,1

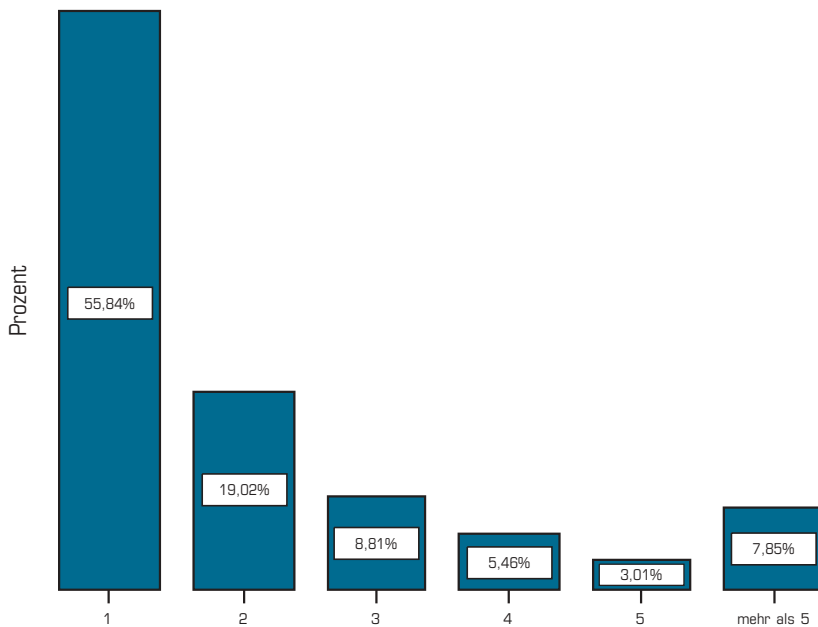


Abbildung 1: Anzahl Aufenthalte im Zeitraum 2000-2005
(n = 6241 Patienten)

der Patienten haben fünf und mehr stationäre Aufenthalte. In *Tabelle 1* ist die mittlere Anzahl der Aufenthalte nach Diagnosegruppen dargestellt. Der Durchschnitt über alle Patienten hinweg liegt bei 2,22 Episoden stationärer Behandlung. Dies unterschätzt jedoch den wahren Wert, da in der vorliegenden Studie nur Wiedereintritte innerhalb eines 6-Jahres-Zeitraums gezählt werden.

Betrachtet man die Daten auf der Ebene von Behandlungsepisoden, so kann man in *Abbildung 2* erkennen, dass je nach Diagnosegruppe bis zu 80 Prozent der Eintritte Wiederaufnahmen sind. Zwischen den Diagnosegruppen gibt es jedoch deutliche Unterschiede. So ist bei Demenzen, akuten psychotischen Störungen oder Belastungs-/Anpassungsstörungen der Anteil der Wiedereintritte mit zirka einem Drittel geringer als bei den anderen Diagnosegruppen, die im Bereich von 70 Prozent liegen. Über alle Diagnosen hinweg liegt der Anteil der Wiedereintritte an den Eintritten bei 58,5 Prozent.

Abstand zwischen Aufenthalten

Im Zusammenhang mit Rehospitalisierungen in psychiatrischen Krankenhäusern wird oft von dem sogenannten «Drehtüreffekt» gesprochen. Damit ist gemeint, dass Patienten nach einem Austritt direkt wieder eintreten beziehungsweise dass zwischen zwei Behandlungsepisoden nur

ein sehr kurzer Zeitraum liegt. Bei den vorliegenden 8112 Abständen zwischen zwei Aufenthalten liegt der Gesamtmedian bei 72 Tagen. Das bedeutet, dass 50 Prozent der Abstände unter und 50 Prozent über 72 Tagen liegen. In *Abbildung 3* ist der Median und Interquartilbereich für verschiedene Diagnosegruppen dargestellt. Es ist zu erkennen, dass es bezüglich des Abstands sowohl zwischen den Diagnosegruppen als auch innerhalb einer Diagnosegruppe deutliche Unterschiede gibt (Ausdehnung der Interquartilbalken). Bei allen Diagnosegruppen ist die Verteilung asymmetrisch. Das bedeutet, dass es in allen Gruppen Patienten gibt, deren Abstände zwischen zwei Aufenthalten deutlich über den hier genannten Angaben liegen.

Insgesamt liegen 15,7 Prozent der Abstände unter 15 Tagen. Ein «Drehtüreffekt» kann mit den vorliegenden Daten also nur für eine kleine Gruppe angenommen werden.

Unterschied Ersteintritt/Wiedereintritt

Gibt es charakteristische Bedingungen, die sich bei einem Ersteintritt und einem Wiedereintritt unterscheiden? Bei den meisten untersuchten Merkmalen konnten nur leichte Unterschiede gefunden werden. In *Tabelle 2* sind die Variablen aufgeführt, bei denen sich statistisch signifikante Unterschiede zeigten. Insgesamt handelt es

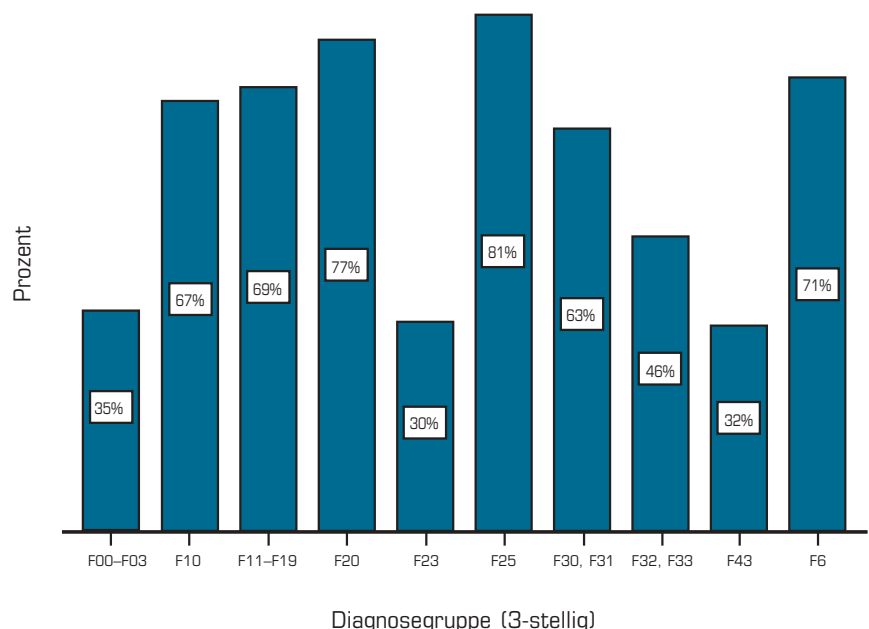


Abbildung 2: Prozentanteil der Wiedereintritte an den Eintritten für die Jahre 2003-2005 (ICD-Codierung der Diagnosegruppen siehe Tabelle 1).

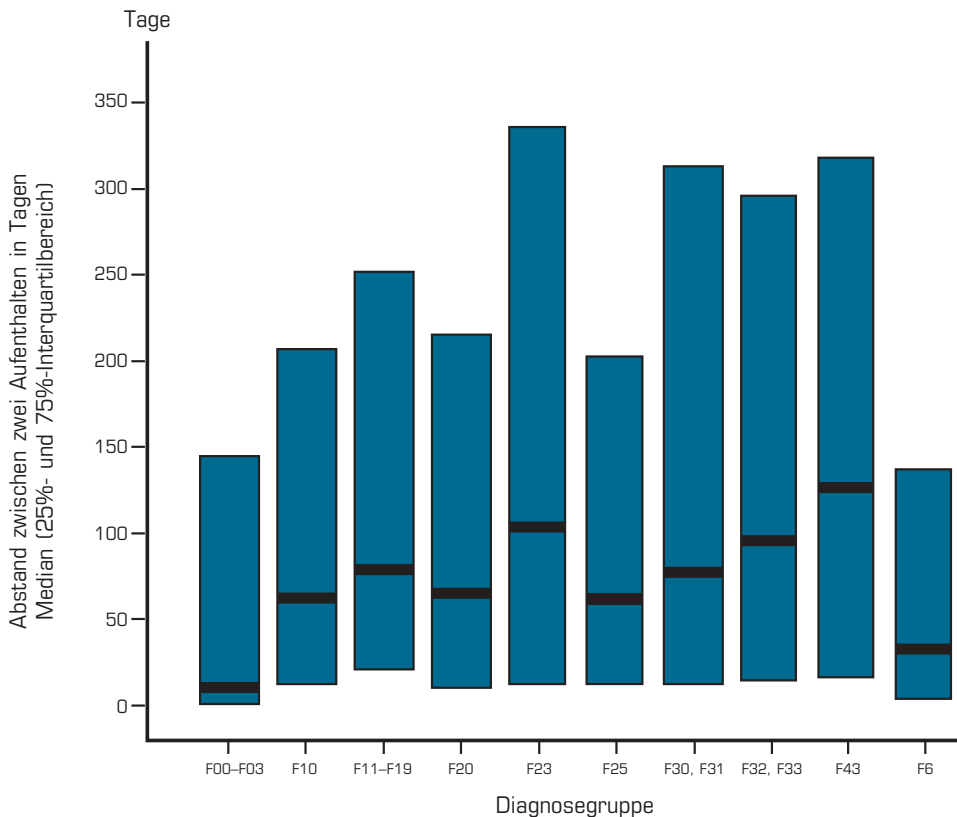


Abbildung 3: Median und Interquartilbereich für den Abstand zwischen 2 Behandlungsepisoden in Tagen (ICD-Codierung der Diagnosegruppen siehe Tabelle 1).

sich um deskriptive Analysen, die keine Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge ermöglichen. Der Anteil der Einweisungen, die selbst von den Patienten beziehungsweise durch ihre Angehörigen erfolgte, ist bei Wiedereintritten deutlich höher, während bei den Ersteintritten der Anteil von Einweisungen durch einen Arzt oder eine Behörde höher ist. In Übereinstimmung mit der Literatur zur Früherkennung der HU sind Patienten ohne Rehospitalisierung besser sozial vernetzt, das heisst häufiger erwerbstätig oder leben zu Hause mit anderen (nicht signifikante Tendenz). Zum Teil verlieren die Patienten jedoch auch ihre Erwerbstätigkeit im Zusammenhang mit einer ersten psychiatrischen Hospitalisierung. Plausibel ist das Ergebnis, dass Ersthospitalisierungen signifikant längere Aufenthalte sind als folgende Aufenthalte. Eine umfangreichere diagnostische Abklärung und umfassendere medizinische, therapeutische und psychologische Behandlung können hier als Ursachen vermutet werden.

Zusammenhang von Aufenthaltsdauer und Abstand zum Wiedereintritt

Gibt es einen Zusammenhang von kürzeren Aufenthaltsdauern und schnelleren Rehospitalisierungen? Um diesen in der Einführung thema-

tisierten Aspekt zu beleuchten, wurden in der vorliegenden Untersuchung für 8112 Behandlungsepisoden, denen noch ein weiterer Aufenthalt folgte, die Aufenthaltsdauer und der Abstand zum Folgeaufenthalt in Beziehung gesetzt. Da sowohl die Aufenthaltsdauern als auch die Abstände zwischen zwei Behandlungsepisoden sehr asymmetrisch verteilt sind (s.o.), wurde Spearmans Rangkorrelation berechnet. Die Gesamtkorrelation ist mit 0,08 als sehr gering anzusehen, weist jedoch in die erwartete Richtung.

Betrachtet man die zahlreichen Einflussfaktoren sowohl auf die Aufenthaltsdauer als auch auf den Abstand zwischen zwei Eintritten, so leuchtet ein, dass ein direkter monokausaler Zusammenhang zwischen den zwei Variablen schwer nachzuweisen ist, selbst wenn es eine Beziehung gibt. Bezieht man andere soziodemografische und diagnostische Variablen mit ein, lassen sich auch nur 10,4 Prozent

der Varianz der Abstände zwischen zwei Aufenthalten erklären. Insgesamt zeigt dies, dass der Abstand zwischen zwei Behandlungsepisoden eine hochgradig individuelle und stark situativ geprägte Grösse ist, die nur zu einem geringen Teil von der Aufenthaltsdauer des Voraufenthalts abhängt.

Fazit

Insgesamt zeigt die vorliegende Studie, dass ein erheblicher Anteil von über 50 Prozent der stationären psychiatrischen Eintritte Wiedereintritte sind. Viele psychiatrische Krankheiten haben hohe Wahrscheinlichkeiten für einen chronischen Verlauf, sodass eine hohe Rehospitalisierungsrate nicht grundsätzlich vermeidbar ist. Die Daten bestätigen aber auch die aus der Literatur vorliegenden Befunde, dass eine relativ kleine Gruppe von Patienten einen Grossteil der psychiatrischen Versorgung in Anspruch nimmt. 10,9 Prozent der Patienten

Tabelle 2: **Signifikante Unterschiede bei Ersteintritten und Rehospitalisierungen**

	Ersteintritt	Wiedereintritt	Signifikanz
Anteil Selbsteinweisungen	23,6%	36,3%	p < 0,001
Anteil Erwerbstätige	17,7%	8,6%	p < 0,001
Mittelwert Aufenthaltsdauer (Tage)	43,2	35,05	p < 0,01

haben fünf oder zum Teil deutlich mehr Aufenthalte innerhalb von sechs Jahren. Auch wenn für einen Grossteil der Patienten aufgrund des Abstands von Aufenthalten nicht von einem Drehtüreffekt gesprochen werden kann, so liegt bei 15,4 Prozent der Wiedereintritte der Abstand unter 15 Tagen. Da es einen gewissen Überschneidungsbereich gibt, zeigen die Ergebnisse, dass es eine Gruppe von Patienten gibt, die schnell und häufig wieder eintreten. Bei dieser Gruppe mit häufigen und schnellen Rehospitalisierungen besteht sowohl aus Sicht der Versorgungsforschung als auch aus gesundheitsökonomischer Sicht das grösste Optimierungspotenzial. Insbesondere bei dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass die verschiedenen Möglichkeiten der Nachbetreuung unzureichend sind, zu wenig genutzt werden und die verschiedenen Versorgungsangebote nicht optimal zusammenwirken. In diesem Spannungsfeld ist der zentrale Ansatzpunkt für eine effizientere und auch den Patienten adäquatere Versorgung die stärkere Vernetzung von allen verschiedenen Versorgungsangeboten, die zurzeit unter dem Stichwort «Integrierte Versorgung» allseits im Gespräch ist und gefordert wird. Eine solche Flexibilität und Koordination von verschiedenen Versorgungsangeboten im Verlauf einer längeren Behandlung kann vermutlich nur bei Kontinuität der verantwortlichen therapeutischen Bezugsperson erreicht werden. Dabei könnte eine Fallführung im Sinne des Case-Managements einerseits eine für die Patienten optimale Versorgungskette gewährleisten und andererseits auch ökonomische Vorteile bringen (10).

Auch bei einem optimalen Zusammenwirken von verschiedenen Versorgungsangeboten wird jedoch ein gewisses Ausmass an Rehospitalisierungen als Ausdruck chronisch verlaufender, psychiatrischer Erkrankungen nicht zu vermeiden sein (11). Dieses könnte jedoch vermutlich geringer sein als heute. ■

Literatur:

1. Kent S, Fogarty M, Yellowlees P (1995) A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatr Serv.*, 46: 1247-1253.
2. Spiessl H et al. (2002) «Heavy users» in einer psychiatrischen Klinik – eine Kohortensstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. *Psychiatr Prax.*, 29: 350-354.
3. Roick C (2002) Heavy user: Geheimnisvolle Forschung. *Psychiatr Prax.*, 29: 331-333.
4. Roick C, Heider D, Angermeyer MC (2003) Entwicklung eines Screening-Instruments zur Identifikation von Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. *Fortschr Neurol Psychiatr.*, 71: 378-386.
5. Roick C et al. (2004) Analyse starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. *Psychiatr Prax.*, 31: 241-249.
6. Burgess P et al. (2006) Do community treatment orders for mental illness reduce readmission to hospital?: An epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 41: 574-579.
7. Maylath E, Krokotsch A, Kunze H (2006) Pro und Kontra: Diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) in der Psychiatrie? *Psychiatr Prax.*, 33: 56-58.
8. Christen S, Christen L (2005) Basisdaten Psychiatrie 2003. Beschreibung der stationären Behandlungen psychischer Störungen in der Schweiz. Obsan-Publikation. Neuchâtel: Obsan.
9. Ruesch P, Meyer PC, Hell D (2000) Wer wird psychiatrisch rehospitalisiert? Psychiatrische Hospitalisierungsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zürich (Schweiz). *Gesundheitswesen*, 62: 166-171.
10. Maier M, Herdt J, Kuhl C (2006) Case Management für die Psychiatrie in der Schweiz: Bedarf, Nutzen und Herausforderungen. *Managed Care*, 5: 25-27.
11. Richter D et al. (2002) Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung – «Heavy User» oder chronisch Kranke? *Psychiatr Prax.*, 29: 364-368.



Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Hans-Christian Kuhl

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

Psychologischer Dienst

Arbeitsbereich Versorgungsforschung und Qualitätssicherung

Wilhelm-Klein-Strasse 27

4025 Basel

Interessenskonflikte: keine