

Planungshilfen zur Prävention von Langzeithospitalisationen – Ergebnisse einer retrospektiven Zehn-Jahres-Studie

Stefan-Maria Bartusch, Hermann Elgeti, Peter Bastiaan und Wielant Machleidt

41.1 Einleitung

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Rahmenbedingungen der Therapie chronischer Psychosen. Er bezieht sich auf die Ergebnisse einer retrospektiven Studie, die wir in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt haben (Elgeti et al. 2000).

Fortschritte in der gemeindepsychiatrischen Planung sind gebunden an Orientierungspunkte zur Abschätzung eines zukünftigen Bedarfs oder auch zur Verankerung gezielter präventiver Hilfen. Bei der Planung und Bereitstellung angemessen platzierter Hilfen und Therapiekonzepte für chronisch kranke Menschen ist es wesentlich, eine hohe Zielgruppenspezifität zu erreichen; die dazugehörige Fragestellung lautet: Wie zuverlässig werden die Menschen erreicht, die in besonderer Weise unser therapeutisches Augenmerk benötigen? Bedeutsam ist dabei die Gruppe der von Langzeithospitalisation bedrohten psychisch kranken Menschen, bei denen die Patienten mit

einer Diagnose aus der F2-Kategorie der ICD-10 zahlenmäßig dominieren. Dabei ist es nötig, eine Definition für eine solche Patientengruppe zu finden und diese zu operationalisieren, und schließlich sollten diese Bemühungen in einen konkreten planerischen Entwurf münden, der den zahlenmäßigen Bedarf unterschiedlicher Behandlungsformen näher vorgibt. Anders ausgedrückt: Wir möchten wissen, um wen es bei dieser von Langzeithospitalisation bedrohten Patientengruppe geht, wie wir diesen Personenkreis erkennen können und welche therapeutische Hilfen an welchen Orten von diesen Menschen voraussichtlich benötigt werden.

41.2 Untersuchung

Die hier vorgestellte Studie hat über einen Zeitraum von zehn Jahren alle Patienten eines Versorgungssektors untersucht, die entweder im stationär-klinischen Bereich oder in der Ambu-

lanz oder in den komplementären Einrichtungen einen Behandlungskontakt wahrnahmen. Dabei mussten zwischen dem ersten und letzten Kontakt – egal, in welcher dieser Einrichtungen – mindestens zwei Jahre gelegen haben. Das untersuchte Einzugsgebiet entspricht dem Sektor 5 der Landeshauptstadt Hannover, zugeteilt der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover. Hier leben auf relativ engem Raum ca. 70 000 Menschen; die Einwohnerzahl zeigte während des Zeitraums der Studie eine leicht rückläufige Tendenz.

Inhaltlich war diese Untersuchung so angelegt, dass Möglichkeiten der Prävention von Langzeithospitalisationen näher erkundet werden sollten. Ausgeschlossen blieben Patienten mit einer Suchterkrankung oder der Erstdiagnose einer hirnorganischen Störung (insbesondere handelt es sich hier um die Gruppe der Demenzerkrankten); das Alter der Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt des Erstkontaktes lag zwischen 18 und 60 Jahren.

Wir haben uns zunächst mit der Frage auseinandergesetzt, wie das Kriterium „Langzeithospitalisation“ operationalisiert werden könnte, zumal es hierfür bisher keine allgemein anerkannten Definitionen gibt. Unser Vorschlag, den wir auch unserer Studie zugrunde gelegt haben, ist folgender:

Langzeithospitalisation liegt vor, wenn eine Person innerhalb des Untersuchungszeitraums mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- stationär-psychiatrische Behandlungsdauer von mehr als 365 Tagen (= ein Jahr) während zweier aufeinanderfolgender Jahre (dabei spielt die Anzahl der stationären Aufenthalte keine Rolle)
- Wohnen während mindestens vier Quartalen (= einem Jahr) in einem therapeutischen Wohnheim während zweier aufeinanderfolgender Jahre
- Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung wie Langzeitbereich, Pflege- oder Altenheim

Weiter formulierten wir im Vorfeld der Untersuchung einen skalierten Summenscore, dessen Prädiktionskraft für eine spätere Langzeithospitalisation näher untersucht werden sollte. Wir wollten wissen: Ist es möglich, bereits zum Zeitpunkt des Erstkontaktes in einer der untersuchten Einrichtungen ein erhöhtes Risiko für eine spätere Langzeithospitalisation zu erkennen? Diesen Summenscore nannten wir „**psychosozialen Risikoscore**“ (psR).

Bei der Zusammenstellung der Merkmale, die in den psR einfließen sollten, waren folgende Überlegungen maßgeblich: Zum einen wollten wir möglichst präzise **Indikatoren für Schwere und Chronizität** der psychischen Störung sowie für das **Ausmaß der sozialen Desintegration** finden, wie sie sich aus wissenschaftlichen und empirischen Erkenntnissen hinsichtlich des Risikos für eine spätere Langzeithospitalisation ableiten lassen. Zum anderen wurde bei der Auswahl der Merkmale auf die Praktikabilität für ihre Erhebung im Behandlungsalltag Rücksicht genommen, sodass ohne zusätzlichen Aufwand eine Berechnung auch in anderen Institutionen und Einrichtungen erfolgen kann.

Wir haben sechs relevante Merkmale einer psychiatrischen Basisdokumentation berücksichtigt: Drei Merkmale wurden als Indikatoren für die Chronizität und Schwere einer psychiatrischen Erkrankung ausgewählt, weitere drei Merkmale sollen das Ausmaß der sozialen Desintegration des Patienten abbilden. Als Indikatoren für die Chronizität und Schwere der psychiatrischen Erkrankung wurden folgende Parameter ausgewählt:

- die psychiatrische Erstdiagnose
- das Ersterkrankungsalter
- die Dauer seit der Ersterkrankung

Um das Ausmaß der sozialen Desintegration zu bewerten, wurden die folgenden Merkmale berücksichtigt:

- Wohnsituation
- Arbeitssituation
- vorrangiger Lebensunterhalt

Die Merkmalsausprägungen werden jeweils auf einer Skala von 1 bis 4 erfasst, sodass sich insgesamt ein Summenwert zwischen 6 und 24 ergeben kann. Dieser Summenwert, ermittelt zum Zeitpunkt des Erstkontaktes und jeweils zum Ende eines jeden Berichtsjahres, wurde weiter eingeteilt in vier Bereiche mit unterschiedlichem psychosozialen Risiko: Werte zwischen 6 und 10 wurden dabei als geringes Risiko (= 1) für eine Langzeithospitalisation eingestuft, zwischen 11 und 15 wurde ein mäßiges Risiko (= 2) angenommen, zwischen 16 und 20 ein deutliches (= 3) und über 20 (= 4) ein hohes Risiko.

Konkret angewandt bedeutet dies beispielsweise: Ein in frühen Lebensjahren erstmals psychotisch erkrankter Mensch, der wohnungslos und beruflich nicht integriert ist sowie von Sozialhilfe lebt, unterliegt einem hohen und zunehmenden Risiko, im Verlauf seiner Erkrankung langzeithospitalisiert zu werden. Auf der anderen Seite verringert sich dieses Risiko durch ein spätes Ersterkrankungsalter, eine nichtpsychotische Grunderkrankung, die verbleibende Fähigkeit zu selbstständigem Wohnen und eine bezahlte berufliche Tätigkeit.

41.2.1 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung im Hinblick auf den psR und die Langzeithospitalisation seien im Folgenden in Auszügen vorgestellt:

Gemäß unserer Definition von Langzeithospitalisation waren 68 der insgesamt 313 Patienten umfassenden Untersuchungsgruppe als langzeithospitalisiert anzusehen, dies entspricht einer Quote von 22 %, wobei die Gruppe mit F2-Diagnose ($n = 60$) die dominierende Diagnosegruppe darstellt. Im Vergleich zur Gesamtgruppe sind in der Gruppe mit Langzeithospitalisation signifikant weniger Frauen (47 % vs. 62 %), und das durchschnittliche Ersterkrankungsalter lag hochsignifikant niedriger (27 Jahre vs. 30 Jahre), ohne dass langzeithospitalisierte Patienten signifikant früher zum Erstkontakt gelangten; d. h. nachfolgend langzeithospitalisierte Patienten waren beim (institutionellen) Erstkontakt jünger.

Der psychosoziale Risikoscore bei Erstkontakt lag für die Gesamtgruppe aller untersuchten Patienten bei einem Wert von 2,3. Dieser Wert unterschied sich hochsignifikant von der Gruppe mit Langzeithospitalisation; hier lag der Wert bei 2,6. Eine genauere Aufschlüsselung zeigt die Abbildung 41-1.

Es ließ sich demnach in dieser Studie ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem psR bei Erstkontakt und einer späteren Langzeithospitalisation nachweisen; mit anderen Worten: Bereits zu Beginn der Behandlung zeichnete sich durch die Berechnung des psR ein Verlauf in Richtung Langzeithospitalisation ab.

Aus der Gruppe mit Langzeithospitalisation waren 12 % allein aufgrund langer stationärer Behandlungszeiten im genannten Sinne langzeithospitalisiert. 31 % wurden im Untersuchungszeitraum in Pflege- und Altenheime vermittelt, und die mit 57 % größte Gruppe erreichte den Status der Langzeithospitalisation durch Verweilzeiten in einem therapeutischen Wohnheim. In der durch lange stationäre Behandlungszeiten hospitalisierten Gruppe ergab sich ein durchschnittlicher Wert für den psR zu Behandlungsbeginn, es handelt sich bei dieser Subgruppe um eine Gruppe von Patienten, die meist neu erkrankt waren.

Die Subgruppe der in therapeutischen Wohnheimen behandelten Menschen wies einen überdurchschnittlichen psR aus. Der Anteil psychotisch Erkrankter ist hier mit 90 % besonders hoch. Eine fast identische Situation ergibt sich für die dritte Patientengruppe, die in Pflege- und Altenheime verlegten Patienten.

Auf eine Besonderheit der in Wohnheimen hospitalisierten Menschen sei noch kurz verwiesen: Hier hatten besonders häufig Menschen ihren Wohnsitz bei Erstkontakt außerhalb des Einzugsgebietes; d. h. Menschen wurden auch aufgrund mangelnder therapeutischer Angebote in ihren Herkunftsregionen in die Einrichtungen des untersuchten Versorgungssektors „exportiert“ („Schwamm-“ oder „Sogeffekt“).

In einer weiteren Berechnung wurde der Frage nachgegangen, mit welchem Einfluss die Einzelmerkmale des Summenscores in den psR ein-

fließen. Dabei ergab sich die höchste Prädiktionskraft für das Merkmal der Arbeitsituation, dahinter folgten in dieser Reihenfolge: vorrangiger Lebensunterhalt, Wohnsituation, Dauer seit Erst-erkrankung, Erstdiagnose und Alter bei Erst-erkrankung. Das bedeutet: Die größte Bedeutung innerhalb des Summenscores kommt dem Ausmaß der sozialen Desintegration zu, weniger den Indikatoren für die Schwere und Chronizität der psychischen Störung wie Erstdiagnose, Erst-erkrankungsalter oder Dauer der Erkrankung – ein Ergebnis, das in Übereinstimmung mit anderen Studien steht (s. Hubschmid u. Ciompi 1990), die als Prädiktor des günstigen Verlaufs eine gute prä-morbide berufliche und soziale Anpassung hervorhoben.

41.3 Schlussfolgerungen

Wir schlagen vor, den hier formulierten psR in planerische Instrumente (wie die Erstellung sozialpsychiatrischer Pläne) einzuführen. Er ist ein taugliches Konstrukt zur Erfassung von Merkmalen, die zu einem erhöhten Risiko der Langzeithospitalisation führen und dem Erkennen einer Patientengruppe dienen, auf die sich unsere therapeutischen Bemühungen konzentrieren sollten.

Dies würde auch in eine Aussage über bestehende Versorgungslücken münden oder präventive Orientierungen bei der zielgenauen Platzierung gemeindepsychiatrischer Hilfen ermöglichen.

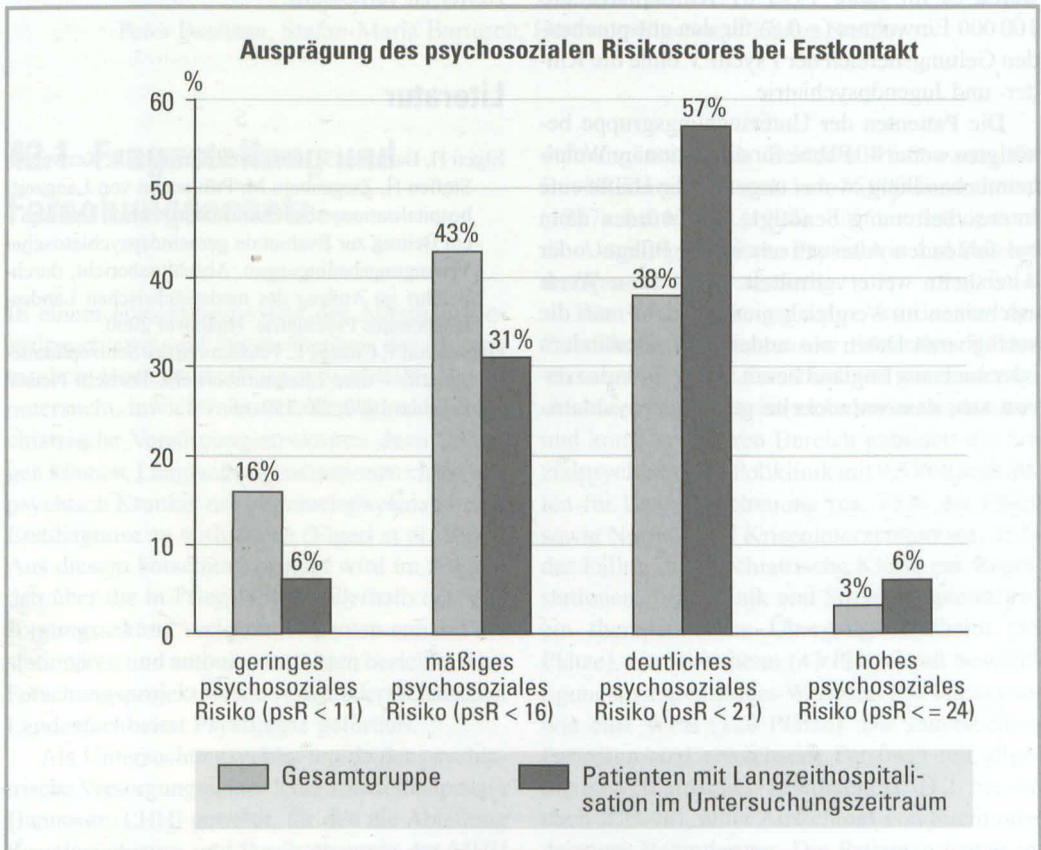


Abb. 41-1: Ausprägung des psychosozialen Risikoscores bei Erstkontakt

Rechnet man diese und weitere Ergebnisse der Untersuchung hoch, so lassen sich modellhaft Anhaltszahlen für vergleichbare Regionen ermitteln, d. h. für großstädtische Verdichtungsräume mit einer hohen Anzahl niedergelassener Hausärzte und psychiatrischer Fachpraxen. Pro 100 000 Einwohner ist demnach mit 500 psychisch kranken Menschen zu rechnen, die nicht allein durch die Facharztpraxen versorgt werden können. Für die Hälfte von ihnen, also 250 Patienten, werden spezielle Behandlungsplätze in institutionsbezogenen ambulanten Versorgungseinrichtungen (wie z. B. Institutionsambulanzen) benötigt. Auf der stationären Seite besteht ein Bedarf von 30 Plätzen für die teil- und vollstationäre Behandlung (entsprechend einer Bettenmessziffer von 0,3). Dieser Wert ist – verglichen mit dem Bundesdurchschnitt – niedrig: Dort waren es im Jahre 1995 81 Klinikplätze pro 100 000 Einwohner (= 0,8) für den entsprechenden Geltungsbereich der PsychPV ohne die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Patienten der Untersuchungsgruppe benötigten weiter 40 Plätze für die stationäre Wohnheimbehandlung, wobei ungefähr die Hälfte eine Intensivbetreuung benötigte. Sie wurden dann bei fehlenden Alternativen in ein Pflege- oder Altersheim weitervermittelt. Auch diese Werte erscheinen im Vergleich niedrig, zieht man die verfügbaren Daten aus anderen Bundesländern oder auch aus England heran. Wir gehen also davon aus, dass entwickelte gemeindepsychiatri-

sche Versorgungsstrukturen die Zahl von Langzeithospitalisationen verringern können, doch ganz werden sie nicht zu verhindern sein.

Abschließend möchten wir noch auf eine Folge erfolgreicher präventiver Arbeit hinweisen: Sie führt nämlich dazu, dass der Anteil besonders schwer beeinträchtigter und schwieriger Patienten mit der Zeit systematisch zunimmt. Zunehmend selektioniert sich in den Institutionen eine Klientel, die Helfer vor immer größere Herausforderungen stellt und einen erhöhten Hilfebedarf nach sich zieht. Dies bedeutet, dass weitere Verlaufsuntersuchungen notwendig sind, um veränderte Versorgungslagen zu erkennen und Bemühungen zur Adaptation an neue Bedürfnisse einleiten zu können. Evaluative Bemühungen können helfen, Notlagen entgegenzuwirken und die strukturellen Verhältnisse für Betroffene und Helfer zu verbessern.

Literatur

- Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Imwiehe R, Kerwel M, Steffen H, Ziegenbein M. Prävention von Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken – ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Abschlussbericht, durchgeführt im Auftrag des niedersächsischen Landesfachbeirates Psychiatrie. Hannover 2000.
- Hubschmid T, Ciompi L. Prädiktoren des Schizophrenieverlaufs – eine Literaturübersicht. Fortschr Neurol Psychiatr 1990; 58: 359–66.