

Stationäre Psychiatrie der Schweiz im Wandel

Editorial

In den vergangenen Jahren hat die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK in der psychiatrischen Versorgung mit einem Leitfaden zur Planung und mit der Förderung von Modellprogrammen Akzente gesetzt. Die Anstrengungen in Richtung einer «integrierten» psychiatrischen Versorgung, also einer Optimierung und Abstimmung von stationären, teilstationären, ambulanten und gemischten Pflege- und Betreuungsformen wurden dabei in den Vordergrund gerückt. Die GDK führte dazu mehrere Fachveranstaltungen durch, vor kurzem auch wieder zu Modellprogrammen und Versuchsanordnungen.

Eine der dabei diskutierten Fragen war die «bedarfsorientierte Entlassung aus der Psychiatrieklinik». Dabei ging es genau um diese vom Obsan im vorliegenden Bulletin präsentierten Themen «Heavy Use» und «Drehtüre». Anhand des Projektes «Wirksamkeit und Kosten-Effektivität von bedarfsorientierter Entlassungsplanung und Monitoring für Menschen mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems (NODPAM)» wurde diskutiert, mit welchen Vorkehrungen und Rückmeldungen eine Senkung der Wiedereintrittsrate von Heavy Usern erreicht werden könnte. Diese Thematik wird in der Schweiz in der einen oder anderen Weise intensiv weiter zu verfolgen sein. Dabei werden wir auch von Erfahrungen fünf deutscher Kliniken im Projekt NODPAM profitieren können. Ein abgestimmtes Vorgehen interessierter Kantone zeichnet sich ab.

Franz Wyss
Projektleiter Psychiatrieplanung,
Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren GDK

Entwicklungen in der stationären Psychiatrie der Schweiz

In der psychiatrischen Versorgung der Schweiz wurden über die letzten Jahrzehnte hinweg die Betten für stationäre Aufenthalte zugunsten erweiterter ambulanter und teilstationärer Angebote deutlich abgebaut. Die Aufenthaltsdauern der Patient/-innen in den Kliniken gingen stark zurück. Aus ehemaligen «Verwahranstalten» wurden moderne Akutspitäler für psychische Erkrankungen mit dem Ziel gemeindenahe Versorgung.

Trotz sinkendem Bettenangebot wurden in den letzten Jahren in der Psychiatrie leicht steigende Patientenzahlen und deutlich mehr stationäre Fälle (d.h. einzelne Hospitalisierungen, evtl. desselben Patienten/derselben Patientin) registriert. Das spiegelt neue Versorgungskonzepte mit intensiver Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachinstitutionen. Langzeithospitalisierungen werden durch mehrere, kürzere Aufenthalte ersetzt und eine gemeindenahe Versorgung wird garantiert. Die soziale Integration vieler Personen kann dadurch unterstützt werden, es könnten aber auch gewisse Patient/-innen durch die notwendigen Institutionswechsel überfordert sein.

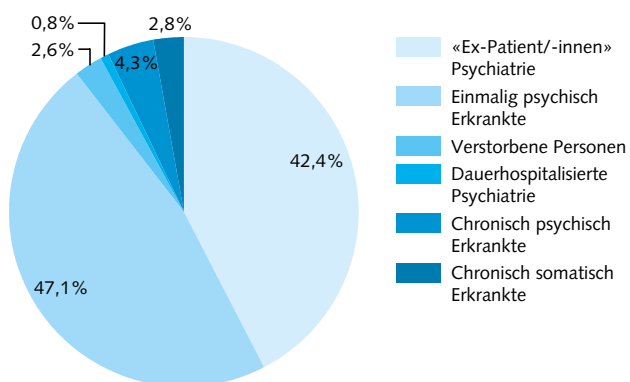
In der Fachliteratur besteht mancherorts die Befürchtung, *eine grössere Gruppe von Patient/-innen könnte durch zunehmende Intensivnutzung der stationären Akutpsychiatrie übermässig viele Ressourcen absorbieren (= «Heavy User»)*. Ebenso gibt es die Sorge, angesichts der geschilderten Entwicklung würden möglicherweise *Patient/-innen unzureichend stabil entlassen und müssten dann nach kurzer Zeit in einem dekompensierten psychischen Zustand wieder aufgenommen werden (= «Drehtüre»)*. Diese Publikation fasst zwei Arbeiten zusammen, die das Vorhandensein solcher Phänomene in der Schweiz untersuchen.

«Heavy Use» in der stationären Psychiatrie der Schweiz?

Zur Analyse von «Heavy Use» in der Schweizer Psychiatrie wurden die Zahl, Dauer und zeitliche Abfolge der Hospitalisierungen ausgewertet. Aus gesamthaft 154'000 Personen liessen sich statistisch sechs Gruppen von Patient/-innen mit ähnlichen Mustern von psychiatrischen und somatischen Behandlungsabfolgen identifizieren (vgl. Abbildung 1). Die Abgrenzung zwischen hohem und niedrigem Ressourcenverbrauch wurde anschliessend pragmatisch geschätzt.

Inanspruchnahme stationärer Leistungen, 2003 bis 2005 (von jemals zwischen 1998 und 2005 psychisch Erkrankten)

Abb. 1



Quelle: Obsan Dossier 11, Frick, U. und Frick, H. (2010)

Fast 90% aller Psychiatriepatient/-innen wiesen einen als niedrig geschätzten Ressourcenverbrauch, also *keine Merkmale von «Heavy Use»*, auf:

- *Ex-Patient/-innen Psychiatrie (42%)*: Mindestens eine psychiatrische Hauptdiagnose zwischen 1998 und 2005; zwischen 2003 und 2005 kein psychiatrischer Aufenthalt mehr, aber mindestens ein *somatischer* Aufenthalt;
- *Einmalig psychisch erkrankte Personen (47%)*: Zwischen 2003 und 2005 ein oder mehrere, kurz aufeinander folgende Aufenthalt/e in der stationären *Psychiatrie*, aber vor und nach der akuten Krankheitsphase kein *psychiatrischer* Aufenthalt.

8% der Patient/-innen zeichneten sich durch eine höhere Inanspruchnahme aus und könnten möglicherweise als «*Heavy User*» bezeichnet werden.

- *Chronisch psychisch erkrankte Personen (4%)*: In jedem Quartal zwischen 2003 und 2005 mit einer Wahrscheinlichkeit von 30 bis 60% in der stationären *Psychiatrie*. Häufigste Diagnosen: Schizophrenien (F2), Substanzstörungen (F1) und affektive Störungen (F3);
- *Psychiatrisch dauerhospitalisierte Personen (1%)*: In jedem Quartal zwischen 2003 und 2005 mit einer Wahrscheinlichkeit von fast 100% in der stationären *Psychiatrie*.

Über die Hälfte dieser Patient/-innen litten an Schizophrenien (F2);

- *Chronisch somatisch erkrankte Personen (3%)*: In jedem Quartal zwischen 2003 und 2005 mit einer Wahrscheinlichkeit von 30 bis 60% in der stationären Akut-somatik. Häufigste psychiatrische Diagnosen dieser somatisch hospitalisierten Patient/-innen: Substanzstörungen (F1) und affektive Störungen (F3).

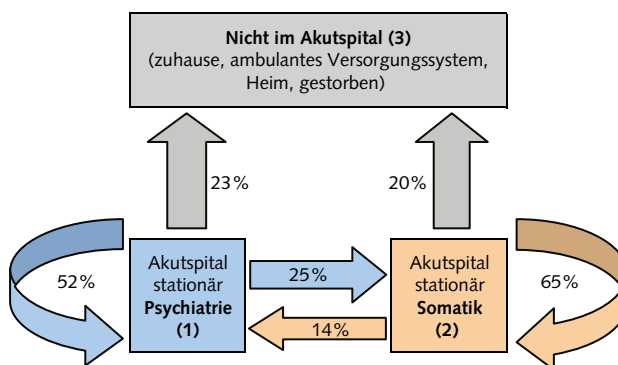
Schliesslich verblieben jene 3% der Patient/-innen, welche zwischen 1998 und 2005 mindestens *eine* psychiatrische Hauptdiagnose aufgewiesen hatten und zwischen 2003 und 2005 im Akutspital *verstorben sind*.

«Drehtüre» in der stationären Psychiatrie der Schweiz?

Die Forschung zum «Drehtüreffekt» nimmt primär Rehospitalisierungen und deren Gründe (die auch im Behandlungssystem selbst liegen können) in ihren Fokus. Ein Behandlungssystem mit Drehtüreffekt lässt sich folgendermassen modellhaft darstellen: Psychiatrische Spitalpatient/-innen wechseln rasch zwischen einer stationären *psychiatrischen* Behandlung (1), einer stationären *somatischen* Behandlung (2) und einem Bereich *ausserhalb* irgendeiner stationären Akutbehandlung (3) hin und her (vgl. Abbildung 2).

Durchschnittliche Übergangsraten von und zu Akutspitalern, 2003 bis 2006 (von jemals zwischen 1998 und 2006 psychisch Erkrankten)

Abb. 2



Quelle: Obsan Dossier 12, Frick, U. und Frick, H. (2010)

Es konnten insgesamt 185'000 Personen zur Frage der «Drehtüre» untersucht werden; dies mit folgenden Ergebnissen (es handelt sich immer um Durchschnittswerte):

- Psychisch Kranke mit einem *somatischen* Spitalaufenthalt wiesen eine Wahrscheinlichkeit von 65% für einen weiteren, als nächstes anschliessenden *somatischen* Aufenthalt auf;

- Die Chance, dass solche Patient/-innen *keinen weiteren* Spitalaufenthalt mehr hatten, lag bei 20% und die Wahrscheinlichkeit für eine nachfolgende *psychiatrische* Hospitalisierung bei 14%;
- Psychisch Kranke mit einem psychiatrischen Spitalaufenthalt hatten eine Wahrscheinlichkeit von 52% für einen weiteren, als nächstes anschliessenden *psychiatrischen* Aufenthalt;
- Dem gegenüber lag hier die Chance für solche Patient/-innen, danach *gar kein Spital* aufsuchen zu müssen, bei 23%; die Wahrscheinlichkeit hingegen, dass für solche Patient/-innen als nächstes eine *somatische* Hospitalisierung notwendig war, lag bei 25%.

Eine *somatische* Rehospitalisierung ist damit für jemals psychisch erkrankte Personen deutlich wahrscheinlicher als eine *psychiatrische* Rehospitalisierung. Auch die Chance, nach einem *psychiatrischen* Spitalaufenthalt keine weitere Hospitalisierung mehr zu benötigen, ist für diese Patienten/-innen etwas grösser als nach einem *somatischen* Spitalaufenthalt. Ein Wechsel im Behandlungssystem vom psychiatrischen in den somatischen Sektor ist ebenfalls deutlich häufiger als der umgekehrte Weg. All dies unterstreicht die hohen somatischen Versorgungsbedürfnisse dieser Patienten/-innen, die zwar als höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, aber nicht bezüglich Umfang der erbrachten Versorgungsressourcen bekannt waren.

Die Detailanalyse der Rehospitalisierungen bei jemals psychisch Erkrankten zeigte folgende Erkenntnisse:

- Eine sehr kleine Gruppe von Patient/-innen weist von Anfang an eine hohe und relativ stabile Behandlungsfrequenz mit jeweils relativ kurzer Zeit ausserhalb des Spitals auf. Diese Personen werden immer wieder rehospitalisiert, während das Gros der anderen Patient/-innen nicht wiederkehrt. Das Risiko für einen solchen chronischen Verlauf ist bei organischen psychischen Störungen (F0), Schizophrenien (F2) und Persönlichkeitsstörungen (F6) erhöht. Ungünstig sind auch ein Erkrankungsbeginn im Alter von unter 30 Jahren sowie eine psychiatrische Ersthospitalisierung im Alter von über 70 Jahren. In den vier untersuchten Jahren zeigt sich, dass auch bei dieser Patientengruppe die Abstände zwischen zwei Hospitalisierungen merklich zunehmen.
- Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass das Behandlungssystem auf diese kleine Gruppe nach zwei bis drei stationären psychiatrischen Behandlungsepisoden mit einem niederschwelligeren Wiederaufnahmeverhalten reagiert. Dies nützt den entsprechenden Patient/-innen, erzeugt aber aus der Binnensicht des Behandlungssystems auch den Eindruck einer sich beschleunigenden «Drehtüre».

Die Daten

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik BFS. Diese umfasst seit 1998 alle Hospitalisierungen in den Schweizer Krankenhäusern. Das BFS erhebt soziodemographische Informationen der Patienten wie Alter, Geschlecht und Wohnregion, administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung sowie medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen.

Zu diesem sogenannten «Minimaldatensatz» kommen weitere Informationen, welche die Spitäler und Kliniken bei psychiatrischen Behandlungsfällen freiwillig angeben. Diese zusätzlichen Variablen enthalten Informationen zur Person, Art des Eintrittes, Art der Behandlung inkl. Medikation und zum Austritt. Wegen der Freiwilligkeit der Lieferung umfasst der Zusatzdatensatz rund zwei Drittel aller Psychiatriefälle.

Die Hospitalisierungsfälle werden zum Zeitpunkt des Austritts aus dem Spital erfasst, anonymisiert und mit einem Verbindungscode versehen. Mit diesem Code können alle Hospitalisierungen (Fälle) von ein und derselben (anonymen) Person genau dieser einen (anonymen) Person zugeordnet werden; dies auch, wenn diese Hospitalisierungen in verschiedenen Jahren, unterschiedlichen Spitälern oder verschiedenen Kantonen stattgefunden haben.

Ein stationärer Psychiatriefall ist hier definiert als stationärer Aufenthalt von mehr als 24 Stunden in einer psychiatrischen Klinik (Code K21), in einer psychiatrischen Abteilung eines somatischen (= auf den Körper bezogen) Akutspitals (M500) oder in einer somatischen Abteilung eines Spitals mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen (nach ICD-10; F-Hauptdiagnose).

Für die Arbeiten, die dem Thema «Heavy Use» zugrunde liegen, wurden alle Personen mit mindestens einer F-Hauptdiagnose in einem beliebigen Spital der Schweiz zwischen 1998 und 2005 und mit mindestens einer stationären Behandlung (somatisch oder psychiatrisch) zwischen 2003 und 2005 einbezogen. Bei der Schätzung des «Drehtüreffekts» wurde der Zeitraum um das Jahr 2006 erweitert.

Publikationen

Weitere Informationen sind in den untenstehenden Forschungsberichten zu finden:

- Frick, U. & Frick, H. (2010). «Heavy Use» in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Obsan Dossier 11). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.
- Frick, U. & Frick, H. (2010). «Drehtüre» in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Mythos oder empirische Realität? (Obsan Dossier 12). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.

Beide Publikationen sind im Internet in elektronischer Form abrufbar: www.obsan.ch > Publikationen

Fazit zu «Heavy Use» und «Drehtüre» in der stationären Psychiatrie:

- Vier Prozent chronisch psychisch erkrankte Personen kommen mit ihrer Nutzung des stationären Angebots der Akutpsychiatrie der Vorstellung von «Heavy Use» recht nahe. Dieser Kreis ist mit knapp 6500 Patient/-innen für drei Jahre und die ganze Schweiz aber relativ klein. Bezieht man zudem weitere medizinische und soziodemographische Aspekte in die Analyse ein, so ergeben sich auch für diese Gruppe plausible Verlaufsmuster der Inanspruchnahme und *keine unangebracht* hohe Ressourcennutzung. Besonders frühzeitige oder speziell zugeschnittene Interventionen könnten das Angebot für diese Personen zielgenauer ausrichten, möglicherweise auch den Bedarf dämpfen.
- Die Vorstellung von «Heavy Use» in der Psychiatrie ist stark abhängig von methodischen Fragen. Wird der Begriff «Heavy Use» nur in Verbindung mit *unangebrachter Ressourcennutzung* verwendet und anerkannt, dass Patient/-innen ganz unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse haben, existiert in der stationären Psychiatrie der Schweiz kaum «Heavy Use». Die Ausnahme bildet das Prozent der dauerhospitalisierten Personen, welche in der *Akutpsychiatrie* fehlplatziert sein dürften.
- Auch die «Drehtüre» als relevantes Charakteristikum des psychiatrischen Behandlungssystems der Schweiz gibt es nicht. Einerseits verlassen die allermeisten Patient/-innen nach einer einmaligen Krise das System wieder. Andererseits steigen auch bei den relativ wenigen chronischen Fällen in jüngerer Zeit die Abstände zwischen zwei stationären Aufenthalten klar an.
- Die Gründe für diese positiven Entwicklungen in der Schweiz dürften beim Ausbau des ambulanten psychiatrischen Angebots, bei Verbesserungen in der Wirksamkeit von Therapien und bei Veränderungen in der Zusammensetzung der Gruppe der Erkrankten (gut behandelbare depressive Störungen werden häufiger tatsächlich behandelt) liegen.

Paul Camenzind und Ulrich Frick

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autoren

Paul Camenzind (Obsan), Ulrich Frick (ISGF Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich)

Zitierweise

Camenzind, P. & Frick, U. (2010). *Stationäre Psychiatrie der Schweiz im Wandel* (Obsan Bulletin 3/2010). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Bundesamt für Statistik
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 45
E-Mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Grafik/Layout

DIAM, Prepress / Print, BFS

Bestellungen

Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch
Bestellnummer: 1033-1003
Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer: 1034-1003)

Download PDF

www.obsan.ch > Publikation

© Obsan 2010