



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Arbeitsdokument 1/03

Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000

**Description des données
fondamentales relatives aux
admissions en établissements
psychiatriques en Suisse
de 1998 à 2000**

**Lisanne Christen
Stephan Christen**

Juli 2003

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine Institution von Bund und Kantonen, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist. Das Gesundheitsobservatorium (Obsan) analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Das Projekt Nationale Gesundheitspolitik hat zum Ziel, die Ausrichtung und Leitplanken einer zukünftigen, von Bund und Kantonen gemeinsam getragenen schweizerischen Gesundheitspolitik zu definieren. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und www.gesundheitspolitik.ch.

Arbeitsdokument des Obsan Nr. 1/03, Juli 2003
© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Herausgeber der Arbeitsdokumente des Obsan:
Paul Camenzind, Katharina Meyer, Petert C. Meyer

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Résumé	11
1. Einführung	17
1.1 Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser in Stichworten	17
1.2 Die Konstruktion des anonymen Verbindungscode	18
1.3 Auswertungsmöglichkeiten für die Medizinischen Basisdaten	18
1.4 Einschränkungen für die Auswertung der Daten 1998-2000.....	19
2. Methodische Aspekte	20
2.1 Selektionskriterien, Auswertungseinheit und Datenumfang.....	20
2.2 Auswertungen von Behandlungsfällen und Personen-Daten.....	21
2.2.1 Behandlungsfälle	21
2.2.2 Personen-Daten.....	22
2.3 Darstellung der Resultate.....	23
3. Resultate	25
3.1 Auswertung des Minimal-Datensatzes nach Behandlungsfällen.....	25
3.1.1 Datenübersicht.....	25
3.1.2 Informationen zum Standortkanton der beteiligten Institutionen und zum Wohnkanton der Behandelten.....	25
Exkurs zum Zusammenhang zwischen Behandlungen im Wohnkanton und Standortkanton.....	29
3.1.3 Soziodemographische Informationen	30
3.1.4 Eintritts-Merkmale	32
3.1.5 Austritts-Merkmale	34
Exkurs zum Austrittsentscheid	37
Exkurs: Verstorbene Patienten.....	39
Exkurs zur Nachbetreuung.....	42
3.1.6 Diagnosen.....	43
Exkurs über Haupt-F-Diagnosen (3-stellig) im Zusammenhang mit Geschlecht, Eintrittsart und einweisender Instanz.....	48
Exkurs zur Aufenthaltsdauer bei abgeschlossenen Behandlungen – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen)	50
Exkurs zu Austrittsmerkmalen bei abgeschlossenen Behandlungen – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen)	54
Exkurs: Suizid-Diagnosen	57
Exkurs zu Mehrfach-Diagnosen	59
3.2 Auswertung der Psychiatrie-Zusatzdaten nach Behandlungsfällen	63
3.2.1 Datenübersicht.....	63
3.2.2 Daten zur Person	64
3.2.3 Daten zum Eintritt	67
Exkurs zur Freiwilligkeit des Eintritts	69

3.2.4	Daten zu Behandlung/Verlauf	71
3.2.5	Daten zum Austritt	73
	Exkurs über den Zusammenhang von Aufenthaltsorten vor Eintritt und nach Austritt....	75
	Exkurs über den Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und soziodemographischen bzw. Behandlungsparametern	78
3.3	Auswertung von rekonstruierten anonymen Personendaten	82
3.3.1	Datenübersicht.....	82
3.3.2	Aufsummierte Aufenthaltsdauern	83
3.3.3	Aspekte der Diagnosenstellung.....	84
4.	Literatur	87

Anhang

- I Fragebogen Medizinische Statistik der Krankenhäuser
Questionnaire Statistique médicale des hôpitaux
- II Ergänzende Tabellen zu den Kapiteln 2 und 3
- III Weltregion/Nationalität BFS
- IV Erläuterung der in der Auswertung verwendeten ICD-10-Diagnosen.
Kapitel F: Internationale Klassifikation psychischer Störungen (WHO 2000)

Zusammenfassung

Zur Position der Medizinischen Basisdaten Psychiatrie

Die Evaluation und Verbesserung des Gesundheitswesens ist ein Ziel der Nationalen Gesundheitspolitik. Dies soll u.a. erreicht werden durch die wissenschaftliche Erarbeitung von Grundlagen zur Förderung von Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit von Versorgungsstrukturen, Gesundheitsdiensten und Massnahmen.

Ungefähr die Hälfte der Gesundheitskosten fällt in der stationären Versorgung an. Von Bedeutung ist dies besonders für die Kantone, die finanziell, planerisch und als Träger für die stationäre Versorgung zuständig sind. Kosten- und Effizienzüberlegungen zur stationären Versorgung basierten bis anhin auf der Analyse von sogenannten Behandlungsfällen, d.h. von Behandlungen während einer Hospitalisation (stationäre Behandlungsepisode). Insbesondere bei chronischen Krankheiten und Multimorbidität können die Inanspruchnahmepattern stationärer Behandlungen aber erst dann angemessen beurteilt werden, wenn sie sich auf alle Hospitalisationen einer Person während der Zeitdauer von mindestens einem Jahr beziehen.

Psychische Krankheit zeichnet sich in hohem Mass durch wiederholte Krankheitsepisoden, d.h. Chronifizierung, wie auch durch wiederholte Behandlungen aus. Die Zahl ambulanter und stationärer Behandlungen psychischer Krankheiten steigt auch in der Schweiz. Verschiedene Studien besagen, dass Depression zu mehr und länger dauernden Behinderungen führt als jede andere Krankheit¹. Auch nehmen ungeachtet der enormen Behandlungsfortschritte in den vergangenen Jahren psychische Erkrankungen nach wie vor einen schlecht prognostizierbaren Verlauf.

Grundlegende Informationen, deren Analyse vor allem in Bezug auf die stationäre psychiatrische Betreuung von besonderer Bedeutung für Planungen im Gesundheitswesen ist, sind in der *Medizinischen Statistik der Krankenhäuser* erfasst. Diese Informationen bezeichnen wir deshalb als *Medizinische Basisdaten*.

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, d.h. die Medizinischen Basisdaten, wird vom Bundesamt für Statistik seit 1998 in jährlichem Rhythmus erfasst. Hierbei handelt es sich um eine obligatorische Patienten bezogene Vollerhebung von medizinischen stationären Behandlungen in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken. Diese obligatorischen Daten werden im *Minimal-Datensatz* erfasst. Freiwillig ist die Erhebung von Daten mit einem *Psychiatrie-Zusatzmodul*, das vertiefte Analysen von psychiatrischen Behandlungen erlaubt. Die Erhebungseinheit ist immer der durch die Hauptdiagnose definierte Behandlungsfall (bestehend aus: Eintritt, Behandlung, Austritt) in einem Krankenhaus oder einer psychiatrischen Klinik bzw. Abteilung.

¹ WHO (2001). World health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva

Beschreibung der Medizinischen Basisdaten Psychiatrie aus drei Erhebungsjahren

Im Rahmen des Themenschwerpunkts des Gesundheitsobservatoriums "Psychische Gesundheit" stellen wir hier Daten von stationären psychiatrischen Behandlungen der Kalenderjahre 1998-2000 in der Schweiz vor.

In die Auswertungen gingen die stationären Behandlungen von allen Daten liefernden psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Abteilungen somatischer Spitäler ein.

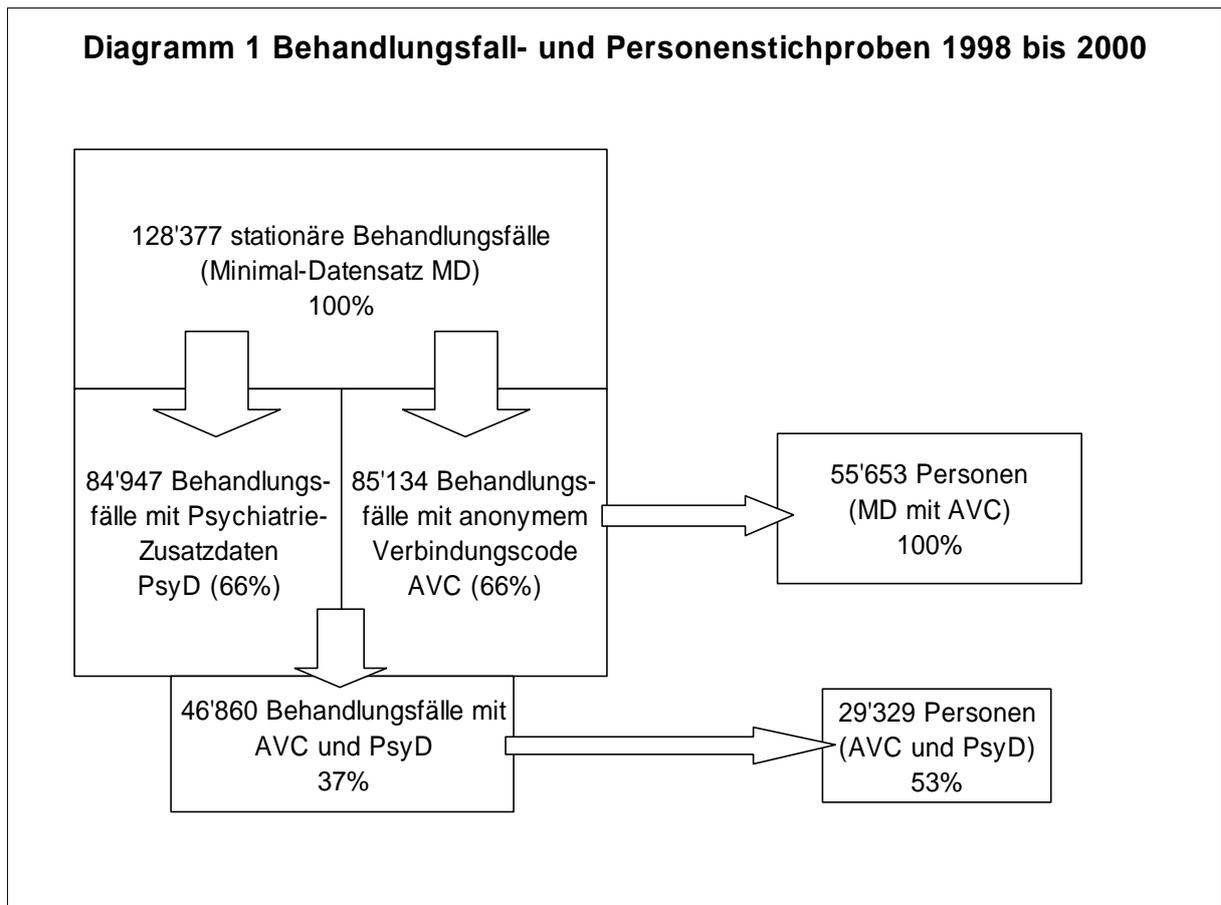
Die Tabellen und Tabellenkommentare dieses Berichts sind eine erstmalige Beschreibung der Datenlage. Das Hauptgewicht liegt hier auf der Darstellung von Behandlungsfällen (bestehend aus Eintritt, Behandlung, Austritt). Einige wichtige Fragen zur Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen lassen sich aber nur beantworten, wenn die Daten einzelner Behandlungsfälle zu Personen zugeordnet werden. Dieser Bericht enthält daher auch Basis-Auswertungen zur Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen durch Personen. Umfassende Analysen von Personen-Daten werden jedoch in einem weiteren Bericht präsentiert.

Vom Behandlungsfall zur Person

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist, wie oben ausgeführt, eine obligatorische Vollerhebung von stationären Behandlungen in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen mit einem obligatorischen Minimal-Datensatz und einem fakultativen Psychiatrie-Zusatzdatensatz. Obligatorisch ist seit 1998 auch die Erstellung eines *anonymen Verbindungscodes*.

Der anonyme Verbindungscode ist eine Personenkennung, die bei jedem Eintritt vergeben wird und für jede Person, gleichgültig wann und in welcher Klinik sie vergeben wird, immer identisch ist. Im anonymen Verbindungscode sind Name, Geburtsdatum und Geschlecht verschlüsselt. Er lässt keinen Rückschluss auf die Identität der Person zu, ermöglicht jedoch, mehrere Behandlungsfälle der gleichen Person zu verbinden und dadurch individuelle Behandlungsverläufe und Inanspruchnahmepattern aufzuzeigen. Da aber nicht alle Kliniken tatsächlich anonyme Verbindungscodes generierten, ist die Personen-Rekonstruktion unvollständig.

Diagramm 1 ist eine Übersicht über die Stichproben von Behandlungsfällen und Personen. Aufgeführt sind die Anzahl an erfassten Behandlungsfällen, die Anteile der (an sich obligatorischen) anonymen Verbindungscodes und der fakultativ erhobenen Psychiatrie-Zusatzdaten sowie die Anzahl an rekonstruierbaren Personen mit Minimal- bzw. mit Minimal- und Psychiatrie-Datensatz. Zwei Drittel aller stationären Behandlungsfälle sind mit einem anonymen Verbindungscode versehen; aus diesen Behandlungsfällen liessen sich Personen rekonstruieren. Für ebenfalls zwei Drittel aller stationären Behandlungsfälle liegen Psychiatrie-Zusatzdaten vor. Bei einem guten Drittel aller Behandlungsfälle ist die grösstmögliche Datenvollständigkeit erreicht – neben dem Minimal-Datensatz liegen anonyme Verbindungscodes und Psychiatrie-Zusatzdaten vor.



Das Wichtigste zur Behandlung aus der Analyse von Behandlungsfällen

- Datenumfang** In die deskriptiven Datenanalysen gingen 128'377 Behandlungsfälle mit Minimal-Datensatz und 84'947 Behandlungsfälle mit Psychiatrie-Zusatzdaten ein (*Diagramm 1*).
- Ausschöpfungsgrad** Die gelieferten Behandlungsfälle der Medizinischen Statistik decken 1998 zu 66%, 1999 zu 79% und im Jahre 2000 zu 93% die Meldungen an Pflorgetagen in der administrativen Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik ab.
- Soziodemographisches** Rund die Hälfte der Behandlungsfälle geht auf Männer zurück, 83% auf Personen mit Schweizer Nationalität, 49% der Behandlungsfälle betrifft Ledige, 49% Personen ohne Erwerbstätigkeit, 40% Berentete. Knapp 14% der Behandlungsfälle betrifft Personen mit höherer Schulbildung. In 85% lag das Alter bei Spitaleintritt zwischen 15 und 64 Jahre; 0.7% waren bis 14 Jahre alt und 14% waren 65 Jahre und älter.

Eintritt	<p>In 73% der Behandlungsfälle erfolgte der Eintritt von zuhause, in 73% auf Initiative eines niedergelassenen nicht-psychiatrischen Arztes oder Psychiaters. Je die Hälfte aller Eintritte war ein Notfall bzw. angemeldet. 69% aller Eintritte erfolgte freiwillig; fürsorgerischer Freiheitsentzug ist für 20% aller Eintritte verzeichnet.</p>
Behandlung	<p>In 12% der Fälle waren die Behandlungen bei Jahresende nicht abgeschlossen.</p> <p>In 88% der Fälle waren die Behandlungen abgeschlossen. Sie dauerten im Durchschnitt 91 Tage (Median: 23 Tage). 30% aller Behandlungen waren Kriseninterventionen, 49% integrierte psychiatrische Behandlungen. Die meist verwendeten Psychopharmaka waren Neuroleptika (58% der Behandlungen), Antidepressiva (43%) und Tranquilizer (40%). Bei 15% der Behandlungen wurden keine Psychopharmaka verabreicht.</p>
Austritt	<p>In 83% aller abgeschlossenen Behandlungen erfolgte der Austritt auf Initiative bzw. unter Einverständnis des Behandlers, in 13% auf alleinige Initiative der Betreuten. Patienten, die den Austritt selbst initiierten, waren jünger und hatten kürzere Aufenthalte als Patienten, die durch Initiative der Behandler oder Dritter austraten.</p> <p>73% aller Austritte war nach Hause möglich, und nach 82% aller Behandlungen erfolgte eine ambulante Nachbetreuung. Für die zehn am häufigsten behandelten Haupt-F-Diagnosen ist ambulante Nachbetreuung die wichtigste Form der Nachsorge.</p>
Diagnosen	<p>Die häufigsten 2-stelligen Haupt-F-Diagnosen (Unterscheidung von 10 breiten Diagnose-Gruppen psychiatrischer Störungen) waren psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10-Code F1: 26%), affektive Störungen (F3: 24%) wie auch Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2: 24%). Behandlungen im Zusammenhang mit F2-Hauptdiagnose erfolgten überdurchschnittlich häufig nach Notfalleintritt.</p> <p>Die längsten Aufenthaltsdauern unter den häufigsten 3-stelligen Haupt-F-Diagnosen stellt man bei Demenzen (F00-F03), Schizophrenie (F20) und schizoaffektiven Störungen (F25) fest, die kürzesten Aufenthalte für Störungen durch psychotrope Substanzen (F11-F19) und Belastungsreaktion (F43) – beispielsweise 46 Tage (Median) bei Demenzen und 14 Tage bei Störungen durch psychotrope Substanzen in Behandlungen bis 1 Jahr.</p> <p>Es konnten bis zu 10 Diagnosen gestellt werden, wobei in 57% aller Behandlungsfälle nur eine und in 26% zwei F-Diagnosen vorliegen.</p>

Personen bezogene Auswertungen

Datenumfang	Aus den Behandlungsfällen 1998-2000 liessen sich mittels anonymem Verbindungscode 55'653 Personen mit Minimal-Datensatz und 29'329 Personen mit Psychiatrie-Zusatzdaten (<i>Diagramm 1</i>) rekonstruieren.
Auswertungsstichprobe	Bis 31.12.2000 waren die Behandlungen von 51'636 rekonstruierten Personen mit Minimal-Datensatz <i>abgeschlossen</i> . Von 27'272 Personen mit abgeschlossener Behandlung liegen Psychiatrie-Zusatzdaten vor. Die nachfolgenden Resultate beziehen sich ausschliesslich auf Behandlungen, die spätestens am 31.12.2000 abgeschlossen waren.
Behandlung	<p>Im Zeitraum vom 1.1.1998 bis zum 31.12.2000 hatten 75% der Personen eine Behandlungsepisode, 16% hatten zwei Behandlungsepisoden und 10% zwischen 3 und 66 Behandlungsepisoden.</p> <p>Es existieren unterschiedliche Aufenthaltsmuster von wenigen langen bis zu vielen kurzen Aufenthalten. Aufsummierte Aufenthaltsdauern steigen tendenziell mit der Anzahl an Aufenthalten innerhalb der drei Erhebungsjahre: Bei zwei Behandlungsepisoden ist die durchschnittliche aufsummierte Aufenthaltsdauer 95 Tage (Median: 55 Tage), bei 5 und mehr Behandlungsepisoden durchschnittlich 181 Tage (Median: 138 Tage).</p>
Diagnosen	<p>Die häufigsten zweistelligen Haupt-F-Diagnosen von Personen mit nur einer Behandlungsepisode sind: affektive Störungen (F3: 29%), Störungen durch psychotrope Substanzen (F1: 21%) und Schizophrenie (F2: 17%).</p> <p>Bei 75% aller Personen mit mehr als einer Behandlungsepisode blieb die Haupt-F-Diagnose zwischen dem 1. und dem 2. Eintritt in der dreijährigen Erhebungsperiode gleich. F2-Diagnosen (Schizophrenie) werden beim zweiten Eintritt in 88% aller Fälle wieder gestellt; F4 (neurotische Störung) und F6 (Persönlichkeitsstörung) werden beim zweiten Eintritt häufig nicht mehr diagnostiziert, statt dessen finden sich häufig F3- (affektive Störung) und F1-Diagnosen (Störung durch psychoaktive Substanzen).</p>

Ausblick

Der vorliegende Bericht stellt das Gerüst dar, auf dem weitere Themen zentrierte und Hypothesen geleitete Auswertungen aufbauen. Zwei weitere Teilprojekte befassen sich mit folgenden Schwerpunkten:

- Merkmale und Determinanten freiwilliger und unfreiwilliger Eintritte in psychiatrische Institutionen
- Analysen individueller Behandlungsverläufe und Inanspruchnahmemuster auf Personenebene.

Wünschenswert ist eine wirklich flächendeckende Generierung der anonymen Verbindungscodes, denn viele Fragen lassen sich sinnvollerweise nur für Personen beantworten. Der Aussagekraft der Auswertungen zuträglich wäre auch die umfassende Erhebung der Psychiatrie-Zusatzdaten. Mit vollständigen Informationen lassen sich beispielsweise fundierte Antworten finden über

- den Chronifizierungsgrad bestimmter psychischer Erkrankungen
- die Determinanten und sozialen Folgen der Chronifizierung
- Diagnose spezifisch optimale, d.h. das Wiedereintrittsrisiko reduzierende stationäre Aufenthaltsdauern.

Bedauerlicherweise erlauben es die beschränkten Ressourcen nicht, den gesamten Text ins Französische zu übersetzen. Neben der französischen Zusammenfassung enthält der Anhang jedoch die französischen Versionen der Fragebögen und eine zweisprachige Ausführung der Weltregionen/Nationalität BFS.

Résumé

Positionnement des « données médicales fondamentales de psychiatrie »

L'évaluation et l'amélioration de la santé publique est un des objectifs de la politique nationale suisse de la santé. L'élaboration scientifique de principes de base aptes à favoriser l'efficacité, la rentabilité et la pertinence des établissements prestataires, des services de santé et des mesures appliquées sont un des moyens pour atteindre cet objectif.

Les frais d'hospitalisation représentent environ la moitié des dépenses de santé. Cet état de fait revêt une importance particulière pour les Cantons auxquels incombent les responsabilités de financement, de planification et de prestations d'hospitalisation. Jusqu'à présent, les considérations de coûts et d'efficacité de l'activité d'hospitalisation reposaient sur des analyses par « admissions »², c'est-à-dire des traitements au cours d'une hospitalisation (donc par occurrences de traitement « intra-muros »). En particulier dans les cas de maladie chronique et de multi-morbidité, les schémas d'utilisation des prestations hospitalières ne peuvent être valablement analysés que dans la mesure où sont prises en compte toutes les hospitalisations d'une même personne sur une période d'au moins un an.

Les maladies psychiques se caractérisent dans une large mesure par le caractère récurrent de leurs phases d'état – c'est-à-dire par la chronicité – et par le caractère récurrent de leur traitement. Le nombre de traitements de maladies psychiques effectués en ambulatoire comme en milieu hospitalier augmente en Suisse comme ailleurs. Selon diverses études³, la dépression conduit à des handicaps plus nombreux et plus durables que toute autre maladie. De plus, et sans préjudice des progrès considérables réalisés depuis quelques années dans le traitement des maladies psychiques, le pronostic de leur évolution demeure difficile.

Les informations fondamentales – et en particulier celles concernant les soins en établissement psychiatrique dont l'analyse est particulièrement utile pour les questions de planification et de santé publique – sont recueillies dans la *Statistique médicale des hôpitaux*. Nous désignerons donc ces informations par l'expression « données médicales fondamentales ».

La Statistique médicale des hôpitaux – donc, ces données médicales fondamentales – est recensée tous les ans par l'Office Fédéral de la Statistique depuis 1998. Il s'agit d'un recensement exhaustif obligatoire, avec référence au patient, des admissions en hôpital et en clinique psychiatrique. Ces données obligatoires sont enregistrées sous la forme des « données minimales ». Il existe aussi des données dont la collecte est facultative, sous la forme des « données complémentaires (psychiatrie) » qui permettent une analyse plus approfondie des traitements psychiatriques. Ici, l'élément statistique de base est toujours « l'admission » (composée de l'entrée, du traitement et de la sortie) à l'hôpital ou à la clinique ou service psychiatrique et référencée par le diagnostic principal.

² NdT : Pour la facilité de lecture, nous emploierons le terme « admission » pour désigner une « occurrence de traitement » dans la suite du texte.

³ WHO (2001). World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva

Données médicales fondamentales de psychiatrie sur trois années de recensement

Dans le cadre des thèmes traités de l'Observatoire de la santé « Santé psychique », nous présentons ici les données relatives aux admissions en psychiatrie en Suisse pour les années 1998 à 2000.

Les analyses ont porté sur les admissions dans toutes les cliniques psychiatriques et tous les services psychiatriques hospitaliers ayant fourni des données.

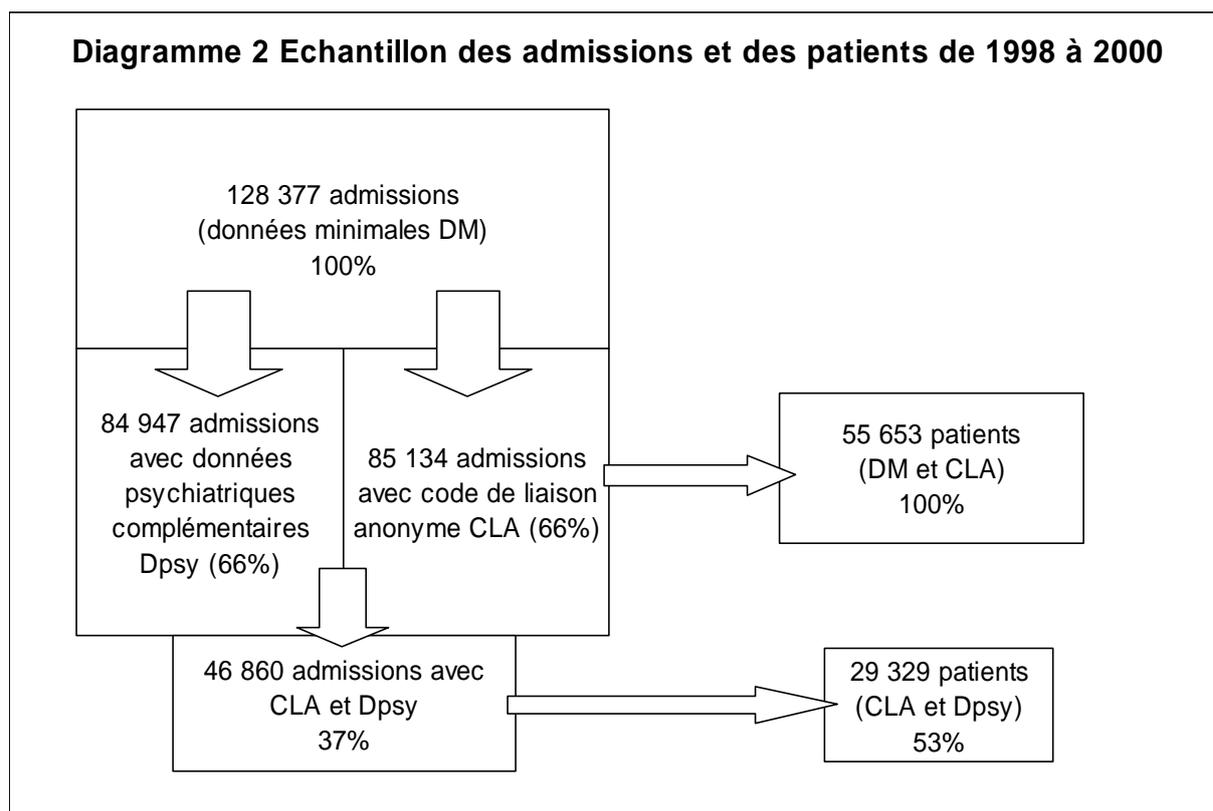
Les tableaux et leurs commentaires présentés ici constituent une première quant à la description de la situation des données statistiques. Le point essentiel de notre travail est celui de la caractérisation des admissions (entrée, traitement, sortie). Cependant, certaines questions importantes relatives à l'utilisation des soins psychiatriques ne peuvent recevoir de réponse que moyennant une corrélation entre les données des admissions et des personnes. C'est pourquoi la présente étude aborde également, mais de manière succincte, la question de l'utilisation des soins psychiatriques par des personnes. Des analyses approfondies des données d'identification par personne feront toutefois l'objet d'un travail ultérieur.

Reconstitution des personnes à partir des renseignements d'admission

La Statistique médicale des hôpitaux est, comme déjà mentionné, une obligation de recensement exhaustif – sous la forme des données minimales – des admissions dans les hôpitaux et les cliniques ou services psychiatriques, accompagnée de la production facultative des données complémentaires (psychiatrie). Depuis 1998, il est également obligatoire de créer un « *code de liaison anonyme* ».

Le code de liaison anonyme est un moyen d'identification invariable attribué à chaque personne et à chacune de ses admissions, quel qu'en soit le lieu ou la date. Dans ce code de liaison anonyme, le nom, la date de naissance et le sexe de la personne sont codés. Ce codage interdit toute corrélation avec l'identité de la personne mais permet de relier entre elles plusieurs admissions d'une même personne et, par la suite, de mettre en évidence des spécificités individuelles de traitement et de schéma d'utilisation. Mais toutes les cliniques n'ayant pas utilisé ce code de liaison anonyme, la « reconstitution » des personnes demeure incomplète.

Le Diagramme 2 présente un synoptique d'un échantillon d'admissions et de personnes, avec indication du nombre d'admissions enregistrées, de la proportion des codes (officiellement obligatoires) de liaison anonymes disponibles, de la proportion des données psychiatriques complémentaires disponibles et du nombre de personnes « reconstituables » à partir des données minimales et des données psychiatriques complémentaires. Les deux tiers des admissions sont assortis d'un code de liaison anonyme, ce qui permet effectivement de reconstituer des personnes. De même, deux tiers des admissions sont assortis de données psychiatriques complémentaires. Le volume maximum de données est disponible pour un large tiers de l'ensemble des admissions, c'est-à-dire avec la disponibilité des données minimales, du code de liaison anonyme et des données psychiatriques complémentaires.



Éléments-clés des traitements tirés de l'analyse des admissions

- Taille de l'échantillon** L'analyse des données a porté sur 128 377 admissions avec données minimales et sur 84 947 admissions avec données psychiatriques complémentaires (*Diagramme 2*).
- Exhaustivité** Les admissions communiquées par la Statistique Médicale recouvrent les indications de journées de soins des statistiques administratives hospitalières de l'Office Fédéral de la Statistique à raison de 66% pour 1998, de 79% pour 1999 et de 93% pour 2000.
- Sociodémographie** Environ la moitié des admissions concerne des patients masculins, 83% des personnes de nationalité suisse, 49% des célibataires, 49% des personnes inactives, et 40% des retraités ou pensionnés. A peine 14% concernent des personnes de formation supérieure. Dans 85% des cas, l'âge à l'admission était compris entre 15 et 64 ans. 0,7% des admis avaient moins de 14 ans et 14% avaient 65 ans et plus.
- Entrée** Dans 73% des cas, le patient résidait chez lui avant son admission ; également dans 73% des cas, elle a eu lieu à l'initiative d'un médecin ou d'un psychiatre extérieurs. Sur l'ensemble des admissions, la moitié a été faite en urgence, l'autre moitié en annoncé, planifié. Sur l'ensemble des admissions, 69% ont été volontaires et 20% ont résulté d'une mesure d'internement préventif.

Traitement	<p>Dans 12% des cas, le traitement n'avait pas été mené à son terme à la fin de l'année de recensement, et l'avait été dans 88% des cas. La durée moyenne de traitement est de 91 jours (valeur médiane : 23 jours). 30% des traitements étaient des interventions d'urgence, 49% étaient traitements psychiatriques intégrés. Les médicaments psychotropes les plus utilisées sont les neuroleptiques (58% des traitements), les antidépresseurs (43%) et les tranquillisants (40%). 15% des traitements ont été effectués sans recours à un médicament psychotrope.</p>
Sortie	<p>Dans 83% des traitements menés à terme à la fin de l'année de recensement, la sortie a eu lieu à l'initiative ou avec l'accord du médecin traitant, et dans 13% des cas à la seule initiative du patient. Dans ce dernier cas, les patients étaient plus jeunes et avaient séjourné moins longtemps que ceux sortis à l'initiative du médecin traitant ou d'un tiers.</p> <p>Dans 73% des sorties, le patient a pu retourner à son domicile et un post-traitement ambulatoire a été appliqué dans 82% des cas. Le suivi ambulatoire a été la principale forme de post-traitement dans les dix types les plus fréquemment posés de diagnostics principaux de catégorie « F ».</p>
Diagnostic	<p>Les diagnostics principaux F à deux chiffres (catégorie de 10 grands groupes de diagnostics des troubles psychiatriques) concernaient des troubles psychiques et du comportement dus à l'absorption de substances psycho-actives (ICD-10-Code F1 : 26%), des troubles affectifs (F3 : 24%), la schizophrénie et des troubles schizotypiques ou délirants F2 : 24%).</p> <p>Les traitements liés à un diagnostic principal F2 ont été plus fréquents que la moyenne dans les cas d'admissions en urgence.</p> <p>Pour les diagnostics principaux F à trois chiffres les plus fréquents, on a constaté les durées de séjour les plus longues dans les cas de démence (F00 à F03), de schizophrénie (F20) et de troubles psychotiques (F25), les durées de séjour les plus courtes ayant été constatées dans les cas de troubles dus à l'absorption de substances psycho-actives (F11 à F19) et de réactions à un facteur de stress sévère (F43), par exemple : 46 jours (valeur médiane) pour les démences et 14 jours pour les troubles par substances psycho-actives faisant l'objet d'un traitement n'excédant pas un an.</p> <p>Sur les 10 diagnostics qui ont pu être posés, pour l'ensemble des admissions, dans 57% des cas un seul diagnostic F a été établi ; 26% de tous les cas en signalent deux.</p>

Analyses portant sur la personne

Taille de l'échantillon	Pour les admissions de 1998 à 2000, les codes de liaison anonymes permettent de reconstituer 55 653 personnes assorties des données minimales et 29 329 personnes assorties des données psychiatriques complémentaires (<i>Diagramme 2</i>).
Echantillon d'analyse	Au 31.12.2000, 51 636 personnes reconstituées assorties des données minimales avaient <i>achevé</i> leur traitement. Les données psychiatriques complémentaires sont disponibles pour 27 272 personnes ayant achevé leur traitement. Les résultats qui suivent se rapportent exclusivement aux traitements achevés au plus tard au 31.12.2000.
Traitement	Du 1.1.1998 au 31.12.2000, 75% des personnes ont fait l'objet d'une admission, 16% de deux admissions et 10% de 3 à 66 admissions. En termes de durée, les séjours vont de quelques longs à de nombreux courts. Sur les trois années de recensement considérées, la somme des durées de séjour tend à croître avec le nombre de séjours : la moyenne de cette somme est de 95 jours (valeur médiane 55 jours) pour deux admissions, elle est de 181 jours (valeur médiane 138 jours) pour 5 admissions ou plus.
Diagnostic	<p>Les diagnostics principaux F à deux chiffres les plus fréquemment posés pour des patients n'ayant fait l'objet que d'une seule admission sont les suivants : troubles affectifs (F3 : 29%), troubles par absorption de substances psycho-actives (F1 : 21%) et schizophrénie (F2 : 17%).</p> <p>Pour 75% des patients ayant fait l'objet d'au moins deux admissions sur les trois années de recensement, le diagnostic principal F est resté le même entre leur première et leur deuxième admission.</p> <p>Des diagnostics F2 (schizophrénie) ont été à nouveau posés à la deuxième admission dans 88% des cas. Il est moins habituel que des diagnostics F4 (troubles névrotiques) et F6 (troubles de la personnalité) soient à nouveau rencontrés à la deuxième admission. Par contre, ils sont plutôt souvent remplacés par des diagnostics F3 (troubles affectifs) et F1 (troubles par substances psycho-actives).</p>

Perspectives

La présente étude doit permettre d'échafauder d'autres analyses thématiques à partir d'autres hypothèses. Deux autres études partielles traitent des thèmes suivants :

- Caractéristiques et facteurs déterminants des admissions volontaires et des admissions forcées en établissement psychiatrique.
- Analyse des profils de traitement et des schémas d'utilisation au niveau des personnes.

L'utilisation généralisée du code de liaison anonyme est souhaitable car il existe de nombreuses questions dont les réponses nécessitent une approche au niveau des personnes pour être valables. La collecte systématique des données psychiatriques complémentaires contribuerait aussi à renforcer la valeur des analyses. Des informations exhaustives permettraient par exemple de documenter les réponses aux questions

- du degré de chronicité de certaines maladies psychiques,
- des facteurs déterminants et de l'impact social de la chronicité,
- de la durée optimale d'hospitalisation – c'est-à-dire celle susceptible de réduire le risque de ré-admission – en fonction du diagnostic.

Malheureusement, nos ressources ne nous permettent pas de fournir une version française du texte intégral. Outre ce résumé en français, une version française des questionnaires et une version bilingue du document de l'OFS par régions du monde/nationalités sont présentées en annexe.

1. Einführung

1.1 Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser in Stichworten

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser gründet auf dem Bundesstatistikgesetz und wurde am 1.1.1998 obligatorisch eingeführt. Seither erfassen Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken bzw. Abteilungen alle stationären Behandlungen. Es handelt sich somit um eine Vollerhebung in jährlichem Erhebungsrhythmus. Die Daten werden vom Bundesamt für Statistik BFS gesammelt.

Die Erhebungseinheit ist der durch Hauptdiagnose definierte Behandlungsfall in einem Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Klinik bzw. Abteilung. Jeder Behandlungsfall besteht aus Informationen zu Eintritt, Behandlung und Austritt.

Diese *Medizinischen Basisdaten* setzen sich aus dem obligatorischen Minimal-Datensatz und den fakultativ zu erhebenden Psychiatrie-Zusatzdaten zusammen. Die Fragebögen auf Deutsch und Französisch liegen in *Anhang I* vor.

Merkmale und Variablen des Minimal-Datensatzes

Folgende Merkmale werden mittels Minimal-Datensatz erhoben (*Anhang I*):

- Erhebungstechnische Merkmale – z.B. Betriebsidentifikation
- Betriebswirtschaftliche Merkmale – z.B. Leistungserbringer (NB: aus Datenschutzgründen ist *keine Auswertung auf Ebene der Einzelinstitution* möglich!)
- Patienten-Merkmale – z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnregion; anonymer Verbindungscode (siehe Kapitel 1.2)
- Aufenthaltsmerkmale – Datum des Spitaleintritts/-austritts, Urlaub, Aufenthalt vor Eintritt/nach Austritt, einweisende Instanz, Behandlung nach Austritt
- Diagnosen – ICD10 (Dilling et al. 2000), Krankheiten und andere Gesundheitsprobleme

Merkmale und Variablen der Psychiatrie-Zusatzdaten

Die Psychiatrie-Zusatzdaten (siehe *Anhang I*) stellen eine Ergänzung zum Minimal-Datensatz dar; einige gleichlautende Fragen lassen sich hier mit höherem Detaillierungsgrad beantworten. Zusätzlich erhobene Informationen sind:

- Soziodemographische Daten – Zivilstand, Schul- und Berufsausbildung
- Art und Umstände des Eintritts – Freiwilligkeit, fürsorglicher Freiheitsentzug
- Behandlung – Psychopharmakotherapie, andere therapeutische Massnahmen

Umfassende Informationen zur Medizinischen Statistik der Krankenhäuser sind auf der Internetseite des Bundesamtes für Statistik unter folgenden Adressen zu finden:

- www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gewe/dtfr14k.htm (deutsch)
- www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gewe/ftfr14k.htm (französisch).

1.2 Die Konstruktion des anonymen Verbindungscode

Anwendungsbereich und Aufbau des Verbindungscode

Der anonyme Verbindungscode ermöglicht Auswertungen auf Personen-Ebene. Ein mehrstufiges Verschlüsselungsverfahren (secure hash algorithm, Newcombe 1988) sorgt für Sicherheit und Datensicherheit (Bundesamt für Statistik, ohne Jahr).

Ein String aus 17 Zeichen ist In- und Output dieses Chiffrier-Algorithmus. Der Input besteht aus

- Soundex des Vornamens, dem Soundex des Namens (1 Buchstabe und 3 Ziffern, maximal $2 \times 25^3 = 78125$ Möglichkeiten; Newcombe 1988)
- Geburtsdatum (TTMMJJJJ; ungefähr $365 \times 120 = 43'800$ Möglichkeiten für aktuell lebende Personen unter der Annahme einer maximalen Lebenserwartung von 120 Jahren)
- Geschlecht (Mann/Frau).

Die Gesamtzahl möglicher Kombinationen beläuft sich somit auf ungefähr 5.9×10^{13} (Jahresbericht des Eidgenössischen Datenschützers 1997). Der Output besteht in einem hexadezimalen Code von 17 Zeichen, der zu Transportzwecken nochmals asymmetrisch verschlüsselt wird: Einzig das BFS kann diese Zusatzverschlüsselung brechen und den Verbindungscode verwenden. Aber auch das BFS hat keine Möglichkeit, die in den Verbindungscode eingegangenen Merkmale zu dechiffrieren.

Nach Krieg et al. (2001) ermöglichen solche Chiffrierungen die Nutzung von unter strengen datenschützerischen Auflagen sonst nicht zugänglichen Datensätzen. Für die epidemiologische Arbeit sind sie insofern problematisch, als durch Verbindungscode gesicherte Daten mit keinem anderen Register (ausser im Sterbefall mit der Todesfallstatistik des BFS) verknüpfbar sind.

Es besteht überdies die Auflage an das BFS, nach 10 Jahren die Verbindungscode zu vernichten. Dies bedeutet, dass die stationäre psychiatrische Behandlungsgeschichte von Personen längstens über 10 Jahre verfolgt werden kann.

1.3 Auswertungsmöglichkeiten für die Medizinischen Basisdaten

Alle Daten lassen sich auf Ebene des Behandlungsfalls (bestehend aus Informationen zu Eintritt, Behandlung und Austritt) auswerten. Liegt ein anonymes Verbindungscode vor, dann lassen sich die Behandlungsfälle zu Personen zuordnen. Zusätzlich zu den Informationen über den stationären Aufenthalt selbst, können beispielsweise auch die Zeiten zwischen stationären Aufenthalten (times in community) berechnet werden.

Die hier vorgelegte Auswertung von Daten zu stationären psychiatrischen Behandlungen in der Schweiz ist die erste Gegenüberstellung von Medizinischen Basisdaten aus drei Erhebungs-

jahren. Da im Verlauf dieser Periode immer mehr Institutionen an der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser beteiligt waren und die Informationen überdies immer vollständiger erhoben wurden, ist *kein Längsschnittvergleich möglich*. Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren können Artefakte der unterschiedlichen Zusammensetzung beteiligter Institutionen mit ihren unterschiedlichen Standorten, Einzugsgebieten und Angeboten sein. Es sind Erhebungen über längere Zeiträume und über eine konstante Zusammensetzung beteiligter Institutionen notwendig, um allfällige Unterschiede als Veränderungen interpretieren zu können.

Unsere Analysen sind folglich beschreibende. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Für die Praxis werden sich aufgrund dieses Berichts neue Fragen und weitere in der Gesundheitsversorgung relevante Themen ergeben. Die Kommentare zu Tabellen und Abbildungen sind Hinweise auf Auffälligkeiten, denen mit grösseren Datenbeständen in späteren Verlaufsanalysen nachgegangen werden könnte.

1.4 Einschränkungen für die Auswertung der Daten 1998-2000

Obleich obligatorisch, ist der anonyme Verbindungscode bis heute noch nicht vollständig eingeführt, womit nicht alle Behandlungsfall-Daten in Personen-Daten überführt werden können. Die Erhebung der Psychiatrie-Zusatzdaten ist fakultativ. Je nach Fragestellung bzw. Vollständigkeit der Datensätze gelten deshalb für die Datenanalysen unterschiedliche Stichprobengrößen und Auswertungsmöglichkeiten.

Unter diesen Umständen stellt sich die Frage nach der Repräsentativität der Stichproben: Da beide Einschränkungen rein administrativ bedingt sind, können wir davon ausgehen, dass es keine systematischen inhaltlichen – d.h. auf die medizinische Behandlung – bezogene Verzerrungen gibt. Bei einzelnen Fragestellungen ist allerdings der Standortkanton der Klinik zu berücksichtigen, da die Daten kantonale Unterschiede etwa in der Bezahlungspraxis der Krankenkassen, in der Praxis der Medikation gegen den Willen der Behandelten oder im Vollzug von unfreiwilligen Eintritten abbilden dürften.

2. Methodische Aspekte

2.1 Selektionskriterien, Auswertungseinheit und Datenumfang

Beschrieben werden Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser der Kalenderjahre 1998, 1999, 2000 mit den Einschlusskriterien

- auf Psychiatrie spezialisierte Institutionen (Codes K211 und K212 gemäss Krankenhaustypologie, Bundesamt für Statistik 2001a) bzw. Institutionen, die ihre Leistungen über Hauptkostenstelle M500 (Psychiatrie und Psychotherapie) abrechnen;
- stationäre Behandlungen.

Für diese Selektion sprechen mehrerer Gründe:

- Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist schwerpunktmässig eine Statistik über stationär erbrachte Leistungen auf der Basis von Behandlungsfällen.
- Aus Datenschutzgründen steht für diesen Bericht das Selektionskriterium „Klinik“ bzw. „Kliniktyp“ nicht zur Verfügung, auf das man im Bundesamt für Statistik zurückgreift (2003a,b).
- ICD-10 F-Diagnosen (Dilling et al. 2000) als Selektionskriterium für psychische Störungen wären denkbar. Allerdings ist nur psychiatrischen Institutionen im Kanton Zürich zwingend vorgeschrieben, eine F-Diagnose als Haupt-Diagnose zu stellen. In psychiatrischen Einrichtungen anderer Kantone kann die F-Diagnose durchaus erst als Neben-Diagnose aufscheinen. Es würde hier zu Abweichungen mit den Standardtabellen des Bundesamtes für Statistik kommen, dessen Analysen auf Haupt-Diagnosen basieren (Bundesamt für Statistik 2003a,b).

Die Auswertungseinheit ist der durch *Hauptdiagnose* definierte *Behandlungsfall*. Die Definitionen des Behandlungsfalls und der Hauptdiagnose sind im Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik (2002) gegeben: „Als Behandlungsfall gilt ein Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin in einem Spital, unabhängig von der Hospitalisierungsursache“ (S. 25). Die Beschreibung des Behandlungsfalls umfasst somit Informationen zu Eintritt, Behandlung und Austritt einer Behandlung.

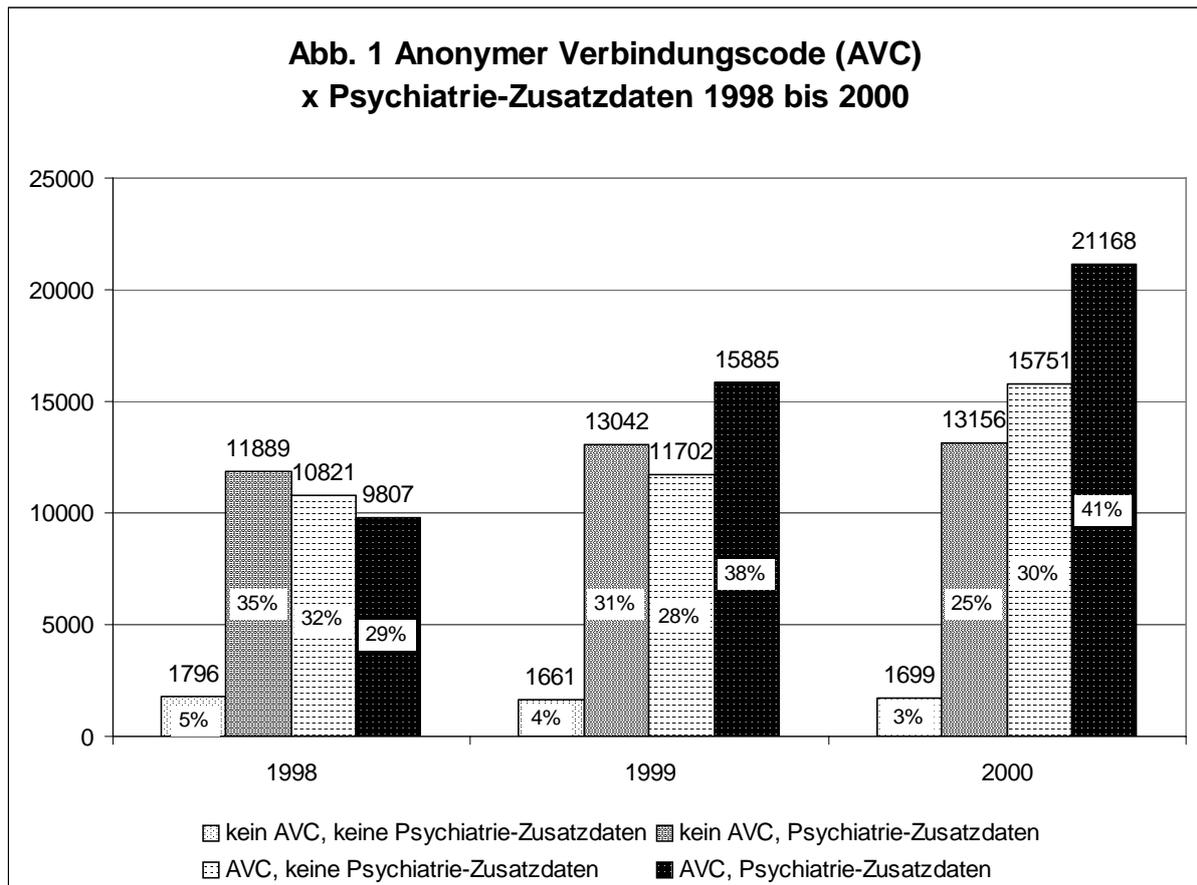
Das Bundesamt für Statistik lieferte Daten von insgesamt 128'377 Behandlungsfällen, die den Einschlusskriterien entsprechen.

2.2 Auswertungen von Behandlungsfällen und Personen-Daten

2.2.1 Behandlungsfälle

Beschreibung der Behandlungsfall-Datenbasis

Abbildung 1 zeigt die Zusammensetzung der Behandlungsfälle nach den Kriterien „anonymer Verbindungscode vorhanden?“ und „Psychiatrie-Zusatzdaten vorhanden?“ nach drei Erhebungsjahren (siehe hierzu auch *Tabelle A1* „Anonymer Verbindungscode AVC x Psychiatrie-Zusatzdaten“ in *Anhang II*)

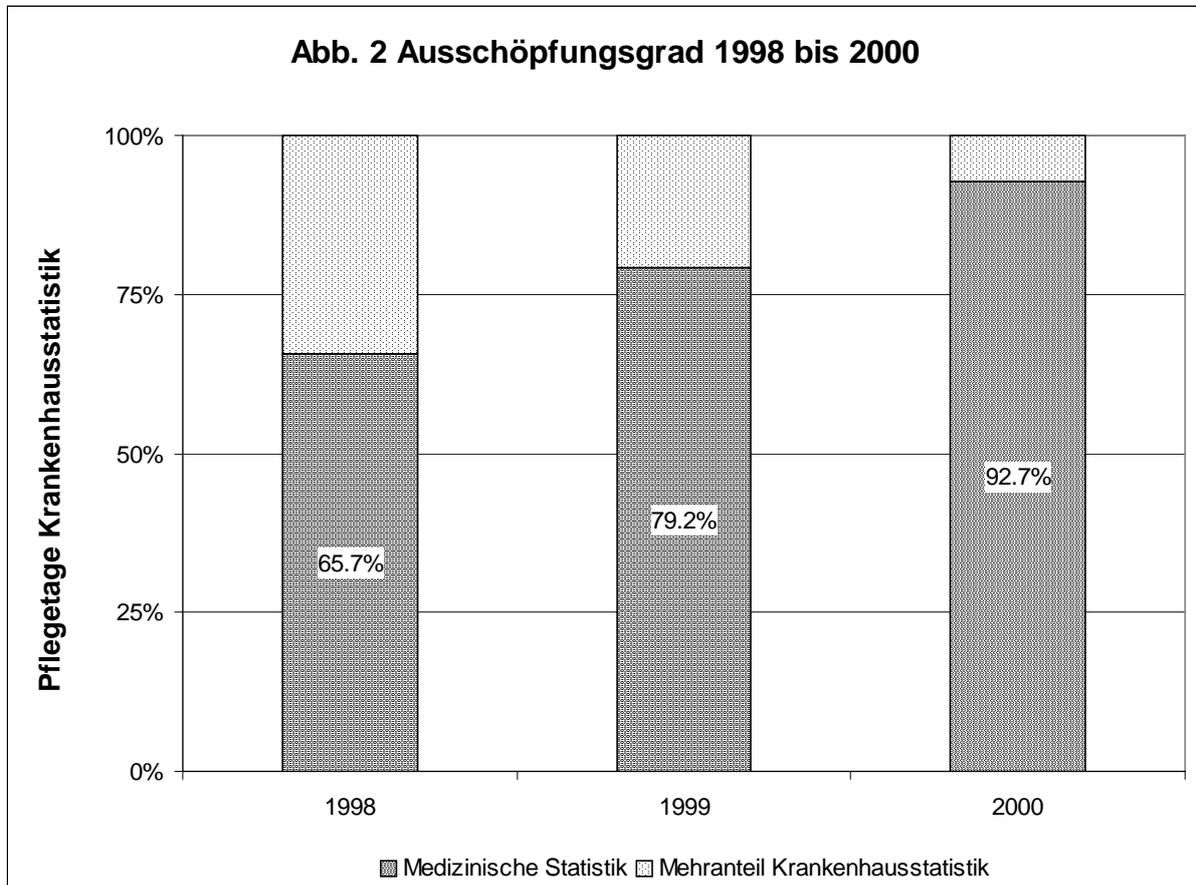


Die Datenbasis umfasst insgesamt 128'377 Behandlungsfälle mit Minimal-Datensatz. Die Erhebung der Psychiatrie-Zusatzdaten ist fakultativ und erfolgte für 84'947 (66%) aller Behandlungsfälle. Die Generierung des anonymen Verbindungscode (siehe hierzu auch Kapitel 1.2) ist an sich obligatorisch, sie erfolgte aber nur für 85'134 Behandlungsfälle mit Minimal-Datensatz (66%, *Abbildung 1*).

Die Typisierung des Minimal-Datensatzes (Statistikfall BFS – A, B, C) ist in *Anhang II, Tabelle A2* dargestellt.

Validierung bzw. Plausibilisierung der Behandlungsfall-Datenbasis

Abbildung 2 zeigt den Ausschöpfungsgrad unserer Datenbasis aus der Medizinischen Statistik in Bezug auf die administrative Krankenhausstatistik (Bundesamt für Statistik 2001b; StatSanté 1/2002).



Die Mehrbeteiligung an Institutionen an der Medizinischen Statistik wirkt sich positiv auf die Übereinstimmung mit der administrativen Krankenhausstatistik aus (Abbildung 2; siehe hierzu auch Anhang II, Tabelle A3).

2.2.2 Personen-Daten

Personen-Rekonstruktion: Aus 85'134 Behandlungsfällen mit Minimal-Datensatz und anonymem Verbindungscode liessen sich 55'653 Personen rekonstruieren. Aus 46'860 Behandlungsfällen mit Psychiatrie-Zusatzdaten und anonymem Verbindungscode (das sind 36% von 128'377 Behandlungsfällen) liessen sich 29'329 Personen rekonstruieren (Diagramm 1).

2.3 Darstellung der Resultate

Das Hauptgewicht der Datenanalyse liegt bei der Daten-Deskription und bivariaten Analysen in Form von Auszählungen und Kreuztabellierungen.

Basistabellen

Basistabellen sind kommentiert und haben folgenden Aufbau:

- Alle Behandlungsfälle sind dem Jahr zugeordnet, in dem ein Eintritt geschah. Somit sind Mehrfacheintritte einer Person als Behandlungsfälle dem Kalenderjahr des jeweiligen Eintritts zugeordnet (Personen können also mehr als einmal erfasst sein).
- Die Eintragung „unbekannt“ ist von der Prozentuierung ausgeschlossen („M“ für „missing observations“). Aus diesem Grund verändert sich die Summe der in den Auszählungen berücksichtigten Fälle.
- Die Prozentuierung der vertikal aufgeführten Antworten addiert sich pro Kalenderjahr zu 100%. In der Prozentuierung sind nur die gültigen Fälle (ohne „missing observations“) berücksichtigt.
- Das Total jeder Basistabelle ist abhängig davon, um welche Stichproben es sich handelt. Dies sind maximal 128'377 Behandlungsfälle, für die der *Minimal-Datensatz* vorliegt (Resultate-Kapitel 3.1) und maximal 84'947 Behandlungsfälle, für die die *Psychiatrie-Zusatzdaten* vorliegen (Resultate-Kapitel 3.2).
- Abweichungen im Total sind teilweise auch inhaltlich bedingt:
 - Daten, die sich auf den *Austritt* beziehen, wurden nur für *abgeschlossene Behandlungsfälle* (unter Ausschluss der per 31.12. des Kalenderjahres nicht abgeschlossenen Fällen) analysiert. In Auswertungen von Fragen, die die Zeit nach dem Austritt betreffen, sind ausserdem die Verstorbenen ausgeschlossen.
 - Bei den Auswertungen von *Aufenthaltsdauern* sind *nur abgeschlossene Behandlungsfälle* berücksichtigt. Die Verteilung der Aufenthaltsdauern ist extrem linksschief. Ohne jede zeitliche Einschränkung betragen die Standardabweichungen ein Vielfaches der Mittelwerte, bzw. weichen Mittelwerte und Mediane weit voneinander ab.

Exkurse

Exkurse sind thematisch begründete Ausführungen in Form von kommentierten Abbildungen und Kreuztabellen, die zwischen den Basistabellen stehen. Wichtige Merkmale der Exkurse sind:

- Es wird nicht zwischen den Eintrittsjahren unterschieden.
- In die Auswertungen gehen nicht alle, sondern thematisch selektierte Antwortkategorien ein.
- Die Prozentuierung weicht von den Basistabellen ab; ausgegeben sind – inhaltlich begründet – zumeist die Zeilenprozent.
- Ausgeschlossene Antwort-Kategorien werden erwähnt, sofern sie über 5% aller Fälle ausmachen.

Informationen über stationär behandelte Personen

Die Beschreibung der Basisdaten wird abgeschlossen durch einige grundsätzliche Auswertungen auf Ebene der Person für die Stichprobe mit anonymem Verbindungscode. Die ausführliche Analyse der Determinanten von Behandlungsverläufen und Inanspruchnahmepattern auf Personen-Ebene ist jedoch Gegenstand eines weiteren Berichts.

3. Resultate

3.1 Auswertung des Minimal-Datensatzes nach Behandlungsfällen

3.1.1 Datenübersicht

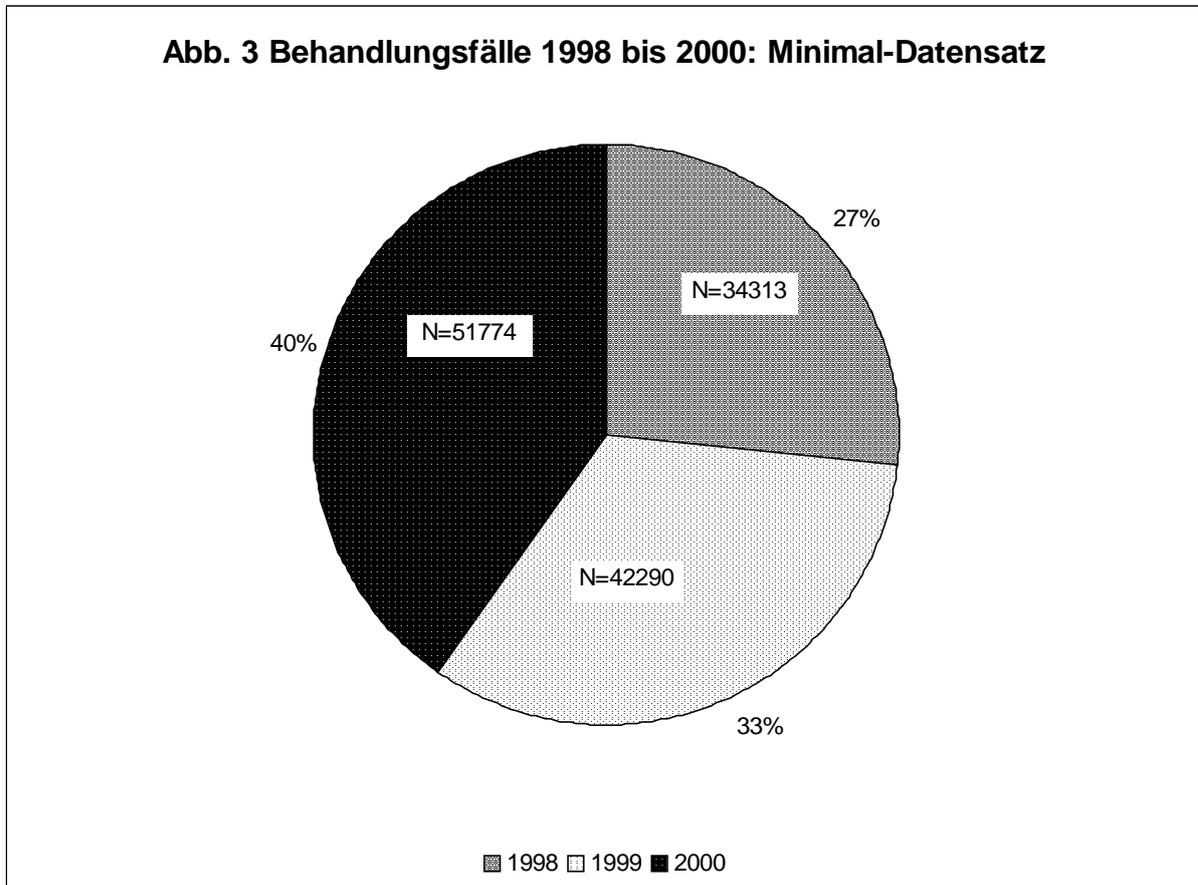


Abbildung 3 zeigt die Anzahl und Anteile an Behandlungsfällen mit Minimal-Datensatz für die 3 Erhebungsjahre. Diese Stichprobe umfasst insgesamt 128'377 Behandlungsfälle.

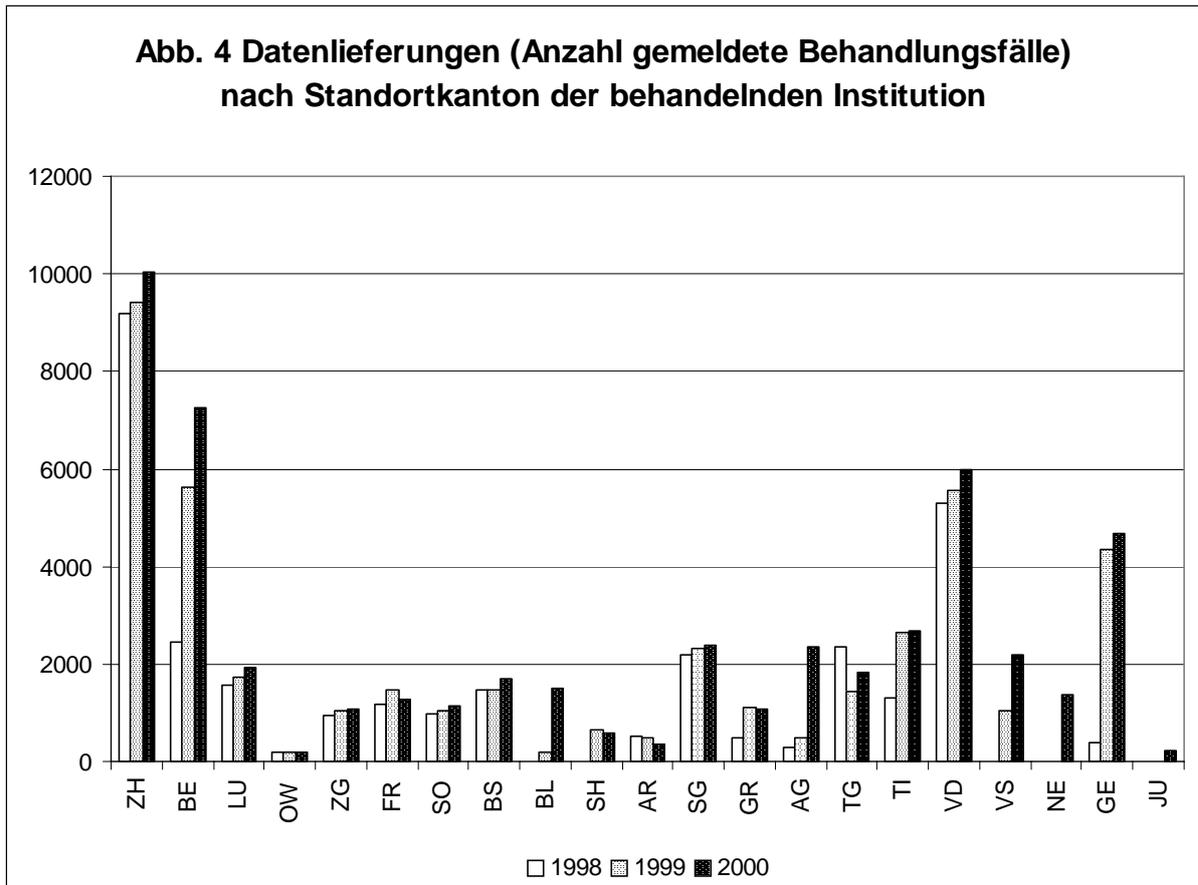
3.1.2 Informationen zum Standortkanton der beteiligten Institutionen und zum Wohnkanton der Behandelten

Tabelle 1 zeigt die Auszählung der Behandlungsfälle nach 21 Standortkantonen der beteiligten Institutionen. Der Kanton Obwalden ist gemäss den administrativen Krankenhausstatistiken kein Standortkanton einer psychiatrischen Klinik, doch rechnet die psychiatrische Abteilung des Kantonsspitals über Hauptkostenstelle M500 ab. Informationen zum Wohnkanton sind in Anhang II, Tabelle A4 gegeben. Abbildung 4 ist die grafische Umsetzung dieser Information.

Tabelle 1 Standortkanton der behandelnden Institution

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
ZH	9194	9411	10054	28659
Spalten %	26.8%	22.3%	19.4%	22.3%
BE	2466	5630	7249	15345
Spalten %	7.2%	13.3%	14.0%	12.0%
LU	1565	1725	1913	5203
Spalten %	4.6%	4.1%	3.7%	4.1%
OW	187	206	189	582
Spalten %	.5%	.5%	.4%	.5%
ZG	935	1050	1066	3051
Spalten %	2.7%	2.5%	2.1%	2.4%
FR	1191	1469	1270	3930
Spalten %	3.5%	3.5%	2.5%	3.1%
SO	980	1036	1141	3157
Spalten %	2.9%	2.5%	2.2%	2.5%
BS	1467	1477	1705	4649
Spalten %	4.3%	3.5%	3.3%	3.6%
BL		187	1488	1675
Spalten %		.4%	2.9%	1.3%
SH		646	574	1220
Spalten %		1.5%	1.1%	1.0%
AR	527	505	361	1393
Spalten %	1.5%	1.2%	.7%	1.1%
SG	2193	2320	2380	6893
Spalten %	6.4%	5.5%	4.6%	5.4%
GR	481	1120	1065	2666
Spalten %	1.4%	2.6%	2.1%	2.1%
AG	280	492	2360	3132
Spalten %	.8%	1.2%	4.6%	2.4%
TG	2367	1429	1826	5622
Spalten %	6.9%	3.4%	3.5%	4.4%
TI	1312	2639	2671	6622
Spalten %	3.8%	6.2%	5.2%	5.2%
VD	5281	5552	5990	16823
Spalten %	15.4%	13.1%	11.6%	13.1%
VS		1049	2189	3238
Spalten %		2.5%	4.2%	2.5%
NE			1362	1362
Spalten %			2.6%	1.1%
GE	3864	4335	4664	12863
Spalten %	11.3%	10.3%	9.0%	10.0%
JU			245	245
Spalten %			.5%	.2%
Total	34290	42278	51762	128330
Total %	26.7%	32.9%	40.3%	100.0%

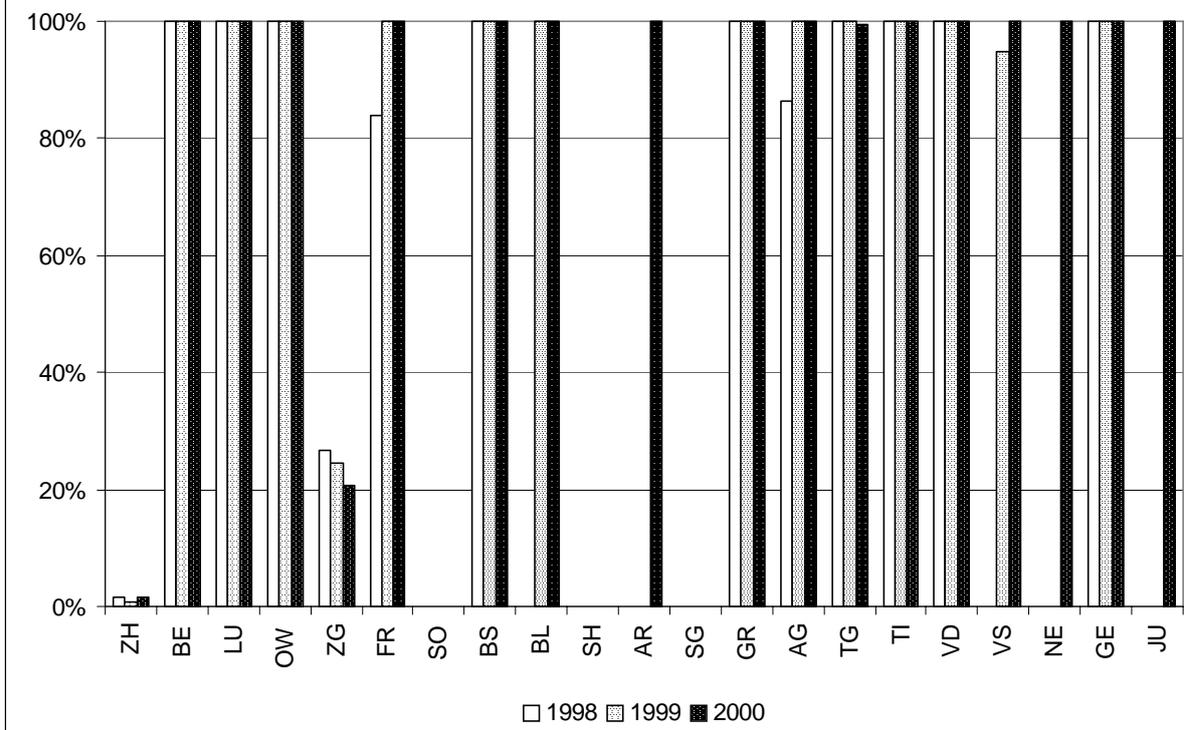
ausgeschlossen wurden 47 einzelne Behandlungsfälle aus Kantonen/
Jahren mit insgesamt unter 20 Behandlungsfällen.



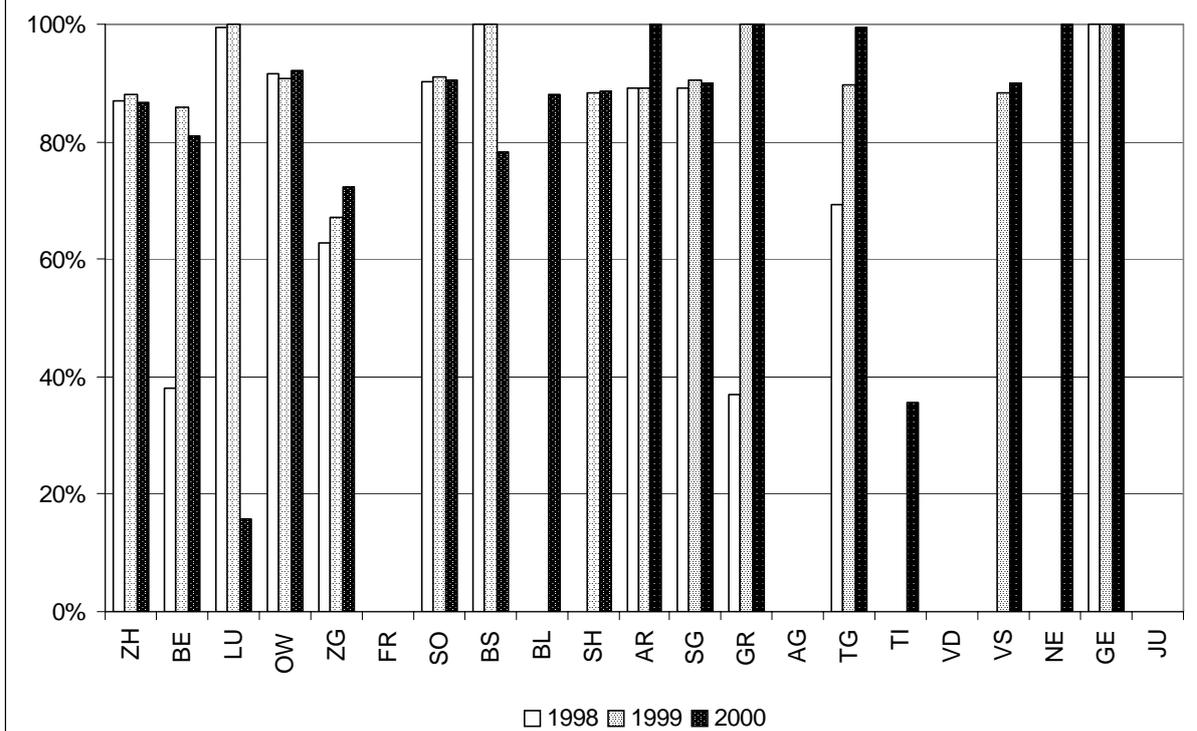
Wie *Tabelle 1* und *Abbildung 4* zeigen, lieferten folgende Kantone über alle drei Erhebungsjahre, d.h. von Beginn der obligatorischen Datenerfassung an, in gleichem Ausmass Daten: ZH, LU, OW, ZG, FR, SO, BS, AR, SG, TG, VD. Alle anderen Kantone steigerten ihren Datenbeitrag.

Abbildung 5 zeigt die Beteiligung der Institutionen nach Standortkanton an der Generierung des anonymen Verbindungscode, *Abbildung 6* die Beteiligung der Institutionen nach Standortkanton an der Erhebung von Psychiatrie-Zusatzdaten. Für fehlende anonyme Verbindungscode dürften seinerzeit Erwägungen zum Datenschutz ausschlaggebend gewesen sein. Fehlende Psychiatrie-Zusatzdaten haben möglicherweise auch mit ökonomischen Überlegungen zu tun, d.h. mit der Frage, ob der Zusatzaufwand gerechtfertigt ist.

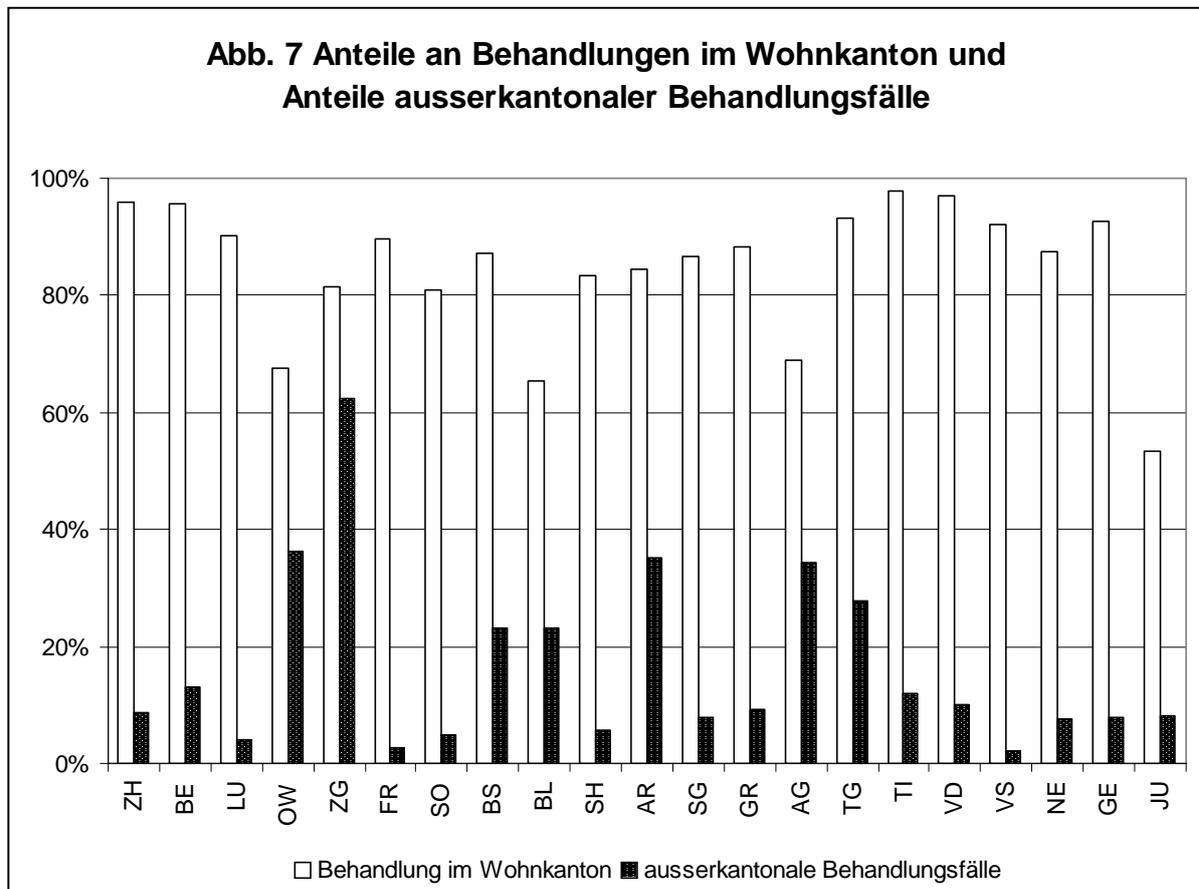
**Abb. 5 Anteile an gemeldeten Behandlungsfällen mit
anonymem Verbindungscode nach Standortkanton**



**Abb. 6 Anteile an gemeldeten Behandlungsfällen mit
Psychiatrie-Zusatzdaten nach Standortkanton**



Exkurs zum Zusammenhang zwischen Behandlungen im Wohnkanton und Standortkanton – Abbildung 7



Die zu *Abbildung 7* gehörigen Daten sind in *Anhang II, Tabelle A5* aufgeführt. Nicht dargestellt sind die Behandlungsfälle jener Kantone, die über keine psychiatrischen Institutionen verfügen (UR, SZ, NW, GL, AI und Wohnsitz im Ausland) bzw. deren allfällige psychiatrische Leistungen nicht in der Statistik erfasst sind. Die weissen Balken stellen Behandlungen im Wohnkanton der Betroffenen dar; je kürzer der weisse Balken, desto mehr Behandlungen wurden ausserhalb des Wohnkantons durchgeführt. Die dunklen Balken beschreiben den Anteil an ausserkantonalen Behandlungsfällen aus der Sicht der Institutionen; dieser Anteil ist auffallend hoch für den Kanton Zug.

3.1.3 Soziodemographische Informationen

Tabelle 2 BFS-Region Wohnsitz

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
Genfersee (VD,VS,GE)	8784	10578	12480	31842
Spalten %	25.6%	25.0%	24.1%	24.8%
Mittelland (BE,FR,SO,NE,JU)	4609	7888	11277	23774
Spalten %	13.4%	18.7%	21.8%	18.5%
Nordwestschweiz (BS,BL,AG)	1522	2161	5371	9054
Spalten %	4.4%	5.1%	10.4%	7.1%
Zürich (ZH)	8740	9042	9548	27330
Spalten %	25.5%	21.4%	18.4%	21.3%
Ostschweiz (GL,SH,AR,AI,SG,GR,TG)	5366	5796	6177	17339
Spalten %	15.6%	13.7%	11.9%	13.5%
Zentralschweiz (LU,UR,SZ,OW,NW,ZG)	2968	3268	3499	9735
Spalten %	8.6%	7.7%	6.8%	7.6%
Tessin (TI)	1281	2332	2359	5972
Spalten %	3.7%	5.5%	4.6%	4.7%
Ausland	1043	1225	1063	3331
Spalten %	3.0%	2.9%	2.1%	2.6%
Total	34313	42290	51774	128377
Total %	26.7%	32.9%	40.3%	100.0%

Tabelle 2 ist eine Zusammenfassung nach BFS-Regionen des Wohnsitzes. Die Anzahl an Meldungen nahm im Laufe der Jahre zu – administrativ bedingt durch die höhere Beteiligung von Institutionen an der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Besonders nahm die Beteiligung (und damit die gemeldeten Behandlungsfälle) im Mittelland wie auch in der Nordwestschweiz zu.

Tabelle 3 Geschlecht

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
Mann	17181	20932	25235	63348
Spalten %	50.1%	49.5%	48.7%	49.3%
Frau	17132	21358	26539	65029
Spalten %	49.9%	50.5%	51.3%	50.7%
Total	34313	42290	51774	128377
Total %	26.7%	32.9%	40.3%	100.0%

Die Geschlechtsverteilung ist in jedem Jahr etwa gleich – trotz steigender Anzahl der sich an der Statistik beteiligenden Institutionen: Behandlungsfälle von Männern und Frauen kommen gleich häufig vor (*Tabelle 3*).

Tabelle 4 Alter bei Spitaleintritt: 5-Jahres-Gruppen

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
0-14	134	334	406	874
Spalten %	.4%	.8%	.8%	.7%
15-19	1477	1962	2524	5963
Spalten %	4.3%	4.6%	4.9%	4.6%
20-24	2989	3456	4311	10756
Spalten %	8.7%	8.2%	8.3%	8.4%
25-29	3841	4453	5215	13509
Spalten %	11.2%	10.5%	10.1%	10.5%
30-34	4453	5473	6147	16073
Spalten %	13.0%	12.9%	11.9%	12.5%
35-39	4062	5100	6387	15549
Spalten %	11.8%	12.1%	12.3%	12.1%
40-44	3646	4431	5473	13550
Spalten %	10.6%	10.5%	10.6%	10.6%
45-49	2944	3827	4609	11380
Spalten %	8.6%	9.0%	8.9%	8.9%
50-54	2653	3208	4065	9926
Spalten %	7.7%	7.6%	7.9%	7.7%
55-59	1864	2345	3083	7292
Spalten %	5.4%	5.5%	6.0%	5.7%
60-64	1377	1686	2191	5254
Spalten %	4.0%	4.0%	4.2%	4.1%
65-69	1165	1430	1701	4296
Spalten %	3.4%	3.4%	3.3%	3.3%
70-74	1010	1333	1620	3963
Spalten %	2.9%	3.2%	3.1%	3.1%
75-79	1031	1340	1677	4048
Spalten %	3.0%	3.2%	3.2%	3.2%
80-84	775	997	1207	2979
Spalten %	2.3%	2.4%	2.3%	2.3%
85-89	637	640	796	2073
Spalten %	1.9%	1.5%	1.5%	1.6%
90+	255	275	362	892
Spalten %	.7%	.7%	.7%	.7%
Total	34313	42290	51774	128377
Total %	26.7%	32.9%	40.3%	100.0%

Die Altersverteilung ist in jedem Jahr etwa gleich – trotz steigender Anzahl der sich an der Statistik beteiligenden Institutionen (*Tabelle 4*).

Tabelle 5 Nationalität

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Nationalität				
Schweizer	27340	33683	42034	103057
Spalten %	82.5%	82.0%	85.1%	83.4%
nicht Schweizer	5792	7384	7385	20561
Spalten %	17.5%	18.0%	14.9%	16.6%
unbekannt	1181	1223	2355	4759
missing observations	M	M	M	M
Total	33132	41067	49419	123618
Total %	26.8%	33.2%	40.0%	100.0%

Tabelle 5: Die Aufteilung der Medizinischen Basisdaten 1998-2000 nach Weltregionen BFS ist in *Anhang II, Tabelle A6* aufgeführt. In der Fein-Einteilung nach Weltregionen erkennt man wenige Schwankungen über die Jahre. Den alljährlich höheren Anteilen an Schweizern stehen in etwas geringerem Ausmass alljährlich tiefere Anteile an Behandlungsfällen aus Osteuropa entgegen. Die Zusammensetzung der Weltregionen BFS befindet sich in *Anhang III*.

3.1.4 Eintritts-Merkmale

Die meisten Eintritte erfolgen von zuhause. Eintrittszahlen aus einem anderen (als psychiatrischen) Krankenhaus machen in jedem weiteren Erhebungsjahr einen etwas höheren Anteil aus. Ob dieser Effekt auf die an der Statistik beteiligten Institutionen (Standort; Angebot) oder auf Veränderungen in der Klientel zurückzuführen ist, lässt sich erst dann erkennen, wenn die Anzahl beteiligter Institutionen über mehrere Erhebungsjahre konstant bleibt (*Tabelle 6*).

Die Anteile an Notfalleintritten werden in jedem weiteren Erhebungsjahr kleiner, die angemeldeten Eintritte zahlreicher. Um zu eruieren, ob es sich hier um eine tatsächliche Veränderung in der Einweisungspraxis handelt, sind Analysen über längere Erhebungsperioden notwendig. Insgesamt sind die beiden wichtigsten Eintrittsarten in der dreijährigen Erhebungsperiode gleich stark vertreten (*Tabelle 7*).

Tabelle 6 Aufenthaltsort vor Eintritt

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Zuhause	24634	29593	35659	89886
Spalten %	73.9%	72.6%	71.5%	72.5%
Zuhause, SPITEX	222	469	961	1652
Spalten %	.7%	1.1%	1.9%	1.3%
Kranken-/Pflegeheim	553	897	1036	2486
Spalten %	1.7%	2.2%	2.1%	2.0%
Altersheim, sozial-mediz. Institution	2270	2956	3544	8770
Spalten %	6.8%	7.2%	7.1%	7.1%
Psychiatrische Klinik	1053	1433	1763	4249
Spalten %	3.2%	3.5%	3.5%	3.4%
anderes Krankenhaus	2640	3437	4748	10825
Spalten %	7.9%	8.4%	9.5%	8.7%
Strafvollzug	365	414	508	1287
Spalten %	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%
andere	1610	1590	1649	4849
Spalten %	4.8%	3.9%	3.3%	3.9%
unbekannt	966	1501	1906	4373
missing observations	M	M	M	M
Total	33347	40789	49868	124004
Total %	26.9%	32.9%	40.2%	100.0%

Tabelle 7 Eintrittsart

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Notfall	15459	19904	23038	58401
Spalten %	50.9%	52.9%	47.3%	50.0%
angemeldet	14542	17535	25279	57356
Spalten %	47.8%	46.6%	51.9%	49.1%
Wechsel Haupt-Diagnose	22	17	24	63
Spalten %	.1%	.0%	.0%	.1%
andere	371	149	369	889
Spalten %	1.2%	.4%	.8%	.8%
unbekannt	3919	4685	3064	11668
missing observations	M	M	M	M
Total	30394	37605	48710	116709
Total %	26.0%	32.2%	41.7%	100.0%

Tabelle 8 Einweisende Instanz

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Patient/Angehörige	6932	7844	9660	24436
Spalten %	21.1%	19.1%	19.2%	19.7%
Rettungsdienst	244	209	549	1002
Spalten %	.7%	.5%	1.1%	.8%
Arzt	22905	30464	37242	90611
Spalten %	69.7%	74.2%	73.9%	72.9%
nichtmediz. Therapeut	265	167	467	899
Spalten %	.8%	.4%	.9%	.7%
sozialmediz. Dienst	694	712	725	2131
Spalten %	2.1%	1.7%	1.4%	1.7%
Justizbehörden	566	545	704	1815
Spalten %	1.7%	1.3%	1.4%	1.5%
andere	1238	1112	1077	3427
Spalten %	3.8%	2.7%	2.1%	2.8%
unbekannt	1469	1237	1350	4056
missing observations	M	M	M	M
Total	32844	41053	50424	124321
Total %	26.4%	33.0%	40.6%	100.0%

Ärzte und Ärztinnen sind die weitaus wichtigsten einweisenden Instanzen. Ihr Anteil ist in jedem weiteren Erhebungsjahr etwas höher. Der Anteil der zweitwichtigsten einweisenden Instanz Patienten /Angehörige ist in jedem Jahr hingegen kleiner (*Tabelle 8*).

Anmerkung

Die Auszählungen zu den Fragebogenkapiteln „Aufenthaltsmerkmale“ und „Betriebswirtschaftliche Angaben“ sind in *Anhang II, Tabellen A7-A10* zu finden.

In *Tabelle A7* bilden sich keine Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren ab; aus *Tabelle A8* lässt sich ableiten, dass Urlaube generell und längere Urlaube im besonderen über die Jahre immer seltener erteilt werden. *Tabelle A9* zeigt: der Hauptkostenträger ist in 95% aller Fälle die Krankenversicherung. Aus *Tabelle A10* geht hervor, dass 97% der stationären psychiatrischen Leistungen über Hauptkostenstelle M500 verrechnet werden.

3.1.5 Austritts-Merkmale

Da Austritts-Merkmale nur bei Behandlungsabschluss erfasst werden können, sind in den Auswertungen dieses Kapitels alle nicht abgeschlossenen Behandlungsfälle aus der Auswertung ausgeschlossen.

Die Dauer der in den Erhebungsjahren 1998 bis 2000 erfassten (abgeschlossenen) stationären psychiatrischen Behandlungen weist eine ausserordentliche Variationsbreite auf: eine Behandlungsperiode kann einen Tag, aber auch fast ein ganzes Leben umfassen. Tabellen 9a, 9b sowie 10a bis 10c zeigen Stichproben-Auszählungen und statistische Kennwerte für unterschiedliche Selektionen von Aufenthaltsdauern.

Tabelle 9a beschreibt die Behandlungsfälle nach den Kriterien „abgeschlossen ja/nein“ und „Aufenthaltsdauer bis 1 Jahr/über 1 Jahr“. In 86.3% aller Fälle ist eine Behandlung innerhalb eines Jahres abgeschlossen; die über 1 Jahr dauernden Behandlungen machen insgesamt 4.9% aus.

In *Tabelle 9b* ist zwischen abgeschlossenen und nicht abgeschlossenen Behandlungen unterschieden – letztere 12.2 % sind aus der Auswertung in diesem Kapitel ausgeschlossen.

Tabelle 9a Beschreibung der Behandlungsfälle

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
abgeschlossen, bis 1 Jahr	29218	36722	44821	110761
Spalten %	85.2%	86.8%	86.6%	86.3%
abgeschlossen, über 1 Jahr	599	619	799	2017
Spalten %	1.7%	1.5%	1.5%	1.6%
nicht abgeschlossen, bis 1 Jahr	3182	3516	4619	11317
Spalten %	9.3%	8.3%	8.9%	8.8%
nicht abgeschlossen, über 1 Jahr	1314	1433	1535	4282
Spalten %	3.8%	3.4%	3.0%	3.3%
Total	34313	42290	51774	128377
Total %	26.7%	32.9%	40.3%	100.0%

Tabelle 9b Abgeschlossene Behandlungen

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
ja	29817	37341	45620	112778
Spalten %	86.9%	88.3%	88.1%	87.8%
nein	4496	4949	6154	15599
Spalten %	13.1%	11.7%	11.9%	12.2%
Total	34313	42290	51774	128377
Total %	26.7%	32.9%	40.3%	100.0%

Tabelle 10a Abgeschlossene Behandlungen bis 1 Jahr: Aufenthaltsdauer (Tage)^{*)} – statistische Kennwerte

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
Anzahl Behandlungsfälle	29218	36722	44821	110761
Mittelwert	40.6	39.5	39.6	39.8
Standardabweichung	49.8	48.8	50.5	49.7
Median	23	22	22	22
untere/kürzeste 20%	7	7	7	7
obere/längste 5%	141	136	140	139
Maximum	365	365	366	366

*) inkl. Urlaub und Ferien

Tabelle 10b Abgeschlossene Behandlungen über 1 Jahr: Aufenthaltsdauer (Tage)^{*)} – statistische Kennwerte

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
Anzahl Behandlungsfälle	599	619	799	2017
Mittelwert	3323.4	3095.9	2393.0	2885.0
Standardabweichung	5062.2	4841.4	4009.8	4617.1
Median	837	711	720	740
untere/kürzeste 20%	457	443	453	450
obere/längste 5%	16212	15505	11952	14945
Maximum	25263	23841	25814	25814

*) inkl. Urlaub und Ferien

Tabelle 10c Alle abgeschlossenen Behandlungen: Aufenthaltsdauer (Tage)^{*)} – statistische Kennwerte

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
Anzahl Behandlungsfälle	29817	37341	45620	112778
Mittelwert	106.5	90.2	80.8	90.7
Standardabweichung	853.5	736.6	615.7	725.0
Median	23	23	22	23
untere/kürzeste 20%	8	8	7	7
obere/längste 5%	176	162	172	170
Maximum	25263	23841	25814	25814

*) inkl. Urlaub und Ferien

Tabelle 10a bis *Tabelle 10c* beschreiben mit statistischen Kennwerten die Aufenthaltsdauern der abgeschlossenen Behandlungsfälle. Beschränkt man sich auf Aufenthalte bis 1 Jahr, dann weichen Mittelwerte und Mediane bereits um rund zweieinhalb Wochen Aufenthaltszeit ab. Im Median dauert ein Behandlungsfall in jedem Erhebungsjahr rund drei Wochen (*Tabelle 10a*).

Berücksichtigt man nur Behandlungsfälle mit Aufenthaltsdauern von über 1 Jahr, dann liegt der Mittelwert bei 6.6 Jahren, die Standardabweichung bei 12.0 Jahren, der Median macht 2.0 Jahre aus (*Tabelle 10b*, am Beispiel der Erhebung 2000). Die längste Aufenthaltsdauer beträgt 70.7 Jahre (*Tabelle 10b*, am Beispiel der Erhebung 2000) – von einer Behandlung, die in der Adoleszenz begann und mit dem Tod endete.

Die Variante *Tabelle 10c* zeigt, dass vor allem die Mittelwerte steigen, wenn alle abgeschlossenen Behandlungen einschliesslich der Langzeit-Behandlungen in die Auswertung einbezogen werden. Wegen der geringen Anzahl an Langzeit-Behandlungen verändert sich der Median gegenüber *Tabelle 10a* nur geringfügig.

Erhebungsungenauigkeiten, Veränderungen im Diagnosesystem, aber auch veränderte Behandlungsphilosophien machen es schwierig, für eine heterogene Gruppe wie die der Langzeit-behandelten Hypothesen zu generieren oder Rückschlüsse zu ziehen.

Tabelle 11 Austrittsentscheid

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
Initiative Behandler Spalten %	22699 80.8%	30068 83.4%	37167 83.4%	89934 82.7%
Initiative Patienten Spalten %	3849 13.7%	4487 12.4%	5232 11.7%	13568 12.5%
Initiative Drittperson Spalten %	338 1.2%	325 .9%	501 1.1%	1164 1.1%
Wechsel Haupt-Diagnose Spalten %	14 .0%	39 .1%	95 .2%	148 .1%
gestorben Spalten %	412 1.5%	410 1.1%	474 1.1%	1296 1.2%
anderes Spalten %	797 2.8%	722 2.0%	1085 2.4%	2604 2.4%
unbekannt missing observations	1708 M	1290 M	1066 M	4064 M
Total Total %	28109 25.9%	36051 33.2%	44554 41.0%	108714 100.0%

Am häufigsten geht der Austrittsentscheid vom Behandler aus (82.7%), am zweithäufigsten von den Patienten (12.5%) (*Tabelle 11*).

Exkurs zum Austrittsentscheid – Tabellen 12a und 12b

In *Tabelle 12a* ist der Initiator des Austrittsentscheids in Bezug zum *Alter bei Austritt* aus der Klinik gesetzt, in *Tabelle 12b* in Bezug zur Aufenthaltsdauer. In beiden Tabellen unterscheiden

wir Aufenthaltsdauern bis 1 Jahr und über 1 Jahr. Unterschieden sind 4 Initiative-Gruppen: Behandler, Patienten, Drittperson, Tod.

Tabelle 12a Alter bei Austritt unterschieden nach Träger des Austrittsentscheids und Aufenthaltsdauer (bis 1 Jahr/über 1 Jahr) – statistische Kennwerte

	Anzahl Behandlungs- fälle	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Maximum
Aufenthaltsdauer max. 1 Jahr					
Initiative Behandler	88574	43.4	17.5	40	101
Initiative Patient	13499	36.7	13.9	34	97
Initiative Drittperson	1124	42.3	20.8	38	97
gestorben	927	70.2	19.9	78	98
Total	104124	42.8	17.5	40	101
Aufenthaltsdauer über 1 Jahr					
Initiative Behandler	1360	48.5	20.1	46	99
Initiative Patient	69	40.4	20.4	34	86
Initiative Drittperson	40	58.1	22.8	65	90
gestorben	369	79.2	13.2	82	100
Total	1838	54.6	22.7	53	100

Tabelle 12b Aufenthaltsdauer (Tage) unterschieden nach Träger des Austrittsentscheids und Länge des Aufenthalts (bis 1 Jahr/über 1 Jahr) – statistische Kennwerte

	Anzahl Behandlungs- fälle	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Maximum
Aufenthaltsdauer max. 1 Jahr					
Initiative Behandler	88574	42.0	50.4	24	366
Initiative Patient	13499	26.0	38.4	12	365
Initiative Drittperson	1124	41.2	58.6	20	365
gestorben	927	66.6	73.6	38	363
Total	104124	40.1	49.7	23	366
Aufenthaltsdauer über 1 Jahr					
Initiative Behandler	1360	2005.7	3378.1	629	20499
Initiative Patient	69	726.0	776.6	525	6226
Initiative Drittperson	40	3679.9	5286.8	1129	18366
gestorben	369	6133.7	6815.8	2437	25814
Total	1838	2822.9	4608.9	721	25814

Die deskriptive Datenanalyse legt Zusammenhänge zwischen dem Initiator des Austrittsentscheids und dem Alter bei Austritt sowie der Aufenthaltsdauer nahe. Patienten, die den Austritt initiieren, sind die jüngsten und haben die kürzesten Behandlungsdauern von allen 4 Initiative-

Gruppen – sowohl bei Aufenthaltsdauern bis 1 Jahr als auch bei Aufenthaltsdauern über 1 Jahr. Das Gegenteil gilt für die Verstorbenen, die immer die ältesten sind und die längsten Aufenthaltsdauern aufweisen.

Erwähnenswert ist auch die Gruppe, die auf Initiative von Drittpersonen entlassen wurde und über 1 Jahr behandelt war: diese Patienten sind relativ alt (Mittelwert 58.1 Jahre, Median 65 Jahre) und hatten vergleichsweise lange Aufenthaltsdauern (Mittelwert 10.1 Jahre, Median 3.1 Jahre). Dies kann ein Hinweis auf eingeschränkte Entscheidungsmöglichkeiten der Betroffenen sein (siehe hierzu *Tabelle 22*).

Exkurs: Verstorbene Patienten – Tabellen 13a bis 13e

Verstorbene Patienten sind eine Gruppe von 1'296 Behandlungsfällen (1% aller Behandlungsfälle). Der Grossteil der Verstorbenen war *beim Eintritt* 70 und mehr Jahre alt. Es fällt aber auch die relativ grosse Gruppe der bei Eintritt 30-39-Jährigen auf (*Tabelle 13a*); zwei Drittel davon starben im Alter zwischen 30 und 39 Jahren, ein Viertel mit über 70 Jahren.

Je die Hälfte aller Verstorbenen sind Männer und Frauen (*Tabelle 13b*).

Fast die Hälfte aller Verstorbenen hatte organische F0-Diagnosen, stark vertreten sind auch Schizophrenie und schizotype Psychosen (F2) sowie affektive Psychosen (F3) (*Tabelle 13c*). Die Nebendiagnose Suizidversuch/Suizid wurde in 3.8% der Verstorbenen-Fälle gestellt. Da in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser keine Todesursachen codiert sind, bleibt offen, ob unsere Auszählung vollendete Suizide beinhaltet (*Tabelle 13d*; vgl. *Tabelle 36*).

Tabelle 13e enthält die statistischen Kennwerte von Alter bei Tod und Aufenthaltsdauern (bis und über 1 Jahr). Die Verstorbenen waren vielfach hochbetagt und hatten eher lange Aufenthaltsdauern – wie dies für Diagnosen von organischen Störungen und Schizophrenie typisch ist (siehe hierzu auch *Tabellen 21a-c*).

Tabelle 13a Alter der Verstorbenen bei Spitaleintritt: 10-Jahres-Gruppen

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
0-9	0	2	.2	.2	.2
10-19	1	16	1.2	1.2	1.4
20-29	2	64	4.9	4.9	6.3
30-39	3	103	7.9	7.9	14.3
40-49	4	90	6.9	6.9	21.2
50-59	5	100	7.7	7.7	28.9
60-69	6	131	10.1	10.1	39.0
70+	7	790	61.0	61.0	100.0
	Total	1296	100.0	100.0	
Valid cases	1296	Missing cases	0		

Tabelle 13b Geschlecht der Verstorbenen

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Mann	1	645	49.8	49.8	49.8
Frau	2	651	50.2	50.2	100.0
Total		1296	100.0	100.0	
Valid cases	1296	Missing cases	0		

Tabelle 13c Haupt-F-Diagnose der Verstorbenen

Störungen/Krankheitsursache	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
organisch	F0	608	46.9	49.4	49.4
psychotrope Substanzen	F1	78	6.0	6.3	55.7
Schizophrenie/schizotyp	F2	247	19.1	20.0	75.7
affektiv	F3	183	14.1	14.9	90.6
neurotisch/Belastungsreaktion	F4	51	3.9	4.1	94.7
Verhaltensauffälligkeit (somatisch)	F5	2	.2	.2	94.9
Persönlichkeits-/Verhaltensstörung	F6	20	1.5	1.6	96.5
Intelligenzminderung	F7	38	2.9	3.1	99.6
diverse, Beginn Kindheit/Jugend	F8/F9	2	.2	.2	99.8
nicht-F-Diagnose		3	.2	.2	100.0
		64	4.9	Missing	
Total		1296	100.0	100.0	
Valid cases	1232	Missing cases	64		

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Tabelle 13d X6-, X7-, X8-Nebendiagnosen (Suizidversuch, Suizid) der Verstorbenen

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nein	0	1247	96.2	96.2	96.2
ja	1	49	3.8	3.8	100.0
Total		1296	100.0	100.0	
Valid cases	1296	Missing cases	0		

Tabelle 13e Alter bei Tod und Aufenthaltsdauern^{*)} der Verstorbenen – statistische Kennwerte

	Alter bei Tod	Aufenthaltsdauer (Tage)
Anzahl Behandlungsfälle	1296	1296
Mittelwert	72.8	1794.1
Standardabweichung	18.7	4550.5
Median	79	71
untere/kürzeste 20%	59	19
obere/längste 5%	92	13870
Maximum	100	25814

*) alle abgeschlossenen Behandlungen

Der Aufenthaltsort nach Austritt ist in den meisten Fällen das Zuhause (72.9%), am zweithäufigsten das Altersheim oder eine sozial-medizinische Institution (10.1%) (Tabelle 14). Am häufigsten werden die Ausgetretenen ambulant weiter betreut (82.3%), am zweithäufigsten kommen sie in stationäre Behandlung oder Pflege (7.1%) (Tabelle 15).

Tabelle 14 Aufenthalt nach Austritt

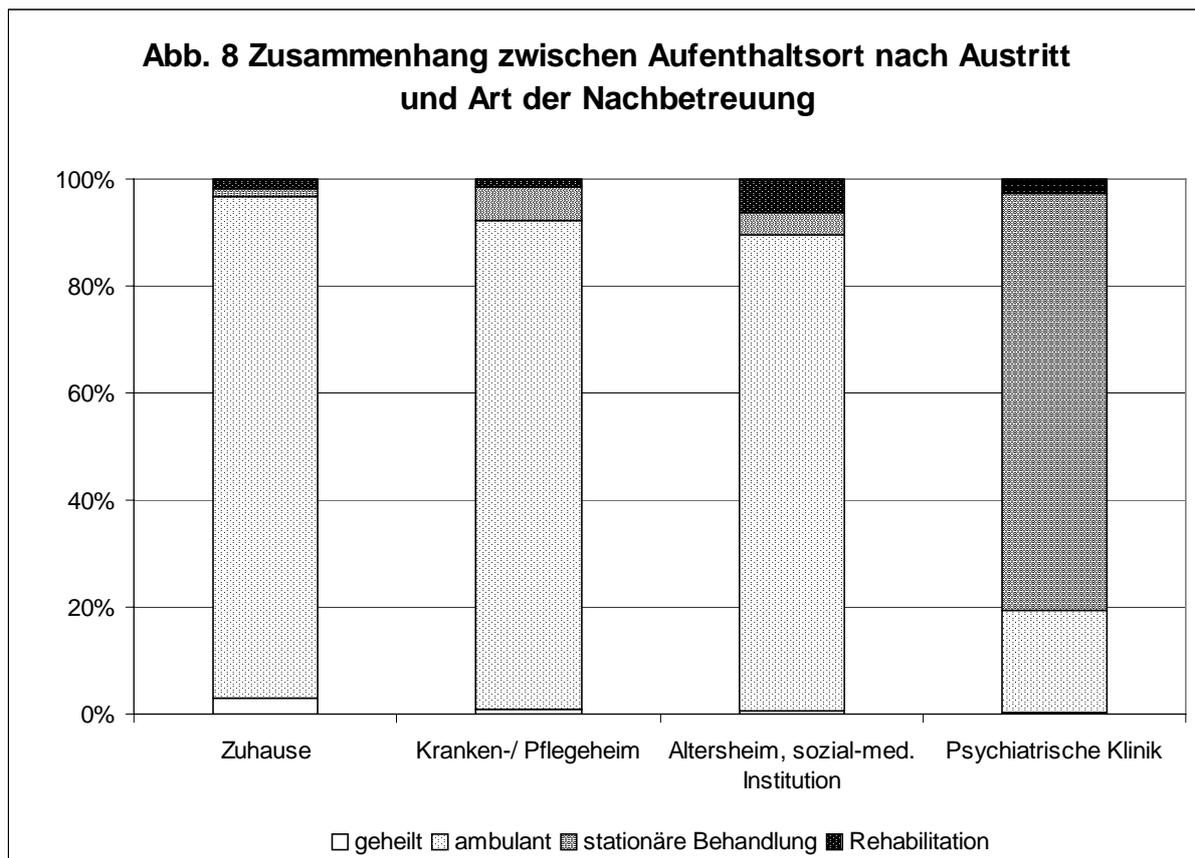
	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Zuhause	20099	24993	30905	75997
Spalten %	73.2%	72.6%	73.0%	72.9%
Kranken-/Pflegeheim	752	1163	1406	3321
Spalten %	2.7%	3.4%	3.3%	3.2%
Altersheim, sozial-mediz. Institution	2857	3392	4316	10565
Spalten %	10.4%	9.9%	10.2%	10.1%
Psychiatrische Klinik	879	1589	1782	4250
Spalten %	3.2%	4.6%	4.2%	4.1%
Rehabilitationsklinik	404	481	544	1429
Spalten %	1.5%	1.4%	1.3%	1.4%
anderes Krankenhaus	761	1037	1458	3256
Spalten %	2.8%	3.0%	3.4%	3.1%
Strafvollzug	252	282	344	878
Spalten %	.9%	.8%	.8%	.8%
andere	1441	1499	1597	4537
Spalten %	5.3%	4.4%	3.8%	4.4%
gestorben	412	410	474	1296
missing observations	M	M	M	M
unbekannt	1960	2495	2794	7249
missing observations	M	M	M	M
Total	27445	34436	42352	104233
Total %	26.3%	33.0%	40.6%	100.0%

Tabelle 15 Behandlung nach Austritt

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
geheilt	464	805	1084	2353
Spalten %	1.8%	2.3%	2.6%	2.3%
ambulant	20757	28587	34952	84296
Spalten %	81.1%	83.2%	82.4%	82.3%
ambulante Pflege	511	504	490	1505
Spalten %	2.0%	1.5%	1.2%	1.5%
stationäre Behandlung/Pflege	1588	2310	3322	7220
Spalten %	6.2%	6.7%	7.8%	7.1%
Rehabilitation	905	1104	1269	3278
Spalten %	3.5%	3.2%	3.0%	3.2%
anderes	1370	1069	1298	3737
Spalten %	5.4%	3.1%	3.1%	3.6%
gestorben	412	410	474	1296
missing observations	M	M	M	M
unbekannt	3810	2552	2731	9093
missing observations	M	M	M	M
Total	25595	34379	42415	102389
Total %	25.0%	33.6%	41.4%	100.0%

Exkurs zur Nachbetreuung – Abbildung 8

Abbildung 8 beschreibt den Zusammenhang zwischen häufig genannten Aufenthaltsorten nach Austritt und häufig genannten Behandlungen nach Austritt. Stationäre Nachbetreuung findet selbstverständlich am häufigsten dann statt, wenn der Austritt eine Klinikverlegung darstellt und ist recht häufig bei Personen, die nach Austritt in einem Kranken- oder Pflegeheim leben. Rehabilitation wird häufig in Altersheimen und sozial-medizinischen Institutionen durchgeführt. Am wichtigsten ist aber die ambulante Nachsorge für Menschen, die nach Hause zurückkehren und solche, die in Heimen leben. Die Resultate verdeutlichen, dass eine integrierte Medizinstatistik von stationären und ambulanten Behandlungen von besonderer Bedeutung für die gezielte Versorgungsplanung ist.



3.1.6 Diagnosen

Tabelle 16 Beschreibung der Hauptdiagnose

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
Administrative Meldung (Diagnose nicht obligatorisch)	1326	1252	1813	4391
Spalten %	3.9%	3.0%	3.5%	3.4%
Diagnose fehlt	146	313	759	1218
Spalten %	.4%	.7%	1.5%	.9%
F-Diagnose	31695	39457	47666	118818
Spalten %	92.4%	93.3%	92.1%	92.6%
Alzheimer G30	554	611	701	1866
Spalten %	1.6%	1.4%	1.4%	1.5%
Suizid X60-X84	86	57	108	251
Spalten %	.3%	.1%	.2%	.2%
Z-Diagnose	252	381	436	1069
Spalten %	.7%	.9%	.8%	.8%
andere Diagnose	254	219	291	764
Spalten %	.7%	.5%	.6%	.6%
Total	34313	42290	51774	128377
Total %	26.7%	32.9%	40.3%	100.0%

Die medizinische Statistik sieht vor: eine Hauptdiagnose, eine Zusatzdiagnose zur Hauptdiagnose, bis zu 8 Nebendiagnosen.

In *Tabelle 16* sind die Hauptdiagnosen dargestellt. Wie in *Tabelle A2 (Anhang II)* gezeigt, liegen insgesamt 11'264 administrative Meldungen vor. In 63% aller administrativen Meldungen wurde eine Hauptdiagnose eingetragen, in 37% aller administrativen Meldungen fehlt diese nicht-obligatorische Angabe.

Die Diagnose Alzheimer (G30) ist in den nachfolgenden Tabellen (mit Ausnahme von *Tabelle 17*) den F00-F03-Diagnosen (Demenzen) zugeordnet. Suizid- und Z-Diagnosen stellen Diagnose-Zusätze dar und sollten nicht als Hauptdiagnosen codiert sein; sie scheinen insgesamt in nur 1% der Datensätze auf. „Andere Diagnosen“ sind somatische Hauptdiagnosen. F-Hauptdiagnosen stellen selektionsgemäss den Grossteil aller Hauptdiagnosen dar.

Tabelle 17 Anzahl F-Diagnosen

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
keine F-Diagnose (nicht-F-Diagnose, fehlende Diagnose)	1744	1983	3087	6814
Spalten %	5.1%	4.7%	6.0%	5.3%
1	19756	24436	29490	73682
Spalten %	57.6%	57.8%	57.0%	57.4%
2	8942	11119	13168	33229
Spalten %	26.1%	26.3%	25.4%	25.9%
3	2886	3622	4352	10860
Spalten %	8.4%	8.6%	8.4%	8.5%
4	771	902	1216	2889
Spalten %	2.2%	2.1%	2.3%	2.3%
5	176	181	307	664
Spalten %	.5%	.4%	.6%	.5%
6	34	42	112	188
Spalten %	.1%	.1%	.2%	.1%
7	2	2	36	40
Spalten %	.0%	.0%	.1%	.0%
8	2	2	4	8
Spalten %	.0%	.0%	.0%	.0%
9		1	2	3
Spalten %		.0%	.0%	.0%
Total	34313	42290	51774	128377
Total %	26.7%	32.9%	40.3%	100.0%

Tabelle 17 zeigt die Verteilung der Anzahl an F-Haupt- und Neben-Diagnosen ohne Recodierung der G30-Diagnosen. Als „keine F-Diagnose“ sind administrative Meldungen ohne Diagnose sowie somatische Diagnosen einschliesslich G30 (Alzheimer-Krankheit) ausgezählt. In rund 57% aller Behandlungsfälle wird nur eine F-Diagnose gestellt; in weiteren 26% sind es zwei F-Diagnosen.

Nicht abschätzen lässt sich aus diesen Daten, ob nur in einer guten Hälfte der Behandlungsfälle eine einzige Diagnose für die Beschreibung des klinischen Bildes genügt. Möglicherweise spielen auch zeitökonomische Überlegungen eine Rolle. Für die Versorgungsplanung wäre es jedenfalls von grosser Bedeutung, wenn alle notwendigen Diagnosen gestellt und beschrieben würden.

Mehrfach-Diagnosen stellen eine grosse Herausforderung an die Datenanalyse dar. Ausführliche Auswertungen bedingen einen thematischen Rahmen und gezielte Hypothesen unter Berücksichtigung von beispielsweise: Erkrankungsmuster (gleichzeitige vs. Lebenszeit-Komorbidität; Kessler 1995), homologe vs. heterologe Komorbidität (innerhalb oder zwischen den Zustandsbildern; Angst et al. 2002), Möglichkeit einer „Pseudo-Multimorbidität“ bedingt durch immer differenziertere Diagnosesysteme (van Praag 1995). Sie würden den Rahmen dieses Berichts sprengen. Am Schluss von Kapitel 3.1 findet sich jedoch ein Exkurs in die Typologie der Mehrfachdiagnosen (Tabellen 24a, b sowie Abbildungen 12, 13).

Eine Interpretation der Kombinations-Vielfalt ist mit Personen bezogenen Auswertungen möglich, wenn die Konstanz bzw. Veränderung der Diagnose-Stellung im Verlauf mehrerer stationärer Behandlungsepisoden sichtbar wird.

Tabelle 18 Haupt-F-Diagnosen 2-stellig

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
F0 organische Störungen (inkl. G30, Alzheimer)	2076	2551	3105	7732
Spalten %	6.4%	6.4%	6.4%	6.4%
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	9208	10529	11882	31619
Spalten %	28.6%	26.3%	24.6%	26.2%
F2 Schizophrenie, schizotype Störungen	8030	9435	11094	28559
Spalten %	24.9%	23.5%	22.9%	23.7%
F3 affektive Störungen	7165	9843	11767	28775
Spalten %	22.2%	24.6%	24.3%	23.8%
F4 neurotische Störungen, Belastungsreaktion	3101	4299	5881	13281
Spalten %	9.6%	10.7%	12.2%	11.0%
F5 Verhaltensauffälligkeit/somat. Symptome	329	384	592	1305
Spalten %	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1658	2207	2986	6851
Spalten %	5.1%	5.5%	6.2%	5.7%
F7 Intelligenzminderung	460	466	529	1455
Spalten %	1.4%	1.2%	1.1%	1.2%
F8,F9,F99 Störungen mit Beginn in Kindheit; sonstige	222	354	531	1107
Spalten %	.7%	.9%	1.1%	.9%
Total	32249	40068	48367	120684
Total %	26.7%	33.2%	40.1%	100.0%

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Tabelle 19 Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen)

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer)	1457	1787	2075	5319
Spalten %	4.5%	4.5%	4.3%	4.4%
F04-F09 Schädigung/Funktionsstörung des Gehirns	619	764	1030	2413
Spalten %	1.9%	1.9%	2.1%	2.0%
F10 Störung durch Alkohol	4706	5583	6784	17073
Spalten %	14.6%	13.9%	14.0%	14.1%
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen	4502	4946	5098	14546
Spalten %	14.0%	12.3%	10.5%	12.1%
F20 Schizophrenie	4960	5672	6564	17196
Spalten %	15.4%	14.2%	13.6%	14.2%
F21,F22,F24,F28,F29 schizotype/wahnhaftige Störung	577	716	870	2163
Spalten %	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%
F23 akute psychotische Störung	1131	1375	1741	4247
Spalten %	3.5%	3.4%	3.6%	3.5%
F25 schizoaffektive Störung	1362	1672	1919	4953
Spalten %	4.2%	4.2%	4.0%	4.1%
F30,F31 Manie, bipolare Störung	1527	1893	2189	5609
Spalten %	4.7%	4.7%	4.5%	4.6%
F32,F33 Depression	5462	7692	9329	22483
Spalten %	16.9%	19.2%	19.3%	18.6%
F34,F38,F39 diverse affektive Störungen	176	258	249	683
Spalten %	.5%	.6%	.5%	.6%
F40-F42,F44-F48 diverse neurotische Störungen	942	1357	1957	4256
Spalten %	2.9%	3.4%	4.0%	3.5%
F43 Belastungsreaktion/Anpassungsstörung	2159	2942	3924	9025
Spalten %	6.7%	7.3%	8.1%	7.5%
F5 Verhaltensauffälligkeit (Essstörung)	329	384	592	1305
Spalten %	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%
F6 Persönlichkeitsstörung	1658	2207	2986	6851
Spalten %	5.1%	5.5%	6.2%	5.7%
F7 Intelligenzminderung	460	466	529	1455
Spalten %	1.4%	1.2%	1.1%	1.2%
F8,F9,F99 Störung mit Beginn in Kindheit; sonstige	222	354	531	1107
Spalten %	.7%	.9%	1.1%	.9%
Total	32249	40068	48367	120684
Total %	26.7%	33.2%	40.1%	100.0%

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Tabelle 18 ist eine Auszählung der zweistelligen Haupt-F-Diagnosen mit der Unterscheidung von 10 verschiedenen psychiatrischen Erkrankungsbildern und Störungen (Dilling et al. 2000). Geht man von den zweistelligen Diagnosen aus, so ist mit jedem weiteren Erhebungsjahr der Anteil an Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) bzw. Schizophrenie und schizotypen Störungen (F2) kleiner, der Anteil an neurotischen Störungen (F4) und Verhaltensauffälligkeiten (F5) hingegen steigt.

Tabelle 19 ist die Auszählung der dreistelligen Haupt-F-Diagnosen. Es handelt sich hierbei um 100 verschiedene psychiatrische Erkrankungsbilder und Störungen, die wir der Übersicht halber in 17 klinisch sinnvolle Gruppen zusammenfassen. Bei der dreistelligen Diagnose fallen die immer kleineren Anteile an stationären Behandlungen bei Störungen durch psychotrope Substanzen (F11-F19) auf. Etwas geringer, aber ebenfalls konstant ist die Abnahme an Behandlungsfällen mit F20-Diagnosen (Schizophrenie); im gleichen Masse steigt der Anteil an Behandlungen bei Depression (F32, F33). Um die Determinanten dieses Sachverhaltes zu ermitteln, sind längere Beobachtungsreihen notwendig.

Anmerkung

Die Standardtabellen E.1. der Medizinischen Statistik (Bundesamt für Statistik 2003a,b) weisen für das Jahr 1999 57'566 Behandlungsfälle mit psychischen und Verhaltensstörungen aus; dies bedeutet, dass 1999 ein Drittel aller Haupt-F-Diagnosen nicht in der Psychiatrie gestellt wurden. Für das Jahr 2000 liegen gemäss Standardtabelle E.1. 65'427 mit psychischen und Verhaltensstörungen vor; es wurden im Jahr 2000 folglich 26% der Haupt-F-Diagnosen nicht in der Psychiatrie erfasst. Für das Jahr 1998 existieren keine Standardtabellen.

Exkurs über Haupt-F-Diagnosen (3-stellig) im Zusammenhang mit Geschlecht, Eintrittsart und einweisender Instanz – Tabellen 20a bis 20c

Tabelle 20a Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen) nach Geschlecht

	Geschlecht		
	Mann	Frau	Total
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer)	2171	3148	5319
Zeilen %	40.8%	59.2%	4.4%
F04-F09 Schädigung/Funktionsstörung des Gehirns	1329	1084	2413
Zeilen %	55.1%	44.9%	2.0%
F10 Störung durch Alkohol	11098	5975	17073
Zeilen %	65.0%	35.0%	14.1%
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen	10077	4469	14546
Zeilen %	69.3%	30.7%	12.1%
F20 Schizophrenie	9689	7507	17196
Zeilen %	56.3%	43.7%	14.2%
F21,F22,F24,F28,F29 schizotype/wahnhaftige Störung	969	1194	2163
Zeilen %	44.8%	55.2%	1.8%
F23 akute psychotische Störung	2036	2211	4247
Zeilen %	47.9%	52.1%	3.5%
F25 schizoaffektive Störung	2060	2893	4953
Zeilen %	41.6%	58.4%	4.1%
F30,F31 Manie, bipolare Störung	2404	3205	5609
Zeilen %	42.9%	57.1%	4.6%
F32,F33 Depression	8048	14435	22483
Zeilen %	35.8%	64.2%	18.6%
F34,F38,F39 diverse affektive Störungen	235	448	683
Zeilen %	34.4%	65.6%	.6%
F40-F42,F44-F48 diverse neurotische Störungen	1608	2648	4256
Zeilen %	37.8%	62.2%	3.5%
F43 Belastungsreaktion/Anpassungsstörung	3988	5037	9025
Zeilen %	44.2%	55.8%	7.5%
F5 Verhaltensauffälligkeit (Essstörung)	81	1224	1305
Zeilen %	6.2%	93.8%	1.1%
F6 Persönlichkeitsstörung	2723	4128	6851
Zeilen %	39.7%	60.3%	5.7%
F7 Intelligenzminderung	802	653	1455
Zeilen %	55.1%	44.9%	1.2%
F8,F9,F99 Störung mit Beginn in Kindheit; sonstige	590	517	1107
Zeilen %	53.3%	46.7%	.9%
Total	59908	60776	120684
Total %	49.6%	50.4%	100.0%

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Am stärksten überrepräsentiert sind die Frauen bei affektiven (F30-F39), neurotischen (F40-F48), Verhaltens- (F5: Essstörungen) und Persönlichkeitsstörungen (F6). Männer sind überrepräsentiert bei Störungen durch Alkohol (F10) und durch psychotrope Substanzen (F11-F19) (*Tabelle 20a*).

Tabelle 20b Vergleich von Notfall- und angemeldeten Eintritten – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen)

	Eintrittsart		Total
	Notfall	angemeldet	
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer)	1932	2747	4679
Zeilen %	41.3%	58.7%	4.8%
F10 Störung durch Alkohol	7934	7645	15579
Zeilen %	50.9%	49.1%	15.9%
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen	4493	9358	13851
Zeilen %	32.4%	67.6%	14.2%
F20 Schizophrenie	9365	5161	14526
Zeilen %	64.5%	35.5%	14.8%
F23 akute psychotische Störung	2676	1161	3837
Zeilen %	69.7%	30.3%	3.9%
F25 schizoaffektive Störung	2923	1496	4419
Zeilen %	66.1%	33.9%	4.5%
F30,F31 Manie, bipolare Störung	3285	1957	5242
Zeilen %	62.7%	37.3%	5.4%
F32,F33 Depression	9548	11618	21166
Zeilen %	45.1%	54.9%	21.6%
F43 Belastungsreaktion/Anpassungsstörung	4662	3730	8392
Zeilen %	55.6%	44.4%	8.6%
F6 Persönlichkeitsstörung	3642	2503	6145
Zeilen %	59.3%	40.7%	6.3%
Total	50460	47376	97836
Total %	51.6%	48.4%	100.0%

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

In *Tabelle 20b* gehen die 10 am häufigsten gestellten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen) ein. Notfalleinweisungen sind vor allem überrepräsentiert bei Schizophrenie, schizoaffektiven und wahnhaften Störungen (F20, F23, F25) sowie Manie und bipolaren Störungen (F30, F31). Angemeldet sind vor allem Behandlungsfälle mit Störungen durch psychotrope Substanzen (F11-F19).

Tabelle 20c Vergleich der einweisenden Instanz (Patient/Angehörige vs. Arzt) – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen)

	Einweisende Instanz		Total
	Patient/ Angehörige	Arzt	
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer) Zeilen %	389 8.0%	4495 92.0%	4884 5.1%
F10 Störung durch Alkohol Zeilen %	4112 26.6%	11345 73.4%	15457 16.0%
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen Zeilen %	5844 45.7%	6942 54.3%	12786 13.2%
F20 Schizophrenie Zeilen %	3142 21.6%	11400 78.4%	14542 15.0%
F23 akute psychotische Störung Zeilen %	495 13.2%	3263 86.8%	3758 3.9%
F25 schizoaffektive Störung Zeilen %	961 21.5%	3510 78.5%	4471 4.6%
F30,F31 Manie, bipolare Störung Zeilen %	935 18.1%	4227 81.9%	5162 5.3%
F32,F33 Depression Zeilen %	3076 14.5%	18178 85.5%	21254 22.0%
F43 Belastungsreaktion/Anpassungsstörung Zeilen %	1372 16.7%	6833 83.3%	8205 8.5%
F6 Persönlichkeitsstörung Zeilen %	1495 24.4%	4625 75.6%	6120 6.3%
Total Total %	21821 22.6%	74818 77.4%	96639 100.0%

In der Prozentuierung nicht berücksichtigt sind andere Einweiser, die insgesamt 7.5% aller Einweiser repräsentieren, vgl. Tabelle 8.

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

In *Tabelle 20c* sind die beiden wichtigsten einweisenden Instanzen einander gegenüber gestellt. Ärzte sind die weitaus häufigsten Einweiser; sie sind vor allem bei Demenzen (F00-F03) und akuten psychotischen Störungen (F23) überrepräsentiert. Verhältnismässig häufig sind Patient bzw. Angehörige bei Störungen durch psychotrope Substanzen (F11-F19) die einweisende Instanz.

Exkurs zur Aufenthaltsdauer bei abgeschlossenen Behandlungen – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen) – Tabellen 21a bis 21c, Abbildung 9

Tabellen 21a-c und *Abbildung 9* illustrieren den Zusammenhang zwischen der Selektion der Aufenthaltsdauer bei abgeschlossenen Behandlungen und Haupt-F-Diagnose: Bei abgeschlossenen Behandlungen ohne weitere Beschränkung der Aufenthaltsdauer – d.h. die Betroffenen können viele Jahre vor der Erhebungsperiode eingetreten sein – wie auch bei abgeschlossenen

Behandlungen bis 1 Jahr Aufenthaltsdauer werden die längsten Aufenthalte sowohl im Mittel als auch im Median für Demenzen (F00-F03), Schizophrenie (F20) und schizoaffektive Störungen (F25). Bei abgeschlossenen Behandlungen von über 1 Jahr Dauer sind es Demenzen (F00-F03), Störungen durch Alkohol (F10) und Schizophrenie (F20).

Tabelle 21a Aufenthaltsdauern bei *allen* abgeschlossenen Behandlungen – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen) – statistische Kennwerte

	Anzahl Behandlungs- fälle	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Maximum
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer)	4450	161.4	790.6	49	22019
F10 Störung durch Alkohol	16050	47.1	253.9	18	10478
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen	13971	26.2	131.8	14	14367
F20 Schizophrenie	13970	279.6	1636.2	34	23212
F23 akute psychotische Störung	3994	33.0	51.0	20	1225
F25 schizoaffektive Störung	4461	81.5	438.5	34	18975
F30,F31 Manie, bipolare Störung	5240	53.4	146.9	29	6560
F32,F33 Depression	20945	50.9	157.3	30	12140
F43 Belastungsreaktion/ Anpassungsstörung	8533	31.2	70.9	14	4168
F6 Persönlichkeitsstörung	6292	67.6	350.2	17	12982
Total	97906	84.6	673.9	23	23212

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Tabelle 21b Aufenthaltsdauern bei abgeschlossenen Behandlungen *bis 1 Jahr* – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen) – statistische Kennwerte

	Anzahl Behandlungs- fälle	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Maximum
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer)	4191	64.1	61.0	46	365
F10 Störung durch Alkohol	15936	33.5	43.4	18	363
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen	13914	23.1	32.7	14	363
F20 Schizophrenie	13242	51.9	59.7	31	366
F23 akute psychotische Störung	3977	30.7	35.4	20	364
F25 schizoaffektive Störung	4365	49.4	52.5	33	361
F30,F31 Manie, bipolare Störung	5182	44.1	50.0	29	365
F32,F33 Depression	20789	44.0	47.4	29	366
F43 Belastungsreaktion/ Anpassungsstörung	8497	28.5	41.9	14	365
F6 Persönlichkeitsstörung	6145	40.4	57.8	17	364
Total	96238	39.3	49.0	22	366

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Tabelle 21c Aufenthaltsdauern bei abgeschlossenen Behandlungen von über 1 Jahr – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen) – statistische Kennwerte

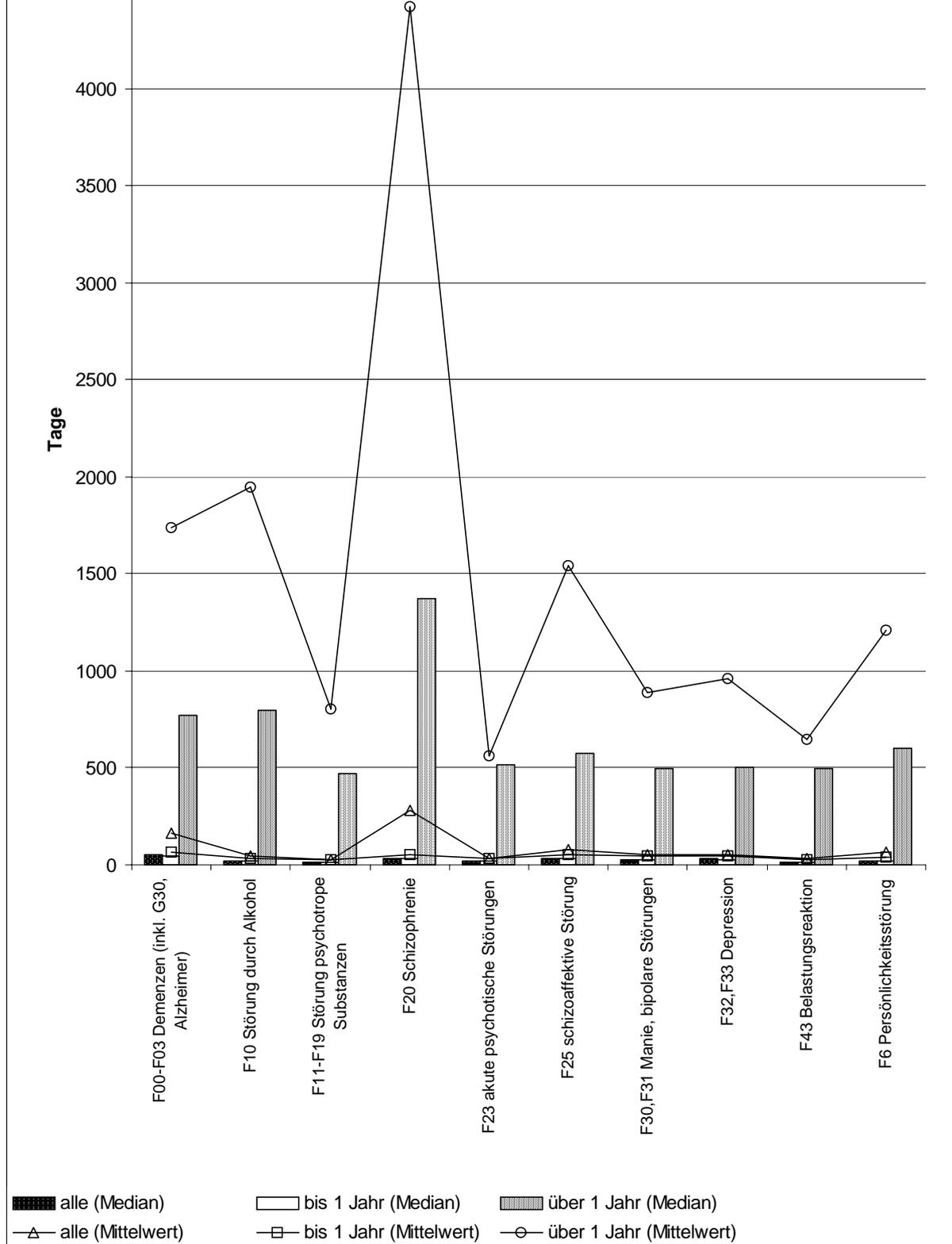
	Anzahl Behandlungs- fälle	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Maximum
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer)	259	1736.0	2841.9	771	22019
F10 Störung durch Alkohol	114	1947.9	2284.0	800	10478
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen	57	803.9	1857.2	473	14367
F20 Schizophrenie	728	4422.1	5766.0	1374	23212
F23 akute psychotische Störung	17	560.4	201.2	515	1225
F25 schizoaffektive Störung	96	1542.4	2588.0	575	18975
F30,F31 Manie, bipolare Störung	58	891.2	1017.4	496	6560
F32,F33 Depression	156	961.2	1484.1	506	12140
F43 Belastungsreaktion/ Anpassungsstörung	36	649.0	635.9	498	4168
F6 Persönlichkeitsstörung	147	1205.7	1951.6	598	12982
Total	1668	2695.8	4426.3	720	23212

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Abbildung 9 ist eine Gegenüberstellung von Medianen und Mittelwerten der Aufenthaltsdauern. Der Median beschreibt die Verteilung der Stichproben, der Mittelwert hingegen die Verteilung der Messwerte.

Aufenthaltsdauern bei allen abgeschlossenen Behandlungen sowie bei abgeschlossenen Behandlungen bis zu 1 Jahr liegen für die meisten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen) sehr nahe; deutliche Abweichungen gibt es für die Diagnose F20 (Schizophrenie). Betrachtet man die Behandlungen mit Aufenthaltsdauern von über 1 Jahr, dann fallen Demenzen (F00-F03), Störungen durch Alkohol (F10) und Schizophrenie (F20) durch besonders lange Aufenthaltsdauern auf, sowohl im Median als auch im Mittelwert.

Abb. 9 Mediane und Mittelwerte von Aufenthaltsdauern bei abgeschlossenen Behandlungen nach Diagnosen-Gruppen



Exkurs zu Austrittsmerkmalen bei abgeschlossenen Behandlungen – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen) – Tabelle 22, Abbildungen 10 und 11

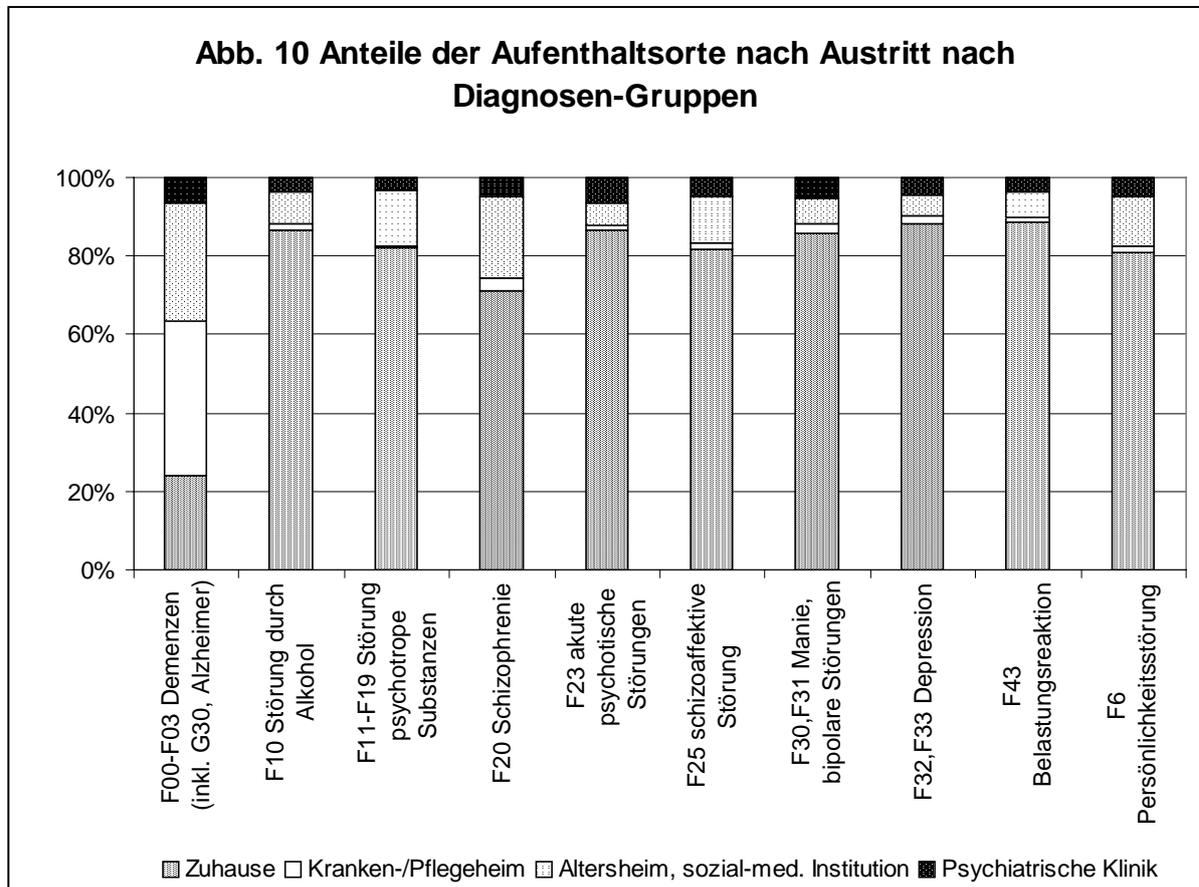
Tabelle 22 Austrittsentscheid bei abgeschlossenen Behandlungen – Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen)

	Austrittsentscheid			Total
	Initiative Behandler	Initiative Patient	Initiative Drittperson	
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer)	3515	73	117	3705
Zeilen %	94.9%	2.0%	3.2%	4.0%
F10 Störung durch Alkohol	12874	2097	121	15092
Zeilen %	85.3%	13.9%	.8%	16.5%
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen	9629	3602	128	13359
Zeilen %	72.1%	27.0%	1.0%	14.6%
F20 Schizophrenie	11240	1540	151	12931
Zeilen %	86.9%	11.9%	1.2%	14.1%
F23 akute psychotische Störung	3199	449	57	3705
Zeilen %	86.3%	12.1%	1.5%	4.0%
F25 schizoaffektive Störung	3660	444	46	4150
Zeilen %	88.2%	10.7%	1.1%	4.5%
F30,F31 Manie, bipolare Störung	4301	473	43	4817
Zeilen %	89.3%	9.8%	.9%	5.3%
F32,F33 Depression	17606	1916	142	19664
Zeilen %	89.5%	9.7%	.7%	21.5%
F43 Belastungsreaktion/Anpassungsstörung	7120	913	107	8140
Zeilen %	87.5%	11.2%	1.3%	8.9%
F6 Persönlichkeitsstörung	5048	811	63	5922
Zeilen %	85.2%	13.7%	1.1%	6.5%
Total	78192	12318	975	91485
Total %	85.5%	13.5%	1.1%	100.0%

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Ärzte und Drittpersonen sind bei Behandlungsfällen von Demenz (F00-F03) als Initiatoren des Austritts überrepräsentiert, bei Behandlungsfällen von Störungen durch psychotrope Substanzen (F11-F19) ergreifen vor allem die Patienten selbst die Austrittsinitiative (*Tabelle 22*).

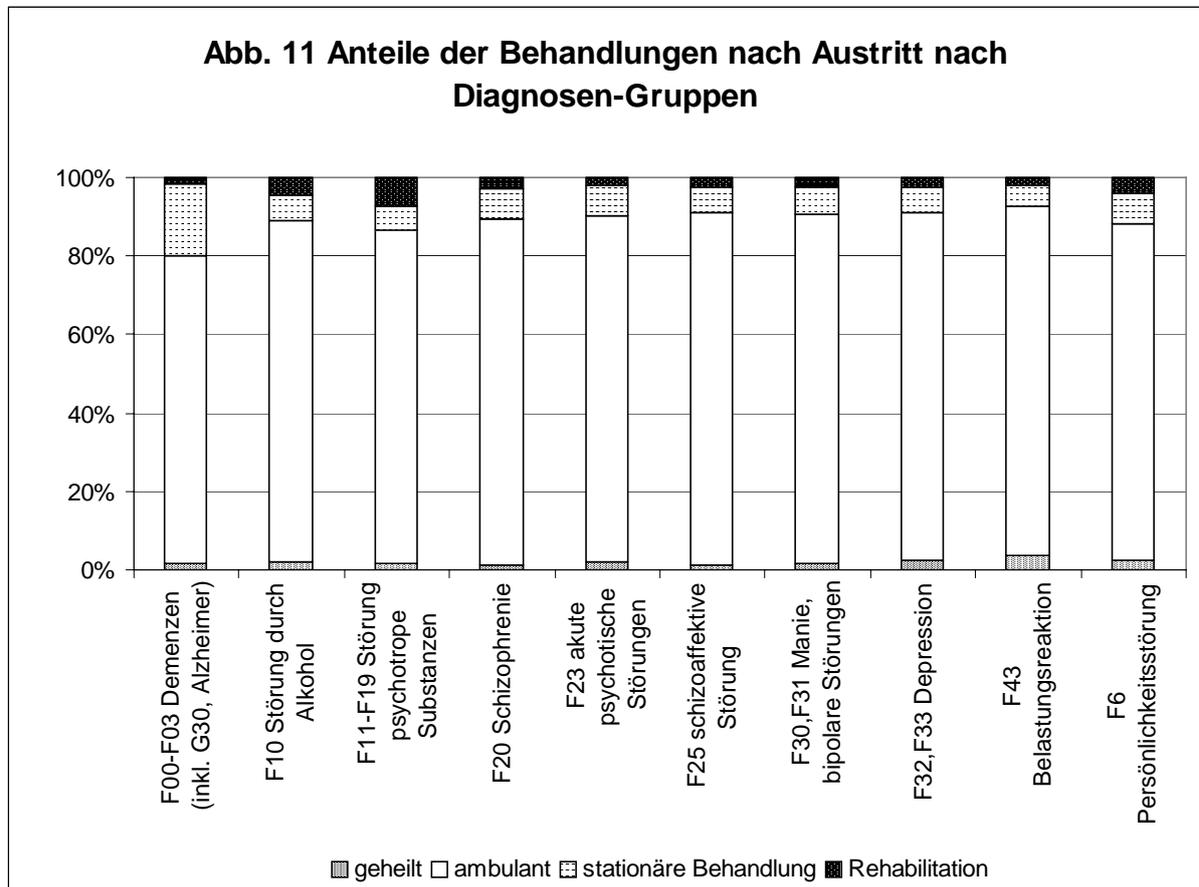
In *Abbildung 10* sind die Anteile der Aufenthaltsorte nach Austritt (abgeschlossene Behandlungen) dargestellt; es handelt sich hierbei um eine Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen). In der Prozentuierung nicht berücksichtigt sind andere Aufenthaltsorte, die insgesamt 9.7% aller Aufenthaltsorte nach Austritt repräsentieren, vgl. Tabelle 14.



Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Die zur *Abbildung 10* gehörigen Daten sind in *Anhang II, Tabelle A11* aufgeführt: Menschen mit Demenz (F00-F03) können nach der Behandlung unterdurchschnittlich häufig nach Hause austreten, kommen hingegen überdurchschnittlich häufig in ein Alters-, Kranken- oder Pflegeheim. Altersheime bzw. sozial-medizinische Institutionen sind auch überdurchschnittlich häufige Entlassungsorte, wenn Störungen durch psychotrope Substanzen (F11-19) oder Schizophrenie (F20) diagnostiziert wurden. Bei Depression (F32, F33) oder Belastungsreaktion (F43) ist hingegen überdurchschnittlich oft eine Entlassung nach Hause möglich.

In *Abbildung 11* sind die Anteile der Behandlungen nach Austritt (abgeschlossene Behandlungen) dargestellt; es handelt sich hierbei um eine Auswahl der 10 häufigsten Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen). In der Prozentuierung nicht berücksichtigt sind andere Behandlungen, die insgesamt 5.1% aller Behandlungen nach Austritt repräsentieren, vgl. Tabelle 15.



Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Die zur *Abbildung 11* gehörigen Daten sind in *Anhang II, Tabelle A12* aufgeführt: Heilung diagnostiziert man vor allem bei Belastungsreaktion (F43), wenngleich auch bei dieser Diagnose in 89% aller Behandlungsfälle ambulant weiter behandelt wird. Der ambulanten Nachsorge kommt in allen Diagnosegruppen eine sehr grosse Bedeutung zu. Dies gilt auch für Behandlungsfälle von Demenz (F00-F03). Stationäre Behandlung und Pflege wird vor allem bei Demenz nachgefragt, Rehabilitation hingegen am häufigsten bei Störungen durch psychotrope Substanzen (F11-F19).

Auf den Zusammenhang zwischen Aufenthaltsort nach Austritt und die Art der Nachbetreuung wurde bereits in *Abbildung 8* eingegangen.

Exkurs: Suizid-Diagnosen – Tabellen 23a bis 23f

Tabellen 23a-f beschreiben Behandlungsfälle mit X6-, X7- und X8-Nebendiagnosen (Suizidversuch, Suizid) nach soziodemographischen und Behandlungsparametern.

Die Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen stellt den grössten Anteil an Behandlungsfällen mit Suizid-Diagnose (Tabelle 23a); Frauen sind deutlich in der Überzahl (Tabelle 23b); über die Hälfte aller Eintritte erfolgte von zuhause, ein weiteres knappes Drittel von einem nicht-psychiatrischen Krankenhaus (Tabelle 23c). Der Austrittsentscheid erfolgte in 84% der Fälle auf Initiative des Behandlers (Tabelle 23d). In 81% der Behandlungsfälle mit Suizid-Diagnose folgte eine ambulante Nachbetreuung (Tabelle 23e). Die am häufigsten im Zusammenhang mit Suizid-Diagnose gestellten F-Diagnosen sind Depression (F32, F33), Belastungsreaktion (F43) und Persönlichkeitsstörung (F6) (Tabelle 23f).

Tabelle 23a Alter bei Spitaleintritt (Suizid-Diagnosen): 10-Jahres-Gruppen

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
10-19	1	337	12.6	12.6	12.6
20-29	2	602	22.5	22.5	35.0
30-39	3	682	25.4	25.4	60.5
40-49	4	511	19.1	19.1	79.6
50-59	5	309	11.5	11.5	91.1
60-69	6	122	4.6	4.6	95.6
70+	7	117	4.4	4.4	100.0
Total		2680	100.0	100.0	
Valid cases	2680	Missing cases	0		

Tabelle 23b Geschlecht (Suizid-Diagnosen)

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Mann	1	987	36.8	36.8	36.8
Frau	2	1693	63.2	63.2	100.0
Total		2680	100.0	100.0	
Valid cases	2680	Missing cases	0		

Tabelle 23c Aufenthaltsort vor Eintritt (Suizid-Diagnosen)

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Zuhause	1	1519	56.7	57.4	57.4
Zuhause, SPITEX	2	16	.6	.6	58.0
Kranken-/Pflegeheim	3	18	.7	.7	58.6
Altersheim, sozial-med. Institution	4	105	3.9	4.0	62.6
Psychiatrische Klinik	5	81	3.0	3.1	65.7
anderes Krankenhaus	6	817	30.5	30.9	96.5
Strafvollzug	7	22	.8	.8	97.4
andere	8	70	2.6	2.6	100.0
unbekannt	9	32	1.2	Missing	
Total		2680	100.0	100.0	
Valid cases	2648	Missing cases	32		

Tabelle 23d Austrittsentscheid (Suizid-Diagnosen)

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Initiative Behandler	1	2111	78.8	84.2	84.2
Initiative Patient	2	257	9.6	10.2	94.4
Initiative Drittperson	3	28	1.0	1.1	95.5
Wechsel Hauptdiagnose	4	6	.2	.2	95.8
gestorben	5	49	1.8	2.0	97.7
anderes	8	57	2.1	2.3	100.0
kein Austritt	-1	65	2.4	Missing	
unbekannt	9	107	4.0	Missing	
Total		2680	100.0	100.0	
Valid cases	2508	Missing cases	172		

Tabelle 23e Behandlung nach Austritt (Suizid-Diagnosen)

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
geheilt	1	42	1.6	1.8	1.8
ambulant	2	1922	71.7	80.9	82.7
ambulante Pflege	3	13	.5	.5	83.2
stationäre Behandlung/Pflege	4	218	8.1	9.2	92.4
Rehabilitation	5	67	2.5	2.8	95.2
anderes	8	114	4.3	4.8	100.0
kein Austritt	-1	65	2.4	Missing	
gestorben	0	49	1.8	Missing	
unbekannt	9	190	7.1	Missing	
Total		2680	100.0	100.0	
Valid cases	2376	Missing cases	304		

Tabelle 23f Haupt-F-Diagnosen(-Gruppen) (Suizid-Diagnosen)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer)	5	.2	.2	.2
F04-F09 Schädigung/Funktionsstörung des Gehirns	19	.7	.8	1.0
F10 Störung durch Alkohol	181	6.8	7.6	8.6
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen	131	4.9	5.5	14.2
F20 Schizophrenie	92	3.4	3.9	18.1
F21,F22,F24,F28,F29 schizotype/wahnhafte Störung	16	.6	.7	18.7
F23 akute psychotische Störung	26	1.0	1.1	19.8
F25 schizoaffektive Störung	57	2.1	2.4	22.2
F30,F31 Manie, bipolare Störung	54	2.0	2.3	24.5
F32,F33 Depression	845	31.5	35.6	60.1
F34,F38,F39 diverse affektive Störungen	24	.9	1.0	61.2
F40-F42,F44-F48 diverse neurotische Störungen	56	2.1	2.4	63.5
F43 Belastungsreaktion/Anpassungsstörung	470	17.5	19.8	83.3
F5 Verhaltensauffälligkeit (Essstörung)	17	.6	.7	84.1
F6 Persönlichkeitsstörung	341	12.7	14.4	98.4
F7 Intelligenzminderung	7	.3	.3	98.7
F8,F9,F99 Störung mit Beginn in Kindheit; sonstige	30	1.1	1.3	100.0
	309	11.5	Missing	
Total	2680	100.0	100.0	
Valid cases	2371	Missing cases	309	

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.

Exkurs zu Mehrfach-Diagnosen – Tabellen 24a und 24b, Abbildungen 12 und 13

Die medizinische Statistik sieht vor: eine Hauptdiagnose, eine Zusatzdiagnose zur Hauptdiagnose, bis zu 8 Nebendiagnosen. Suizid- und Z-Diagnosen stellen Diagnose-Zusätze dar und sollten nicht als Hauptdiagnosen codiert sein.

Tabelle 24a enthält eine Typologie von einstelligen ICD-10-Diagnosen (A, B, C etc.), wie sie in unserem Datensatz vorkommen. Bedingt durch unsere auf psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung ausgerichteten Einschlusskriterien stellen F-Diagnosen und G30- (Alzheimer)-Diagnosen vor allem die Hauptdiagnose und werden mit fortschreitender Anzahl an Nebendiagnosen seltener gestellt. In den Nebendiagnosen finden sich dann häufiger somatische Diagnosen.

Dieser Sachverhalt ist in *Abbildung 12* verdeutlicht, in der fehlende Diagnosen und die Psychiatrie nahen X6/X7/X8- sowie Z-(Neben-)Diagnosen aus der Prozentuierung ausgeschlossen sind und die G30-Diagnosen den F-Diagnosen zugerechnet wurden.

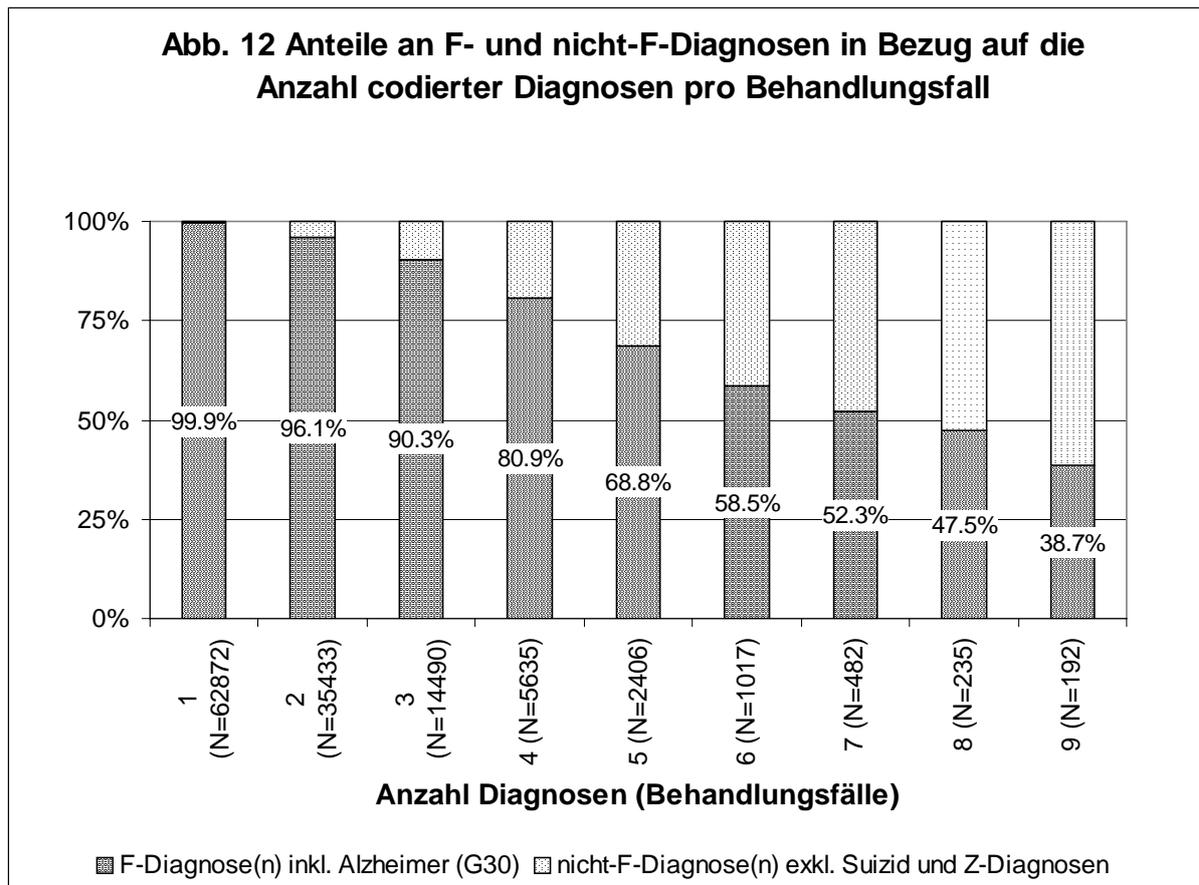
Tabelle 24a Typologie der einstelligen ICD-10-Diagnosen

	keine Diagnose (k.D.)	F-Diagnose	nicht-F- Diagnose	X6/X7/X8- Diagnose	Alzheimer (G30)	Z-Diagnose
1. Diagnose	5609	118818	764	251	1866	1069
% (inkl. k.D.)	4.4%	92.6%	.6%	.2%	1.5%	.8%
% (exkl. k.D.)	M	96.8%	.6%	.2%	1.5%	.9%
2. Diagnose	68646	47273	5964	1864	59	4571
% (inkl. k.D.)	53.5%	36.8%	4.6%	1.5%	.0%	3.6%
% (exkl. k.D.)	M	79.1%	10.0%	3.1%	.1%	7.7%
3. Diagnose	103974	15775	5056	501	17	3054
% (inkl. k.D.)	81.0%	12.3%	3.9%	.4%	.0%	2.4%
% (exkl. k.D.)	M	64.6%	20.7%	2.1%	.1%	12.5%
4. Diagnose	118404	4824	3301	248	7	1593
% (inkl. k.D.)	92.2%	3.8%	2.6%	.2%	.0%	1.2%
% (exkl. k.D.)	M	48.4%	33.1%	2.5%	.1%	16.0%
5. Diagnose	123984	1543	1977	105	1	767
% (inkl. k.D.)	96.6%	1.2%	1.5%	.1%	.0%	.6%
% (exkl. k.D.)	M	35.1%	45.0%	2.4%	.0%	17.5%
6. Diagnose	126391	554	1095	39		298
% (inkl. k.D.)	98.5%	.4%	.9%	.0%		.2%
% (exkl. k.D.)	M	27.9%	55.1%	2.0%		15.0%
7. Diagnose	127415	199	622	17		124
% (inkl. k.D.)	99.3%	.2%	.5%	.0%		.1%
% (exkl. k.D.)	M	20.7%	64.7%	1.8%		12.9%
8. Diagnose	127915	75	325	6		56
% (inkl. k.D.)	99.6%	.1%	.3%	.0%		.0%
% (exkl. k.D.)	M	16.2%	70.3%	1.3%		12.1%
9. Diagnose	128142	32	168	2		33
% (inkl. k.D.)	99.8%	.0%	.1%	.0%		.0%
% (exkl. k.D.)	M	13.6%	71.5%	.9%		14.0%
10. Diagnose	128368	2	6			1
% (inkl. k.D.)	100.0%	.0%	.0%			.0%
% (exkl. k.D.)	M	22.2%	66.7%			11.1%

Prozentuierung:

% (inkl. k.D.) bedeutet inklusive „keine Diagnose“

% (exkl. k.D.) bedeutet exklusive „keine Diagnose“



In Abbildung 12 sind 6 Behandlungsfälle mit je codierten 10 Diagnosen ausgeschlossen.

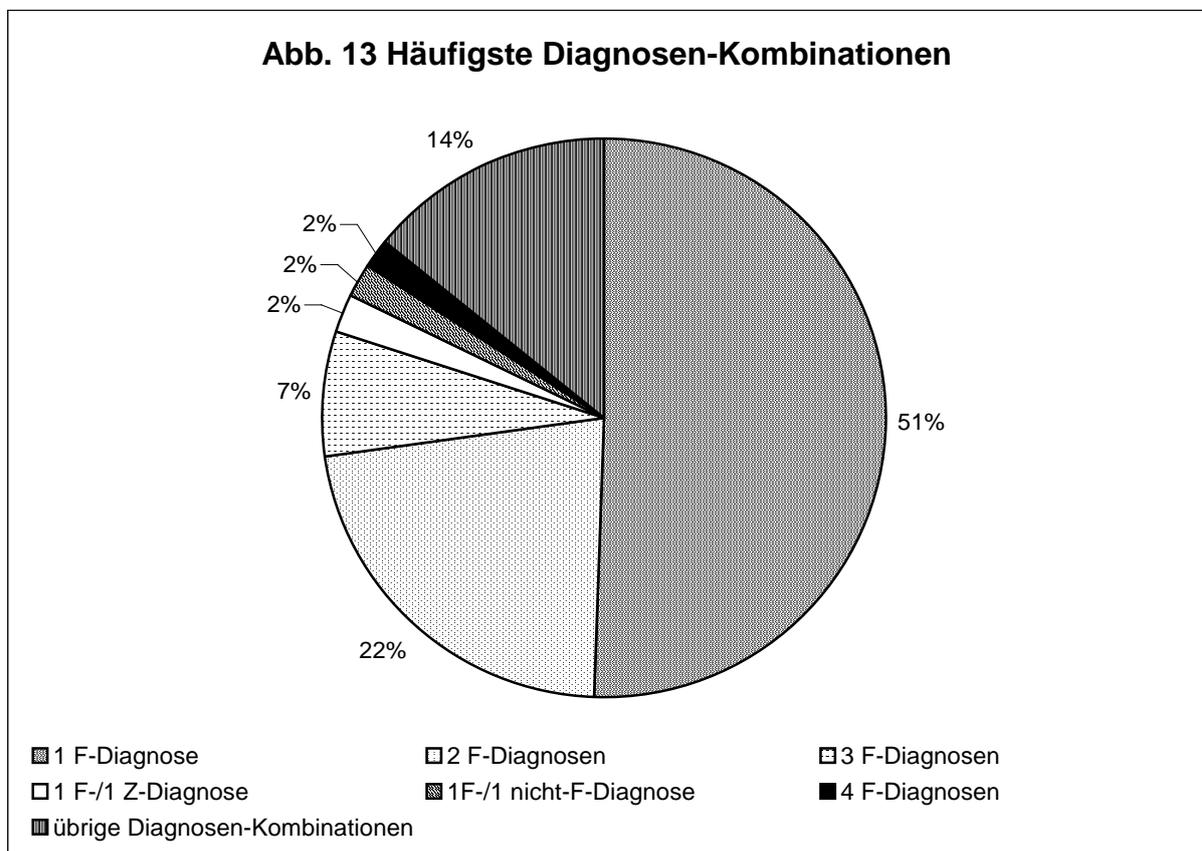
Tabelle 24b stellt die Rangreihe der häufigsten 3-stelligen ICD-10-Diagnosen bzw. Diagnosen-Kombinationen dar, die bei mindestens 1% der Codierungen vorkommen. Die erste Nebendiagnose kommt auf Rangplatz 11. Unter den 21 häufigsten Diagnosen(-kombinationen) ist keine somatische Diagnose vertreten. Im Verlaufe der drei Erhebungsjahre wurden insgesamt 14'200 verschiedene Diagnosen(-kombinationen) gestellt.

Abbildung 13 zeigt die Anteile der häufigsten Diagnosen-Kombinationen für Behandlungsfälle 1998-2000. Die Mehrzahl sind ein bis zwei F-Diagnosen.

Tabelle 24b Häufigste Diagnosen(-kombinationen), mindestens 1% der Codierungen – Basis: erste 3 Diagnosen, 3-stellig

	Diagnose(n)	Valid	
		Frequency	Percent
Schizophrenie	F20	12308	16.9
depressive Episode	F32	6612	9.1
Störung durch Alkohol	F10	6422	8.8
rezidivierende depressive Störung	F33	4739	6.5
Belastungsreaktion/Anpassungsstörung	F43	4310	5.9
Störung durch multiplen Substanzgebrauch	F19	3670	5.0
schizoaffektive Störung	F25	3600	4.9
bipolare affektive Störung	F31	3176	4.4
akute psychotische Störung	F23	2773	3.8
Persönlichkeitsstörung	F60	2534	3.5
Störung durch Opiode	F11	2002	2.8
Alzheimer/Demenz bei Alzheimer-Krankheit	G30/F00	1289	1.8
Störung durch Alkohol/Persönlichkeitsstörung	F10/F60	1170	1.6
sonstige (keine phobische) Angststörung	F41	953	1.3
vaskuläre Demenz	F01	940	1.3
depressive Episode/Persönlichkeitsstörung	F32/F60	927	1.3
rezidivierende depressive Störung/ Persönlichkeitsstörung	F33/F60	889	1.2
anhaltende wahnhaftige Störung	F22	784	1.1
Störung durch multiplen Substanzgebrauch/ Persönlichkeitsstörung	F19/F60	775	1.1
Störung durch Alkohol, 2 verschiedene klinische Zustandsbilder	F10/F10	727	1.0
Belastungsreaktion/Anpassungsstörung/ Persönlichkeitsstörung	F43/F60	726	1.0

Ausführliche Erläuterungen zu den ICD-10-Diagnosen (Dilling et al. 2000): siehe *Anhang IV*.



3.2 Auswertung der Psychiatrie-Zusatzdaten nach Behandlungsfällen

In Kapitel 3.2 werden nur solche Daten referiert, die im Minimal-Datensatz nicht oder nicht in derselben ausführlichen Form wie in den Psychiatrie-Zusatzdaten vorkommen. Im letzteren Fall enthält die Tabellenüberschrift jeweils den Hinweis „Psychiatrie-Zusatzdaten“.

3.2.1 Datenübersicht

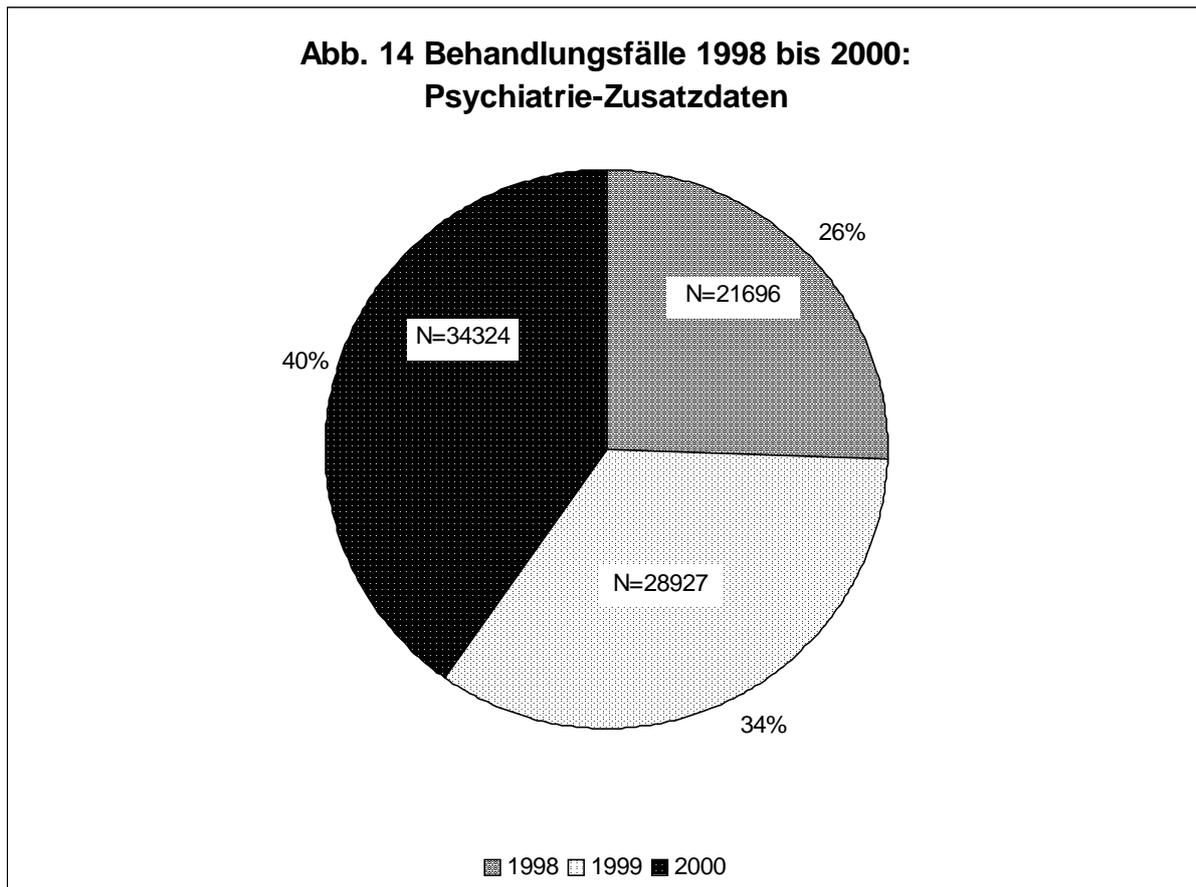


Abbildung 14 zeigt die Anzahl und Anteile an Behandlungsfällen mit Psychiatrie-Zusatzdaten für die 3 Erhebungsjahre. Diese Stichprobe umfasst 84'947 Behandlungsfälle. Alle statistischen Auswertungen von Kapitel 3.2 beziehen sich auf diese Stichprobe mit Psychiatrie-Zusatzdaten.

3.2.2 Daten zur Person

Tabelle 25 Zivilstand

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
ledig	10644	14453	16278	41375
Spalten %	49.9%	50.6%	48.1%	49.4%
verheiratet, zusammenlebend	5064	6811	8815	20690
Spalten %	23.7%	23.8%	26.0%	24.7%
verheiratet, getrennt lebend	1049	1318	1728	4095
Spalten %	4.9%	4.6%	5.1%	4.9%
verwitwet	1334	1820	2357	5511
Spalten %	6.2%	6.4%	7.0%	6.6%
geschieden	3257	4164	4672	12093
Spalten %	15.3%	14.6%	13.8%	14.4%
unbekannt	348	361	474	1183
missing observations	M	M	M	M
Total	21348	28566	33850	83764
Total %	25.5%	34.1%	40.4%	100.0%

Fast die Hälfte aller Behandlungsfälle geht auf unverheiratete Menschen zurück, wobei hier nicht nach Zusammenleben unterschieden wird. Ein knappes Viertel betrifft Verheiratete, die mit Partner leben (*Tabelle 25*).

Häufigster Aufenthaltsort vor dem Eintritt ist das Zuhause (71.3%). An zweiter Stelle stehen 8% Eintritte aus einem Akutspital, die 2000 etwas häufiger waren als in den beiden Vorjahren – vermutlich administrativ, d.h. durch die Art der zusätzlichen Daten erhebenden Institutionen, bedingt (*Tabelle 26*).

Tabelle 26 Aufenthaltsort vor dem Eintritt (Psychiatrie-Zusatzdaten)

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Zuhause, alleine	6979	9708	10695	27382
Spalten %	33.3%	34.4%	32.0%	33.2%
Zuhause, mit anderen	8123	10639	12661	31423
Spalten %	38.8%	37.7%	37.8%	38.1%
Zuhause, alleine, mit SPITEX	96	147	767	1010
Spalten %	.5%	.5%	2.3%	1.2%
Zuhause, mit anderen, mit SPITEX	99	147	111	357
Spalten %	.5%	.5%	.3%	.4%
Kranken-/Pflegeheim	298	548	630	1476
Spalten %	1.4%	1.9%	1.9%	1.8%
Altersheim, sozial-mediz. Institution	942	978	1246	3166
Spalten %	4.5%	3.5%	3.7%	3.8%
Wohnheim	887	1404	1751	4042
Spalten %	4.2%	5.0%	5.2%	4.9%
Psychiatrische Klinik	562	806	833	2201
Spalten %	2.7%	2.9%	2.5%	2.7%
anderes Krankenhaus (Akutspital)	1510	2109	2975	6594
Spalten %	7.2%	7.5%	8.9%	8.0%
Strafvollzugsanstalt	309	362	414	1085
Spalten %	1.5%	1.3%	1.2%	1.3%
andere	652	752	847	2251
Spalten %	3.1%	2.7%	2.5%	2.7%
ohne festen Wohnsitz	479	587	524	1590
Spalten %	2.3%	2.1%	1.6%	1.9%
unbekannt	760	740	870	2370
missing observations	M	M	M	M
Total	20936	28187	33454	82577
Total %	25.4%	34.1%	40.5%	100.0%

Tabelle 27 enthält zwei Dimensionen – die des Erwerbs (durch Arbeit oder Rente) und die der Beschäftigung(slosigkeit) – die beim selben Behandlungsfall gleichermassen beantwortet sein können. Fast die Hälfte der Behandlungsfälle betrifft Erwerbslose. Voll- oder Teilzeit-Erwerbstätigkeit liegen nur bei einem guten Viertel der Behandlungsfälle vor. Rentenbezug wird – unverändert in allen Erhebungsjahren – in 40% aller Behandlungsfälle angegeben. Hausarbeit wird in einem knappen Viertel der Behandlungsfälle aufgeführt.

Tabelle 27 Beschäftigung vor Eintritt (Mehrfachnennungen)

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
teilzeit erwerbstätig	1602	2283	2827	6712
Spalten %	8.4%	8.4%	8.9%	8.6%
voll erwerbstätig	3231	4685	5779	13695
Spalten %	17.0%	17.3%	18.1%	17.6%
nicht erwerbstätig/arbeitslos	9952	13688	14913	38553
Spalten %	52.2%	50.6%	46.8%	49.4%
Hausarbeit im eigenen Haushalt	5003	6402	7471	18876
Spalten %	26.3%	23.6%	23.4%	24.2%
in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)	718	1190	1393	3301
Spalten %	3.8%	4.4%	4.4%	4.2%
Rehabilitationsprogramm	390	419	544	1353
Spalten %	2.0%	1.5%	1.7%	1.7%
AHV, IV, andere Rente	7635	10923	12752	31310
Spalten %	40.1%	40.3%	40.0%	40.1%
Arbeit in geschütztem Rahmen	1087	1385	1569	4041
Spalten %	5.7%	5.1%	4.9%	5.2%
unbekannt	2648	1856	2428	6932
missing observations	M	M	M	M
Total	19048	27071	31896	78015
Total %	24.4%	34.7%	40.9%	100.0%

Tabelle 28 Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsbildung

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
keine abgeschlossene Schulbildung	1155	1633	1732	4520
Spalten %	6.8%	6.9%	6.3%	6.6%
obligatorische Volksschule	5800	8356	9271	23427
Spalten %	34.0%	35.3%	33.9%	34.4%
Berufslehre, Vollzeitberufsschule	7847	10557	12463	30867
Spalten %	46.0%	44.7%	45.5%	45.3%
Maturitätsschule	669	924	1240	2833
Spalten %	3.9%	3.9%	4.5%	4.2%
Höhere Fach- oder Berufsschule	895	1253	1497	3645
Spalten %	5.2%	5.3%	5.5%	5.4%
Universität, Hochschule	708	920	1177	2805
Spalten %	4.1%	3.9%	4.3%	4.1%
unbekannt	4622	5284	6944	16850
missing observations	M	M	M	M
Total	17074	23643	27380	68097
Total %	25.1%	34.7%	40.2%	100.0%

In 45% der Behandlungsfälle liegt eine abgeschlossene Berufslehre vor, in 34% nur der obligatorische Schulabschluss. Höhere Schulbildung wird für vergleichsweise wenige Behandlungsfälle genannt (Tabelle 28).

3.2.3 Daten zum Eintritt

Tabelle 29 Einweisende Instanz (Psychiatrie-Zusatzdaten)

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Patient kommt auf eigene Initiative	3918	4722	5243	13883
Spalten %	18.7%	16.6%	15.5%	16.7%
Angehörige, Bezugsperson, Laien	1209	1336	1467	4012
Spalten %	5.8%	4.7%	4.3%	4.8%
Rettungsdienst	42	55	128	225
Spalten %	.2%	.2%	.4%	.3%
praktizierender Arzt	5613	7951	9169	22733
Spalten %	26.7%	28.0%	27.2%	27.3%
praktizierender Psychiater	2339	3325	4387	10051
Spalten %	11.1%	11.7%	13.0%	12.1%
Allgemeinspital, somatisches Spital	1887	2972	4047	8906
Spalten %	9.0%	10.4%	12.0%	10.7%
Psychiatrie, eigene Institution, ambulant	2958	3752	4333	11043
Spalten %	14.1%	13.2%	12.8%	13.3%
Psychiatrie, eigene Institution, teilstationär	220	226	213	659
Spalten %	1.0%	.8%	.6%	.8%
Psychiatrie, eigene Institution, stationär	180	300	499	979
Spalten %	.9%	1.1%	1.5%	1.2%
Psychiatrie, andere Institution, ambulant	604	1533	1805	3942
Spalten %	2.9%	5.4%	5.3%	4.7%
Psychiatrie, andere Institution, teilstationär	68	56	81	205
Spalten %	.3%	.2%	.2%	.2%
Psychiatrie, andere Institution, stationär	443	694	674	1811
Spalten %	2.1%	2.4%	2.0%	2.2%
nicht ärztlicher Therapeut	85	111	182	378
Spalten %	.4%	.4%	.5%	.5%
Beratungsstelle, soziale Institution	198	181	262	641
Spalten %	.9%	.6%	.8%	.8%
strafrechtlich, Justizbehörden	364	370	417	1151
Spalten %	1.7%	1.3%	1.2%	1.4%
Behörden: Vormundschaft, Fürsorge, zivilrechtlich	418	540	534	1492
Spalten %	2.0%	1.9%	1.6%	1.8%
Militär	5	11	11	27
Spalten %	.0%	.0%	.0%	.0%
Versicherungen, IV, SUVA	8	12	16	36
Spalten %	.0%	.0%	.0%	.0%
andere	436	299	287	1022
Spalten %	2.1%	1.1%	.9%	1.2%
unbekannt	701	481	569	1751
missing observations	M	M	M	M
Total	20995	28446	33755	83196
Total %	25.2%	34.2%	40.6%	100.0%

Die in dieser Feineinteilung am häufigsten genannten einweisenden Instanzen sind: praktizierende Ärzte, Patienten selbst, das Ambulatorium der eigenen Institution – alle drei werden über die drei Erhebungsjahre tendenziell weniger genannt. Als Einweiser werden tendenziell über die Jahre bedeutungsvoller: praktizierende Psychiater, somatische Spitäler und insbesondere die Ambulatorien anderer Institutionen (*Tabelle 29*).

Tabelle 30 Freiwilligkeit des Eintritts

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
freiwillig	14724	18821	23177	56722
Spalten %	70.3%	66.7%	69.2%	68.6%
unfreiwillig	6207	9390	10314	25911
Spalten %	29.7%	33.3%	30.8%	31.4%
unbekannt	765	716	833	2314
missing observations	M	M	M	M
Total	20931	28211	33491	82633
Total %	25.3%	34.1%	40.5%	100.0%

Tabelle 31 Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE)

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
ohne FFE	15484	22304	26742	64530
Spalten %	80.9%	78.7%	80.1%	79.8%
mit FFE	3667	6025	6655	16347
Spalten %	19.1%	21.3%	19.9%	20.2%
unbekannt	2545	598	927	4070
missing observations	M	M	M	M
Total	19151	28329	33397	80877
Total %	23.7%	35.0%	41.3%	100.0%

Bei der Beurteilung der Freiwilligkeit des Eintritts handelt es sich um ein Urteil des Aufnahme-
arztes; fürsorgerischer Freiheitsentzug hingegen stellt einen juristischen Sachverhalt dar. Die
Mehrheit der Eintritte erfolgte freiwillig (*Tabelle 30*). Die Mehrheit aller Eintritte erfolgte ohne
fürsorgerischen Freiheitsentzug (*Tabelle 31*). Um die Determinante(n) der von Jahr zu Jahr
tieferen Anteile an freiwilligen Eintritten zu eruieren, sind weiter gehende Analysen und längere
Erhebungszeiträume hilfreich.

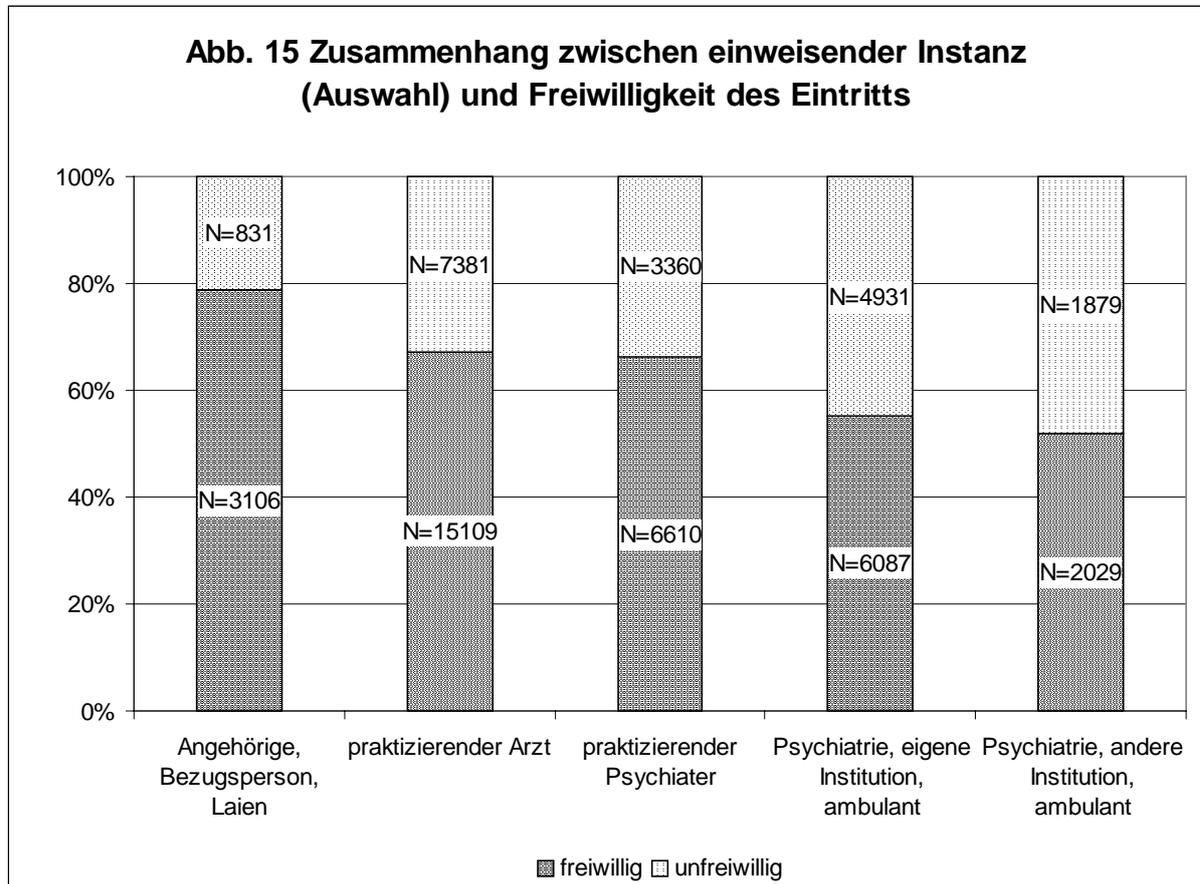
Exkurs zur Freiwilligkeit des Eintritts – Tabelle 32, Abbildung 15

In *Tabelle 32* sind die Freiwilligkeit des Eintritts gemäss Arzturteil und der fürsorgerische Freiheitsentzug einander gegenüber gestellt. Es sind Zeilen- und Spaltenprozentage ausgegeben, da beide Betrachtungsebenen von Interesse sind: Unfreiwillige Eintritte beispielsweise setzen sich aus 43% ohne und 57% mit fürsorgerischem Freiheitsentzug zusammen. Eintritte mit fürsorgerischem Freiheitsentzug erfolgten gemäss ärztlichem Urteil in 89% aller Behandlungsfälle unfreiwillig, 11% Behandlungsfälle sind als „freiwillige fürsorgerische Freiheitsentzüge“ deklariert. Diesen vom *juristischen Standpunkt* aus unmöglichen Sachverhalt auszuloten, würde den Rahmen dieses Berichts sprengen. Deshalb sei an dieser Stelle auf ein weiteres Arbeitsdokument des Obsan verwiesen, in dem mit denselben Basisdaten freiwillige und unfreiwillige Psychiatrie-Eintritte vertieft behandelt werden.

Tabelle 32 Freiwilligkeit des Eintritts und Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE)

	Fürsorgerischer Freiheitsentzug			Total
	ohne FFE	mit FFE	unbekannt	
freiwillig	53195	1752	1775	54947
Zeilen %	96.8%	3.2%	M	68.6%
Spalten %	83.1%	10.9%		
unfreiwillig	10851	14325	735	25176
Zeilen %	43.1%	56.9%	M	31.4%
Spalten %	16.9%	89.1%		
unbekannt	484	270	1560	2314
missing observations	M	M	M	M
Total	64046	16077	4070	80123
Total %	79.9%	20.1%	M	100.0%

In *Abbildung 15* ist die Freiwilligkeit des Eintritts einer Auswahl an einweisenden Instanzen (vgl. *Tabelle 29*) gegenüber gestellt. Niedergelassene nicht-psychiatrische Ärzte verfügen zwar häufiger freiwillige und unfreiwillige Eintritte als niedergelassene Psychiater, aber der Anteil von freiwilligen Eintritten beträgt jeweils zwei Drittel. Die Einweisungen durch Ambulatorien erfolgen nur zu einer knappen Hälfte freiwillig.



3.2.4 Daten zu Behandlung/Verlauf

Tabelle 33 **Behandlung**

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Krisenintervention	5717	8781	10394	24892
Spalten %	26.7%	30.5%	31.1%	29.8%
Beratung	99	105	141	345
Spalten %	.5%	.4%	.4%	.4%
Einzel-Psychotherapie	1659	2052	2461	6172
Spalten %	7.8%	7.1%	7.4%	7.4%
Paar- oder Familien-Psychotherapie	150	121	201	472
Spalten %	.7%	.4%	.6%	.6%
Gruppen-Psychotherapie	596	549	611	1756
Spalten %	2.8%	1.9%	1.8%	2.1%
integrierte psychiatrische Behandlung	10078	14399	16310	40787
Spalten %	47.1%	50.0%	48.8%	48.8%
Sozialpsychiatrische Behandlung/Betreuung	228	390	399	1017
Spalten %	1.1%	1.4%	1.2%	1.2%
Konsilium, Liaisondienst	71	19	501	591
Spalten %	.3%	.1%	1.5%	.7%
Sachhilfe	191	201	303	695
Spalten %	.9%	.7%	.9%	.8%
(nur) Abklärung	125	140	230	495
Spalten %	.6%	.5%	.7%	.6%
Begutachtung	43	87	104	234
Spalten %	.2%	.3%	.3%	.3%
andere	2421	1969	1745	6135
Spalten %	11.3%	6.8%	5.2%	7.3%
fehlende Angaben	318	114	924	1356
missing observations	M	M	M	M
Total	21378	28813	33400	83591
Total %	25.6%	34.5%	40.0%	100.0%

Wichtigste Behandlungen sind die integrierte psychiatrische Behandlung und die Krisenintervention, die über die Jahre kontinuierlich häufiger verzeichnet werden, möglicherweise bedingt durch die sich zusätzlich beteiligenden Institutionen (*Tabelle 33*).

Tabelle 34 Psychopharmakotherapie (Mehrfachnennungen)

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Neuroleptika	10537	14810	17293	42640
Spalten %	58.6%	57.5%	58.0%	58.0%
Depotneuroleptika	841	1101	996	2938
Spalten %	4.7%	4.3%	3.3%	4.0%
Antidepressiva	7368	10966	13566	31900
Spalten %	41.0%	42.5%	45.5%	43.4%
Tranquilizer	6283	10253	12489	29025
Spalten %	34.9%	39.8%	41.9%	39.5%
Hypnotika	2456	4571	5897	12924
Spalten %	13.7%	17.7%	19.8%	17.6%
Antiepileptika	1951	2982	3589	8522
Spalten %	10.8%	11.6%	12.0%	11.6%
Lithium	1046	1320	1345	3711
Spalten %	5.8%	5.1%	4.5%	5.0%
Suchtsubstitutionsmittel (z.B. Methadon)	1822	2526	2738	7086
Spalten %	10.1%	9.8%	9.2%	9.6%
Suchtaversionsmittel (z.B. Antabus, Nemexin)	666	927	998	2591
Spalten %	3.7%	3.6%	3.3%	3.5%
Antiparkinsonmittel	1382	1737	1750	4869
Spalten %	7.7%	6.7%	5.9%	6.6%
andere Psychopharmaka	1289	2416	2447	6152
Spalten %	7.2%	9.4%	8.2%	8.4%
Medikamente zur Behandlung körperl. Leiden	5522	8394	10473	24389
Spalten %	30.7%	32.6%	35.1%	33.2%
keine Psychopharmakotherapie	3607	3154	4169	10930
missing observations	M	M	M	M
fehlende Angaben	104		343	447
missing observations	M	M	M	M
Total	17985	25773	29812	73570
Total %	24.4%	35.0%	40.5%	100.0%

Die vier am häufigsten genannten Medikamentengruppen sind: Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer und Medikamente zur Behandlung körperlicher Leiden. Die letzten drei Gruppen wurden über die Erfassungsjahre kontinuierlich häufiger genannt, während der Anteil der mit Neuroleptika behandelten Fälle konstant blieb. Hypnotika nahmen über die Jahre in der Anwendung ebenfalls zu. In 15% der Behandlungen wurden keine Psychopharmaka verordnet (Tabelle 34).

3.2.5 Daten zum Austritt

Da Daten zum Austritt nur bei Behandlungsabschluss erfasst werden können, sind in den Auswertungen dieses Kapitels alle nicht abgeschlossenen Behandlungsfälle aus der Auswertung ausgeschlossen.

Tabelle 35a beschreibt die Behandlungsfälle nach den Kriterien „abgeschlossen ja/nein“ und „Aufenthaltsdauer bis 1 Jahr/über 1 Jahr“; in *Tabelle 35b* ist zwischen abgeschlossenen und nicht abgeschlossenen Behandlungen unterschieden – letztere 8.5% sind aus der Auswertung in diesem Kapitel ausgeschlossen.

Tabelle 35a Beschreibung der Behandlungsfälle (Psychiatrie-Zusatzdaten)

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
abgeschlossen, bis 1 Jahr	19484	25937	30594	76015
Spalten %	89.8%	89.7%	89.1%	89.5%
abgeschlossen, über 1 Jahr	504	555	661	1720
Spalten %	2.3%	1.9%	1.9%	2.0%
nicht abgeschlossen, bis 1 Jahr	681	1111	1801	3593
Spalten %	3.1%	3.8%	5.2%	4.2%
nicht abgeschlossen, über 1 Jahr	1027	1324	1268	3619
Spalten %	4.7%	4.6%	3.7%	4.3%
Total	21696	28927	34324	84947
Total %	25.5%	34.1%	40.4%	100.0%

In 89.4% aller Fälle ist die Behandlung innerhalb eines Jahres abgeschlossen; die über 1 Jahr dauernden Behandlungen machen insgesamt 6.3% aus (*Tabelle 35a*). Diese Werte liegen etwas höher als die entsprechenden mit dem Minimal-Datensatz errechneten Werte (86.3% Behandlungen mit Abschluss bis 1 Jahr; 4.9% Behandlungen über 1 Jahr, vgl. *Tabelle 9a*).

Tabelle 35b Abgeschlossene Behandlung (Psychiatrie-Zusatzdaten)

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
ja	19988	26492	31255	77735
Spalten %	92.1%	91.6%	91.1%	91.5%
nein	1708	2435	3069	7212
Spalten %	7.9%	8.4%	8.9%	8.5%
Total	21696	28927	34324	84947
Total %	25.5%	34.1%	40.4%	100.0%

Tabelle 36 **Entscheid für Austritt (Psychiatrie-Zusatzdaten)**

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
in gegenseitigem Einvernehmen Spalten %	13265 70.7%	19915 75.6%	23805 76.6%	56985 74.8%
auf Initiative der Behandelnden Spalten %	1309 7.0%	1710 6.5%	1956 6.3%	4975 6.5%
auf Initiative des Patienten Spalten %	3122 16.6%	3609 13.7%	3970 12.8%	10701 14.1%
auf Initiative Dritter Spalten %	266 1.4%	291 1.1%	304 1.0%	861 1.1%
Wechsel Hauptdiagnose Spalten %	9 .0%	25 .1%	44 .1%	78 .1%
Patient hat sich suizidiert Spalten %	70 .4%	68 .3%	62 .2%	200 .3%
Patient ist gestorben (ausser Suizid) Spalten %	227 1.2%	249 .9%	308 1.0%	784 1.0%
anderes Spalten %	489 2.6%	462 1.8%	627 2.0%	1578 2.1%
unbekannt missing observations	1231 M	163 M	179 M	1573 M
Total Total %	18757 24.6%	26329 34.6%	31076 40.8%	76162 100.0%

Zählt man in *Tabelle 36* die Werte der Antwortmöglichkeiten „in gegenseitigem Einvernehmen“ und „auf Initiative der Behandelnden“ zusammen, so erhält man mit 81.3% Antworten einen Wert, der recht nahe bei den 82.5% „Initiative Behandler“ des Minimal-Datensatzes liegt. Es ist denkbar, dass sich die über die Jahre ermittelte Abnahme des Austrittsentscheids auf Initiative des Patienten zugunsten häufigerer Entscheidungen im gegenseitigen Einvernehmen verschob.

Die Daten von *Tabelle 37* stimmen weitgehend mit denen mittels Minimal-Datensatz gewonnenen überein: Das Zuhause ist der am häufigsten genannte Austrittsort (70.7% der Antworten); in knapp 12% wird in ein Wohn- oder Altersheim bzw. in eine sozialmedizinische Institution entlassen.

Tabelle 37 Aufenthalt nach Austritt (Psychiatrie-Zusatzdaten)

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
Zuhause, alleine Spalten %	6372 34.0%	8665 34.3%	10362 34.5%	25399 34.3%
Zuhause, mit anderen Spalten %	6903 36.9%	9312 36.9%	10862 36.2%	27077 36.6%
Kranken-/Pflegeheim Spalten %	590 3.2%	970 3.8%	1194 4.0%	2754 3.7%
Wohnheim Spalten %	1197 6.4%	1754 6.9%	2094 7.0%	5045 6.8%
Altersheim, sozial-mediz. Institution Spalten %	1062 5.7%	1072 4.2%	1368 4.6%	3502 4.7%
Psychiatrische Klinik Spalten %	551 2.9%	787 3.1%	1105 3.7%	2443 3.3%
Rehabilitationsklinik Spalten %	317 1.7%	374 1.5%	366 1.2%	1057 1.4%
anderes Krankenhaus (akut) Spalten %	513 2.7%	721 2.9%	1029 3.4%	2263 3.1%
Strafvollzugsanstalt Spalten %	228 1.2%	265 1.0%	288 1.0%	781 1.1%
ohne festen Wohnsitz Spalten %	222 1.2%	310 1.2%	322 1.1%	854 1.2%
andere Spalten %	774 4.1%	1009 4.0%	1014 3.4%	2797 3.8%
gestorben missing observations	297 M	317 M	370 M	984 M
unbekannt missing observations	962 M	936 M	881 M	2779 M
Total Total %	18729 25.3%	25239 34.1%	30004 40.6%	73972 100.0%

Exkurs über den Zusammenhang von Aufenthaltsorten vor Eintritt und nach Austritt – Abbildungen 16 und 17

Abbildung 16 zeigt die Übereinstimmung zwischen den Aufenthaltsorten vor Eintritt und nach Austritt bei allen abgeschlossenen Behandlungen unter Ausschluss der Antwortkategorie „andere“ (keine eindeutige Zuordnung möglich). Hohe Übereinstimmung besteht für die Entlassung nach Hause und in das Wohnheim, aber auch für den Strafvollzug.

In *Abbildung 17* gehen jene 4 Aufenthaltsorte vor Eintritt ein, die in mehr als 50% der Behandlungsfälle nicht mit dem Aufenthaltsort nach Austritt übereinstimmen. Ausgezählt sind die Behandlungsfälle nach Aufenthaltsort nach Austritt.

Abb. 16 Übereinstimmung der Aufenthaltsorte vor Eintritt und nach Austritt

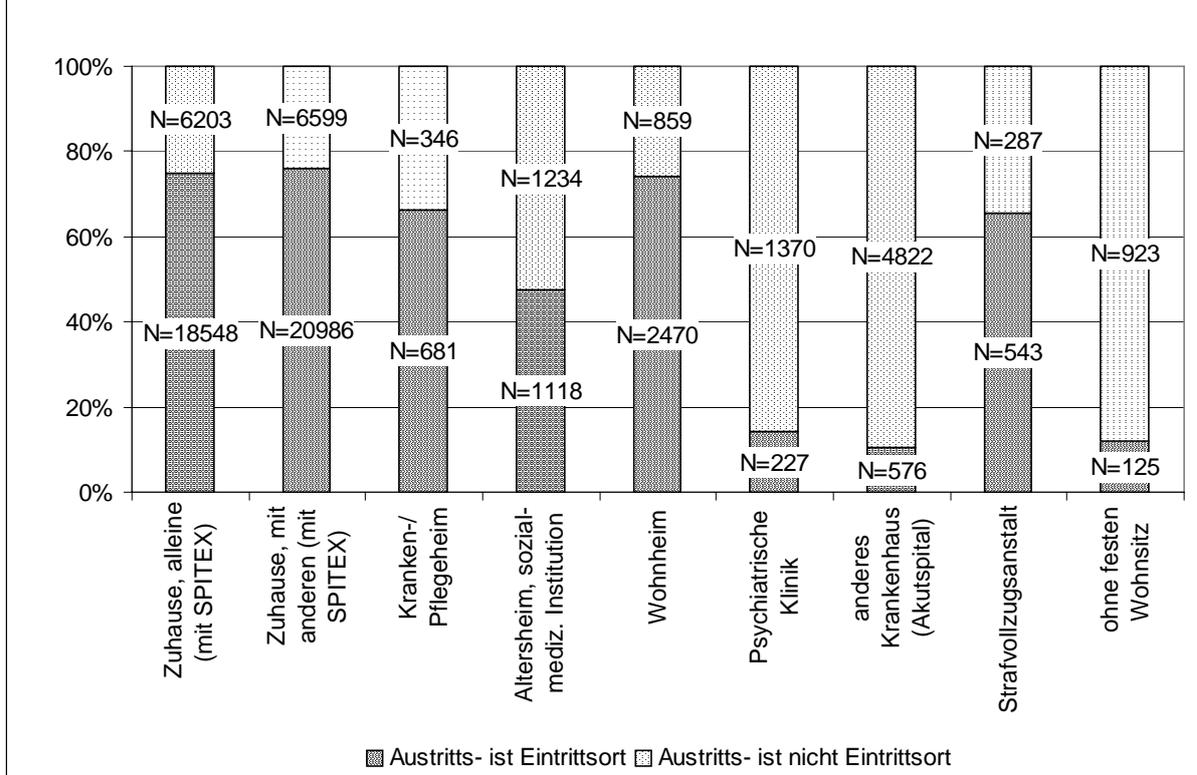


Abb. 17 Beschreibung der Aufenthaltsorte nach Austritt bei über 50% Abweichung zum Aufenthaltsort bei Eintritt

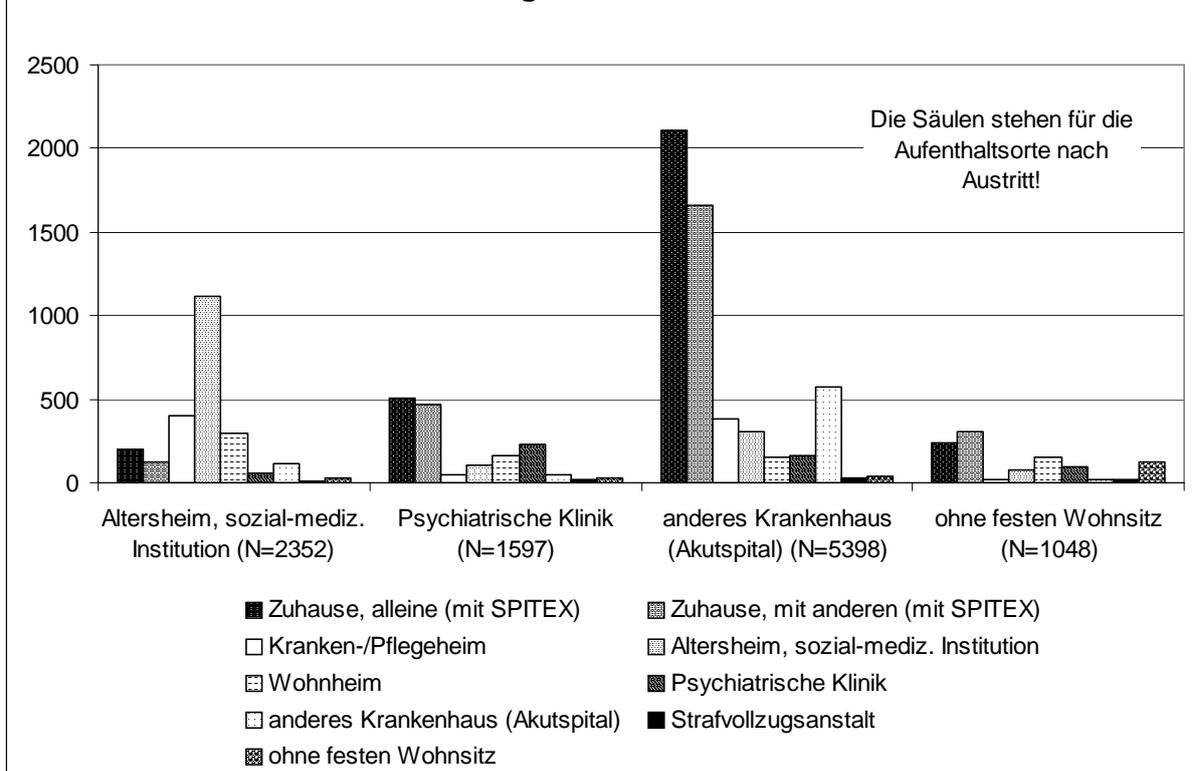


Tabelle 38 Behandlung nach Austritt (Psychiatrie-Zusatzdaten)

	Statistikjahr BFS			Total
	1998	1999	2000	
geheilt/kein Behandlungsbedarf	89	73	207	369
Spalten %	.5%	.3%	.7%	.5%
Bezugsperson, freiwillige Mitarbeiter, Laien	226	255	856	1337
Spalten %	1.3%	1.0%	2.9%	1.9%
Beratungsstelle, soziale Institution, Sozialdienst etc.	948	1022	1238	3208
Spalten %	5.4%	4.1%	4.2%	4.5%
praktizierender Arzt	4794	6747	7368	18909
Spalten %	27.1%	27.3%	24.8%	26.2%
praktizierender Psychiater	3547	5553	6865	15965
Spalten %	20.1%	22.5%	23.1%	22.1%
nicht ärztlicher Psychotherapeut	454	575	646	1675
Spalten %	2.6%	2.3%	2.2%	2.3%
Psychiatrie, eigene Institution, ambulant	3109	4569	5283	12961
Spalten %	17.6%	18.5%	17.8%	18.0%
Psychiatrie, andere Institution, ambulant	1252	1829	2078	5159
Spalten %	7.1%	7.4%	7.0%	7.2%
keine, wäre aber nötig gewesen	588	630	801	2019
Spalten %	3.3%	2.5%	2.7%	2.8%
Pflegepersonal, Spitex etc.	454	393	424	1271
Spalten %	2.6%	1.6%	1.4%	1.8%
Allgemeinspital, somatisches Spital	452	687	956	2095
Spalten %	2.6%	2.8%	3.2%	2.9%
Psychiatrie, eigene Institution, stationär	85	137	294	516
Spalten %	.5%	.6%	1.0%	.7%
Psychiatrie, andere Institution, stationär	566	860	1021	2447
Spalten %	3.2%	3.5%	3.4%	3.4%
Rehabilitation (ambulant oder stationär)	509	504	489	1502
Spalten %	2.9%	2.0%	1.6%	2.1%
Psychiatrie, eigene Institution, teilstationär	95	198	273	566
Spalten %	.5%	.8%	.9%	.8%
Psychiatrie, andere Institution, teilstationär	50	92	92	234
Spalten %	.3%	.4%	.3%	.3%
Behörden	122	141	206	469
Spalten %	.7%	.6%	.7%	.7%
andere	342	450	593	1385
Spalten %	1.9%	1.8%	2.0%	1.9%
gestorben	297	317	370	984
missing observations	M	M	M	M
unbekannt	2009	1460	1195	4664
missing observations	M	M	M	M
Total	17682	24715	29690	72087
Total %	24.5%	34.3%	41.2%	100.0%

Die Behandlung nach Austritt ist in den Psychiatrie-Zusatzdaten ungleich differenzierter erfasst als im Minimal-Datensatz. Die drei wichtigsten Formen der Nachsorge sind: Betreuung durch praktizierende Ärzte, Betreuung durch praktizierende Psychiater und das Ambulatorium der eigenen Institution. Rund 51% aller Behandlungsfälle werden nicht-institutionell in Arztpraxen oder von Psychotherapeuten ambulant weiter betreut, mehr als 25% in Ambulatorien. Diese Daten weisen auf die Bedeutung der Integration ambulanter und stationärer medizinischer Statistiken hin, aber auch auf die grosse Lücke der nicht erfassten nicht-institutionellen ambulanten Behandler (*Tabelle 38*).

Exkurs über den Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und soziodemographischen bzw. Behandlungsparametern – Tabellen 39a und 39b, Abbildungen 18 und 19

Tabelle 39a enthält die statistischen Kennwerte der Aufenthaltsdauern (Tage) aller abgeschlossenen Behandlungen der Stichprobe mit Psychiatrie-Zusatzdaten.

Tabelle 39a Alle abgeschlossenen Behandlungen: Aufenthaltsdauer (Tage) – statistische Kennwerte

	Statistikjahr BFS			
	1998	1999	2000	Total
Anzahl Behandlungsfälle	19988	26492	31255	77735
Mittelwert	127.4	108.1	90.0	105.8
Standardabweichung	967.3	853.6	660.4	815.1
Median	23	22	22	23
untere/kürzeste 20%	7	7	7	7
obere/längste 5%	200	181	195	191
Maximum	22357	23841	25814	25814

Tabelle 39b Aufenthaltsdauer (Tage) nach verschiedenen soziodemographischen und Behandlungskriterien für alle abgeschlossenen Behandlungen – statistische Kennwerte

	Anzahl Behandlungs- fälle	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Maximum
Zivilstand					
ledig	37444	140.9	1068.5	20	25814
verheiratet, zusammen lebend	19379	60.7	289.7	25	18088
verheiratet, getrennt lebend	3858	50.1	141.1	22	3762
verwitwet	4874	115.8	646.2	39	22118
geschieden	11195	86.3	670.9	21	22023
Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsbildung					
keine abgeschlossene Schule	4040	230.2	1457.4	22	19281
obligatorische Volksschule	21587	106.6	826.8	25	23212
Lehre, Vollzeit-Berufsschule	29166	66.2	434.4	24	21469
Maturitätsschule	2660	56.3	136.3	22	3563
Höhere Fach- oder Berufsschule	3472	58.1	236.3	26	12445
Universität, Hochschule	2660	48.0	86.3	22	1638
unbekannt	14150	182.4	1256.3	17	25814
Freiwilligkeit des Eintritts					
freiwillig	53198	77.2	570.3	23	22118
unfreiwillig	23488	88.4	695.8	22	23212
unbekannt	1049	1944.4	4300.3	48	25814
Fürsorgerischer Freiheitsentzug FFE					
ohne FFE	59795	82.7	661.5	22	23212
mit FFE	15387	78.0	611.7	24	21206
unbekannt	2553	813.1	2685.7	67	25814
Behandlung					
Krisenintervention	24365	40.6	467.8	11	23212
Beratung	332	46.3	81.8	16	664
Einzel-Psychotherapie	5970	98.7	459.6	45	19557
Paar-Psychotherapie	458	104.4	243.0	45	4087
Gruppen-Psychotherapie	1709	76.6	291.4	25	8889
integr. psychiatr. Behandlung	37168	137.9	959.4	31	22750
Sozialpsychiatr. Behandlung	927	171.2	921.1	30	16898
Konsilium, Liaisondienst	576	10.1	40.3	2	524
Sachhilfe	689	85.3	423.1	44	10855
(nur) Abklärung	486	57.3	500.6	11	10628
Begutachtung	227	57.4	102.2	29	1102
andere	4759	216.7	1395.5	22	25814
Beschäftigung vor Eintritt (Mehrfachnennungen)					
teilzeit erwerbstätig	6374	80.5	711.6	23	19578
voll erwerbstätig	13187	58.2	500.3	19	22099
nicht erwerbstätig/arbeitslos	36237	89.2	641.6	25	21469
(eigene) Hausarbeit	18262	62.5	466.9	26	22099
in Ausbildung	3140	60.2	426.4	18	18506
Rehabilitationsprogramm	1269	56.8	120.1	19	1873
AHV, IV, andere Rente	28346	128.2	894.9	29	23212
geschützter Rahmen	3630	137.3	859.0	29	17812
unbekannt	8150	293.2	1659.1	18	25814

Abb. 18 Zusammenhang zwischen Zivilstand und Wohnsituation in Bezug auf die Aufenthaltsdauer bei abgeschlossenen Behandlungen

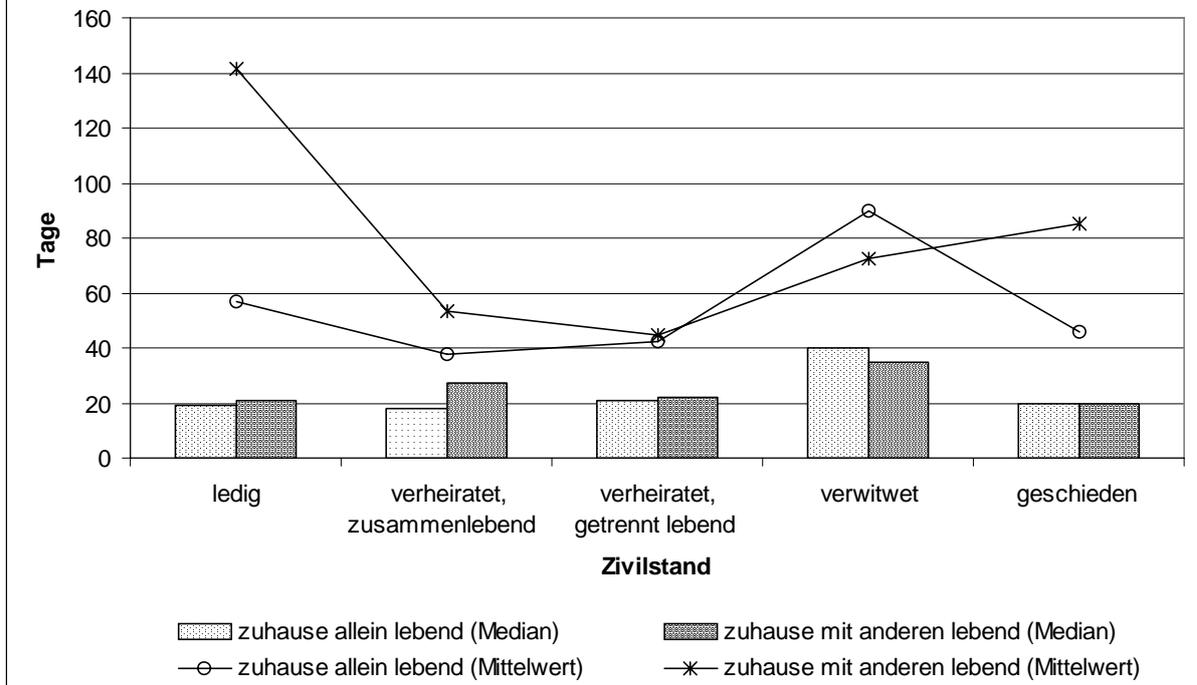


Abb. 19 Aufenthaltsdauer bei abgeschlossenen Behandlungen im Zusammenhang mit Beschäftigung bzw. Erwerb (Auswahl)

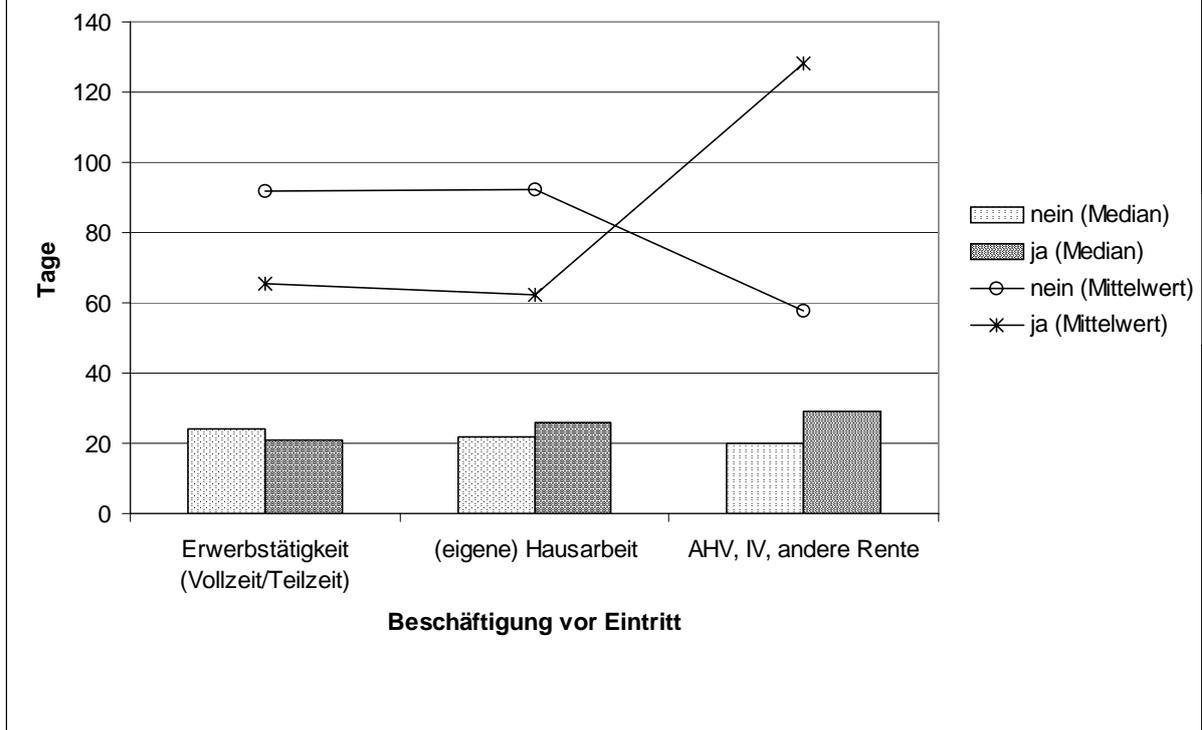


Tabelle 39b ist eine Übersicht über die Aufenthaltsdauern in der gesamten Erhebungsperiode und wird durch die *Abbildungen 18 und 19* ergänzt. Es wird nach diversen soziodemographischen und Behandlungsparametern unterschieden. Verschiedene Sachverhalte fallen auf:

Die weitaus längsten Aufenthaltsdauern (Mittelwerte und/oder Mediane) entfallen auf die Antwortkategorie „unbekannt“ – bei besonders langen Aufenthaltszeiten fehlt in der aktuellen Statistik offensichtlich der Zugang zu den entsprechenden Informationen.

Zivilstand: Die längsten Aufenthaltsdauern haben die Verwitweten, wobei offen bleibt, welchen Anteil das Alter bzw. die Haupt-F-Diagnose daran hat. Betrachtet man die Mediane, so fallen die niedrigen Werte für Ledige, getrennt lebende Verheiratete und Geschiedene auf. Die mittleren Aufenthaltsdauern sind am kürzesten für Verheiratete im Allgemeinen. *Abbildung 18* stellt eine vertiefte Analyse dar, indem hier auch die Wohnsituation berücksichtigt ist. Die Daten legen nahe, dass Zusammenleben in vielen Fällen – bei Ledigen, Verheirateten und Geschiedenen (Mittelwert und/oder Median) – mit längeren Aufenthaltsdauern einhergeht.

Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsbildung: Die Daten legen nahe, dass sich dieser Parameter nicht als Prädiktor für die Aufenthaltsdauer eignet.

Freiwilligkeit des Eintritts; fürsorgerischer Freiheitsentzug: Die Daten legen nahe, dass sich diese Parameter als Prädiktoren für die Aufenthaltsdauer eher wenig eignen. Weiter führende Analysen zum Thema der Freiwilligkeit von Eintritten sind in einem separaten Arbeitsdokument dargestellt.

Behandlung: Für integrierte Psychotherapie – das am häufigsten angegebene Behandlungsangebot – liegt der Median bei 1 Monat, der Mittelwert bei 4.6 Monaten.

Beschäftigung vor Eintritt (Mehrfachnennungen): In dieser Frage sind die Aspekte der Beschäftigung(slosigkeit) und des Erwerbs (durch Arbeit oder Rente) vermischt. In *Abbildung 19* ist deshalb eine Auswahl getroffen. Die Säulen repräsentieren die Mediane der Aufenthaltsdauern für Behandlungsfälle bei Erwerbstätigkeit, Hausarbeit und Rente (dichotomisiert als: im Fragebogen angegeben/nicht angegeben); Kreis- und Sternsymbole stehen für die entsprechenden Mittelwerte. Hausarbeit und Rentenempfang gehen im Median mit längeren, Erwerbstätigkeit mit kürzeren Aufenthaltsdauern einher. Hausarbeit geht allerdings im Durchschnitt mit kürzeren Aufenthaltsdauern einher.

3.3 Auswertung von rekonstruierten anonymen Personendaten

Dieses Kapitel enthält Basisauswertungen; vertieft wird auf rekonstruierte Personen-Daten in einem weiteren Arbeitsdokument eingegangen. Themen sind die Eintrittshäufigkeit von Personen, (aufsummierte) Aufenthaltsdauern im Zusammenhang mit der Anzahl von Eintritten und Fragen der Diagnosen-Stellung, die bei mehreren Eintritten unterschiedlich ausfallen kann.

Nicht möglich ist es, die Anzahl involvierter Institutionen zu rekonstruieren: Aus Datenschutzgründen ändert die Identifikation der Institutionen jedes Kalenderjahr. Institutionswechsel sind also nur innerhalb eines Kalenderjahrs nachvollziehbar, was ein zu enger Zeithorizont ist.

Ebenfalls nicht möglich ist es, lebenszeitlich erstmalige Eintritte zu erkennen. Allerdings würde das Problem auch mit einer entsprechenden Frage nicht gelöst, denn Daten mit anonymem Verbindungscode müssen gemäss Forderung des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten nach 10 Jahren gelöscht werden.

3.3.1 Datenübersicht

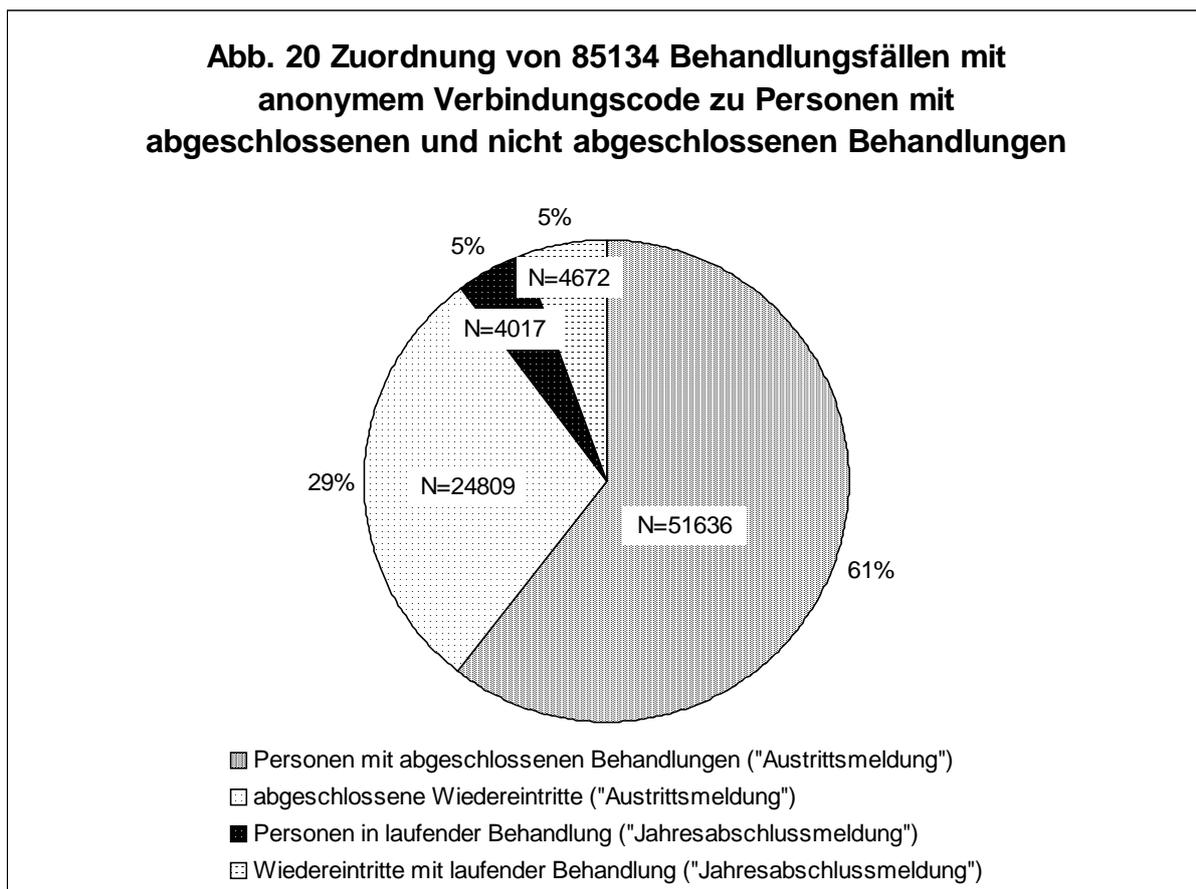


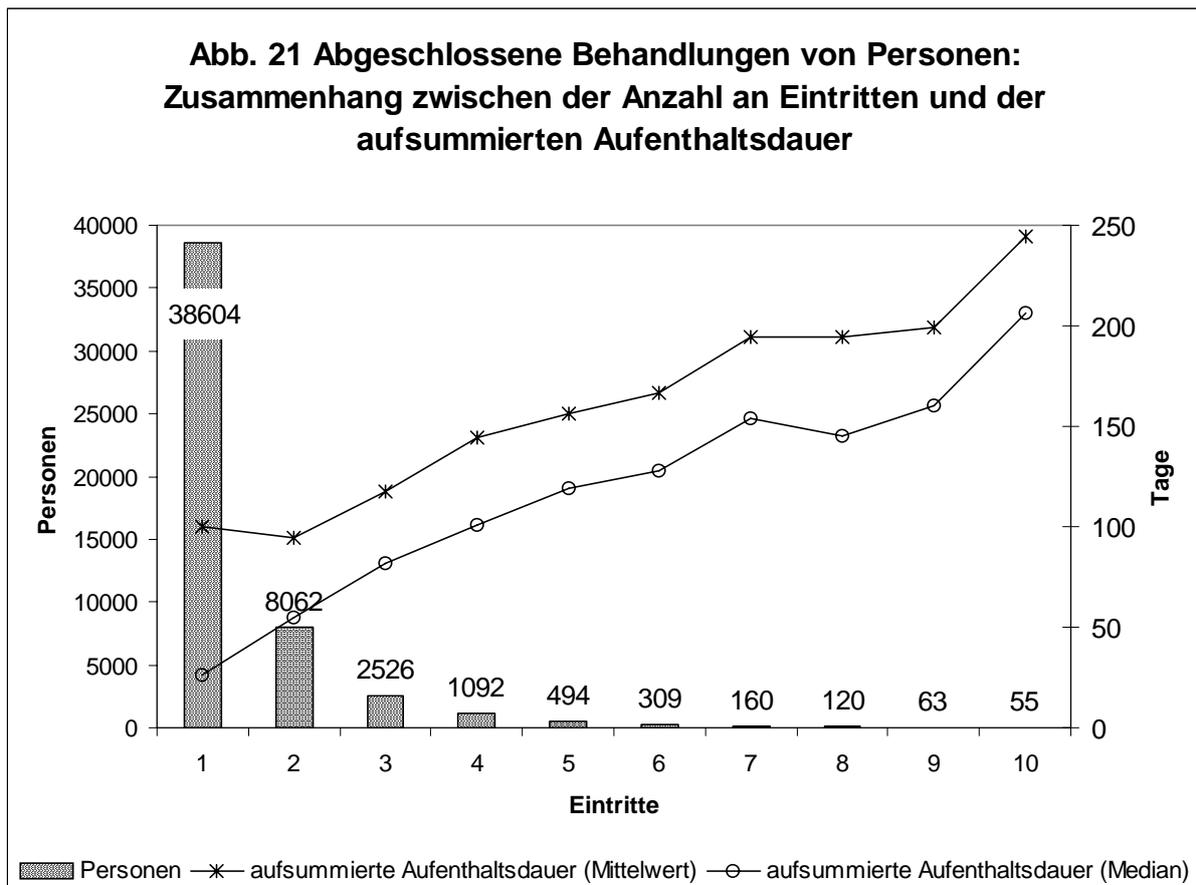
Abbildung 20 zeigt die Zuordnung aller Behandlungsfälle mit anonymem Verbindungscode zu Personen. 51'636 Behandlungsfälle (61% von 85'134) teilen sich auf in 38'604 Personen mit nur einer abgeschlossenen Behandlung und 13'032 Personen mit zwei und mehr abgeschlossenen Behandlungen (in der Abbildung nicht differenziert!).

Letztere 13'032 Personen verursachten 24'809 abgeschlossene Wiedereintritte (29% von 85'134). Personen mit mehreren Behandlungen wurden folglich in den drei Erhebungsjahren durchschnittlich knapp dreimal behandelt.

Die restlichen Behandlungsfälle beziehen sich auf nicht abgeschlossene Behandlungen (per Ende 1998, 1999, 2000): 5% der Behandlungsfälle sind Personen, deren Ersteintritt nicht abgeschlossen war (oder deren „Austrittsmeldung“ fehlt). Die übrigen 5% sind Wiedereintritte bzw. „Jahresabschlussmeldungen“ von Behandlungen über zwei Jahresgrenzen hinweg.

3.3.2 Aufsummierte Aufenthaltsdauern

Abbildung 21 stellt die aufsummierten Aufenthaltsdauern in Tagen (rechte Skala) in Bezug zur Anzahl Personen (linke Skala) mit 1-10 Eintritten dar. Mehr als 10 Eintritte betreffen jeweils sehr wenige Personen und erscheinen aus diesem Grund nicht in der Grafik; das Maximum sind 66 Eintritte einer Person. Die aufsummierten Aufenthaltsdauern nehmen mit der Anzahl an Eintritten zu (Median und Mittelwert). Ob die einzelnen stationären Aufenthalte eher kurz sind bei Störungsbildern, die zu häufigen Aufenthalten führen oder ob es sich um einen Artefakt der relativ kurzen Erhebungsperiode handelt, lässt sich nur mit längeren Zeitreihen abklären.



3.3.3 Aspekte der Diagnosenstellung

Ein besonderes Merkmal psychischer Erkrankungen ist die Häufigkeit von chronischen Verläufen, die wiederholte stationäre Behandlungen erfordern (WHO 2001). Wie eingangs von Kapitel 3.3 erwähnt, lassen die Daten der Medizinischen Statistik nicht erkennen, ob sie *lebenszeitlich* stationäre Erst- oder Wiederbehandlungen darstellen. Ein Indikator für die Stärke der Erkrankung oder das Ausmass an Chronifizierung ist die Anzahl Eintritte, die eine Person in der Erhebungsperiode hatte.

Ein anderes Merkmal der Statistiken ist, dass die Haupt-Diagnosen über die Behandlungen ändern können, sei es, dass sich das Störungsbild tatsächlich über die Jahre wandelt oder unterschiedliche Rating-Kriterien angesetzt wurden. Bei Analysen auf Personen-Ebene stellen Diagnose-Wechsel ein Problem dar, das in der Analyse von Behandlungsfällen nicht existiert.

Gegenstand der *Abbildungen 22 und 23* ist die Frage, wie häufig zweistellige Haupt-F-Diagnosen bei zwei Behandlungen gleich bleiben bzw. zwischen welchen Störungsbildern gehäuft Wechsel stattfinden. Wir wollen überdies mehr oder weniger chronische Verläufe unterscheiden, wobei wir die Anzahl an Eintritten als Indikator für den Schweregrad der Erkrankung heranziehen.

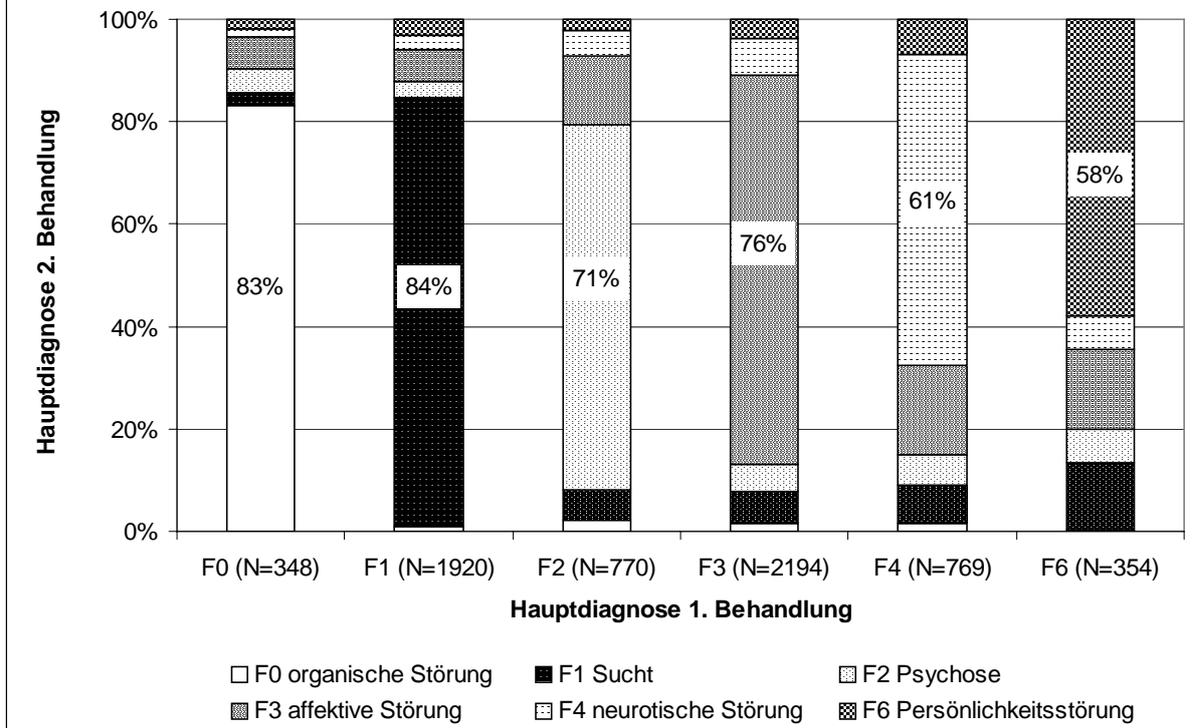
In *Abbildung 22* sind nur solche Personen berücksichtigt, die in der Zeit von 1998-2000 *genau zwei Eintritte* hatten (geringerer Schweregrad der Erkrankung).

In *Abbildung 23* sind die Personen berücksichtigt, die von 1998-2000 *mindestens zwei Eintritte* hatten (höherer Schweregrad der Erkrankung; alle Personen von *Abbildung 21* eingeschlossen).

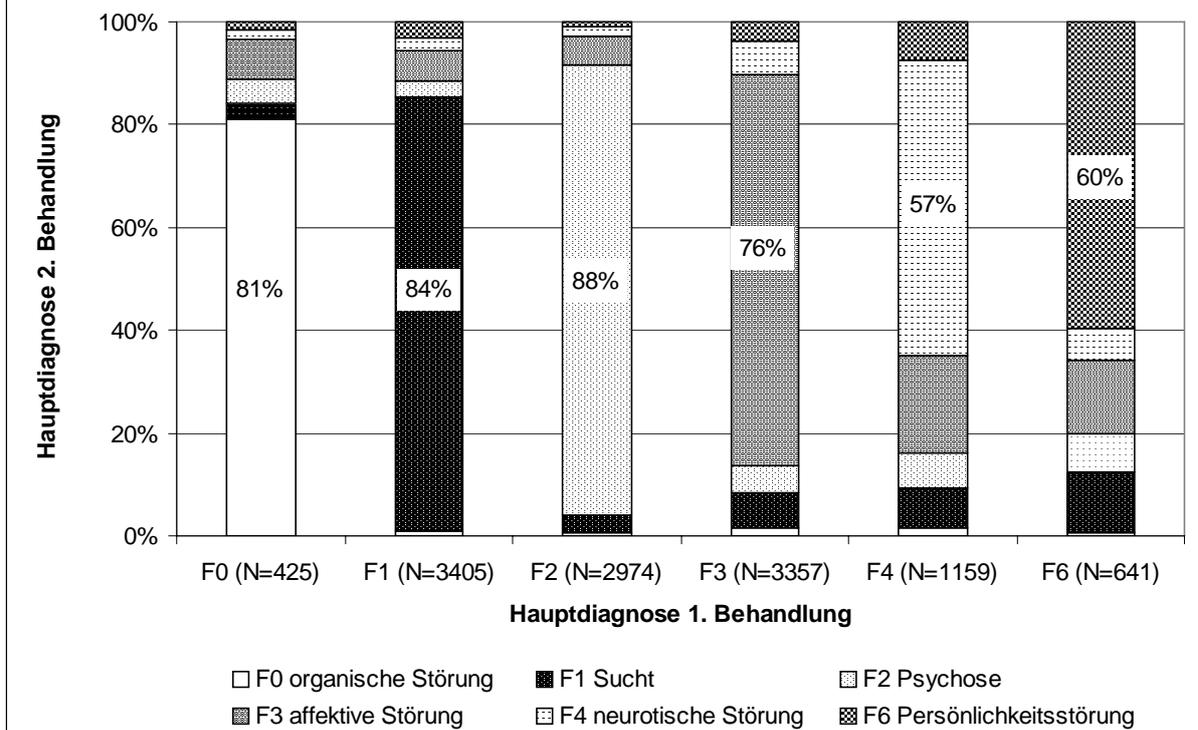
Diagnosen-Wechsel sind häufig bei F4-Diagnosen (neurotische Störungen, Belastungsreaktion) und bei F6-Diagnosen (Persönlichkeitsstörung). Beim zweiten Eintritt in der Erhebungsperiode wird anstelle von F4- oder F6-Diagnosen recht häufig die Haupt-F-Diagnose F3 (affektive Störungen) oder F1 (Sucht) gestellt. Dieser Sachverhalt zeigt sich für Personen mit genau zwei und für Personen mit mindestens zwei Eintritten gleichermassen.

Etwas anders zeigt sich das Bild für F2-Diagnosen (Schizophrenie, schizotype Störungen). Rund 30% der Personen mit genau zwei Eintritten erhalten beim 2. Eintritt eine andere Haupt-F-Diagnose, am häufigsten eine F3-Diagnose (affektive Störungen). Nur 12% der Personen mit mindestens 2 Eintritten erhalten beim 2. Eintritt eine andere Haupt-F-Diagnose.

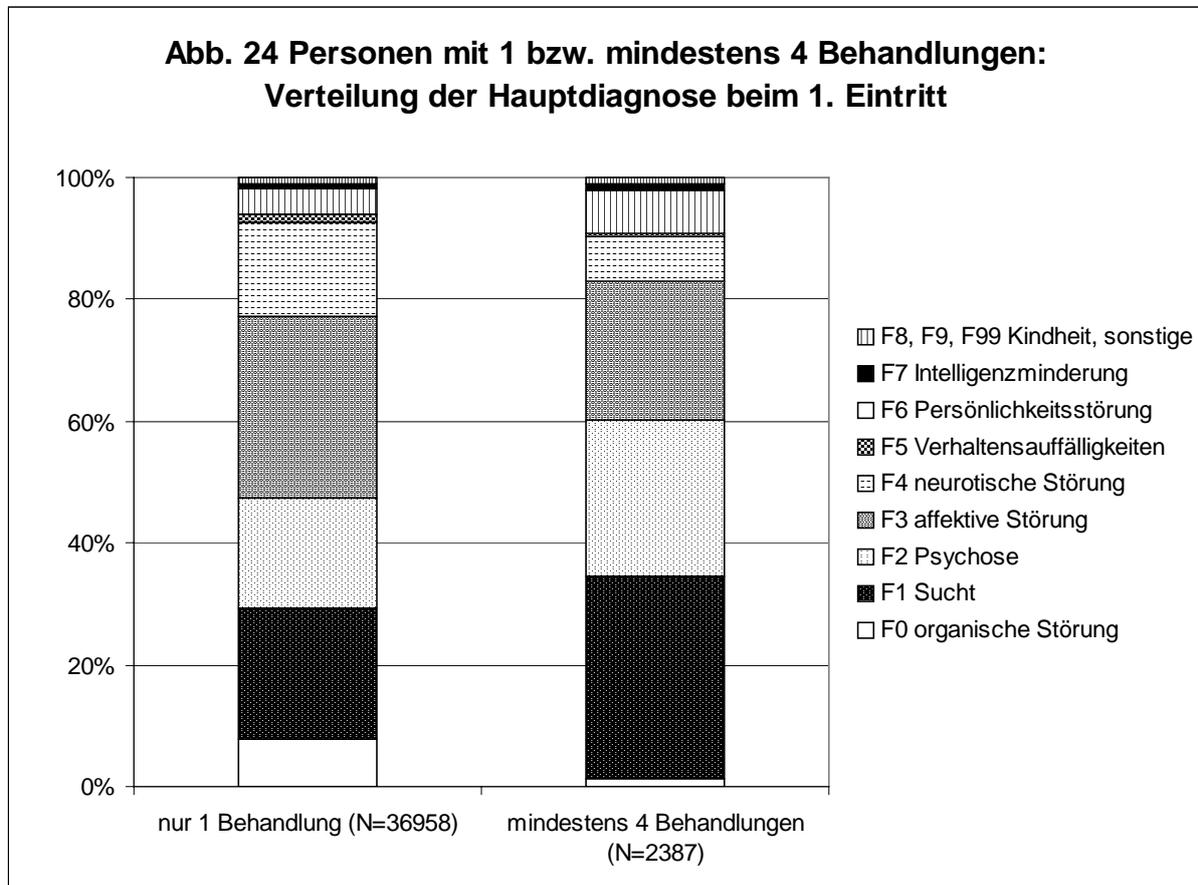
**Abb. 22 Personen mit 2 Behandlungen:
Übereinstimmung zwischen (ausgewählten) Hauptdiagnosen**



**Abb. 23 Personen mit mindestens 2 Behandlungen:
Übereinstimmung zwischen (ausgewählten) Hauptdiagnosen**



In *Abbildung 24* ist die Verteilung der *Haupt-F-Diagnosen* gegeben, die *beim ersten Eintritt in der Erhebungsperiode* 1998-2000 gestellt wurde. Unterschieden sind Personen, die in dieser Zeit nur eine Behandlung hatten (geringerer Schweregrad der Erkrankung) und Personen, die in dieser Zeit 4 und mehr Behandlungen hatten (grösserer Schweregrad der Erkrankung).



Die Gruppe mit 4 und mehr Behandlungen in der Erhebungsperiode 1998-2000 erhielt bei der ersten Behandlungsepisode deutlich häufiger F1-Diagnosen (Sucht) und F2-Diagnosen (Schizophrenie, schizotype Störungen), hingegen deutlich weniger F3-Diagnosen (affektive Störungen) und F4-Diagnosen (neurotische Störungen) als die Gruppe mit nur einer Behandlung im Erhebungszeitraum (*Abbildung 24*).

Schlussbemerkung:

Eine andere Lösung für den Umgang mit Diagnosen in Personen-Datenbanken ist die Berücksichtigung der am häufigsten gestellten Haupt-F-Diagnose, insbesondere, wenn Daten längerer Erhebungszeiträume ausgewertet werden können.

4. Literatur

- Angst J, Sellaro R, Merikangas KR (2002). Multimorbidity of psychiatric disorder as an indicator of clinical severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252: 147-154
- Bundesamt für Statistik (o.J.). *Der Datenschutz in der Medizinischen Statistik*. Neuenburg
- Bundesamt für Statistik (2001a). *Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens – Krankenhaustypologie*. Neuenburg
- Bundesamt für Statistik (2001b). *Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens – Standardtabellen der Krankenhausstatistik mit den Resultaten 1997-1999, Version 2*. Neuenburg
- Bundesamt für Statistik (Hg) (2002). *Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierungsrichtlinien Version 1.0*. Neuenburg, S. 25
- Bundesamt für Statistik (2003a). *Tabellen der Gesundheitsstatistik, Medizinische Statistik Resultate 1999 (Standardtabellen), E.1. Anzahl Fälle, nach Kapitel ICD10, nach Alter und Geschlecht, 1999*
- Bundesamt für Statistik (2003b). *Tabellen der Gesundheitsstatistik, Medizinische Statistik Resultate 2000 (Standardtabellen), E.1. Anzahl Fälle, nach Kapitel ICD10, nach Alter und Geschlecht, 2000*
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hg) (2000): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Verlag Hans Huber, Bern. 4. korrigierte und ergänzte Auflage
- Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter (1997). *5. Tätigkeitsbericht*.
<http://www.edsb.ch/d/doku/jahresberichte/index.htm>
- Kessler RC (1995). *Epidemiology of psychiatric comorbidity*. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP. *Textbook in psychiatric epidemiology*. Wiley-Liss, New York, 179-197
- Krieg V, Hense K-W, Lehnert M, Mattauch V (2001). *Record Linkage mit kryptografierten Identitätsdaten in einem bevölkerungsbezogenen Krebsregister. Entwicklung, Umsetzung und Fehlerraten*. *Gesundheitswesen* 63: 376-382
- Newcombe HB (1988). *Handbook of record linkage: methods for health and statistical studies, administration and business*. Oxford University Press, New York
- StatSanté (1/2002). *Informationen über das Projekt „Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens“*
- Van Praag HM (1995). *Concerns about depression*. *Eur Psychiatry* 10: 269-275
- WHO (2001). *World health report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Geneva