

**Psychiatrische Institutsambulanzen
in Baden-Württemberg
Behandlungsauftrag, Arbeitsweise, Evaluation**

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Margitta Köster
aus Uslar

**Tübingen
2005**

Tag der mündlichen Qualifikation: 27.04.2005

Dekan:

Prof. Dr. Michael Diehl

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter:

Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Längle

Es gibt keinen Augenblick im Leben,
in dem wir nicht einen neuen Weg einschlagen können.

Charles de Foucauld

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1	Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)	1
1.1	Die Entwicklung Psychiatrischer Institutsambulanzen seit der Psychiatrie-Reform	2
1.2	Die Entwicklung der Institutsambulanzen in Baden-Württemberg	4
1.3	Das spezifische Versorgungsangebot einer Psychiatrischen Institutsambulanz	5
1.3.1	Die Bundesvereinbarung gemäß §118 Absatz 2 SGB V	5
1.3.2	Abgrenzung der Institutsambulanz zum Sozialpsychiatrischen Dienst.....	7
1.3.3	Abgrenzung der Institutsambulanz zur universitären Poliklinik	9
1.4	Aktueller Stand der Forschung	10
1.4.1	Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsformen	10
1.4.2	Evaluation Psychiatrische Institutsambulanzen.....	14
1.5	Die Psychiatrische Institutsambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen	17
1.5.1	Arbeitsweise, Behandlungskonzept und Therapeutisches Angebot	17
1.5.2	Versorgung alkoholabhängiger Patienten: Das 100-Tage-Programm	21
2	Wissenschaftliche Zielsetzung	36
3	Teil I Multizentrische Untersuchung mittels ambulanter Basisdokumentation	39
3.1	Fragestellungen und Hypothesen	41
3.2	Methoden	41
3.3	Gewinnung der Stichproben und Datenmaterial	45
3.3.1	Ambulante Patienten 1.Quartal 2003	45
3.3.2	Vergleichsgruppe stationär entlassener Patienten 1.Quartal 2003.....	46
3.3.3	Daten zur Organisationsstruktur der Institutsambulanzen sowie regionalen Versorgungsstrukturen	47
3.3.4	Datenanalyse	49
3.4	Ergebnisse	49
3.4.1	Organisationsformen der Institutsambulanzen	50
3.4.2	Patientencharakteristika und klinische Parameter	51
3.4.3	Regionale Versorgungsstrukturen.....	64
3.4.4	PIA-Patienten als Teilgruppe stationärer Patienten	66
3.5	Diskussion der Ergebnisse aus Teil I	68

4	Teil II Evaluation des 100-Tage-Programms	77
4.1	Fragestellungen	77
4.2	Methoden	77
4.2.1	Outcome-Kriterien	78
4.2.2	Untersuchungen zur Effizienz stationärer und ambulanter Alkoholbehandlung	80
4.2.3	Datenanalyse	86
4.2.4	Stichprobe alkoholabhängiger Patienten im 100-Tage-Programm.....	87
4.3	Ergebnisse	89
4.3.1	Behandlungsergebnis	89
4.3.2	Gruppenvergleich erfolgreiche – nicht erfolgreiche Patienten	95
4.4	Diskussion der Ergebnisse aus Teil II	98
5	Teil III Evaluation mittels Hospitalisierungsverlauf	109
5.1	Fragestellungen und Hypothesen	109
5.2	Methoden	110
5.2.1	Ergebnisparameter	112
5.2.2	Hospitalisierungsvergleich und Index-Aufenthalt	114
5.2.3	Kostenermittlung	116
5.2.4	Evaluationskriterium <i>Hospitalisierung</i>	118
5.2.5	Prädiktoren stationärer Wiederaufnahme	120
5.2.6	Prädiktoren stationärer Behandlungsdauer	122
5.2.7	Psychiatrische Drehtür	123
5.2.8	Datenanalyse	125
5.2.9	Stichprobe ambulante Patienten 2-4.Quartal 2002	126
5.3	Ergebnisse	129
5.3.1	Hospitalisierungsvergleich stationäre – ambulante Patienten.....	130
5.3.2	Störungsspezifischer Hospitalisierungsvergleich	135
5.3.3	Behandlungserfolg der Gesamtstichprobe	140
5.3.4	Prädiktoren für den Behandlungserfolg	143
5.3.5	Kostenschätzung	147
5.4	Diskussion der Ergebnisse aus Teil III	149
6	Zusammenfassung	172
7	Literaturverzeichnis	175

Vorwort

Psychiatrische Versorgungsreformen waren im Verlauf der Entwicklung v. a. von dem Ziel bestimmt, durch eine Differenzierung und Spezialisierung von Behandlungsangeboten, bedarfsgerechte gemeindenahe Behandlungsstrukturen zu schaffen. In diesem Prozeß sind Psychiatrische Institutsambulanzen ein weiterer Baustein. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Einrichtung von Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung erleichtert. Als zukunftsweisend gilt jetzt das Konzept der „Integrierten Versorgung“ und Patientenorientierung. Dieses Konzept sieht vor, durch Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zwischen klinischer und außerklinischer Versorgung, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern. Psychiatrische Institutsambulanzen sind ein wesentlicher Schritt zur Integration der stationären und ambulanten/komplementären Bereiche.

Die Institutsambulanzen in Baden-Württemberg sind nach ihrer Einführung im April 2002 ein noch unerforschter Versorgungsbereich, so daß es Ziel dieser Arbeit ist, die Einrichtungen in der Erprobungsphase wissenschaftlich zu begleiten und Aussagen über den Stellenwert von Institutsambulanzen in der allgemeinen psychiatrischen Versorgung zu machen. Dabei geht es im besonderen um den Behandlungsauftrag und die Evaluation der Tübinger Institutsambulanz.

Zudem befasst sich die vorliegende Arbeit mit zwei traditionell benachteiligten Patientengruppen, den chronisch psychisch Kranken und Alkoholabhängigen.

1 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland/Europa seit Beginn der 70er Jahre ist durch einen grundlegenden Strukturwandel gekennzeichnet. Bis dahin wurden psychisch Kranke nahezu ausschließlich in psychiatrischen Großkliniken stationär („Anstaltspsychiatrie“) oder ambulant in Nervenarztpraxen behandelt. In Deutschland, als auch international, zeigte sich der Wandel in einer Enthospitalisierung aus den Großkliniken und dem zunehmenden Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen. (DGPPN, 1997; Längle & Buchkremer, 1997; im internationalen Vergleich Haug & Rössler, 1999; Becker, 1998).

Die beiden Eckpunkte für die Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich in Deutschland markierten die „Psychiatrie-Enquête“ 1975 und die „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung 1988“ (Deutscher Bundestag, 1975; BMJFFG, 1988). Die „Enquête-Kommission“ forderte die Eingrenzung eines Versorgungsbereichs auf überschaubare geographische Bereiche von 250.000 Einwohner, die Verkleinerung der Großkliniken auf unter 500 Betten, den Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die Sicherung der flächendeckenden Versorgung psychisch Kranker und die Bildung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zur Verbesserung der Kooperation und Koordination in der Versorgung. Darüber hinaus konstatierte sie zahlreiche Versorgungslücken im ambulanten Sektor, von dem v. a. chronisch psychisch Kranke betroffen waren. Aufgrund der geringen Zahl niedergelassener Nervenärzte, 1970 waren dies 1.094 in der gesamten Bundesrepublik (Bochnik & Koch, 1990), gab es so gut wie keine Alternative zur stationären Versorgung für chronisch psychisch Kranke mit rezidivierendem Verlauf. Die Umsetzung der Reformziele wurde unter vier Prinzipien gestellt, aus denen die heute gültigen gemeindepsychiatrischen Versorgungsleitlinien entstanden sind: das Prinzip der gemeindenahen Versorgung (Erreichbarkeit, Überschaubarkeit), das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken (Versorgungsleitlinien), wobei Versorgungsangebote und -einrichtungen mehr patientenorientiert und weniger institutionsorientiert sein sollen, das Prinzip der Koordination und Kooperation aller beteiligten Dienste und Einrichtungen sowie das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken. Zentrale Forderung der Psychiatrie-Reform war, ein ambulantes multiprofessionelles aufsuchendes Angebot für

schwer und chronisch psychisch Kranke an psychiatrischen Krankenhäusern zu schaffen. Die Expertenkommission der Bundesregierung (BMJFFG, 1988, S.217) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, 1997, S.49) hielten psychiatrische Institutsambulanzen bereits grundsätzlich für unerlässlich und räumten ihnen einen festen Platz im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem ein. Niedergelassene Nervenärzte, Sozialpsychiatrische Dienste, Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion, Tagesstätten sowie beschützte Wohnangebote wurden für den Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten gemeindenahen/-integrierten Versorgungsnetzes ebenfalls als unverzichtbar erachtet.

In den Folgejahren erfolgte der Ausbau des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems in den einzelnen Regionen und im wesentlichen auf Landkreisebene. Die Entwicklung der Fachkrankenhäuser war geprägt durch Enthospitalisierung, Verkleinerung, fachliche Differenzierung, Regionalisierung und Sektorisierung. Die Psychiatrie-Personalverordnung von 1991 schließlich hat bundesweit die personelle Struktur im stationären Bereich verbessert. Quantitative Indikatoren des Übergangs von einer krankenzentrierten zu einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker waren: a) die Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten wurde reduziert, b) die durchschnittlichen stationären Verweildauern haben sich deutlich verkürzt, c) gleichzeitig hat sich die Zahl der Aufnahmen in stationäre Behandlung erhöht (Rössler et al., 1994).

1.1 Die Entwicklung Psychiatrischer Institutsambulanzen seit der Psychiatrie-Reform

Die Forderung nach der Einrichtung von institutionsgebundenen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten für chronisch und schwer gestörte psychisch Kranke, führte in den 70er Jahren zunächst zur Einrichtung und flächendeckenden Etablierung sozialpsychiatrischer Dienste. Bis dahin wurden jene Patienten teilweise im Rahmen „grauer Ambulanzen“ ohne rechtliche Grundlage von der entlassenden Klinik weiterbehandelt. Die Fortschreibung der Konzepte der „Enquête-Kommission“ und der ursprüngliche Gesetzentwurf, der vorsah, allen psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern das Recht auf eine Institutsambulanz zu gewähren, wenn eine regionale Versorgungsverpflichtung gegeben war, scheiterte im Bundesrat. Der Kompromiss, der darauf

folgte und noch heute gültig ist, sieht vor, dass psychiatrische Fachkrankenhäuser einen Anspruch auf Ermächtigung für vertragsärztliche Leistungen im Rahmen von Institutsambulanzen haben und solche seit 1976 einrichten konnten (Reichsversicherungsordnung RVO, §386n Abs.6). Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern hingegen unterlagen einer Bedarfsprüfung durch die zuständigen kassenärztlichen Vereinigungen, die häufig negativ beschieden wurde, so dass Institutsambulanzen an Fachabteilungen nicht oder nur selten realisiert wurden. Für die psychiatrischen Abteilungen galt bis zur Gesundheitsreform 2000 die „Kannbestimmung“ (§118 Abs.1) und damit die Bedarfsprüfung als entscheidende Hürde. D. h. sie konnten nur ermächtigt werden, wenn eine ausreichende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung durch die Möglichkeiten des Krankenhauses nicht sichergestellt war. Bundesweit führte das zu sehr heterogenen Versorgungsstrukturen (Bauer, 1997). Abteilungen erhielten trotz Pflichtversorgung keine Institutsambulanz oder sie bekamen eine personengebundene Ermächtigungsambulanz des Chefarztes. Wieder andere hatten keines von beidem.

Als problematisch erwies sich die Vergütungsregelung im Rahmen der kassenärztlichen Gesamtversorgung. Durch die Vorgaben der Gebührenordnungen und die fehlende Vergütung von nicht-ärztlichen Leistungen, konnte keine ausreichende Kostendeckung (maximal 50% der entstehenden Kosten) erreicht werden (Egetmeyer, 1984; Loer, 1991). In der Novellierung des §368n Abs.6 RVO wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen 1986 erneut zur Ermächtigung verpflichtet. Es wurde gesetzlich festgelegt, dass im Rahmen der Behandlung ärztliche und nicht-ärztliche Fachkräfte zusammenarbeiten, so dass erstmals auch eine Vergütungsregelung für nicht-ärztliche Leistungen gesetzlich fixiert wurde. Seit 1989 sind die Regelungen im Paragraphen 118, Sozialgesetzbuch SGB V festgeschrieben. Neu ist seitdem, dass die Vergütungen außerhalb der kassenärztlichen Leistungen erfolgen und unmittelbar mit den Krankenkassen bzw. Landesverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung GKV vereinbart werden. Sie können pauschaliert sein oder leistungsbezogen vergütet werden und im Falle der Nichteinigung durch eine Schiedsstelle festgesetzt werden (§120 Abs.2 SGB V). Bisher wurden überwiegend Pauschalvergütungen gemeinsam für psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen zwischen 200 – 250€ pro Behandlungsfall und Quartal vereinbart. Neue Verträge aus dem Jahr 2002, u. a. in Niedersachsen, Brandenburg und Baden-Württemberg wurden mit höheren Pauschalsätzen abgeschlossen (Spengler, 2003). Bis Anfang 1990 waren in den meisten Bundesländern, teilweise flächendeckend, Institutsambulanzen an psychiatrischen Fachkliniken eingerichtet worden. Auch in den neuen

Bundesländern konnten nach der Wende Institutsambulanzen etabliert werden. Allerdings besteht dort nach wie vor eine Unterfinanzierung sowie Einschränkungen hinsichtlich des Indikationsspektrums, der Zugangsmöglichkeiten und Fallzahlen.

1.2 Die Entwicklung der Institutsambulanzen in Baden-Württemberg

Außerhalb Baden-Württembergs sind Institutsambulanzen an psychiatrischen Fachkliniken üblich. Im Jahr 2001 gab es an 115 Fachkrankenhäusern und 28 Abteilungen fast aller Bundesländer, ausgenommen Baden-Württemberg, insgesamt 184 Psychiatrische Institutsambulanzen, die Kinder-Jugend-Psychiatrie eingeschlossen (Spengler et al., 2001, 2003; vgl. Pfeiffer, 1997). Mittlerweile gibt es eine flächendeckende Versorgung durch Psychiatrische Institutsambulanzen.

Baden-Württemberg war bisher das einzige Bundesland, in dem aufgrund einer speziellen landespolitischen Konstellation in Zusammenhang mit dem Aufbau von sozialpsychiatrischen Diensten im Unterschied zu anderen Bundesländern bisher keine psychiatrischen Institutsambulanzen arbeiteten. Unter freiwilliger Finanzierung der Krankenkassen und dem Verzicht der Einrichtungsträger auf den Betrieb von Institutsambulanzen gibt es seit 1986 den *Sozialpsychiatrischen Dienst*. Sozialpsychiatrische Dienste sind in Baden-Württemberg reine beratende Sozialdienste, ohne ärztliche Mitarbeiter, Behandlungsermächtigung und ohne hoheitliche Aufgaben (z.B. Zwangseinweisung von Patienten). Aus sachlicher und fachlicher Perspektive war der Verzicht auf Institutsambulanzen nicht gerechtfertigt. In anderen Bundesländern gibt es neben den Institutsambulanzen sozialpsychiatrische Dienste einschließlich ärztlicher Mitarbeiter. Bedarf ist auch in Baden-Württemberg für beide Angebote.

Durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 (Deutscher Bundestag, 1999) und die darin erfolgten Änderungen des §118 SGB V, wurden selbstständige, fachärztlich geleitete Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrische Abteilungen an Universitätskliniken, sofern regional versorgungs verpflichtet, direkt zur ambulanten Behandlung ermächtigt und konnten Institutsambulanzen einrichten. Eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung erübrigte sich dadurch, die bisher vorgeschriebene Bedarfsprüfung war aufgehoben. Die personengebundenen Ermächtigungsambulanzen wurden häufig eingestellt. Den Fachkliniken

wurde wie bisher im Rahmen von Musterverträgen eine Ermächtigung durch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen erteilt, die regional sehr unterschiedlich ausgefallen sind. Aufgrund der neuen Gesetzeslage wurden seit 2002 in Baden-Württemberg Psychiatrische Institutsambulanzen eingerichtet. Mittlerweile bestehen 29 Institutsambulanzen in Baden-Württemberg, weitere Standorte sind in Planung (Sozialminister Dr.Repnik, Landtag Baden-Württemberg, 2004). In den Vergütungsverhandlungen zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft als Verband der beteiligten Krankenhausträger und den Landesverbänden der Krankenkassen wurde seitens der Kliniken die Abrechnungsvariante der bayerischen Vertragspartner, die Einzelleistungsfinanzierung, gefordert. Da es zwischen den Vertragspartnern jedoch zu keiner Einigung kam, wurde per Schiedsstelle als landesweit gültige Kostenvereinbarung eine Quartalspauschale von 270€ pro Behandlungsfall festgesetzt (Vereinbarung auf Landesebene vom 30.11.2001). Die aufwendigeren Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz wurden mit 400€ pro Quartal pauschaliert.

1.3 Das spezifische Versorgungsangebot einer Psychiatrischen Institutsambulanz

1.3.1 Die Bundesvereinbarung gemäß §118 Absatz 2 SGB V

Die fachlichen Anforderungen für die Einführung psychiatrischer Institutsambulanzen wurden in einem bundesweiten Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt und sind in der Rahmenvereinbarung §118 Abs.2 SGB V formuliert, die am 1.04.2001 in Kraft getreten ist (Bundesvereinbarung Institutsambulanzen, 2001). Unter dem Gesichtspunkt des speziellen und ergänzenden Angebotes legte der bundesweite Spitzenvertrag, Patientengruppen, Zugang der Patienten und zentrale Leistungsinhalte konkret und verbindlich fest. Diese Leitlinie für die Arbeit der Institutsambulanzen wird im folgenden dargestellt.

Nach §1 der Vereinbarung liegt der spezifische Versorgungsauftrag von Institutsambulanzen (und damit die Abgrenzung zu niedergelassenen Nervenärzten) in der Behandlung von Kranken, *„die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen oder die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden“*. Behandlungsbedarf in einer

psychiatrischen Institutsambulanz besteht z.B., wenn Patienten nicht in der Lage sind, aus eigenem Antrieb eine notwendige, kontinuierliche Behandlung (z.B. in einer Nervenarztpraxis) in Anspruch zu nehmen bzw. eine hohe Hemmschwelle besteht, das komplementäre psychiatrische Versorgungsangebot aufzusuchen. Zielgruppe (§3) sind psychisch kranke Patienten mit chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf, die einer langfristigen, kontinuierlichen Behandlung bedürfen und bei denen eine Symptombesserung und soziale Stabilisierung durch bisherige Behandlungen nicht gelungen ist. Allgemeingültige Kriterien zur Feststellung des Schweregrads der an den Institutsambulanzen zu behandelnden Erkrankungen gibt es bisher nicht. Als Indikatoren für Schwere und Verlauf einer Störung werden häufige oder langdauernde Hospitalisierungen, mangelnde bzw. fehlende Compliance und Kooperation (z.B. „Wartezimmerunfähigkeit“), hohes Wiedererkrankungs- und Rehospitalisierungsrisiko, Therapieabbrüche, therapierefraktäre Verläufe, Multimorbidität und soziale Komplikationen herangezogen (Spengler, 2003). Zu den diagnostischen Gruppen gehören chronisch kranke Schizophrene mit mangelnder Krankheitseinsicht und beispielsweise zusätzlichem Suchtproblem, schwer persönlichkeitsgestörte Patienten mit Selbstverletzungstendenzen oder ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, alkoholabhängige Patienten mit Komorbidität, mangelnder Abstinenzmotivation oder häufig wiederkehrenden stationären Entgiftungsbehandlungen, gerontopsychiatrische Problempatienten mit Demenz, Multimorbidität oder Suchtproblematik, Angst- oder Zwangspatienten mit chronifizierter neurotischer Störung sowie affektive Störungen.

Die Vermeidung von Krankenhausbehandlung wird ausdrücklich als Behandlungsauftrag definiert (§1): *„Die Institutsambulanz soll auch ermöglichen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden oder stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren, um dadurch die soziale Integration der Kranken zu stabilisieren.“* Die Nachsorge von Patienten nach Entlassung aus der stationären Behandlung ist eine der Hauptaufgaben der Institutsambulanz. Dies soll in Form einer kontinuierlichen Weiterbehandlung und aufsuchenden ambulanten Tätigkeit geschehen. Im Rahmen einer „Screening-Funktion“ hat die Institutsambulanz die Möglichkeit, unnötige Hospitalisierungen zu vermeiden oder auch notwendige stationäre Aufnahmen zu veranlassen. Durch die Nähe zur Klinik und die Möglichkeit zur ambulanten Krisenintervention im Rahmen einer kurzfristigen hochfrequenten Behandlung durch ein multiprofessionelles Team kann es gelingen, stationäre Aufnahmen, die nach fachlicher Einschätzung nicht notwendig sind, abzuwenden. Darüber

hinaus sollen sich Institutsambulanzen an der konsiliarischen Behandlung, Betreuung und Beratung im Heimbereich sowie offenen Wohnangeboten beteiligen.

Institutsambulanzen halten ein multiprofessionelles sozialpsychiatrisches Angebot vor, welches die Kriterien des Facharztstandards erfüllen soll. „*Das Leistungsangebot der Institutsambulanz hat im Sinne einer Komplexleistung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie... zu umfassen*“ (§5). Die Behandlung stützt sich auf die drei Grundsäulen psychiatrischer Behandlung, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie. Sie wird entsprechend der fachspezifischen Kompetenzen durch ein interdisziplinäres Team durchgeführt. Dies besteht aus ärztlichen und psychologischen Mitarbeitern, Fachpflegekräften, Sozialarbeitern und soweit finanzierbar Mitarbeitern aus den Bereichen der Beschäftigungs- und Bewegungstherapie. Wie das Behandlungsangebot einer Institutsambulanz im einzelnen aussieht wird exemplarisch an der Tübinger Institutsambulanz dargestellt (s. 1.5).

Der Zugangsweg ist niederschwellig und für Patienten ohne unüberwindbare bürokratische Hindernisse. Die Behandlung ist nicht abhängig von der Vorlage eines Überweisungsscheins, sollte jedoch in der Regel durch Überweisung niedergelassener Vertragsärzte erfolgen. Auch Erstversorgung oder Notfallbehandlung ist möglich. Bei einem Großteil der Patienten erfolgt im Rahmen der Entlassvorbereitungen eine direkte Übernahme aus der stationären Behandlung der eigenen Abteilung oder Klinik. Doppelstrukturen sollen durch Kooperation vermieden werden. Die Einbindung in das Versorgungssystem erfolgt durch die Kooperation mit den niedergelassenen Nervenärzten und Hausärzten der Region, den Partnern im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) sowie den Partnern im System der Suchtkrankenhilfe und rehabilitativen Angeboten im Wohn- und Arbeitsbereich (§6). Die Behandlung in der Institutsambulanz ist zeitlich unbefristet, wenn immer es möglich ist, sollen Patienten jedoch in das System der Regelversorgung zurückgeführt werden.

1.3.2 Abgrenzung der Institutsambulanz zu den Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Es gibt verschiedenartig strukturierte ambulante Dienste mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten. Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) kommen denen der Institutsambulanz am nächsten, da das multiprofessionelle Team der PIA auch sozialarbeiterische Kompetenzen umfasst und aufsuchend tätig sein kann. Der sozialpolitische Hintergrund, aufgrund dessen in Baden-Württemberg die Realisierung von

Institutsambulanzen bisher behindert war, wurde bereits dargestellt. Im Zuge der Neufassung des §118 Abs.2 SGB V durch die Gesundheitsreform 2000 erfolgte auf Seiten des Landes Baden-Württemberg, der Einrichtungsträger sowie der Kostenträger des SpDi eine Neupositionierung, die dazu führte, dass die finanzielle Förderung durch das Land stark reduziert wurde und die Pauschalfinanzierung durch die Krankenkassen zum 31.12.2003 eingestellt wurde. Als Ersatz wurde die kassenfinanzierte Maßnahme *Ambulante Soziotherapie* (AST) eingeführt, die als Einzelfallabrechnung vergütet wird. Im Landkreis Tübingen wird der SpDi seit Januar 2004 mit personeller Reduktion und unter einer neuen gemeinsamen Trägerschaft durch die Tübinger Universitätsklinik und einen diakonischen Träger weitergeführt. Die Kooperation zwischen Institutsambulanz und SpDi wurde in Tübingen durch die Integration des Dienstes in die Institutsambulanz der psychiatrischen Universitätsklinik, unter Nutzung von bestehenden räumlichen, fachlichen und administrativen Ressourcen, realisiert.

Das Gesetz zur ambulanten Soziotherapie gemäß §37a SGB V hat seit dem 1.01.2002 Gültigkeit (Soziotherapie-Richtlinien, 2001). Auf das Definitionsspektrum des Terminus *Soziotherapie* und die verschiedenen methodischen Aspekte zur Indikation und Behandlung, kann hier nicht eingegangen werden (s. Friboes, 2004). Ambulante Soziotherapie meint hier jedoch nicht Sozialtherapie von schwer psychisch Kranken im herkömmlichen Sinne mit dem Ziel der gesellschaftlichen Eingliederung. Im Rahmen der Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der Begriff medizinisch definiert und umfasst im Grunde die Funktion des Case-Managements. D. h. die Anleitung und Motivation von Patienten zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann, sowie deren Koordinierung bei Patienten, die nicht in der Lage sind, diese Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Letzteres grenzt die Indikationsstellung eindeutig auf die Population der „Drehtürpatienten“ ein (Friboes, 2003). Über die inhaltliche Ausgestaltung der Behandlung kann aus dem Gesetzestext nichts abgeleitet werden. Die Soziotherapie nach §37a SGB V ist *keine* Leistung der Institutsambulanz. Sie kann zwar durch Fachärzte der Ambulanz verordnet werden, jedoch nur als Komplementärleistung, die nach Absprachen in Baden-Württemberg in der Regel durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erbracht werden. Soziotherapie muß via Antrag von der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt werden. Das maximale Gesamtkontingent beträgt 120 Zeitstunden je Krankheitsfall, welches innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren erbracht werden muß.

Daneben gibt es Institutsambulanzen, die über keinen eigenen Sozialdienst verfügen und mittels eines Kooperationsvertrages die im Rahmen ihrer Behandlung notwendigen Sozialarbeiterstunden beim Sozialpsychiatrischen Dienst einkaufen. Der Patientenkreis von Institutsambulanz und Sozialpsychiatrischem Dienst zeigt eine starke Überlappung. Die Abgrenzung zwischen beiden ergibt sich daraus, dass die Dienste keine Heilkunde ausüben und der SpDi auf den Bereich der Allgemeinpsychiatrie bezogen ist. Der SpDi erbringt in Ergänzung und unabhängig von den ärztlichen Leistungen sozialarbeiterische und sozialpädagogische Leistungen in Form von Beratung, Begleitung und Betreuung psychisch kranker Menschen und deren Angehörigen. Chronisch psychisch kranke Menschen sind häufig aus Arbeitsprozessen herausgefallen und rehabilitative Maßnahmen nehmen viel Zeit in Anspruch. Sozialpsychiatrische Dienste sollen die verschiedenen gemeindenahen Hilfsangebote für Patienten vermitteln und koordinieren. Insbesondere bei schwer psychisch kranken Menschen, die eine Behandlung nicht von sich aus in Anspruch nehmen, kommt ihnen die Aufgabe der aufsuchenden und nachgehenden Betreuung zu. Sozialpsychiatrische Kriseninterventionen, sozialanwaltliche Tätigkeiten und Hilfen zur Alltagsbewältigung gehören zum Aufgabenfeld. Darüber hinaus nimmt die Sicherung der materiellen Versorgung von Patienten einen zentralen Platz ein. (BMJFFG, 1988; Sozialminister Dr.Repnik, Stellungnahme des Sozialministeriums Baden-Württemberg zur Rolle psychiatrischer Institutsambulanzen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung vom 1.04.2004).

1.3.3 Abgrenzung der Institutsambulanz zur universitären Poliklinik

Ambulanzen von Hochschulkliniken hingegen beschränken sich auf Spezialaufgaben und stehen der breiten Versorgung des Einzugsgebietes zur Verfügung.

Der Aufgabenschwerpunkt einer Poliklinik liegt zum einen in Forschung, Lehre und Weiterbildung. In der Krankenversorgung basieren die in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen andererseits auf der besonderen fachlichen Kompetenz und spezifischen Qualifikationen, die es in dieser Form in anderen Einrichtungen nicht gibt. Im Rahmen der Patientenversorgung nimmt die psychiatrische Poliklinik v. a. Aufgaben der Diagnostik und Konsiliartätigkeit wahr. Unter Nutzung spezieller apparativer und interdisziplinärer Möglichkeiten der Klinik werden Patienten in der Regel von niedergelassenen Allgemein- und Nervenärzten mit einer gezielten Fragestellung zur diagnostischen Abklärung an die Poliklinik überwiesen. Im Rahmen konsiliarischer Tätigkeiten werden Patienten aus Kliniken anderer Disziplinen psychiatrisch betreut. Bei

Unklarheiten hinsichtlich einer stationären Aufnahme wird die Indikation in der Poliklinik geklärt. Darüber hinaus gibt es in der Regel einige Spezialambulanzen (z.B. Cannabissprechstunde, Gerontopsychiatrische Sprechstunde), die zwar organisatorisch, räumlich oder personell der Poliklinik zugeordnet sind, jedoch in der Regel im Zusammenhang mit Forschungsprojekten durchgeführt werden.

Die Hochschulambulanz hat im Gegensatz zur Institutsambulanz keinen Auftrag für die Dauerbehandlung von Patienten. Vor Einführung der Institutsambulanz hat die Poliklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen auch die Nachbehandlung von Patienten in stationärer Behandlung übernommen, die nach der Entlassung nicht an niedergelassene Nervenärzte vermittelt werden konnten. Dabei handelte es sich um die „heutigen“ PIA-Patienten, d.h. Patienten, bei denen über viele Jahre hinweg eine besondere Bindung an die Klinik bestand und bei denen nur unter Nutzung des aufgebauten Vertrauensverhältnisses die Compliance zur Behandlung gewährleistet werden konnte.

1.4 Aktueller Stand der Forschung

1.4.1 Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsformen

Die Evidenzbasis für die ambulante psychiatrische Behandlung ist eher schmal (Becker 2001). Die empirische Basis zur Wirksamkeit außerstationärer Massnahmen ergibt, bedingt durch methodische und konzeptionelle Probleme bei der Durchführung von Evaluationsstudien, ein sehr heterogenes Bild.

An der Heiden (1996) zeigt bei dem Versuch einer Synthese von Studien zur Wirksamkeit außerstationärer Massnahmen bei Vermeidung stationärer Aufenthalte uneinheitliche Befunde auf: Einerseits reduzieren außerstationäre Versorgungsmassnahmen stationäre Behandlungsbedürftigkeit, verlängern das Intervall bis zu einer Wiederaufnahme und verkürzen die stationäre Verweildauer. Andererseits zeigen manche Studien keinen Einfluß auf stationäre Wiederaufnahmen und eher höhere Wiederaufnahmeraten. Brenner und Mitarbeiter (2000) fassen zusammen, dass Wirksamkeitsvergleiche von stationären und gemeindeintegrierten Behandlungsmodellen meist positive Effekte in der Gesamt-Hospitalisierungsdauer, Behandlungszufriedenheit und Kosten-Nutzen-Relation belegen, jedoch keine signifikanten Vorteile hinsichtlich einer Reduktion psychopathologischer

Symptome, sozialer Anpassung während und nach der Behandlung sowie der Rückfallrate erbringen.

Studien zur Wirksamkeit gemeindepsychiatrischer Angebote stammen überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum. Sie widmen sich insbesondere den Angeboten des *Assertive Community Treatment* (ACT), dem *Case Management* (CM) sowie dem sogenannten *Psychiatric Home-Treatment*. In England stellen gemeinde-psychiatrische Teams, die *Community Mental Health Teams* (CMHT), den zentralen Baustein im gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz dar. Sie kommen dem ACT-Angebot am nächsten und haben ihren Standort überwiegend in gemeindepsychiatrischen Zentren (Becker, 1998). ACT wurde in den USA entwickelt und ist das am weitesten verbreitete und erfolgreichste Modell in der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Als Alternative zur klassischen voll-stationären Behandlung liegt den gemeindepsychiatrischen Angeboten die Idee zugrunde, chronisch psychisch Kranke (kontinuierlich) oder akut psychisch erkrankte Personen im häuslichen Umfeld zu behandeln, auch in Krisensituationen, und nicht oder nur kurzzeitig stationär aufzunehmen. ACT bzw. Home-Treatment ist die aufsuchende und nachgehende Betreuung schwer psychisch Kranker durch multiprofessionelle Teams, die den Patienten vor Ort, in seiner Wohnung, entsprechend der Notwendigkeiten (Medikamentenverabreichung, Regelung sozialer Belange, Stärkung des sozialen Netzes) behandeln. Case-Management hingegen meint die Identifizierung, Vermittlung und Koordination aller für einen Patienten notwendigen psychosozialen Hilfsangebote einschließlich seiner medizinisch-psychiatrischen Behandlung. ACT ist eine Form des klinischen Case-Managements und beinhaltet v. a. kleine Fallzahlen und eine intensive Unterstützung des Patienten.

Die Effizienz ambulanter Akutbehandlung ist nachgewiesen. Übersichtsarbeiten bestätigen die Wirksamkeit von Home-Treatment für Kriseninterventionen bei schweren psychiatrischen Krankheitsbildern und geben Hinweise auf eine Reduktion stationärer Aufnahmen. Studien, die Home-Treatment mit vollstationärer Behandlung verglichen belegen die Überlegenheit des Home-Treatments hinsichtlich der Hospitalisierungsdauer und der direkten Kosten, ganz abgesehen von positiven Effekten auf die Compliance, Psychopathologie und Behandlungszufriedenheit von Patienten und Angehörigen. In den meisten Studien wird die Hospitalisierungsdauer bis zu 80% gesenkt (Catty et al., 2002; Joy et al., 2002). Für

gemeindepsychiatrische Teamarbeit (CMHT) wird berichtet, dass sie die Compliance erhöht, die Suizidrate senkt und die Zufriedenheit mit der Versorgung insgesamt verbessert. Auch für das Assertive Community Treatment belegen Wirksamkeitsstudien entsprechend positive Effekte. Insbesondere im Hinblick auf die Hospitalisierungsrate- und -dauer wird eine Überlegenheit von ACT aufgezeigt. Vergleiche mit einer Standardversorgung in der Gemeinde belegen eine geringere Zahl an Hospitalisierungstagen, Verbesserung der Compliance sowie die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten (Tyrer et al., 2002; Marshall & Lockwood, 2002). ACT reduzierte zwar die Kosten bezüglich Hospitalisation, wurden aber die Gesamtbetreuungskosten eines Patienten berücksichtigt, so konnte kein signifikanter Unterschied zwischen ACT und Standardbetreuung festgestellt werden. Darüber hinaus vergleichen verschiedenste Studien Case-Management mit Angeboten der Standardversorgung oder ambulant/ stationärer Behandlung ohne Case Management. Reviews zufolge können mit der begleitenden Betreuung durch Case-Manager die Drop out - Raten insbesondere von schizophrenen Patienten reduziert werden, die allerdings mit einer Erhöhung der Hospitalisierungsrate um das doppelte einhergehen und die Behandlungsdauern verlängern (vgl. Holloway et al., 1995; Marshall et al., 2002).

Neueste Untersuchungen zu psychiatrischen *Managed-Care-Systemen* in USA berichten ebenfalls von einem negativen Einfluss auf die Hospitalisierung (Durham, 1998; Averill et al., 2003). Im Zuge der Einführung eines Managed-Care-Programms für schwer psychisch Kranke kam es im Einjahreszeitraum zwar zu einer Verkürzung der stationären Behandlungsdauer um 40%, aber die Patienten hatten signifikant mehr stationäre Wiederaufnahmen im gleichen Beobachtungszeitraum. Da die Zunahme der Wiederaufnahmerate besonders häufig bei Patienten vorkam, die innerhalb von 10 Tagen nach der letzten Entlassung erneut stationär aufgenommen wurden, gehen die Autoren davon aus, dass ein Großteil der Patienten (aufgrund der beabsichtigten Verweildauerverkürzung) zu früh entlassen wurde.

In Deutschland sind zahlreiche Elemente der Behandlungsmodule ACT und CM in der Institutsambulanz und den Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. der ambulanten Soziotherapie praktisch umgesetzt. Zum Home-Treatment gibt es nur vereinzelt Modellprojekte. In einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie von 1995 bis 1998, wurde die ambulante Soziotherapie modellhaft evaluiert. Es konnte nachgewiesen werden, dass durch ambulante Soziotherapie in vielen Fällen die stationäre Behandlung deutlich verkürzt oder ganz vermieden werden konnte (Melchinger, 1999). In einer weiteren deutschen

Evaluationsstudie konnte nicht nachgewiesen werden, dass durch modellhaft betriebene sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Standardbehandlung stationäre Aufenthalte für verschiedene diagnostische Gruppen hätten verhindert oder verkürzt werden können (Rössler et al., 1992). Die Autoren halten fest, dass dies nicht auf die Wirkungslosigkeit Sozialpsychiatrischer Dienste schließen läßt. Vielmehr müsse der Qualitätsindikator *Hospitalisierung* fachlich überprüft werden. Die Evaluation des Modellprojekts *Psychiatrisches Casemanagement* (Schleunig & Stockdreher, 2000) an einer schwer und chronisch kranken Untergruppe schizophrener Patienten hingegen, zeigte in einem Hospitalisierungsvergleich vor und nach Aufnahme in die CM-Betreuung, eine Reduktion der stationären Behandlungszeiten um durchschnittlich 70% pro Jahr. Auch ältere Arbeiten belegen eine signifikante Reduktion der stationären Behandlungstage durch Case-Management, aber eine nichtsignifikante Verminderung der psychiatrischen Versorgungskosten (Roick et al., 2002a).

Wirksamkeitsnachweise von anderen komplementären Angeboten wurden im Rahmen der sogenannten Enthospitalisierungsstudien durchgeführt. Für den Bereich des betreuten nachstationären Wohnens wurden positive Effekte auf die subjektive Lebensqualität gefunden, während sich die psychopathologische Symptomatik nicht änderte. Patienten, die komplementäre Einrichtungen beanspruchten zeigten geringere Rückfallraten. Durch beschützte Wohneinrichtungen wird die Rehospitalisierungsrate reduziert (Häfner et al., 1986; Hofmann et al., 1992).

Bolm et al. (1989) belegen in einem Einjahresvergleich, dass durch die Übernahme von Patienten in ein System aus teilstationärer, ambulanter und komplementärer Dienste, die Anzahl und durchschnittliche Dauer stationärer Behandlungen um 50% reduziert werden konnte. Allerdings gelang dies weniger durch den Ersatz rein ambulanten Behandlung als vielmehr durch einen hohen Anteil teilstationärer Behandlungen.

In Deutschland wurde in jüngster Zeit mit der Entwicklung des *Integrierten Behandlungs- und Reha-Plans* (IBRP) ein neuer Ansatz geschaffen für die detaillierte Festlegung und Überprüfung von individuellen Betreuungszielen eines Patienten (Gromann, 2002). Der IBRP zielt v. a. auf eine bessere Koordination und einrichtungsübergreifende Dokumentation sämtlicher psychiatrischer Hilfen eines Patienten, um Doppelbehandlungen durch ähnliche Versorgungsmaßnahmen zu vermeiden. Auch die Entwicklung des IBRP wurde mit dem erklärten Ziel angetreten, die Anzahl der Klinikeinweisungen zu reduzieren. Nach Einführung des IBRP in einer psychiatrischen Übergangseinrichtung in Rheinland-Pfalz zeigte sich im 9-

Monats-Vergleich vor und nach Einführung der integrierten Hilfeplanung, dass der durchschnittliche Anteil der Klinikaufenthalte an der Gesamtbelegung um etwa die Hälfte reduziert werden konnte. Als Ursache wurde vermutet, dass im Zusammenhang mit dem IBRP der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik im Vergleich zum Wohnverbund an „Attraktivität“ eingebüßt hatte.

1.4.2 Evaluation Psychiatrische Institutsambulanzen

Ende der 70er Jahre begann die Erprobung von Institutsambulanzen mit Modellvorhaben in verschiedenen Regionen Deutschlands, die vereinzelt auch vom Bundesministerium finanziert wurden (BMJFFG, 1988). Dabei wurde festgestellt, dass es sich überwiegend um atypische Ambulanzen handelte (z.B. personenbezogene Ermächtigungsambulanz; Universitäts-poliklinik) und die sehr heterogenen Befunde mit Anspruch auf Repräsentanz keine allgemeingültigen Folgerungen zuließen. Die Befundlage ist insgesamt schmal. Der Hintergrund mangelnder Forschung ist möglicherweise, dass nur ein Bruchteil des im kliniknahen ambulanten Bereich tätigen Personals auch stellenmäßig für die Ambulanzen ausgewiesen ist. Damals wie heute geht die personelle Ausstattung zu einem hohen Prozentsatz zu Lasten des stationären Bereichs. Außerdem konnten Institutsambulanzen lange nicht kostendeckend arbeiten (Egetmeyer, 1984).

Die Versorgungsforschung in diesem Bereich bezieht sich überwiegend auf beschreibende Darstellung und Qualitätsberichterstattung, wobei sich die Untersuchungen vornehmlich auf Kerngruppen der Allgemeinpsychiatrie (chronisch schizophrene Patienten, multimorbide Patienten) konzentrieren. Die Zielgruppe der Institutsambulanz wird dabei gemessen am Diagnosespektrum, am Krankheitsverlauf und den soziodemographischen Hintergrunddaten. Eine einrichtungsübergreifende Berichterstattung existiert nicht, da die Einrichtungsarten, Abrechnungssysteme sowie Kostenträger häufig nicht vergleichbar sind (Rössler & Salize, 1996).

Evaluative Untersuchungen gehen den Hypothesen nach, dass durch die Tätigkeit einer Ambulanz an einem psychiatrischen Krankenhaus die Nachsorge von Patienten gesichert wird sowie die Zahl der stationären Aufnahmen gesenkt, eine primäre Fehlplatzierung eher verhindert, die stationäre Verweildauer verkürzt und die Zahl der Rückfälle herabsetzt wird (Creutz et al., 1982). Die Bedeutung der Psychiatrischen Institutsambulanzen für die Behandlung chronisch verlaufender psychischer Störungen wird in der Literatur für

verschiedene Diagnosegruppen dargelegt. In der Behandlung von Problempatienten können Institutsambulanzen beachtliche Erfolge erzielen. Durch die Behandlung in der Institutsambulanz kann nachweislich eine Verbesserung der sozialen Integration von chronisch psychisch kranken Menschen erreicht werden (Eikelmann, 1997). Im Rahmen der Langzeitbehandlung von chronisch Schizophrenen und insbesondere für die Gruppe der jungen schizophrenen Patienten mit geringer Krankheitseinsicht und zusätzlicher Alkohol- und Drogenproblematik wird die Institutsambulanz als Versorgungsbaustein als unverzichtbar angesehen (Albers, 1998). Vorteilhaft sei die Gewährleistung eines kontinuierlichen und langfristigen Beziehungsangebotes sowie soziotherapeutische Maßnahmen, Angehörigenarbeit und Kooperationsaufgaben der für einen Patienten nützlichen Angebote im Sinne des zunehmend geforderten und oben bereits dargestellten Case-Managements. Durch eine gerontopsychiatrische Ambulanz konnte die Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten nachweislich verbessert werden (Brasseler, 1999). Ein höherer Anteil an Patienten wurde erreicht, die Zielgruppe besser versorgt. Insbesondere wird die Möglichkeit der aufsuchenden Hilfe hervorgehoben, v. a. demente Patienten konnten häufig ambulant zu Hause behandelt werden. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer verkürzte sich um 14 Tage, ohne dass es häufiger zu psychiatrisch bedingten Wiederaufnahmen kam.

Fallzahlen (Zahl der Krankenscheine in einem Quartal) können als grober Anhaltspunkt für die Leistungen einer Institutsambulanz herangezogen werden. Bezüglich der bis heute nicht ausgeräumten Befürchtung vor Aufbau eines zweiten Versorgungssystems und der Existenzgefährdung der niedergelassenen Nervenärzte werden Fallzahlen gerne für den Vergleich von Leistungsdaten mit Niedergelassenen und sozialpsychiatrischen Diensten herangezogen. Tauglich ist der Indikator jedoch nur unter genauer Definition des Versorgungsgebietes (Fälle je 100.000 Einwohner), derartige Angaben fehlen jedoch meistens. Eine Schätzung für das Jahr 2001 ging von 175.000 psychisch Kranken in Deutschland aus, die in Institutsambulanzen behandelt wurden. Fallzahlen aus über 100 Institutsambulanzen ergeben fast 340.000 Behandlungsfälle jährlich, mit im Mittel 3.000 Fällen. Große Einrichtungen kommen auf 8.000 Fälle im Jahr (Spengler, 2002, 2003). Nach den Daten von Rössler & Salize (1996) wurde in einer Erhebung von Haselbeck 1994, für die Institutsambulanzen in Deutschland ein Mittelwert von 207 Fällen pro Quartal ermittelt bei einer Variationsbreite von 50 bis 550 Patienten. Andere Autoren ermitteln eine durchschnittliche Fallzahl von 250 Personen pro Quartal. Die Fallzahl pro Quartal in

Nervenarztpraxen wird zwischen 600 und 800 Scheinen geschätzt. Berechnungen zeigen, dass 98% aller psychiatrischen Patienten in Praxen niedergelassener Nervenärzte behandelt werden und höchstens 2 – 3% aller psychiatrisch behandelten Patienten für eine Behandlung in der Institutsambulanz in Frage kommen (Egetmeyer, 1984; Bauer, 1997). Weitaus größere Bedeutung, auch für den Nachweis einer nicht-konkurrierenden Arbeitsteilung mit den Niedergelassenen, haben Angaben zu Merkmalen und Behandlungsparametern der Inanspruchnehmer von Institutsambulanzen. Sie können darüber informieren in welchem Umfang Problempatienten behandelt werden und nachweisen, dass es sich nicht um dieselbe Zielgruppe von Patienten niedergelassener Kollegen handelt.

Frühere evaluative Untersuchungen fokussieren bereits eines der gewichtigsten Argumente für die Betreibung von Institutsambulanzen - die Reduktion vollstationärer Behandlung. Eine kontinuierliche Betreuung in der Institutsambulanz ist in der Regel mit einer Verringerung vollstationärer Behandlung verbunden. Längsschnittuntersuchungen von Ambulanzpatienten belegen eine beachtliche Reduzierung an Krankenhaustagen. Darüber hinaus gibt es klare Hinweise darauf, dass in Institutsambulanzen im Vergleich zu Nervenarztpraxen häufiger chronisch schwerkranke Problempatienten behandelt werden. Diagnostisch handelt es sich vorwiegend um chronisch Schizophrene, schwer persönlichkeitsgestörte sowie chronifiziert neurotisch kranke Patienten (Creutz et al., 1982; Spengler et al. 1989; Köhler-Officerski, 1989; Kaiser et al., 1991; Lorenzen, 1991; Reisig & Engelbach, 1991; Fähndrich, 1995). An einer Stichprobe von 35 Patienten konnte drei Jahre nach Eintritt in die Institutsambulanz eine Senkung der Krankenhaustage auf 20% nachgewiesen werden (Fähndrich, 1995). Kaiser et al. (1991) bestätigen durch den Vergleich zweier Stichproben von in Nervenarztpraxen und in einer Spezialambulanz eines psychiatrischen Krankenhauses behandelten schizophrenen Patienten, dass letztere die schwerer kranken Patienten mit ungünstigeren Verläufen behandelt. Patienten der Institutsambulanz hatten ein früheres Erkrankungsalter, eine längere Krankheitsdauer sowie eine doppelt so hohe stationäre Aufnahmefrequenz und Behandlungsdauer im Vergleich zu Patienten in Nervenarztpraxen. Nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz ging die stationäre Behandlung pro Jahr signifikant zurück und war schließlich mit den Werten von Patienten in Nervenarztpraxen vergleichbar.

In einer weiteren Schizophrenie-Nachsorge-Ambulanz konnten unter kombinierter Pharmako- und Psychotherapie die stationären Aufenthaltszeiten von jährlich durchschnittlich 6,1 Wochen (ohne ersterkrankte Patienten) auf 1,7 Wochen gesenkt werden, was einer Einsparung

von 72% entspricht (Müller, 1999). Abgesehen vom 5. Jahr, in dem die Einsparung auf 50% zurückging, war der erreichte Effekt über Jahre konstant, so daß eine zeitliche Verschiebung der Hospitalisierungszeiten ausgeschlossen werden konnte.

Das Behandlungsangebot von Institutsambulanzen für den Personenkreis der Alkoholabhängigen wird in früheren Berichten als unzureichend bezeichnet und beschränkte sich in der Regel auf die Diagnosestellung und Motivation zu einer Entzugsbehandlung. (Köhler-Offierski, 1989; Lorenzen, 1991). Mittlerweile halten viele Institutsambulanzen ein speziell für diese Klientel zugeschnittenes Angebot aus Einzel- und Gruppenbehandlung vor, häufig erweitert durch aufsuchende Hilfe und Case-Management. Wissenschaftliche Untersuchungen zu speziellen Behandlungsprogrammen für chronisch Alkoholabhängige und chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke im Rahmen von Institutsambulanzen gibt es bisher nur vereinzelt. Auf das Göttinger Modell ALITA (Ehrenreich et al., 2002) wird im Verlauf dieser Arbeit Bezug genommen.

1.5 Die Psychiatrische Institutsambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

1.5.1 Arbeitsweise, Behandlungskonzept und Therapeutisches Angebot

Die fachlichen und rechtlichen Grundlagen psychiatrischer Institutsambulanzen im allgemeinen sowie ihre Einbindung in das Versorgungssystem wurden dargestellt. Im folgenden Abschnitt werden nun Arbeitsweise, Behandlungskonzept und therapeutisches Angebot beispielhaft anhand der Psychiatrischen Institutsambulanz der Tübinger Universitätsklinik beschrieben, die am 8. April 2002 in Betrieb genommen wurde.

Die Entwicklung der Ambulanz mit ihrer personellen und inhaltlichen Ausgestaltung ist Veränderungen unterworfen. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt auf der Vorstellung eines speziellen ambulanten Behandlungsangebotes für chronisch alkoholabhängige Patienten, zu dem im Rahmen dieser Arbeit erstmals evaluative Daten erhoben wurden.

Die Tübinger PIA ist formal an den stationären Bereich der Klinik angegliedert, hat jedoch eine zentrale Organisationsstruktur mit eigenen Räumlichkeiten außerhalb der psychiatrischen Klinik. Sie ist zuständig für die Versorgung des Landkreises Tübingen mit rund 212.000

Einwohnern. Die Fallzahlen lagen im Jahr 2004 bei durchschnittlich rund 350 Patienten pro Quartal.

Ein eigenes multiprofessionelles Team deckt das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie entsprechend der im Gesetz geforderten Komplexleistung ab. Es werden diagnoseübergreifend alle psychiatrischen Störungsbilder behandelt. Das Team besteht aus einer Arzthelferin (100%), die neben ihren berufsspezifischen Aufgaben für das Terminmanagement und die Abrechnung zuständig ist, einer Ärztin (75%), einer Psychologischen Psychotherapeutin (75%), einem Sozialarbeiter (50%), einem Oberarzt (30%) sowie jeweils einer Sportpädagogin und Ergotherapeutin mit je 25% der tariflichen Arbeitszeit. Aufgrund der im Verlauf zunehmenden Patientenzahlen wurde der ärztliche Dienst erweitert. Es besteht keine Subspezialisierung in Form von Spezialambulanzen. Das Team versteht sich als eine Gruppe von einander zuarbeitenden Spezialisten. Behandlungskontinuität wird dadurch gewährleistet, dass jede Profession jeweils federführend für ihre Patienten zuständig ist und je nach Bedarf und Aufgabe andere Berufsgruppen hinzuzieht. Erstaufnahmen werden grundsätzlich im Team vorgestellt und Behandlungskonzepte unter Supervision des Oberarztes diskutiert. Der Erstkontakt erfolgt zeitnah, bei Patienten aus der eigenen Klinik wird bereits während des stationären Aufenthaltes Kontakt aufgenommen. Es gibt praktisch keine Wartezeit für Erstgespräche, auch wenn es sich nicht um Nofälle handelt, ist sie nicht länger als 14 Tage. Für Nofälle bzw. unangemeldete Patienten ist an jedem Tag im Wechsel eine Kollegin zuständig. Außerhalb der Ambulanzzeiten ist der ärztliche Notdienst der Klinik für die Ambulanz-Patienten zuständig.

Neben den klassischen Gruppen, Psychosekranken mit besonderen sozialen Defiziten und nichtmotivierte Suchtkranke, werden Patienten mit schweren und chronisch neurotischen Störungen, krisenhaft verlaufenden Anpassungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen als dritte große Gruppe in der Institutsambulanz behandelt. Das sind Patienten, die durch das sonst recht dichte ambulante Versorgungsnetz niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten fallen, weil sie schwierig, unbequem und unattraktiv sind. Aufgrund häufiger Krisen verschiedenster Art, von akuter Suizidalität bis hin zu chronifizierten Partnerschaftskonflikten zeichnen sie sich durch eine hohe Inanspruchnahme der Institutsambulanz aus. Die Behandlung erfolgt hauptsächlich in Form von Einzelkontakten, die mehrheitlich im Bereich von 30 Minuten liegen, Erstgespräche auch bis zu 60 Minuten.

Angehörige werden bei Bedarf einbezogen, einige Mitarbeiter bieten feste Sprechzeiten für Angehörige an. Die Kontaktfrequenz variiert von wenigen Kontakten im Quartal über wöchentliche Termine bis hin zu täglichen Kontakten im Krisenfall. Aufgrund der Schwere der behandelten Störungen stehen begleitende und unterstützende Gespräche sowie die medikamentöse und sozialtherapeutische Behandlung im Vordergrund. Abhängig vom Störungsbild ist die Behandlung zeitweise durchaus auch konfliktzentriert, gelangt jedoch eher selten in den Bereich spezieller Psychotherapie.

Für Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung sowie Angstpatienten werden ambulante therapeutische Gruppen angeboten. Unter Verwendung des Trainingsmanuals zur Dialektisch-Behavioralen Therapie von M. Linehan (1996) wird für erstere Gruppe ein Skilltraining angeboten, in dem Fertigkeiten zum Umgang mit starken Stimmungsschwankungen sowie mit selbstschädigenden Verhaltensweisen vermittelt werden. Die Gruppe wird auf Initiative und in Kooperation mit der Spezialstation des Hauses in einem Block von jeweils 6 Sitzungen zu je 90 Minuten und begleitend zur Einzelbehandlung angeboten. Sie wird von den ärztlich/psychologischen Mitarbeitern beider Einrichtungen wechselweise durchgeführt und ist offen für alle Stationen, für die Tagesklinik und Ambulanz.

In einer Spezialsprechstunde werden Patienten mit komplexen Angst- und Zwangserkrankungen versorgt. Neben der Einzelbehandlung besteht das Angebot einer verhaltenstherapeutischen „Angstgruppe“ mit psychoedukativen Elementen, Anleitung zur Selbstbeobachtung und einer konfrontativen Phase. Andere Gruppenangebote der psychiatrischen Klinik (z.B. Psychoedukativ-kompetenzorientierte Gruppe für Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Soziales Kompetenztraining, Depressionsgruppe, Informationsgruppe „Ernährung und Bewegung“) stehen auch den Ambulanz-Patienten offen, werden jedoch aufgrund der institutionellen Hürde „Klinik“ so gut wie nicht in Anspruch genommen. Neben der traditionellen Ergotherapie mit Holzwerkstatt und handwerklichen Techniken mit anderen Materialien gibt es eine Reihe von Sport- und Bewegungsangeboten. Aktuell existieren drei Gruppenangebote von jeweils 60 Minuten mit unterschiedlichen sportlichen Schwerpunkten. Dabei werden die individuellen Voraussetzungen und Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt nach dem Motto, Bewegung soll gut tun und Spaß machen, nicht überfordern. Neben dem Sport als Kontaktangebot steht dabei grundsätzlich die körperliche Aktivierung von Patienten im Vordergrund, der Aufbau und die Verbesserung von koordinativen und konditionellen Fähigkeiten und eventuell schrittweise der Wiedererwerb

von ehemaligen sportlichen Fertigkeiten. Die Vermittlung von Arbeitsversuchen zur medizinischen Belastungserprobung und beruflichen Orientierung obliegt dem Kompetenzbereich der Ergotherapeutin. Die Zahl derjenigen Patienten, die eine berufliche Wiedereingliederung anstreben oder krankheitsbedingt eine berufliche Umorientierung planen ist jedoch, entsprechend dem Klientel der Institutsambulanz, klein.

Darüber hinaus werden durch die Tübinger PIA bisher unzureichend versorgte Sondergruppen des Landkreises wie wohnungslose psychisch Kranke sowie geistig und körperlich behinderte Menschen mit seelischen Störungen erreicht. Im Rahmen der ambulanten aufsuchenden Hilfe wird wöchentlich eine Außensprechstunde im städtischen Männerwohnheim abgehalten. Drei Behindertenwohnheime mit ca. 100 Bewohnern werden ein bis zwei Mal pro Monat konsiliarisch durch eine Fachärztin der PIA versorgt. Darüber hinaus wird wöchentlich eine Spezialsprechstunde für geistig und körperlich Behinderte mit seelischen Störungen in der Ambulanz angeboten. Eine Einrichtung der Altentagespflege (ATP) wird im monatlichen Rhythmus ebenfalls ärztlich betreut. Für türkisch sprechende Patienten kann die Tübinger Institutsambulanz seit kurzem auch eine muttersprachliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen türkischen Arzt des Hauses anbieten.

Hausbesuche erfolgen im Einzelfall wenn bereits Kontakt zum Patienten und ein Auftrag besteht. Der im wesentlichen aufsuchend arbeitende Sozialpsychiatrische Dienst deckt diesbezüglich den allgemein-psychiatrischen Bereich ab. Soziotherapie wird durch Fachärzte der PIA und Ärzte im niedergelassenen Bereich an den SpDi verordnet. In der Vergangenheit wurden vereinzelt Hausbesuche gemacht bei Patienten, die aufgrund eines gravierenden Alkoholproblems zu verwahrlosen drohten. Diese wurden vom Sozialarbeiter der PIA, unter Hinzuziehung des Gesundheitsamtes, vorgenommen.

1.5.2 Die Versorgung alkoholabhängiger Patienten: Das 100-Tage-Programm

An der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie existieren zahlreiche Behandlungsprogramme für alkoholabhängige Patienten. Sie reichen von stationären Aufenthalten zur Ausnüchterung über reine Detoxifikationen von wenigen Tagen stationärer Behandlung bis hin zu einer dreiwöchigen qualifizierten Behandlung sowie einem kombiniert stationär-ambulanten Behandlungsprogramm mit sechswöchiger stationärer Phase und anschließender einjähriger ambulanter Nachsorge. Letzteres insbesondere für Patienten mit Alkoholabhängigkeit und psychiatrischer Komorbidität. Mitte 2003 wurde das Angebot der hiesigen Klinik um die qualifizierte ambulante Entgiftung (QAE) erweitert, diese befindet sich derzeit noch in der Erprobungsphase. Die Aufgabe der Institutsambulanz liegt zum einen in einer dreiwöchigen alkoholismusspezifischen verhaltenstherapeutischen Weiterbehandlung von Patienten der qualifizierten ambulanten Entgiftung und soll die Motivation bzw. Vermittlung in eine längerfristige Entwöhnungstherapie unterstützen. Zum anderen bietet die Institutsambulanz das sogenannte 100-Tage-Programm zur Abstinenzsicherung für Alkoholabhängige mit chronisch rezidivierendem Verlauf sowie für chronisch mehrfachbeeinträchtigte alkoholabhängige Patienten an. Im Rahmen dieser Arbeit wurden Praktikabilität und Effizienz des 100-Tage-Programms untersucht.

Die Versorgungssituation im traditionellen Suchthilfekrankensystem

Die Prävalenz alkoholbezogener Störungen beträgt nach aktuellen epidemiologischen Untersuchungen 4,3 Millionen Menschen, davon 1,6 Millionen mit einer manifesten Abhängigkeitserkrankung (DHS, 2003; Mann 2002). Alkoholabhängigkeit ist eine zur Chronifizierung neigende Erkrankung, deren volkswirtschaftliche Kosten und Schäden jährlich auf mindestens 20 Milliarden Euro geschätzt werden (Soyka, 2004).

Die Standardbehandlung im traditionellen Suchtkrankenhilfesystem ist wesentlich geprägt durch die Vorgabe von Kosten- und Leistungsträgern. Die übliche Behandlungskette besteht aus Entgiftung, Beratung, Entwöhnungsbehandlung und Nachsorge. Bis Anfang der 90er Jahre dominierten stationäre Behandlungen, die Alkoholismusbehandlung der letzten Jahre ist gekennzeichnet durch die Entwicklung und den Ausbau ambulanter Angebote. Entgegen der bisherigen Praxis wohnortferner stationärer langfristiger Therapieangebote zeigt sich ein deutlicher Trend zu regionalen, wohnortnahen Angeboten mit kurzfristigen stationären/teilstationären Programmen und einer integrierten ambulanten Weiterbetreuung. Eine der

wichtigsten Entwicklungen war die ambulante Entwöhnungsbehandlung sowie die qualifizierte ambulante Entgiftungsbehandlung (Mundle et al. 2001; Soyka et al., 2001b).

Wenngleich auch ein leichter Anstieg der Erreichbarkeitsquote von Alkoholabhängigen in den letzten Jahren zu verzeichnen ist, hat sich nicht viel daran geändert, dass über 90% der alkoholabhängigen Personen/Behandlungsbedürftigen in Deutschland vom suchtspezifischen Versorgungssystem nicht erreicht werden (Wienberg, 2001a). Die überwiegende Mehrheit wird, wenn überhaupt, stationär in Allgemeinkrankenhäusern behandelt, nur rund 3,6% aller Betroffenen wird pro Jahr in psychiatrischen Kliniken aufgenommen (Wienberg, 2001b). Allerdings machen die Aufnahmen im Suchtbereich an psychiatrischen Kliniken einen großen Teil des Klientels aus, der Anteil an Aufnahmen Alkoholkranker liegt bei 30-40% (DGPPN, 1997). An der Psychiatrischen Klinik Tübingen erreicht der Anteil an Patienten mit Suchtdiagnose 35-40% aller stationären Aufnahmen der Klinik im Jahr. Die Starrheit und Schematik der Suchthilfeversorgung wird von der Mehrheit der im Suchtbereich Tätigen kritisiert, da das Angebot dem vielfältigen Erscheinungsbild der Alkoholkrankheit nicht gerecht wird. Beispielsweise ist die „Schnittstellenproblematik“ vielfach ungelöst: beim Übergang von der Entgiftungsphase in die Nachsorge gehen viele Patienten „verloren“, stationäre Entgiftungsbehandlung und ambulante Entwöhnungsbehandlung werden häufig unabhängig voneinander eingeleitet. Ein Teil der Patienten kann die Schwelle des Überwechselns in die nächste Behandlungseinheit nicht überwinden. Burtscheidt et al. (2001a) berichten von über 50% Abbrechern, gerade im Übergang von der stationären Entzugsbehandlung in die ambulante Behandlung und in den ersten Wochen der ambulanten Therapie. Stetter et al. (1997) berichten von fast einem Viertel der Patienten (22%) die nach qualifizierter stationärer Entzugsbehandlung in der Wartezeit bis zum Beginn der Entwöhnungsbehandlung rückfällig wurden.

Der Anteil chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (CMA-Patienten) an der Gesamtbevölkerung wird auf 0,5% geschätzt, bei insgesamt ca. 4% Suchtkranken in Deutschland (BMJFFG, 1988; Wienberg, 1994; Längle, 2001). Das sind ca. 400.000 Menschen in Deutschland bzw. 500 Personen pro 100.000 Einwohner einer Region. Der Begriff „CMA“ beschreibt chronisch suchtkranke Menschen, die zusätzlich zur Substanzabhängigkeit unter schweren persistierenden psychischen, körperlichen und sozialen Beschwerden leiden (Wagner et al., 2003). Hohe Anforderungen stellt beispielsweise die Gruppe der Wohnungslosen mit multiplen Problemen und einem hohen Anteil an

alleinstehenden Personen mit Alkoholabhängigkeit. In Übereinstimmung mit anderen Studien im europäischen und angloamerikanischen Raum sind die Ergebnisse zur Prävalenz psychiatrischer Störungen einer Vollerhebung an obdachlosen und wohnungslosen Männern der Stadt Tübingen: 78% waren alleinstehend, 74% erfüllten die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit, bei 67% der Personen lag mindestens eine komorbide psychiatrische Störung vor (Längle et al., 2004). Zur Beschreibung von CMA-Patienten existieren verschiedene Definitionsvorschläge und Checklisten (z.B. Expertenkommission der Bundesregierung, 1988; Arbeitsgruppe CMA des Bundesministeriums für Gesundheit 1999; Wienberg, 1994; Braunschweiger Merkmalsliste Hilge & Schulz, 1999). In der Fachdiskussion bestehen zum Teil erhebliche Differenzen bei den Begrifflichkeiten und Beschreibungsmerkmalen von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen. Zum Umfang der Gruppe gibt es kaum Daten. Der empirische Forschungsstand ist schmal und widersprüchlich.

Für Patienten mit psychiatrischer Komorbidität gibt es kaum stationäre und nur vereinzelt ambulante Angebote zur Entwöhnungsbehandlung (Driessen, 1999). Bei 30% - 50% der alkoholabhängigen Personen liegt neben den Alkoholproblemen eine behandlungsbedürftige psychische Störung vor (Jung, 1998). Vorherrschende psychiatrische Komorbiditäten von alkoholkranken Patienten sind Angsterkrankungen, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Als häufigste komorbide Persönlichkeitsstörung werden die antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung genannt. Die Komorbiditätsraten von Sucht und Persönlichkeitsstörungen werden zwischen 30 - 75% geschätzt, bei einer Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung zwischen 10 bis 15%. Insgesamt zeigt sich in Untersuchungen, dass Patienten mit Abhängigkeitssyndrom in der stationären psychiatrischen Entzugsbehandlung durch psychische Störungen, soziale Probleme, neurologische und andere somatische Erkrankungen hoch belastet sind. In einer Multicenterstudie an 22 psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland wiesen 85% der Patienten mit Abhängigkeitssyndrom aller psychotropen Substanzen eine psychische Störung auf. Zahlenmäßig am größten war die Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, auch bei den substanzbedingten Störungen dominierten die Persönlichkeitsstörungen (Müller-Mohnssen et al., 2002).

Die Zielgruppe der traditionellen suchtspezifischen Versorgungsangebote sind Alkoholiker mit guter sozialer Integration und ohne psychiatrische Komorbiditäten und von daher

prognostisch günstigen Verläufen. Voraussetzung für eine ambulante Entwöhnungsbehandlung sind gemäß den Richtlinien ein intaktes soziales Umfeld, Bereitschaft und Fähigkeit zur Suchtmittelabstinenz, ausreichende berufliche Integration und eine stabile Wohnsituation (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, 2001). Die hohe Zugangsschwelle selektiert Patienten: Evaluationen ambulanter suchtspezifischer Therapien basieren auf einem stark selektierten Klientel, nämlich den sozial noch weitgehend integrierten Patienten, die von der Behandlung profitieren können (Mann & Batra, 1993; Mundle et al., 2001). Wienberg (2001a) bemängelt, dass die Schwelle zum Hilfesystem durch das Konzept der „Motivation“ relativ hoch angesetzt ist. Für eine Behandlung wird Krankheitseinsicht und Therapiemotivation vorausgesetzt. Als Kriterium für ausreichende Motivation gilt der Abstinenzwunsch des Patienten und die Bereitschaft, sich den Verfahrensschritten bis hin zu einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen bzw. aktiv daran mitzuwirken. Daraus resultiert, dass für eine Reihe von Patienten mit Hilfebedarf geeignete Versorgungsstrukturen fehlen. Unversorgt bleiben Patienten, die nicht dauerhaft abstinenzfähig oder abstinenzwillig sind. Schwierige Patienten, die sich nur schlecht den vorgegebenen Strukturen anpassen, die im Umgang reizbar und leicht kränkbar sind. Ein adäquates Angebot fehlt für die chronisch Alkoholkranken mit ungünstigem Krankheits- und Behandlungsverlauf und mit hoher Rückfallwahrscheinlichkeit, deren Kennzeichen gerade das Unvermögen ist, Abstinenz einzuhalten. Ebenso für die Gruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten (CMA-) Patienten, die sich durch ausgeprägte Alkoholfolgeschäden körperlicher Art, psychiatrische Komorbiditäten und eine schlechte soziale Integration auszeichnen, die Probleme mit dem Setting einer Entgiftungsstation haben und stationäre Behandlungen meist vorzeitig abbrechen. Die Frage des Behandlungsparadigmas und der Behandlungsvoraussetzungen in Richtung Abstinenz hat aber insbesondere für diese Gruppe der Abhängigkeitskranken Bedeutung. Die undifferenzierte Forderung nach dem Ziel „lebenslange Abstinenz“ wird der Psychopathologie der Klientel und der Schwere ihrer Abhängigkeit nicht gerecht (Längle, 2001). Mit der Frage der Motivation ist das Konzept der „Niedrigschwelligkeit“ verknüpft. „Niederschwelligkeit“ in der Suchtbehandlung zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass in der Hierarchie der Interventionsziele nicht die Artikulation des Abstinenzwunsches Voraussetzung und die abstinente Lebensweise unmittelbares Ziel der Behandlung ist. Heilung ist bei einer chronischen Erkrankung wie dem Alkoholismus nur in Ausnahmefällen zu erwarten, so daß Therapieziele wie Sicherung des Überlebens und Schadensbegrenzung an Bedeutung gewinnen. Schwoon (1992) hält es für problematisch, die

„Motivation“ eines Patienten, global durch die Tatsache des Therapiebeginns zu operationalisieren. Entsprechend propagiert er ein Gesamtspektrum von Interventionszielen, in dem Teilziele, die sich an der momentanen Situation des Patienten orientieren und individuell erreichbar sind, als notwendiger Schritt in einem längerfristigen Prozess angesehen werden. Die einseitige Orientierung auf Abstinenz müsste durch eine Hierarchie von prinzipiell gleichwertigen Interventionszielen ersetzt werden. Solche Therapieziele sind: Sicherung des Überlebens im Sinne einer Akutversorgung bei somatischen Problemen, Verhinderung schwerer körperlicher Folgeschäden, Verhinderung sozialer Desintegration, Aufbau alkoholfreier Phasen, Einsicht in die Grunderkrankung, Akzeptanz des eigenen Behandlungsbedarfs, Akzeptanz des Abstinenzziels, konstruktive Bearbeitung von Rückfällen und „Selbsthilfe“ im Sinne der Übernahme von Verantwortung für die eigenen Gesundheit (Schwoon, 1992; Wienberg 1994; Feuerlein et al 1998; DHS 2000). Das Erreichen einer stabilen Abstinenz- und Therapiemotivation ist auch hier das zentrale Behandlungsziel, der Motivationsprozess bzw. die Förderung von Behandlungsbereitschaft ist jedoch Teil der Behandlung und nicht Voraussetzung. In diesem Zusammenhang sei auch die Diskussion um die Annahme, ein Rückfall sei immer Ausdruck mangelnder Behandlungsbereitschaft, genannt. Forschungsergebnisse bestätigen das nicht. Patienten, die trotz Rückfall in Behandlung blieben, hatten keine schlechteren Therapieerfolge als Patienten ohne Rückfall (Küfner & Feuerlein, 1989). Angesichts dieser Überlegungen gewinnt das Konzept der Schadensbegrenzung, die sogenannte *Harm-Reduction-Strategie* an Bedeutung. Sie wird in der niederschweligen Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger bereits erfolgreich praktiziert und der chronischen Verlaufsform des Alkoholismus besser gerecht (Kuhlmann, 2001; Mann, 2002). Harm reduction zielt auf eine Reduktion des Alkoholkonsums, im Sinne eines „gesundheitsverträglicheren Trinkens“ und mit dem Ziel, einer weiteren Verschlechterung körperlicher Folgeschäden, psychischer Beeinträchtigungen und sozialer Desintegration entgegenzuwirken. Es sei darauf hingewiesen, dass der Ansatz nicht im pro und contra Abstinenz vs Konsum liegt und keine Möglichkeiten zum reduzierten Konsum in Form des kontrollierten bzw. disziplinierten Trinkens vermittelt werden sollen. Das Konzept orientiert sich an den Störungen, Bedürfnissen und an den Ressourcen Alkoholabhängiger mit chronischem Krankheitsverlauf. Insbesondere für die nicht abstinenzwilligen Patienten oder solche mit mehrheitlich erfolglosen Abstinenzversuchen und daraus resultierender geringer Abstinenzzuversicht wird dieses Konzept als ein erster Schritt zum Ausstieg aus der Sucht bzw. zum Einstieg in das Hilfesystem gesehen. Das bedeutet, neben einem Umdenken bei den

Behandlungszielen, auch die Erfolgskriterien über die traditionellen Erfolgsparameter (Abstinenzkriterium) hinaus, zu erweitern. Wenn die Behandlung bei einem chronisch Alkoholkranken beispielsweise zu einer Reduktion der Trinkmenge führt oder die Dauer der Rückfälle verkürzt werden kann, so sollte das als therapeutischer Fortschritt gewertet werden (Soyka et al., 2001a).

Auch die stationäre psychiatrische Situation spiegelt das Problem der Suchtversorgung wider. Die stationäre psychiatrische Akutbehandlung von alkoholabhängigen Patienten ist gekennzeichnet durch sinkende Behandlungsdauern einerseits und eine Zunahme von Wiederaufnahmen andererseits. Im Vergleich zu Rehabilitationskliniken wurde nachgewiesen, dass die in psychiatrischer Versorgung behandelten Alkoholabhängigen überdurchschnittlich schwere Beeinträchtigungen gerade auch im psychosozialen Bereich aufweisen (Wienberg et al., 1993; Richter et al., 2002). Zumindest für eine Teilgruppe der Alkoholabhängigen, den chronisch und mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken, gehört die „Drehtürpsychiatrie“ zur Normalität. Die Psychiatrie behandelt also immer mehr auch schwer Kranke in immer kürzerer Zeit, die immer häufiger zur Wiederaufnahme kommen (Wienberg, 2001b). Die Frequenz ihrer Wiederaufnahmen muß jedoch eher als Ausdruck von Bedürftigkeit, Hilflosigkeit und Perspektivlosigkeit gesehen werden.

Aus der hier dargestellten Situation resultiert zum einen die Forderung nach Intensivierung der Behandlung gerade in der ersten Phase der ambulanten Behandlung bzw. in der Wartezeit bis zum Antritt einer Entwöhnungsbehandlung. Zum anderen die Entwicklung spezifischer Therapieangebote für besonders gefährdete Patienten mit zusätzlicher Belastung wie z.B. komorbiden psychischen Störungen. Gefordert wird neben einem integrierten regionalen, vernetzten Behandlungsangebot die Entwicklung differenzierter Versorgungsangebote, welche die Bedürfnisse von Patienten berücksichtigen und sich an der Schwere und dem Stadium der Abhängigkeit orientieren. Das Tübinger Modell einer kombinierten stationär-ambulanten Behandlung für Patienten mit Doppeldiagnosen ist ein Beispiel für solche integrativen Behandlungskonzepte (Mann & Mundle, 1997; Mann, 2002).

Unter den Bedingungen der regionalen Pflichtversorgung ist die Psychiatrische Universitätsklinik Tübingen zur gemeindenahen Patientenversorgung verpflichtet und auch in der Suchtbehandlung mit einem nicht selektierten Patienten Klientel konfrontiert. Es ist davon auszugehen, dass in einem psychiatrischen Krankenhaus mit regionalem Versorgungsauftrag gerade auch die psychisch besonders schwer gestörten Abhängigkeitskranken zu sehen sind.

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Defizite in der klassischen Suchtkrankenhilfe, insbesondere bezüglich der Ausgrenzung chronisch kranker und mehrfach geschädigter Suchtkranker aus ambulanten Nachsorgeangeboten, der Orientierung an Behandlungsbereitschaft und Abstinenzmotivation als Voraussetzung für eine Behandlung sowie Defiziten in der Kooperation und Koordination der an der Versorgung beteiligten Einrichtungen, soll das Behandlungsangebot der Institutsambulanz eine Lücke in der Versorgung der chronisch Abhängigkeitskranken schließen. Die Psychiatrische Institutsambulanz, deren Versorgungsauftrag gerade diese Zielgruppe miteinschließt, hat die Möglichkeit und die gesetzliche Grundlage, das Feld der ambulanten psychiatrischen Suchtkrankenhilfe im Blick auf die o. g. unversorgten Gruppen auszuweiten (Wienberg, 2001b). In der Umsetzungsvereinbarung gemäß §118 Abs.2 SGB V werden unter den Krankheiten mit chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf, für die eine Indikation zur langfristigen, kontinuierlichen Behandlung besteht, explizit Suchtkrankheiten mit Komorbidität genannt.

Innovative Konzepte zur ambulanten Langzeitbehandlung von schwer und chronisch alkoholabhängigen Patienten gibt es bisher nur vereinzelt. Das Göttinger Modell ALITA, welches an einer Fachambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen durchgeführt wurde, ist solch ein Versuch in Richtung einer intensiven ambulanten Behandlung chronisch Alkoholabhängiger. ALITA ist ein sich über 2 Jahre erstreckendes mit hohem Therapieaufwand durchgeführtes Behandlungsprogramm, eine ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke, welche sich an die stationäre Entgiftung anschließt (Ehrenreich et al., 1997, 2000, 2002). Primäre Ziele sind eine stabile Abstinenz sowie der sofortige Beginn der sozialen Wiedereingliederung. Im Mittelpunkt der Behandlung stehen tägliche hochfrequente Kurzgespräche, die sofortige Förderung der sozialen Integration, Schaffung einer Alkohol-Unverträglichkeit durch die Einnahme von Aversiva sowie regelmäßige Urinuntersuchungen auf Alkohol.

Im Rahmen der Implementierung der Tübinger Institutsambulanz wurde von den Mitarbeitenden die Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Augsburg besucht. Dort wurde in der Fachambulanz für Alkoholabhängige im Rahmen der Nachbehandlung von Alkoholkranken ein sogenanntes 100-Tage-Programm mit täglichen Atemalkoholanalysen

einschließlich eines Trinktagebuchs und einer Urkunde für die erfolgreiche Teilnahme angeboten.

Angesichts von Praktikabilität und Realisierungsbedingungen, nämlich Durchführbarkeit und Finanzierbarkeit im Rahmen der Tübinger Institutsambulanz, und orientiert an der Individualität der Gruppe chronisch Suchtkranker, wurde dieses sogenannte 100-Tage-Programm von den Mitarbeitenden der Tübinger Ambulanz ausgestaltet. Das Konzept wird im folgenden Kapitel vorgestellt und wurde im Rahmen dieser Arbeit erstmals von der Autorin ausgearbeitet und schriftlich fixiert. Wissenschaftliche Daten zum 100-Tage-Programm liegen bisher nicht vor.

Konzept und Indikation

Das 100-Tage-Programm ist ein gemeindeorientiertes ambulantes niederschwelliges Behandlungsangebot zur kurz-, mittel- und langfristigen Behandlung von chronisch-rezidivierenden Alkoholkranken bzw. chronisch mehrfachbeeinträchtigten alkoholabhängigen (CMA-) Patienten. Es wird in der Psychiatrischen Institutsambulanz angeboten und in Zusammenarbeit mit der Entgiftungsstation der Klinik durchgeführt. Zur Zielgruppe gehören chronisch alkoholkrane Patienten, für die klassische Behandlungskonzepte, z.B. Entwöhnungsbehandlung in einer wohnortfernen Suchtfachklinik mit Reha-Antrag und Wartezeit nicht in Betracht kommen. Patienten, mit vielfachen Entgiftungsbehandlungen, gescheiterten Entwöhnungsbehandlungen und hoher Inanspruchnahme des Hilfesystems, die von den bisherigen Behandlungen nicht ausreichend profitieren konnten. Psychosozial desintegrierte Patienten, mit komorbiden psychischen Störungen, Patienten mit geringer Motivation, bei denen das Abstinenzziel nur sehr ambivalent vorhanden ist. Da bei den chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken eine dauerhafte oder auch vorübergehende Abstinenz häufig nur schwer erreicht werden kann, steht zunächst die Stabilisierung des Patienten im Vordergrund bzw. die Verhinderung einer Verschlechterung des somatischen und psychischen Zustandes. Ziel ist es, Veränderungsbereitschaft zu fördern ohne jedoch zu überfordern. Das Angebot dient der Unterstützung zur abstinenten Lebensweise, zur Verlängerung der Abstinenzphasen und der Hinführung in die Regelversorgung der Suchtkrankenhilfe.

Integriert ist das Behandlungskonzept in ein Versorgungsnetz, bestehend aus alkoholspezifischen Behandlungsangeboten der Klinik und Kooperationspartnern der Region.

Im einzelnen sind das folgende:

- ▶ Spezialstation der Psychiatrischen Klinik zur qualifizierten Entzugs- und Motivationsbehandlung für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten
- ▶ Station der Psychiatrischen Klinik zur qualifizierten Entzugs- und Motivationsbehandlung speziell von Patienten, die neben ihrer Abhängigkeitserkrankung weitere behandlungsbedürftige psychiatrischen Störungen aufweisen. An die sechswöchige Kurzzeitentwöhnungstherapie schließt sich eine einjährige ambulante Nachsorgephase mit wöchentlichen Gruppenterminen an.
- ▶ Qualifizierte niederschwellig arbeitende Drogenentgiftungsstation der Psychiatrischen Klinik
- ▶ Niedergelassene Ärzte des Landkreises
- ▶ Psychosoziale Beratungs- u. ambulante Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke (PSB). Neben der Beratung werden Patienten hier v. a. im Antragsverfahren für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung unterstützt, in ambulante Therapien vermittelt oder nehmen an den eigenen Nachsorgeangeboten der Suchtberatungsstelle teil.
- ▶ Allgemein-medizinische Kliniken, die nach Notfallbehandlungen die Patienten verlegen.
- ▶ Sozialdienst im Rahmen der Außensprechstunde im Männerwohnheim (städtische Unterkunft) sowie Kooperation mit den Diensten der Wohnungslosenhilfe.
- ▶ Städtisches Sozialamt, Landratsamt, Gesundheitsamt der Stadt
- ▶ Speziell im Bereich der Wiedereingliederung von chronisch Abhängigkeitskranken und unter der Gesamtverantwortung der Universitätsklinik ist eine Wohneinrichtung für CMA-Patienten im Landkreis Tübingen geplant (Längle et al., 2001). Ein entsprechender Vertrag mit einem Diakonischen Träger wurde Anfang 2002 unterzeichnet.

Das Konzept des 100-Tage-Programms beruht auf keiner spezifischen Therapieintervention. Es ist keine Entwöhnungsbehandlung, Grundlage ist vielmehr ein Stabilisierungskonzept. Entscheidende Komponenten sind Niederschwelligkeit, ein konsequent strukturiertes Setting sowie Individualität der Strategien im Umgang mit den Suchtpatienten. Das Behandlungskonzept basiert auf dem Prinzip einer minimalen aber hochfrequenten und langfristigen kontinuierlichen Behandlung. Es besteht aus einer unspezifischen stützenden ambulanten Minimalintervention in Form von supportiven täglichen Kurzkontakten mit hoher

Verbindlichkeit. Die Behandlungsform richtet sich nach dem hohen Schweregrad der hier fokussierten Abhängigkeitskranken, entsprechend dem Prinzip, „Je schwerer die Probleme, desto intensiver die Behandlung“. Eine neuere Metaanalyse von Berglund und Mitarbeitern (2003) zeigt auf, dass für die Gruppe von chronisch Alkoholkranken mit psychiatrischer Komorbidität und sozialer Entwurzelung längere und intensivere Therapien wirksamer sind. Im Mittelpunkt steht die Beurteilung der Abstinenz in Form von Messungen der Atemalkoholkonzentration (AAK). Theoretische Grundlage des Vorgehens bilden die auch sonst in der Therapie stoffgebundener Abhängigkeiten eingesetzten verhaltenstherapeutischen Prinzipien der Selbstkontrolle und Verstärkung, (Kanfer et al., 1991; Batra, 2000). Das Programmziel von „100 Tagen Abstinenz“ erschien angesichts der hohen Rückfallquote in den ersten 3 Monaten nach stationärer Entlassung sinnvoll (s. 4.2). Die Behandlungsdauer ist unbefristet und orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Zielen eines Patienten. Im folgenden sind die einzelnen Behandlungsbausteine aufgeführt:

► **hochfrequente Kurzgesprächskontakte**

Strukturierte, die „Anbindung“ sichernde, supportive, wenig fordernde Kurzgespräche an sieben Tagen in der Woche mit einer Dauer von durchschnittlich 10 Minuten. Die Gesprächsinhalte sind nicht manualisiert, sondern orientieren sich am Bedarf des Patienten. Positive Werte in der Atemkoholanalyse werden thematisiert. Die gezielte Rückfallprophylaxe und individuelle Aufarbeitung von Rückfällen gehören wie sonst auch in der Alkoholtherapie zum Standardprogramm der Behandlung. Neben der täglichen Sprechstundenzeit können bei krisenhaften Zuspitzungen und in Belastungssituationen zusätzlich Einzelgespräche vereinbart werden. Die täglichen Termine fördern die Tagesstruktur und wirken entlastend, Patienten können „ihr Alkoholproblem in der Ambulanz lassen“.

► **Überprüfung der Abstinenz**

Bestimmung der Atemalkoholkonzentration (AAK) mittels Alcomat zum Nachweis der Abstinenz. Die Dokumentation der täglichen Messungen erfolgt kontinuierlich in einem überschaubaren und leicht verständlichen Trinktagebuch, welches der Patient mit sich führt. Dadurch werden Selbstbeobachtung (Selbstüberwachung) und Übernahme von Verantwortung gefördert. Das Tagebuch dient zusätzlich der Beobachtung des Trinkdrucks und des subjektiven Befindens, die auf einer Skala von 0 - 10 bewertet werden sowie der Dokumentation anderer abstinenzfördernder Massnahmen (Selbsthilfegruppe, Suchtberatungsstelle, Entgiftung, Arztbesuch). Darüber hinaus dient die AAK als Feedback-Instrument, d.h.

der Patient erhält eine anschauliche und objektive Rückmeldung über seine kurzfristigen Erfolge der Abstinenzhaltung. Im Sinne der Selbstverstärkung soll das den Patienten motivieren, die Anzahl abstinenter Tage zu erhöhen. Verhaltenstherapeutisch ist davon auszugehen, dass bereits der Prozess der Selbstbeobachtung an sich Auswirkungen auf das Verhalten hat und zu einer Reduktion möglicher Abstinenzverletzungen führt (Reaktivität). Eine Verletzung der Abstinenz führt nicht zum Ausschluss aus der Behandlung sondern ist Anlass, Patienten zu motivieren, umgehend zur Abstinenz zurückzukehren.

► **Positive Verstärkung**

Das Erreichen von Zwischenzielen auf dem Weg zu einer dauerhaften Abstinenz vermittelt Erfolgserlebnisse. Belohnenden Charakter hat das Aushändigen einer Urkunde für jede erfolgreich abgeschlossene Stufe von 100 Tagen Abstinenz.

► **Förderung der Compliance** durch aktive Kontaktaufnahme

Bei nicht Erscheinen bzw. unentschuldigtem Fernbleiben erfolgt seitens der Behandler eine aktive Kontaktaufnahme in Form von Telefonanrufen, eventuell Briefen.

► **Psychiatrische Krisenintervention** bei Rückfallgefahr und in Belastungssituationen

D.h. aufsuchende Hilfe, auch in Form von Hausbesuchen, zur sofortigen Beendigung beginnender Rückfälle bzw. Verhinderung drohender Rückfälle. Motivation des Patienten, umgehend zur Abstinenz zurückzukehren und das Programm fortzusetzen. Auch eine rasche stationäre Aufnahme zur Krisenintervention als „Auszeit“ kann einen schweren Rückfall verhindern.

► **Soziale Reintegration**

Sozialberatung und aktive Hilfe bei Problemen mit Angehörigen, mit Behörden, bei juristischen oder finanziellen Angelegenheiten. Unterstützung bei der Wohnungssuche und eventuell bei beruflichem Wiedereinstieg. Durch die Teilnahme am Programm werden zudem Tagesstruktur und Kontaktgestaltung gefördert.

► **Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung** bei psychiatrischer Komorbidität

Patienten, die neben ihrer Abhängigkeitserkrankung an einer weiteren psychiatrischen Erkrankung leiden, können zusätzlich ärztlich/psychologisch behandelt werden. Im Vordergrund stehen dabei depressive Störungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Angststörungen, in geringerem Maße kompensierte Psychosen. Gegebenenfalls erfolgt eine begleitende psychopharmakologische Therapie.

Die Indikationskriterien beruhen nicht auf empirischer Basis, sind jedoch z. Zt. Grundlage für die Entscheidung zur Teilnahme am 100-Tage-Programm. Die Entscheidung für eine Teilnahme am 100-Tage-Programm erfolgt im Rahmen der stationären Behandlung oder bei ambulanter Zuweisung im Vorgespräch und orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten.

Indikationsfeld:

- ▶ Wenn eine suchtspezifische Therapie nicht in Frage kommt, ein Patient eine Entwöhnungsbehandlung ablehnt oder das Kontingent an Therapiemaßnahmen hinsichtlich der Kostenübernahme ausgeschöpft ist, der Patient jedoch langfristig abstinent bleiben möchte.
- ▶ Eine Indikation besteht insbesondere für Patienten, die das Therapieziel einer längerfristigen Abstinenz nicht erreichen können. Gemeint sind hier v. a. CMA-Patienten, mit einer Vielzahl an gescheiterten Entwöhnungsbehandlungen, die gering motiviert sind und voraussichtlich nicht einmal in der Lage, 100 Tage Teilnahme durchzuhalten. Hier soll die Behandlung der Stabilisierung des somatischen und psychischen Allgemeinzustandes dienen und eine weitere Verschlechterung der in der Regel chronisch progredienten Alkoholkrankung verhindern. Für schwer alkoholranke Patienten kann es ein erster Schritt sein, zumindest eine gewisse Zeit „trocken“ zu bleiben, Trinktage oder Trinkmenge zu reduzieren sowie Dauer und Schwere der Rückfälle zu verkürzen.
- ▶ Bei hoher Ambivalenz oder Widerstand gegenüber einer längerfristigen Therapie, zur Förderung der Behandlungsbereitschaft und als niederschwellige motivationsstützende Einleitung einer weiterführenden (stationären) Entwöhnungsbehandlung.
- ▶ Wenn Patienten während des Antragsverfahrens für eine Entwöhnungsbehandlung unterstützt werden möchten bzw. die Zeit bis zum Antritt der weiterführenden Therapie überbrücken müssen.
- ▶ Zur Gewährleistung der Abstinenz bei Patienten in ambulanter Entwöhnung der örtlichen Suchtberatungsstelle oder in ambulanter Nachbetreuung der Sucht-Spezialstation der Psychiatrischen Klinik.

Praktische Durchführung des Behandlungsprogramms

▶ Stationäre Entgiftungsbehandlung

Eine stationäre Entgiftung ist nicht Voraussetzung für eine Teilnahme, jedoch haben die bisherigen Erfahrungen gezeigt, dass sich eine vorgeschaltete stationäre Entgiftungs- und Motivationsbehandlung günstig auf das Gelingen des 100-Tage-Programms auswirkt.

Patienten für die eine Indikation zum 100-Tage-Programm besteht, werden bereits während der Entgiftungsbehandlung vom Sozialarbeiter der Institutsambulanz aufgesucht und zu einer Teilnahme motiviert. Bei Antritt des 100-Tage-Programms sind die Patienten dann bereits 2-3 Wochen abstinent und haben mehr Distanz zu ihrer Abhängigkeitsproblematik. Die allgemeine und spezielle Suchtdiagnostik einschließlich psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und ggf. testpsychologischer sowie bildgebend-apparativer Zusatzuntersuchungen ist bereits durch die Station erfolgt. Motivierenden Charakter hat auch die psychosoziale Dimension, im Sinne der Kontaktgestaltung und der damit verbundenen Wertschätzung der Patienten untereinander. Häufig bilden sich Gruppen von Patienten, die sich von der stationären Behandlung her kennen und in der Institutsambulanz wiedertreffen. Der ein oder andere Patient ist möglicherweise in desolatem Zustand stationär eingewiesen worden und kann nun seinen Abstinenzwillen und die damit verbundenen Fortschritte zeigen.

► Ambulante Phase in drei Stufen zu jeweils 100 Tagen

Stufe 1: tägliche Kurzkontakte mit Messung der Atemalkoholkonzentration an sieben Tagen in der Woche über den Zeitraum von 100 Tagen

Stufe 2: Reduktion der Kontaktfrequenz auf 3 - 4 Kontakte/ Kontrollen pro Woche

Stufe 3: Reduktion der Kontaktfrequenz auf 1-2 Kontakte/ Kontrollen pro Woche

Weitere Stufen oder auch das Erreichen der „Einjahresmarke“ (365 Tage abstinent) werden individuell geplant. Die Stufen bauen zwar aufeinander auf, können jedoch hinsichtlich der Frequenz flexibel modifiziert werden. Nicht selten ist es notwendig, dass Patienten auch die zweiten 100-Tage täglich vorstellig sind. Die Teilnahme ist zeitlich nicht begrenzt. Ist eine Entwöhnungsbehandlung geplant, so legt der Antritt der weiterführenden Therapie das Ende der Teilnahme fest, ansonsten entscheidet der Patient in Absprache mit den Behandlern, wann er die Teilnahme beenden möchte. Scheitert der Übergang in eine stationäre oder ambulante Entwöhnungsbehandlung aufgrund von Rückfälligkeit, besteht die Möglichkeit der Weiterbehandlung in der Institutsambulanz mit erneuter Aufnahme des 100-Tage-Programms.

Neben dem „klassischen“ 100-Tage-Programm ist im sogenannten „Basisprogramm“ ein variables Zeitpensum unterhalb der Marke von 100 Tagen möglich. Das Basisprogramm verfolgt verschiedene Ziele: Überbrückung bis zum Beginn einer stationären oder ambulanten Entwöhnungsbehandlung; Gewährleistung der Abstinenz von Patienten, die sich in anderweitiger Behandlung befinden, oder Patienten, die nach Beendigung eines Durchgangs noch eine Zeit zur Kontrolle kommen möchten, jedoch nicht im Umfang von 100 Tagen. Das

Basisprogramm wird außerdem eingesetzt bei Patienten mit hoher Rückfallwahrscheinlichkeit, bei denen das Erreichen von 100 Tagen Abstinenz aufgrund der Vorgeschichte kaum wahrscheinlich scheint.

Für die Behandlung zuständig ist ein Team bestehend aus supervidierendem Oberarzt, Arzthelferin, Sozialarbeiter und Psychologischer Psychotherapeutin der Institutsambulanz sowie Fachpflegekräften der Suchtstationen. Die täglichen Kurzkontakte finden in einem festen Zeitkorridor von 1,5 Stunden statt, wochentags in der Institutsambulanz, an den Wochenenden und Feiertags auf der Entgiftungsstation der Klinik. Im Durchschnitt nehmen 20 Patienten am Programm teil, von denen ca. 15 Patienten täglich vorstellig sind. Die o. g. Angebote der Sozialberatung und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung werden entsprechend dem individuellen Bedarf zusätzlich geplant. Die Finanzierung des 100-Tage-Programms erfolgt durch die Krankenkassen im Rahmen der Leistungen der Institutsambulanz (Pauschalvergütung). Grundvoraussetzung für eine Teilnahme ist, dass der Patient die Möglichkeit hat und zumindest soweit motiviert ist, um täglich in die Ambulanz zu kommen. Zu weite Entfernungen erhöhen die Gefahr des frühzeitigen Therapieabbruchs.

Besonderheiten des 100-Tage-Programms

- ▶ niedrige Zugangsschwelle
- ▶ qualifizierte Ausstiegshilfe
- ▶ Prinzip der gemeindenahen/ wohnortnahen Versorgung; große Alltagsnähe
- ▶ Abstinenzwunsch und eine stabile innere Motivation sind nicht Voraussetzung für die Behandlung; Verhinderung von weiterer Verschlechterung bzw. Schadensminimierung im Blick auf alkoholbedingte Folgeschäden ist mögliches Ziel.
- ▶ Patientenorientiert: kein starrer Behandlungsplan sondern individuelle Vorgehensweise mit verbindlichen Zielsetzungen (z.B. nach wiederholtem Scheitern im 100-Tage-Programm bzw. massiver Rückfälligkeit wird eine stationäre Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung eingeleitet).
- ▶ Rückfälle führen nicht zum Ausschluss aus der Behandlung. Es erfolgt kein disziplina-rischer Ausschluss wegen wiederholter Rückfälligkeit oder fehlender Krankheitseinsicht.
- ▶ Einmalige oder gelegentliche, kurzfristige Rückfälle („Ausrutscher“) müssen nicht in einem eigentlichen Rückfall enden. Es ist erwünscht, dass Patienten auch bei Rückfälligkeit in

der Ambulanz vorstellig werden, damit die Brücke zum Hilfesystem aufrechterhalten werden kann.

- ▶ Behandlung mit minimalem Aufwand; intensive jedoch zeitlich wenig aufwendige Behandlungsform; einfach zu etablieren; relativ geringer personeller Aufwand, sowie geringe Behandlungskosten.
- ▶ Unmittelbarer Behandlungsbeginn möglich, keine Wartezeiten. Vorteilhaft ist die Nähe zur Klinik, ein nahtloser Übergang von der stationären in die ambulante Weiterbetreuung und Aufnahme des 100-Tage-Programms ist möglich; ebenso umgekehrt: die direkte stationäre Aufnahme zur Rückfallbegrenzung oder –vorbeugung.
- ▶ Wohnortnahe Vernetzung/ hoher Vernetzungsgrad: Integration der in der Alkoholbehandlung tätigen regionalen Einrichtungen (Entgiftungsstation der Psychiatrischen Klinik, Kooperation mit Suchtberatungsstellen, Hausärzten, Sozialamt).
- ▶ Behandlungserfolg misst sich nicht ausschließlich an den Rückfälligkeits- und Abstinenzraten sondern auch an der „Haltequote“ und Trinkmengenreduktion. Je länger die Behandlung bzw. ein Patient am 100-Tage-Programm teilnimmt (einschließlich kurzfristiger Rückfälle), desto größer der Erfolg. Im Hinblick auf die allgemeine Gesundheitsförderung wird die Reduktion des Alkoholkonsums positiv gewertet, da sie ein geringeres Risiko für zahlreiche alkoholbedingte physische, psychische und soziale Probleme bedeutet.
- ▶ unkomplizierte psychosoziale Betreuung über Leistungen der Institutsambulanz
- ▶ günstiger Einstieg in ambulante oder stationäre Entwöhnungstherapie

2 Wissenschaftliche Zielsetzung

Im Zuge der Rahmenverhandlungen zur Einrichtung Psychiatrischer Institutsambulanzen waren seitens der Finanzträger auf Landesebene zunächst Forschungsgelder vorgesehen, um modellhaft drei Psychiatrische Institutsambulanzen in Baden-Württemberg wissenschaftlich zu evaluieren. Aufgrund beschränkter finanzieller Mittel wurde jedoch von diesem Vorhaben abgesehen. Daraufhin wurde auf Initiative des mit der Implementierung der Institutsambulanz an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen beauftragten damaligen Oberarztes PD Dr. G.Längle und der Autorin der vorliegenden Arbeit, im Rahmen der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie, eine Begleitforschung aus eigenen Ressourcen angestrebt.

Von Gesetzgeberseite wurden mit der Einrichtung von Institutsambulanzen zwei Ziele verfolgt. Erstens: eine ergänzende zielgruppenorientierte Spezialversorgung zu gewährleisten. Zweitens: in Bezug auf die Funktion in der Regelversorgung bestehende Defizite und Lücken in der allgemeinen kassenärztlichen Versorgung auszugleichen (Spengler, 1991). Die vertraglichen Grundlagen fordern die Vermeidung von Krankenhausbehandlung, das Erreichen unzureichend versorgter Patientengruppen sowie die Vermeidung von Doppelstrukturen im ambulanten Bereich (Bundesvereinbarung Institutsambulanzen, 2001).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Beitrag zur bedarfsgerechten Entwicklung psychiatrischer Institutsambulanzen in Baden-Württemberg und im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem zu leisten. Dieser Beitrag soll auch einer Vereinheitlichung von Leistungsstandards in Institutsambulanzen dienen.

Die vorliegende Arbeit gehört in den Bereich der wissenschaftlichen Evaluation psychiatrischer Versorgung. Die Untersuchung hat explorativen und evaluativen Charakter und soll aussagekräftige empirische Referenzwerte liefern, anhand derer Aussagen zur Effektivität des Versorgungsangebotes gemacht werden können. Dabei handelt es sich um eine nicht-interventionelle Feldstudie aus dem Bereich der realen Versorgungsforschung unter Einführung einer neuen Einrichtung, der Psychiatrischen Institutsambulanz. Im Rahmen eines naturalistischen, an der Versorgungsrealität orientierten Design sollen Patientenzielgruppen identifiziert und die Effektivität des ambulanten Versorgungsangebotes untersucht werden. Der Arbeit liegt der Versuch zugrunde, im ambulanten Rahmen und unter

Routinebedingungen bei einem schwierigen Klientel einfach und valide zu erhebende Daten für erste Evaluationsschritte heranzuziehen. Das Arbeitsprogramm besteht aus drei Teilen, wobei Teil II und III den Schwerpunkt bilden.

In Teil I wird zunächst die Versorgungspraxis fokussiert. Hierzu wurde die Gesamtsituation in Baden-Württemberg herangezogen und beispielhaft eine Auswahl von 11 psychiatrischen Institutsambulanzen mittels qualitätssichernder Dokumentation vor dem Hintergrund ihrer regionalen Struktur untersucht. Ein Vergleich der Einrichtungen soll empirische Referenzwerte liefern, insbesondere hinsichtlich der Identifikation von Patientenprofilen und Aspekten der regionalen Versorgung. In Teil II wird ein innovatives ambulantes Angebot für chronisch alkoholabhängige Patienten der Tübinger Institutsambulanz erstmals schriftlich konzeptionalisiert und seine Erfolgsraten untersucht. Der dritte Teil evaluiert anhand bewährter Erfolgsstandards die Effektivität der Tübinger Institutsambulanz.

Obwohl es, wie bereits dargestellt, eine Reihe von Studien gibt, die den Einfluss ambulanter Behandlung bzw. außerstationärer Massnahmen auf die Hospitalisierung untersuchen, ist die Befundlage nach wie vor schmal und heterogen. Darüber hinaus gibt es so gut wie keine empirischen Evaluationsstudien zu Nutzungsmustern, Hospitalisierungsparametern und Kosten-Nutzen-Analysen Psychiatrischer Institutsambulanzen. Die Versorgungsforschung in diesem Bereich blieb bislang überwiegend auf beschreibende Darstellung und Qualitätsberichterstattung beschränkt (Claassen et al., 1992; Spengler, 2003). Leistungs- und Inanspruchnahmedaten einzelner Ambulanzen wurden meist im Rahmen interner Qualitätssicherung erhoben und sind nur selten publiziert. Insbesondere die AG Institutsambulanzen der Bundesdirektorenkonferenz, mit ihrem Sprecher Dr. A. Spengler, ist seit 1988 bezüglich leistungsrechtlicher Fragen aktiv. Für Baden-Württemberg sind die hier von der Autorin vorgelegten Daten die ersten seit Einführung der Institutsambulanzen im Jahr 2002.

Der Bedarf solcher Untersuchungen ist unmittelbar einsichtig: Nur durch den Nachweis, dass Institutsambulanzen Leistungsstandards erfüllen, kann die bedarfsgerechte Versorgung chronisch psychisch Kranker verbessert werden. Die gesundheitspolitische Relevanz des Themas besteht darin, dass es angesichts zunehmender Einsparungen im Gesundheitswesen und sich verschärfender Verteilungskämpfe hinsichtlich der Inbetriebnahme von

Institutsambulanzen, große Ängste bei den bisher in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker tätigen Professionen gibt. Transparenz und der Nachweis des notwendigen Versorgungsbeitrags von Institutsambulanzen sowie der Nachweis ihrer Wirtschaftlichkeit können zur Entängstigung beitragen. Darüber hinaus kann eine solche Transparenz helfen, Doppelstrukturen im ambulanten Bereich zu vermeiden.

Schließlich hat das Forschungsvorhaben der vorliegenden Arbeit die Kooperation und den fachlichen Austausch zwischen den Institutsambulanzen gefördert. Dazu beigetragen haben auch die Präsentationen von Untersuchungsergebnissen dieser Arbeit auf der seit Dezember 2002 jährlich stattfindenden Tagung der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Baden-Württemberg.

3 Teil I Multizentrische Untersuchung mittels ambulanter Basisdokumentation

Als Grundlage für Qualitätssicherungsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung werden standardisierte Dokumentationssysteme, sogenannte Basisdokumentationen, eingesetzt.

Die Basisdokumentation liefert vorrangig Inanspruchnahmedaten, sie dient der Erfassung von krankenbezogenen Daten, Leistungsdaten sowie Ergebniskriterien. Neben den systematisch erhobenen Informationen auf Patientenebene und der Identifizierung von möglichen Risikogruppen, soll die Basisdokumentation unter versorgungspolitischem Aspekt, vergleichende Informationen über die Nutzung verschiedener Einrichtungen ermöglichen und Kenntnisse über die psychiatrische Versorgungssituation in Bund und Ländern schaffen. Bestrebungen, landesweit einen einheitlichen Merkmalskatalog einzuführen und aggregierte Daten zu gewinnen, gibt es seit Jahrzehnten. Eine zentrale Datenerfassung und allgemeine nationale Gesundheitsberichterstattung wie in anderen europäischen Ländern gibt es in Deutschland jedoch bis heute nicht (John & Dilling, 1989; Rössler & Salize, 1996). Das Fehlen von Leistungsdaten auf übergeordneter Ebene stellt, angesichts der großen Einrichtungs- und Modellvielfalt in der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Deutschland, ein großes Problem der psychiatrischen Versorgungsforschung dar. Es bestehen erhebliche Schwierigkeiten bei der Sammlung und Interpretation von Daten. Diese liegen in der Regel nur in Form von Jahresberichten einzelner Projekte, Dienste und Einrichtungen vor, die aufgrund der Vielfalt kaum aggregiert werden können und so auch regional bzw. auf Länderebene nicht vergleichbar sind.

Mit dem Ziel einer bundeseinheitlichen Basisdokumentation für den stationär-psychiatrischen Bereich wurde Mitte der Neunziger von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ein Merkmalskatalog mit einem Minimaldatensatz vorgelegt, der seitdem als minimaler Dokumentationsstandard allen psychiatrischen Einrichtungen empfohlen wird (Cording et al., 1995).

Obwohl standardisierte Basisdokumentationen (BADO) als sinnvoll und notwendig erachtet werden und Krankenhäuser per Gesundheitsstrukturgesetz zur Qualitätssicherung verpflichtet sind (§135 Abs.4 SGB V), war beispielsweise 1998 nur bei rund 60% der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland eine solche realisiert (Cording, 1998). Das war auch die Erfahrung in dieser Untersuchung. Für die Bearbeitung der dritten Fragestellung

in diesem Teil der Arbeit konnten lediglich 2 der 11 Einrichtungen stationäre BADO-Daten zur Verfügung stellen. Neben datenschutzrechtlichen Gründen stellt die geringe Akzeptanz durch die Professionellen, die sich häufig über den Zweck der BADO nicht im klaren sind und dementsprechend nur den Aufwand im Blickfeld haben, ein Problem dar. Ein großes Problem ist auch die Pflege vollständiger und valider Daten, die wegen fehlender Finanzierung von Stellen für BADO und Qualitätssicherung häufig nicht gewährleistet ist. Auch die bisherigen Anwendungsmöglichkeiten von BADO-Computersoftware haben keine Erleichterungen gebracht (Cording, 1998).

Dokumentationssysteme für den komplementären psychiatrischen Versorgungsbereich wurden erst in jüngster Zeit entwickelt (z.B. Kallert et al., 2000). Entsprechend fehlen Daten für den ambulant-komplementären Bereich nahezu vollständig. Mit dem Dokumentationsbogen für die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV-Dokumentation) wurde das erste standardisierte Verfahren in Deutschland geschaffen, mit dem die einheitliche Erfassung von Struktur- und Leistungsdaten der gesamten psychiatrischen Versorgung chronisch psychisch Kranker einer Region möglich ist (Salize et al., 2000).

Für den Versorgungsbereich Institutsambulanz gibt es bisher ebenfalls keine überregionale Berichterstattung (Rössler & Salize, 1996). Von einer einrichtungsübergreifenden, landesweiten Berichterstattung in Institutsambulanzen erhofft man sich eine Verbesserung der Versorgungsplanung für schwer und chronisch psychisch Kranke. Mit der bayerischen „AmBADO“ (Berger & Welschehold, 2002) wurde erstmals eine überregional einsetzbare Basisdokumentation für psychiatrische Ambulanzen konzipiert, die mittlerweile bayernweit eingesetzt wird und auch Grundlage der in dieser Untersuchung verwendeten „BADO-PIA“ ist.

Dieser Teil der Arbeit analysiert anhand von demographischen und klinischen Basisdaten von 2876 ambulanten Patienten aus 11 neu gegründeten psychiatrischen Institutsambulanzen in Baden-Württemberg die Zusammensetzung der Zielgruppe und überprüft, ob die Vorgaben der Gesetzgeber/Auftraggeber erreicht werden. Dazu wurde eine einheitliche Basisdokumentation in den Institutsambulanzen eingeführt und erhoben.

3.1 Fragestellungen und Hypothesen

1. Welches Patienten Klientel wird von den Institutsambulanzen erreicht und entspricht dieses der in der Rahmenvereinbarung für Psychiatrische Institutsambulanzen definierten Zielsetzung, dem bundesweiten Spitzenvertrag (§118 Absatz 2 SGB V, Bundesvereinbarung 2001)?
2. Werden in den Institutsambulanzen der verschiedenen Einrichtungen, vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen regionalen Struktur, unterschiedliche Patientengruppen erreicht und behandelt?
3. Welche Subgruppe der im 1.Quartal 2003 aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten wird in der Institutsambulanz (weiter-) behandelt?

Ausgehend von weitgehend identischen Struktur- und Leistungsmerkmalen der psychiatrischen Abteilungen einerseits und Fachkliniken andererseits wurde angenommen, dass sich einrichtungsübergreifend charakteristische Muster bzw. typische „PIA-Patienten“ finden lassen. Eine weitere Hypothese ging davon aus, dass die regionale Versorgungsstruktur im Einzugsgebiet der einzelnen Institutsambulanzen einen Einfluß auf die Zusammensetzung des PIA-Klientels hat, in dem Sinne, dass Versorgungslücken im ambulanten und niedergelassenen Bereich sichtbar werden. Die dritte Hypothese besagte, dass PIA-Patienten sich vom Durchschnitt der stationär behandelten Patienten unterscheiden indem sie „kränker“ sind.

3.2 Methoden

Das Vorgehen entspricht einer Querschnittuntersuchung, die beispielhaft die Inanspruchnahmepopulation von 11 Institutsambulanzen und aller im Verlauf eines Quartals behandelten Patienten, untersucht. Das Vorhaben wurde von der Autorin im September 2002 auf der alljährlichen Zusammenkunft der baden-württembergischen Krankenhauspsychiater vorgestellt. Die Auswahl der Vergleichsinstitutionen war vom Interesse und der freiwilligen Teilnahme der anwesenden Vertreter abhängig. Außerdem musste eine Institutsambulanz bereits implementiert sein bzw. eine Eröffnung bis zum Januar 2003 geplant sein. Einschließlich der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen kristallisierten sich 11 Einrichtungen heraus, die sich an der Datenerhebung beteiligten. Die Umsetzung der

Rahmenvereinbarung (§118 SGB V) und Eröffnung der an der Untersuchung teilnehmenden Institutsambulanzen erfolgte zwischen dem 01.04.2002 und 02.01.2003 (7 Ambulanzen eröffneten im 2.Quartal 2002, 2 im 3.Quartal 2002, 1 im 4.Quartal 2002 und 1 zum 02.01.2003). Entsprechend dem Krankenhaustyp waren das die Institutsambulanzen von 5 Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, 5 Fachkliniken bzw. Zentren für Psychiatrie sowie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Alle Einrichtungen hatten eine Versorgungsverpflichtung für ihren Landkreis.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Kreiskrankenhaus *Freudenstadt*

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Kreiskrankenhaus *Heidenheim*

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie - Kreiskrankenhaus *Nürtingen*

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie - Kreiskrankenhaus *Plochingen*

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Städtische Kliniken *Karlsruhe*

Zentrum für Psychiatrie *Bad Schussenried*

Die Weissenau - Zentrum für Psychiatrie Weissenau, *Ravensburg*

Münsterklinik - Zentrum für Psychiatrie *Zwiefalten*

Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie - Zentrum für Psychiatrie *Winnenden*

Klinik an der Lindenhöhe - *Offenburg*

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie - *Tübingen*

Zum Zweck der multizentrischen Erhebung an den o. g. Einrichtungen führten 8 Ambulanzen eine einheitliche ambulante Basisdokumentation zum 01.01.2003 ein. In den 3 südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie (Bad Schussenried, Ravensburg und Zwiefalten) war die vorgesehene Basisdokumentation bereits in Gebrauch. Verwendet wurde die ambulante Basisdokumentation BADO-PIA (R-P.Gebhardt & P-O.Schmidt-Michel, 2003), die eine Adaptation der bayerischen Basisdokumentation für psychiatrische Ambulanzen (AmBADO von W.Berger & M.Welschehold, 2002) ist und von o. g. Autoren der Abteilung Versorgungsforschung des Zentrum für Psychiatrie Weissenau in eine praktikable und ökonomische Form übertragen wurde. Da diese pragmatische, vom Umfang her kurze sowie alle wesentlichen Parameter berücksichtigende Basisdokumentation für Institutsambulanzen vorlag, verzichteten wir auf eine eigene Version und empfahlen die Einführung der BADO-PIA (s. S.44). Die BADO-PIA kann mit relativ geringem Aufwand erhoben werden wodurch die Belastung der Mitarbeiter in der klinischen Alltagsroutine gering

gehalten wird. Auf 15 Feldern werden basale patienten- und krankheitsbezogene Daten bei Aufnahme in die Ambulanz erhoben. Im einzelnen sind das Items zur Zuweisungsform und Mitbehandlung, demographische Parameter wie Familienstand, Wohnsituation, aktuelle berufliche und finanzielle Situation sowie klinische Daten wie Diagnosen und Anzahl stationärer Vorbehandlungen. Darüber hinaus Skalen zur Messung des Schweregrades der Erkrankung (Clinical Global Impression/CGI, CIPS, 1996) und zur Beurteilung des sozialen Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning Scale/GAF, DSM-IV, 1998).

Anhand der BADO-Daten des 1.Quartals 2003 werden die Patientenstrukturen der 11 Ambulanzen analysiert und die Stichproben einrichtungsspezifisch miteinander verglichen. Psychiatrische Abteilungen unterscheiden sich von den psychiatrischen Fachkliniken u. a. durch eine erheblich kleinere Versorgungsregion, signifikant niedrigere Bettenzahl, höhere Hospitalisierungsfrequenz, kürzere Liegezeiten und einer durch den Standort bedingten und von Beginn an geplanten Integration in das medizinische und nicht-medizinische Verbundsystem. Bei Fachkliniken hingegen ist die oft abseitige geographische Lage zu berücksichtigen, längere Verweildauern, da sie Stationen für Langzeitpatienten vorhalten sowie Abteilungen mit Binnenspezialisierung. Psychiatrische Universitätskliniken weisen mit den Abteilungen weitgehend identische Struktur- und Leistungsmerkmale auf (Bruns, 1989). Neuere empirische Bestandsaufnahmen belegen, dass psychiatrische Fachkrankenhäuser, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrische Universitätskliniken sich hinsichtlich ihrer inneren Struktur zwar statistisch signifikant unterscheiden, dass die Unterschiede aber geringer sind als kontroverse Diskussionen in der Vergangenheit (z.B. bezüglich Binnensektorisierung vs Spezialisierung) vermuten ließen (Gebhardt & Steinert, 1998).

BADO - PIA	Bezugsperson Ambulanz <i>Bitte in Druckschrift</i> _____	=MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH	Diagnosen (ICD-10) <input type="radio"/> keine psychiatrische Diagnose I. Psychiatrische Diagnosen bei Aufnahme 1. F□□.□□ 2. F□□.□□ 3. F□□.□□ II. Sonstige neurologische / somatische Diagnosen 1. □□.□□ 2. □□.□□ 3. □□.□□	
	CODE: PIA _____		GAF bei Aufnahme GAF-Wert: □□□ Kurzlegende GAF (0 bis 100) 100-91 = hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum 90-81 = keine oder minimale Symptome 80-71 = Symptome nur vorübergehend oder normale Reaktion auf Stressoren 70-61 = einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung, leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen Leistungsfähigkeit; aber einige wichtige Beziehungen vorhanden 60-51 = mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, gelegentliche Panikattacken) ODER Beeinträchtigung der sozialen beruflichen Leistungsfähigkeit (z.B. wenig Freunde). 50-41 = ernsthafte Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangssituationen) ODER ernsthafte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit 40-31 = einige Beeinträchtigung in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen (z. B. Arbeit, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung) 30-21 = Verhalten ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen. 20-11 = Selbst- und Fremdgefährlichkeit ODER manchmal nicht in der Lage, minimale Hygiene aufrechtzuerhalten ODER weitgehende Beeinträchtigung der Kommunikation. 10-1 = ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen ODER anhaltende Unfähigkeit, minimale Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht. 0 = unzureichende Information	
	Name, Geburtsdatum Wohnort, Aufnahme datum Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich		Erstkontakt <input type="radio"/> Wiederaufnahme der ambulanten Behandlung nach mindestens 2 Quartalen <input type="radio"/> Quartalsaktualisierung <input type="radio"/> Keine Änderung Datum:	
	Ärztliche Zuweisung <input type="radio"/> Ohne ärztliche Einweisung <input type="radio"/> Praktischer Arzt / Allgemeinarzt <input type="radio"/> niedergel. Psychiater / Nervenarzt / Psychotherapeut <input type="radio"/> Sonstiger niedergelassener Arzt <input type="radio"/> Notarzt / ärztlicher Notdienst <input type="radio"/> Psychiatrische / Psychosoziale Krisendienste <input type="radio"/> Arzt anderer öffentlicher Stellen (z.B. Gesundheitsamt) <input type="radio"/> somatisches Krankenhaus <input type="radio"/> Weiterbehandlung aus eigenem teil-/stationärem Aufenthalt <input type="radio"/> unbekannt / unklar			
=NUR EINE NENNUNG MÖGLICH	Nichtärztliche Zuweisung <i>(vor, zusätzlich oder anstatt formell einweisendem Arzt) bis zu 3 Antworten möglich</i> <input type="radio"/> Ausschließlich ärztliche Initiative <input type="checkbox"/> Patient selbst <input type="checkbox"/> freiberufl. Psychologe / nichtärztl. Psychotherapeut <input type="checkbox"/> psychosozialer Dienst / psych. Beratungsstelle / Patientenclub <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst <input type="checkbox"/> Psychiatrischer Pflegedienst ambulant <input type="checkbox"/> Suchtberatungsstelle <input type="checkbox"/> sonstige Beratungsstellen <input type="checkbox"/> allgemeine soziale Dienste (Gemeindeschwester, Sozialstation) <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen, Laienhelfer <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen, therapeutische WG <input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> (Sonder-) Schule <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Polizei/Landrats-/Ordnungsamt <input type="checkbox"/> Bewährungshelfer/Gericht/JVA <input type="checkbox"/> Betreuer (§ 1896 BGB) wenn nicht Angehöriger <input type="checkbox"/> Angehörige, Bekannte des Patienten <input type="checkbox"/> Sonstige (Klartext): <input type="radio"/> unbekannt / unklar	=NUR EINE NENNUNG MÖGLICH	Wohnsituation (1. Wohnsitz) <input type="radio"/> Privatwohnung, möbl. Zimmer, WG <input type="radio"/> betreutes (Einzel-)Wohnen <input type="radio"/> Familienpflege <input type="radio"/> Heim (psych., gerontopsych.), Heim für geistig Behinderte, Übergangswohnheim, Nachtambulanz <input type="radio"/> Altenheim (Wohnheim, Pflegeheim) <input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz / Obdachlosenasyll <input type="radio"/> sonstige: <input type="radio"/> unbekannt / unklar	lebt <input type="radio"/> allein <input type="checkbox"/> mit Eltern(teil) <input type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> mit Kind(ern) <input type="checkbox"/> mit Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> mit anderen Verwandten <input type="checkbox"/> mit Bekannten, <input type="checkbox"/> WG o.ä. <input type="radio"/> unbekannt / unklar
	Andere/fremde Mitbehandlung/Mitbetreuung <input type="radio"/> Keine <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> niedergel. Arzt (nicht Psychiater) <input type="checkbox"/> niedergel. nichtärztl. Psychother. <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst <input type="checkbox"/> Tages(pflege)stätten <input type="checkbox"/> Psychiatr. Pflegedienst ambulant <input type="checkbox"/> ambulante somatische Pflege <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen, therap. WG <input type="checkbox"/> Sozialstation <input type="checkbox"/> Soziotherapie <input type="radio"/> unbekannt / unklar <input type="checkbox"/> Familienpflege <input type="checkbox"/> (Psychiatr.) Wohnheim <input type="checkbox"/> Alten(pflege)heim <input type="checkbox"/> WfbM <input type="checkbox"/> berufsbegleit. Fachdienst/ <input type="checkbox"/> Arbeitsassistentz <input type="checkbox"/> ambul. Arbeits-/ <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Suchtberatung / PSB <input type="checkbox"/> Allg. soziale Dienste <input type="checkbox"/> Ämter (z.B. Jugend-/ <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt etc.) <input type="checkbox"/> Sonstige (Klartext):		Jetzige berufliche Situation <input type="radio"/> berufstätige Vollzeit <input type="radio"/> berufstätige Teilzeit <input type="radio"/> berufstätig, gelegentlich <input type="radio"/> mithelfender Familienangehöriger <input type="radio"/> Hausfrau/-mann, nicht berufstätig <input type="radio"/> Ausbildung, Umschulung <input type="radio"/> Wehr-/Zivildienst/FSJ <input type="radio"/> geschützt beschäftigt <input type="radio"/> arbeitslos gemeldet <input type="radio"/> Rentner/in <input type="radio"/> anderweitig ohne berufliche Beschäftigung <input type="radio"/> unbekannt / unklar	CGI bei Aufnahme Patient ist <input type="radio"/> 1: nicht beurteilbar <input type="radio"/> 2: überhaupt nicht krank <input type="radio"/> 3: Grenzfall psychiatr. Erkrankung <input type="radio"/> 4: nur leicht krank <input type="radio"/> 5: mäßig krank <input type="radio"/> 6: deutlich krank <input type="radio"/> 7: schwer krank <input type="radio"/> 8: extrem schwer krank
	Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Gehalt/(Familien-) Einkommen/Lohnersatz <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe <input type="checkbox"/> Übergangsgeld/Ausbildungsförderung <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Angehörige <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> illegale Einkünfte		Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlungen bisher <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-5 <input type="radio"/> 6-10 <input type="radio"/> > 10 <input type="radio"/> unbekannt / unklar	
	Gebhardt/Schmidt-Michel, 2003			

3.3 Gewinnung der Stichproben und Datenmaterial

3.3.1 Ambulante Patienten 1.Quartal 2003

Eingeschlossen wurden alle Patienten, die im Erhebungszeitraum 01.01. bis 31.03.2003 mit oder ohne ärztliche Zuweisung konsekutiv in den Institutsambulanzen behandelt wurden. Eine psychiatrische Diagnose nach Kapitel F der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10 Dilling et al., 1993) musste vorliegen. Da alle psychiatrischen Einrichtungen und damit deren Institutsambulanzen über eine Versorgungsverpflichtung in ihrem Landkreis bzw. einem Sektor ihres Landkreises verfügten, kann von einem möglichst vollständigen Einschluß aller Fälle im Sinne einer Vollerhebung ausgegangen werden. Repräsentativität ist demnach dadurch gegeben, dass die Inanspruchnahmepopulationen von definierten Versorgungsregionen untersucht werden (Bortz & Döring, 2002). Darüber hinaus wird die regionale Versorgungsstruktur erhoben und vergleichend herangezogen.

Die BADO-PIA lag in Papier-Bleistift-Form vor, eine elektronische Version stand in einigen wenigen Zentren mit Beginn der Erhebung zur Verfügung. Die direkte EDV-Eingabe der Basisdaten machte den Behandlern zunächst jedoch so große Probleme, dass sie um eine valide Erhebung zu gewährleisten, auf die Papier-Bleistift-Version zurückgreifen mußten. In den drei südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie, deren BADO-Daten zentral in Ravensburg gesammelt und erfasst werden, fiel die Umstellung auf EDV in den Untersuchungszeitraum, was zunächst zu derart insuffizienten Daten führte, dass auf die BADO-PIA des 1.Quartal 2003 verzichtet werden musste und alternativ das 3.Quartal 2002 herangezogen wurde. Dies kann insofern vertreten werden, als ein Vergleich der Quartals-Stichproben des Jahres 2002 mit den vorhandenen Datensätzen der Untersuchungsstichprobe (1.Quartal 2003) ausreichende Repräsentativität belegte.

Formal wurden alle Diagnosegruppen erfasst. Die Daten einer Suchtambulanz konnten leider nicht fristgerecht zur Verfügung gestellt werden, so dass sie in der Auswertung fehlen.

Die Basisdokumentation wurde unmittelbar nach Aufnahme des Patienten und in der Regel mit dem ersten Anamnesegegespräch von klinisch erfahrenen Fachärzten und Assistenzärzten erhoben. Zu diesem Zeitpunkt waren nahezu alle Einrichtungen noch sehr arztlastig, lediglich in Tübingen behandelte von Beginn an ein multiprofessionelles Team, so dass auch klinisch erfahrene, langjährige Mitarbeiter anderer Disziplinen in die Erhebung einbezogen waren.

Die BADO-Daten sämtlicher Institutsambulanzen wurden zentral in Tübingen gesammelt und von der Autorin ausgewertet. Ein zentrenübergreifendes Ratertraining für die klinischen Skalen sowie eine Probephase der BADO-Erhebung war aus organisatorischen Gründen nicht möglich und schien angesichts Aufwand und Nutzen der Untersuchung nicht angemessen. Da sich die Ambulanzen noch in der Einführungsphase befanden, übernahmen zunächst die leitenden Oberärzte überwiegend die Patientenbehandlung. Angesichts ihrer vielfältigen Aufgaben im Rahmen der Neueinführung hätte man ihnen eine solche Maßnahme nicht zumuten können.

Die Daten wurden in qualifizierter und anonymisierter Form aufbereitet und für die Einrichtungen dargestellt.

3.3.2 Vergleichsgruppe stationär entlassener Patienten des 1.Quartals 2003

Als Vergleichsgruppe sollten alle im 1.Quartal 2003 stationär behandelten und entlassenen Patienten der einzelnen Kliniken herangezogen werden. Dies hing von der Zugänglichkeit stationärer Patientendaten/ BADO-Daten ab. Es stellte sich heraus, dass von den 11 Einrichtungen lediglich 2 Häuser zum Zeitpunkt der Untersuchung routinemäßig eine stationäre psychiatrische Basisdokumentation erhoben, so dass sich der Vergleich auf die Stichprobe des Tübinger Klientels sowie die Patienten der Psychiatrischen Abteilung Heidenheim beschränken musste. Die stationäre BADO der Tübinger Universitätsklinik basiert auf dem BADO-Basismodul der von der DGPPN empfohlenen psychiatrischen Basisdokumentation (Cording et al., 1995). Die in Papier-Bleistift-Form erhobene „hauseigene“ stationäre Basisdokumentation der psychiatrischen Abteilung Heidenheim wurde von der Autorin zur Datenanalyse eingegeben und ausgewertet. In Abhängigkeit von den Variablen der beiden stationären BADO's mussten für Tübingen und Heidenheim unterschiedliche Variablensets für die Auswertung herangezogen werden. Für die Tübinger Stichprobe: Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf, Wohnsituation, Finanzen, Diagnose, CGI (Clinical Global Impression Scale), BPRS-Summenscore bei Entlassung (Brief Psychiatric Rating Scale), Ersterkrankungsalter, Hospitalisierungsrate. Für die Heidenheimer Stichprobe: Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, Beruf, Finanzen, Diagnose, Hospitalisierungsrate, Rechtsgrundlage bei Aufnahme, gesetzliche Betreuung bei Aufnahme, Entlassungsart.

3.3.3 Daten zur Organisationsstruktur der Institutsambulanzen sowie regionalen Versorgungsstrukturen

Von allen 11 Institutsambulanzen wurden Strukturdaten und Institutionsmerkmale erhoben. Dazu wurden anhand eines selbst entwickelten Interview-Leitfadens die jeweils leitenden Oberärzte der Institutsambulanzen befragt. Inhaltlich waren dies Fragen zur Organisationsform der Ambulanz, zum Zuweisungsmodus, der Personaldichte, dem Leistungsangebot, Kontaktfrequenz, Finanzierung sowie zu Kooperationsstrukturen. Die Interviews wurden von der Autorin zwischen März und Mai 2003 telefonisch durchgeführt, sie benötigten im Durchschnitt 30-45 Minuten. Zu berücksichtigen ist bei den Angaben, dass die Institutsambulanzen zu diesem Zeitpunkt noch im Aufbau waren und der Entwicklungs- und Ausgestaltungsprozess noch nicht abgeschlossen war.

Die Recherchen zur regionalen psychiatrischen Versorgungsstruktur der jeweiligen Landkreise in denen die Institutsambulanzen liegen, gestaltete sich schwierig. Nach mündlicher Auskunft des Sozialministeriums Baden-Württemberg war die Wiederauflage des Psychiatrieplans, angesichts von „Internet-Zeiten“ eingestellt worden. Die letzte Auflage stammte aus dem Jahr 2000 (Psychiatrieplan Baden-Württemberg, 2000). Aktuellere Informationen wurden zunächst über die Sozialdezernate der Landratsämter bzw. deren Psychiatrieplaner, soweit vorhanden, eingeholt. Da sich das jedoch überwiegend als nicht ausreichend erwies und ein „Leitfaden Psychiatrie“ nur in einigen wenigen Landkreisen vorhanden war (z. B. Landratsamt Tübingen, 1997, 1999), wurde über eine Vielzahl anderer „Anlaufstellen“ recherchiert. Dies waren Gesundheitsämter, Sozialämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Chefärzte der Einrichtungen, das statistisches Landesamt sowie Internet-Recherchen. Über die Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg wurden die Angaben zur Dichte niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten eingeholt.

Insgesamt war die Erfahrung, dass es ausgesprochen schwer ist, valide Zahlen zu erheben.

Ein Grund dafür ist sicher die starke Fragmentierung des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland und die Vielzahl von Leistungen, die von unterschiedlichen Trägern angeboten werden. Die für die zweite Fragestellung dieses Teils zugrunde liegenden Daten sind die von den o.g. Stellen offiziell weitergegebenen Zahlen (2003). Die Zusammenstellung der Angaben erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, der ein oder andere würde möglicherweise Widersprüche in den Zahlen entdecken. Eine Übersicht über die zahlenmäßige Ausgestaltung

der Versorgungsangebote wird aus den genannten Gründen im Rahmen dieser Arbeit nicht veröffentlicht.

Die Erhebung konzentrierte sich auf die Erwachsenenpsychiatrie und neben den stationären Einrichtungen des Landkreises, grundsätzlich nur auf den Kernbereich des Gemeindepsychiatrischen Verbundes GPV (BMJFFG, 1988, DGPPN, 1997) mit seinen ambulanten Diensten im engeren Sinne (Sozialpsychiatrischer Dienst SpDi, Integrationsfachdienst IFD), dem Bereich betreuten Wohnens und tagesstrukturierende Angebote bzw. Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion (Tagesstätten, Freizeitangebote). Arbeitsangebote haben insgesamt einen großen Überlappungsbereich zu den nicht psychisch Kranken und Arbeitslosen. Da sie zu unspezifisch sind, wurde der Bereich „Arbeit“ ausgespart. Darüber hinaus wurden nur regionale Einrichtungen einbezogen (z.B. Wohnheime für CMA-Patienten), nicht jedoch Fachkliniken für Sucht- oder Drogenabhängigkeit oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen, da diese überregional zuständig sind. Auch Beratungsstellen sind in der Regel nicht speziell auf psychiatrisches Klientel ausgerichtet und wurden daher ebenfalls nicht einbezogen. Alle Einrichtungen der Selbstorganisation, Angehörigengruppen und Selbsthilfegruppen wurden nicht erhoben, da eine Beschränkung auf die professionell geführten Einrichtungen vorgenommen wurde. Desweiteren wurden Betreuungsvereine und Sozialämter ausgeschlossen, Gesundheitsämter waren ebenso fraglich und werden daher nicht aufgeführt. Suchtberatungsstellen für Alkohol- und Drogenabhängigkeit hingegen werden einbezogen, da dieses Klientel u. a. Zielgruppe der Institutsambulanz ist.

Ambulante gerontopsychiatrische Angebote konnten häufig nicht als eigenständige Einrichtung gefunden werden. Sie tauchen meistens in Verbindung mit geriatrischen Zentren oder Einrichtungen zur Altenhilfe auf, sind aber, so viel sei vorweg gesagt, in der Versorgungslandschaft grundsätzlich unterrepräsentiert. Auch im stationären gerontopsychiatrischen Bereich ist die Abgrenzung schwierig, da häufig auch Alten- und Pflegeheime gerontopsychiatrische Patienten aufnehmen. Hier war mit Unschärfen in den Angaben zu rechnen. Da die Versorgungsgebiete zum Teil nicht klar abgrenzbar waren oder es Überlappungen in angrenzende Landkreise gab, konzentrierte sich die Autorin jeweils auf den Landkreis in dem die Institutsambulanz bzw. Psychiatrische Klinik lag. Außenstellen werden nicht gesondert erwähnt. Insgesamt sollte ein Überblick über Art und Häufigkeit der Angebote in den Landkreisen erreicht werden.

Nach allen Ausschlussüberlegungen sind folgende Angebote in einem Raster zusammengefasst worden: voll- und teilstationäre psychiatrische Kliniken, Wohnheime für psychisch Kranke, ambulant betreute Wohnangebote einschließlich psychiatrischer Familienpflege, Tagesstätten, Kontaktgruppen und Freizeitangebote sowie ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchthilfe.

3.3.4 Datenanalyse

Statistische Unterschiede zwischen den 5 Abteilungen und den 5 Fachkliniken wurden für die nominal skalierten Variablen mit dem Chi²-Test geprüft. Waren die Voraussetzungen bei der Verwendung des Chi²-Tests verletzt, kam für 2 x 2-Tabellen Fishers exakter Test zur Anwendung. Um die Zellen der Kreuztabellen jeweils ausreichend hoch (≥ 5 Fälle) besetzen zu können, wurden bei Bedarf Kategorien zusammengefasst oder einzelne Variablen dichotomisiert. Der nicht-parametrische Vergleich der Ambulanzen erfolgte für die Altersverteilung, die psychopathologischen Parameter und die Hospitalisierungsrate mit dem Kruskal-Wallis-Test. Die Überprüfung auf Normalverteilung erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test.

Die Aufbereitung der Stichproben und der Variablen sowie die Analyse der Daten erfolgte mit SPSS für Windows, Version 11.0. Die Signifikanzniveaus entsprechen den üblichen Konventionen: signifikant ($p \leq 0,05$), sehr signifikant ($p \leq 0,01$); höchst signifikant ($p \leq 0,001$). Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde auf beidseits $\alpha=0,05$ festgelegt. Da es sich um eine explorative Auswertung der Daten handelte, wurde auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet.

3.4 Ergebnisse der ambulanten Basisdokumentation aus den baden-württembergischen Institutsambulanzen

Aufgrund der umfangreichen Daten ($n=2876$) und im Rahmen des Gesamtkonzeptes der vorliegenden Arbeit, wird eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse gegeben. Aus Gründen der Überschaubarkeit kann nur ein begrenzter Teil der Daten dargestellt werden. Patientenlientel als auch regionale Versorgungsstrukturen werden anhand von Besonderheiten bzw. Schwerpunkten der einzelnen Einrichtungen und Regionen dargestellt. Zum besseren Verständnis der Ergebnisse werden zunächst die drei Ambulanztypen

vorge stellt, die sich anhand der Interviews mit den Oberärzten zur Organisationsstruktur und Arbeitsweise herauskristallisiert haben.

3.4.1 Organisationsformen der Institutsambulanzen

Die Organisation des Ambulanzbetriebes liegt beim jeweiligen Krankenhausträger. Die hier gewonnenen Daten zu Organisationsform, Personaldichte, Leistungsangebot und Arbeitsweise der Ambulanzen wurden abstrahiert, wobei sich folgende Ambulanztypen definieren lassen:

- ▶ zentrale Institutsambulanz
- ▶ dezentrale, stationsbezogene Institutsambulanz
- ▶ „gemischt“ organisierte Institutsambulanz

Zentrale Modelle sind hier zu verstehen im Sinne eigener Räumlichkeiten außerhalb der Klinik, *dezentral* im Sinne einer Stationsanbindung und Nutzung klinikinterner Räumlichkeiten. In Tabelle 3.1 sind Merkmale und Unterschiede der zentralen und dezentralen Organisationsform dargestellt.

Tab. 3.1: Organisationsformen Psychiatrischer Institutsambulanzen

Zentrale Institutsambulanz	Dezentrale Institutsambulanz
räumlich ausgelagert; Kernambulanz mit eigenem Mitarbeiterteam am Versorgungsgebiet ausgerichtet	räumlich mit Klinik verbunden; Ambulanzarbeit durch Stationspersonal Sektorisiert oder/und am Versorgungsgebiet ausgerichtet
Klinikbezogene Ambulanztätigkeit (Nähe zur Klinik; Vorschaltfunktion bei Klinikaufnahme; Nachbehandlung nach stationärer Entlassung)	Stations- oder abteilungsbezogene Ambulanztätigkeit (ambulante Weiterbehandlung von Patienten aus eigenem stationären Aufenthalt; Teilnahme von ambulanten Patienten an z.B. Stationsgruppen)
Diagnoseübergreifend, d.h. keine Spezialambulanzen	Diagnoseübergreifend oder Diagnosespezifisch entsprechend der Spezialisierung der Stationen
Komplettleistung durch multiprofessionelles Team (spezielle Angebote; z. T. auch Nutzung von stationären Behandlungsangeboten)	Komplettleistung und Multiprofessionalität durch enge Verzahnung und Nutzung des stationären Angebotes oder/und „Einkauf“ externer Leistungen
Hausbesuche Heimversorgung Außensprechstunden	Hausbesuche Heimversorgung Außensprechstunden

Psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern haben in der Regel dezentrale, stationsbezogene Institutsambulanzen. Das ergibt sich zwangsläufig aufgrund struktureller Rahmenbedingungen, denn viele Abteilungen sind zu klein, um ein eigenes Angebot für die Ambulanz vorzuhalten. In einwohnermäßig großen Landkreisen ist v. a. im Bereich der Allgemeinpsychiatrie das sogenannte Sektorprinzip realisiert. Der Landkreis Esslingen

beispielsweise mit rund 500.000 Einwohnern ist in mehrere Sektoren aufgeteilt. In jedem Sektor geschieht quasi Vollversorgung auf kleinem Raum von 100-150.000 EW durch psychiatrische Abteilungen des Landkreises. In der Regel sind die Stationen von Abteilungen ebenfalls sektoriert organisiert, d. h. für jeweils einen Teil (Sektor) des Versorgungsgebietes ist eine bestimmte Station zuständig. Ein großer Vorteil der „sektorierten“ stationsbezogenen Ambulanzen liegt darin, Patienten aus eigenem stationären Aufenthalt in ambulante Weiterbehandlung zu übernehmen und dadurch die Behandlungskontinuität zu gewährleisten.

Ambulanzen mit ausschließlich zentraler Organisationsstruktur, wie die Tübinger Institutsambulanz kommen eher selten vor. Beide Organisationselemente, zentral und dezentral, kommen v. a. bei den Fachkliniken zum tragen. „Dezentral“ erbringt jede Station vorwiegend in Form von Nachbetreuungen ambulante Leistungen für die Institutsambulanz. „Zentral“ bestehen durch eine gewisse hausinterne Subspezialisierung, Fachambulanzen oder Spezialambulanzen (z. B. Suchtambulanz, Gerontopsychiatrische Ambulanz), die zwar innerhalb der Klinik aber räumlich und personell autonom sind und v. a. ambulant zugewiesenen Patienten offen stehen.

3.4.2 Patientencharakteristika und klinische Parameter

Die Variablen zum Behandlungsmodus (Erstkontakt vs Quartalsaktualisierung) und nichtärztlichem Zuweisungsmodus waren im Gesamtzusammenhang der Erhebung nicht sinnvoll auszuwerten und wurden ausgeschlossen. Ursache sind die unterschiedlichen Zeitpunkte der in Betriebnahme der Ambulanzen. Eine PIA, die im Januar 2003 eröffnete, hatte folglich ausschließlich Erstkontakte, im Vergleich zu Ambulanzen, die bereits im April 2002 eröffnet hatten. Die Mehrfachantworten beim Item „nichtärztliche Zuweisung“ führten zu vielen missverständlichen Interpretationen, insbesondere die Kategorie „Patient selbst“, so daß keine valide Auswertung möglich war.

Die Verteilung der Stichproben der einzelnen Institutsambulanzen sind in Tabelle 3.2 aufgeführt.

Tab. 3.2: Zahl ambulanter Patienten im 1.Quartal 2003

Einrichtungstyp	BADO-PIA (n)
Abteilung 1	31
Abteilung 2	59
Abteilung 3	445
Abteilung 4	76
Abteilung 5	105
Fachklinik 1	101
Fachklinik 2	35
Fachklinik 3	260
Fachklinik 4	1007
Fachklinik 5	480
Universitätsklinik	277 (183)
Gesamt	2876

Bezüglich der Tübinger Population beziehen sich die Auswertungen (mit Ausnahme der Diagnosen) auf die in Klammern angegebenen 183 Patienten. Die verbleibenden 94 Patienten sind eine selektive Gruppe ambulanter Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Doppeldiagnosen, die sich in ambulanter Nachsorge eines speziellen stationär - ambulant kombinierten Therapieprogramms der Klinik befanden, was es so an anderen Einrichtungen nicht gibt. Bei dieser Gruppe finden sich im Vergleich zu den primären PIA-Patienten signifikante Unterschiede in den psychosozialen- und Krankheitsdaten: es sind überwiegend Männer mit wenig Vorhospitalisierungen, mit Partnerschaft, Berufstätigkeit und Einkommen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt für die auswärtigen Einrichtungen anonymisiert entsprechend dem Krankenhausstyp (Abteilungen: Abt1-5; Fachkliniken: Fach1-5). Tübingen erscheint jeweils bei der Darstellung der Abteilungen („Uni“). In den Gruppenvergleich konnten die Daten der Tübinger Institutsambulanz nicht einbezogen werden, da keine Vergleichsdaten von Universitätskliniken zur Verfügung standen. Signifikante Abweichungen in den Häufigkeitsverteilungen sind durch „fett“ hervorgehobene Zahlen (standardisierte Residuen ≥ 2) markiert.

Geschlechterverteilung (Abteilungen n=716; Fachkliniken n=1879; Universitätsklinik n=183)

Bei der Mehrheit der Ambulanzen zeigt sich ein leichter Überhang bei den weiblichen Patienten. In den Abteilungen wurden im Durchschnitt 46% Männer und 54% Frauen behandelt. Es finden sich keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2(4)=7,148$; $p=0,128$). Bei den Fachkliniken ist die durchschnittliche Verteilung ähnlich ausgeglichen, 49% Männer und 51% Frauen. Im Einrichtungsvergleich zeigen sich jedoch signifikante Unterschiede. In der Fachklinik 5 wurde ein signifikant höherer Anteil an Männern, knapp 60%, behandelt

($\chi^2(4)=35,552$; $p<0,001$). In Tübingen zeigt sich ebenfalls eine leichte Verschiebung zugunsten männlicher (55%) im Vergleich zu den weiblichen Patienten (45%).

Altersverteilung (Abteilungen n=710; Fachkliniken n=1859; Universitätsklinik n=183)

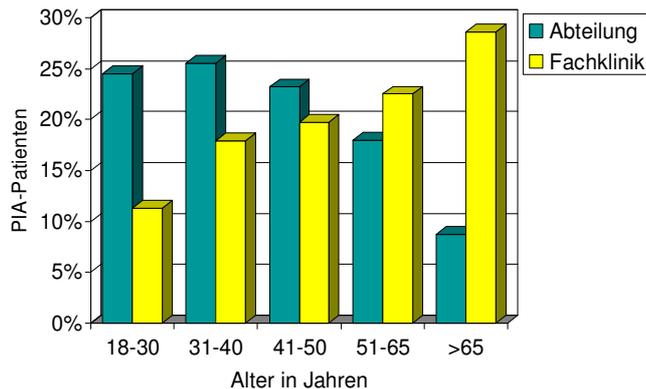


Abb. 3.1: mittlere Altersverteilung im Vergleich der Einrichtungstypen

Die Patienten von Abteilungen sind im Durchschnitt 43 Jahre (SD 16) alt, Patienten von Fachkliniken 53 Jahre alt (SD 19). Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Abteilungen (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2(4)=26,274$; $p<0,001$) als auch den Fachkliniken (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2(4)=128,63$; $p<0,001$). In Tübingen entspricht das durchschnittliche Alter von 43 Jahren (SD 14) dem der Patienten von Abteilungen. In den Fachkliniken sind die behandelten Patienten im Durchschnitt 10 Jahre älter, mit Schwerpunkt auf den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie.

Ärztliche Zuweisung

Tab. 3.3: Zuweisungsmodus Abteilungen (n=714); Universitätsklinik (n=183); Angaben in Prozent

	Abt1 n=31	Abt2 n=59	Abt3 n=444	Abt4 n=75	Abt5 n=105	Uni n=183
ohne ärztliche Einweisung	13	29	51	15	18	25
Praktischer Arzt/ Allgemeinarzt	3	13	14	24	76	8
niedergelassener Psychiater	0	3	7	3	3	19
Weiterbehandlung ¹	84	51	18	56	0	46
Sonstige ²	0	4	10	2	3	2

¹Patienten aus eigenem stationärem Aufenthalt; ²restliche Kategorien

Tab. 3.4: Zuweisungsmodus Fachkliniken (n=1805); Angaben in Prozent

	Fach1 n=101	Fach2 n=35	Fach3 n=256	Fach4 n=942	Fach5 n=471
ohne ärztliche Einweisung	31	14	49	33	10
Praktischer Arzt/ Allgemeinarzt	38	0	27	28	45
niedergelassener Psychiater	8	12	1	4	2
Weiterbehandlung ¹	17	74	22	31	41
Sonstige ²	5	0	1	4	2

¹Patienten aus eigenem stationärem Aufenthalt; ²restliche Kategorien

Es finden sich signifikante Abweichungen zwischen den Abteilungen ($\chi^2(20)=333,91$; $p<0,001$) als auch den Fachkliniken ($\chi^2(20)=220,17$; $p<0,001$). In der Ambulanz der Abt3 zeigt sich ein signifikant höherer Anteil an Patienten ohne ärztliche Zuweisung im Vergleich zu den anderen vier Abteilungen. Hintergrund dafür ist, dass es dort bisher eine Ermächtigungsambulanz und Notfallambulanz gab, die formal quasi nahtlos in die Institutsambulanz übergegangen sind, d. h. das behandelte Klientel sind zunächst „alte“ Patienten der Klinik. Darüber hinaus ist die Ambulanz der Abt3 einer städtischen Klinik Anlaufstelle für viele Menschen mit psychischen Problemen im Stadtgebiet. Der hohe Anteil an Einweisungen durch den Hausarzt wie es bei Abt5 vorliegt, kommt dadurch zustande, dass das Aufnahmeverfahren grundsätzlich eine Überweisung vom Hausarzt verlangt. Der hohe Anteil an Patienten aus eigenem stationärem Aufenthalt der Abt1 liegt darin begründet, dass Patienten in ambulanter Nachsorge der Suchtstationen über die Institutsambulanz versorgt werden.

Der signifikant höhere Anteil an Patienten ohne ärztliche Einweisung der Fach3 macht die Klientel aus Wohnheimen und ambulant betreutem Wohnen aus. Schließlich hat Tübingen von allen Einrichtungen den höchsten Anteil an Patienten, die von niedergelassenen Psychiatern im Landkreis zugewiesen wurden.

Andere/fremde Mitbehandlung und Mitbetreuung

Aus Gründen der Übersichtlichkeit mussten die 22 Kategorien dieses Items auf wenige relevante Kategorien eingegrenzt werden. Die Mehrfachnennungen des Items wurden für alle Patienten aufsummiert, um das gesamte Spektrum der Mitbehandlung zu erfassen und darzustellen. Den Prozentangaben der einzelnen Ambulanzen liegen Stichprobenschwankungen zugrunde, die jedoch die Relation der Ergebnisse bzw. die signifikanten Abweichungen nicht beeinträchtigen.

Tab. 3.5: Mitbehandlung Abteilungen (n=690); Universitätsklinik (n=183); Angaben in Prozent/ Nennungen

	Abt1 n=31	Abt2 n=59	Abt3 n=419	Abt4 n=76	Abt5 n=105	Uni n=183
keine Mitbehandlung	74	19	31	22	37	32
gesetzlicher Betreuer	0	5	15	8	1	7
niedergelassener Arzt/nicht Psychiater	13	68	40	29	50	40
niedergel. nichtärztlicher Psychotherapeut	0	0	5	2	2	5
Sozialpsychiatrischer Dienst	3	3	1	18	5	5
Betreutes Wohnen	10	2	3	1	2	4
Sonstige ¹	19	47	22	50	8	0

¹Suchtberatungsstelle (PSB), Familienpflege, Werkstatt für Behinderte WfB, Psychiatr. Wohnheim, Sozialstation, amb. somatische Pflege, Allgemeine soziale Dienste, Gesundheitsamt/Jugendamt, amb. psychiatrischer Pflegedienst, Tagesstätte, berufsbegleitender Fachdienst, amb. Arbeits-/Ergotherapie, Alten(pflege)heim, Selbsthilfegruppe

Tab. 3.6: Mitbehandlung Fachkliniken (n=1880); Angaben in Prozent/Nennungen

	Fach1 n=98	Fach2 n=35	Fach3 n=260	Fach4 n=1007	Fach5 n=480
keine Mitbehandlung	6	57	15	35	5
gesetzlicher Betreuer	2	6	12	28	24
niedergelassener Arzt/nicht Psychiater	76	14	68	41	25
niedergel. nichtärztl. Psychotherapeut	10	0	0	5	0
Sozialpsychiatrischer Dienst	2	0	1	19	1
Betreutes Wohnen	1	14	11	5	4
Familienpflege	0	0	10	3	15
Werkstatt für Behinderte WfB	2	11	5	15	11
Psychiatrisches Wohnheim	0	0	42	28	65
Sonstige ¹	19	31	15	30	10

¹Suchtberatungsstelle, Sozialstation, amb. somatische Pflege, Allgemeine soziale Dienste, Gesundheitsamt/Jugendamt, amb. psychiatrischer Pflegedienst, Tagesstätte, berufsbegleitender Fachdienst, amb. Arbeits-/Ergotherapie, Alten(pflege)heim, Selbsthilfegruppe

Insgesamt gibt es hinsichtlich Art und Häufigkeit der Mitbehandlung durch andere psychiatrische Dienste und Professionelle signifikante Unterschiede zwischen den Abteilungen einerseits ($\chi^2(20)=127,63$; $p<0,001$) und den Fachkliniken andererseits (Dichotomisierung der einzelnen Kategorien und Chi-Quadrat nach Pearson; $p<0,001$).

Eine Mitbehandlung durch andere Professionelle hängt zum einen mit dem regionalen Angebot zusammen und ist zum anderen davon abhängig, mit wem eine Kooperation besteht. Die Angaben zur Mitbehandlung in den oben dargestellten Tabellen bilden auf anschauliche Weise diesen Kooperationseffekt ab. In Abteilung 2 und Abteilung 5 scheint es beispielsweise eine gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten zu geben: signifikant mehr Patienten als bei den anderen Abteilungen sind in Mitbehandlung eines Hausarztes. In Abteilung 4 wird ein signifikant höherer Anteil an Patienten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) mitbetreut. Der hohe Anteil an Patienten ohne Mitbehandlung der Abteilung 1 ist bedingt durch überwiegend chronisch alkoholabhängige Patienten, die sich in nachstationärer ambulanter Behandlung befanden.

Bei den Fachkliniken kommt als weiterer Schwerpunkt der Bereich „Wohnen“ hinzu. Hier bildet sich das klassische „GPV-Klientel“ ab, d. h. Patienten in Wohnheimen, ambulant betreutem Wohnen sowie der Familienpflege. V. a. im hohen Anteil an Patienten in psychiatrischen Wohnheimen der PIA der Fachklinik 5 bildet sich der große Wohnträger im Landkreis ab. Hervorzuheben ist außerdem die Fachklinik 1, wo 76% der Patienten vom Hausarzt und 10% der Patienten von einem niedergelassenen nichtärztlichen Psychotherapeuten mitbehandelt werden. Letzteres ist auch als Zeichen zu werten, dass die Vermittlung von Patienten in eine ambulante Psychotherapie und damit die Rücküberführung in den Bereich der Niedergelassenen offensichtlich recht gut gelingt. Zwischen der psychiatrischen Institutsambulanz der Fachklinik 4 und dem SpDi des Landkreises besteht ein Kooperationsvertrag, in dem quasi Leistungen für die Ambulanz „eingekauft“ werden. Das schlägt sich im signifikant höheren Anteil an Mitbehandlungen durch den SpDi nieder.

Diagnosen

In Tabelle 3.7 und 3.8 wurden die nach ICD-10 verschlüsselten psychiatrischen Diagnosen zusammengestellt. Dazu wurden für alle Patienten deren Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen aufsummiert und den Diagnosegruppen zugeordnet. Jeder Patient kann somit zur Verteilung 1 – 3 Diagnosen beitragen. Der Ansatz wurde gewählt, um das gesamte Spektrum von Diagnosen zu erfassen und darzustellen. Neurologische oder somatische Diagnosen wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Bezüglich der Verteilung findet sich eine breite Palette an psychiatrischen Diagnosen und signifikante Unterschiede zwischen den Abteilungen (Erstdiagnose: $\chi^2(24)=190,74$; $p<0,001$). Der Anteil an komorbiden psychischen Störungen liegt bei durchschnittlich 45%, wobei die Häufigkeit der Zweitdiagnosen zwischen 25% und 80% streut.

Auch die Fachkliniken weisen unterschiedliche Schwerpunkte in der Verteilung ihrer psychiatrischen Diagnosen auf (Erstdiagnose: $\chi^2(32)=320,95$; $p<0,001$). Im Durchschnitt haben 22% der Patienten komorbide psychische Störungen. Im Vergleich mit den Abteilungen haben die Fachkliniken tendenziell einen höheren Anteil an Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis, während die Versorgung von Patienten mit einer Suchtmitteldiagnose deutlich abfällt. Bei den Abteilungen und der Universitätsklinik hingegen liegt der Schwerpunkt auf dem Suchtbereich. Während der Anteil schizophrener Patienten gegenüber den Fachkliniken abfällt, werden fast doppelt so viele Suchtpatienten behandelt.

Das erklärt auch den höheren Anteil an Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen und Anpassungsstörungen.

Tab. 3.7: Diagnosen Abteilungen (n=713); Universitätsklinik (n=277); Angaben in Prozent

		Abt1 n=31	Abt2 n=59	Abt3 n=444	Abt4 n=75	Abt5 n=104	Uni n=277
F0	Organische Störungen	0	2	4	4	19	3
F10	Alkoholabhängigkeit	71	26	16	9	12	59
F11-19	Drogenabhängigkeit	3	19	13	7	4	27
F2	Schizophrener Formenkreis	10	37	40	58	18	26
F3	Affektive Störungen	55	37	30	22	43	22
F4	Belastungs-/Anpassungsstörungen	19	22	26	8	24	30
F5	Ess-Störungen	3	2	2	-	1	3
F6	Persönlichkeitsstörungen	68	22	13	17	11	29
F7-9	Intelligenzminderung u. a.	3	-	2	1	-	1
	Anteil Zweitdiagnosen	80%	49%	38%	25%	28%	75%

Tab. 3.8: Diagnosen Fachkliniken (n=1860); Angaben in Prozent

		Fach1 n=101	Fach2 n=35	Fach3 n=259	Fach4 n=994	Fach5 n=471
F0	Organische Störungen	4	2	5	14	24
F10	Alkoholabhängigkeit	15	17	5	12	23
F11-19	Drogenabhängigkeit	5	6	2	7	2
F2	Schizophrener Formenkreis	21	60	62	35	46
F3	Affektive Störungen	51	17	21	22	9
F4	Belastungs-/Anpassungsstörungen	25	3	7	16	4
F5	Ess-Störungen	7	3	1	2	1
F6	Persönlichkeitsstörungen	8	17	7	10	8
F7-9	Intelligenzminderung u. a.	-	3	7	6	7
	Anteil Zweitdiagnosen	29%	26%	12%	20%	21%

Angesichts des hohen Anteils an F10.2-Diagnosen der Abteilung 1 muß die kleine Stichprobe berücksichtigt werden. Die Abteilung 1 hatte als letzte Institutsambulanz und mit Beginn der BADO-Erhebung im Januar 2003 eröffnet. Alkoholranke in ambulanter Nachsorge waren die ersten Patienten, die in die Ambulanz aufgenommen wurden.

Lebensform

Die Auswertung wurde von ursprünglich acht auf drei wesentliche Kategorien reduziert.

Der prozentuale Anteil an Patienten „mit Partnerschaft“ ist bei allen Einrichtungstypen überraschend hoch. Die 57% allein lebender Patienten der Tübinger Stichprobe erklären sich durch das städtische studentische Klientel. Der hohe Anteil an allein lebenden Patienten der Fachklinik 3 kommt durch den relativ großen Anteil an Wohnheim- und Pflegeheim-Patienten zustande, die häufig missverständlich unter der Kategorie „WG“ kodiert wurden. Im Vergleich der Abteilungen und der Fachkliniken zeigen sich signifikante Unterschiede in den

Kategorien „allein“ und „mit Partner“ (Abteilungen: $\chi^2(12)=28,938$; $p=0,004$; Fachkliniken: $\chi^2(12)=59,688$; $p<0,001$).

Tab. 3.9: Lebensform Abteilungen (n=699); Angaben in Prozent

	Abt1 n=31	Abt2 n=59	Abt3 n=429	Abt4 n=75	Abt5 n=105	Uni n=181
lebt alleine	32	39	55	52	46	57
lebt mit Eltern(-teil)	10	19	14	19	14	13
lebt mit Ehe-(Partner)	58	42	27	27	40	28
Sonstige ¹	0	0	4	3	0	2

Tab. 3.10: Lebensform Fachkliniken n=1178; Universitätsklinik n=181; Angaben in Prozent

	Fach1 n=94	Fach2 n=34	Fach3 n=178	Fach4 n=774	Fach5 n=98
lebt alleine	44	53	75	52	39
lebt mit Eltern(-teil)	12	9	4	12	13
lebt mit Ehe-(Partner)	45	38	19	34	41
Sonstige ¹	0	0	2	2	7

¹mit Schwester/Bruder, Verwandten, Bekannten, WG o.ä.

Wohnsituation

Tab. 3.11: Wohnsituation Abteilungen (n=701); Universitätsklinik (n=182); Angaben in Prozent

	Abt1 n=31	Abt2 n=59	Abt3 n=419	Abt4 n=76	Abt5 n=105	Uni n=182
Privatwohnung	97	97	92	80	79	87
Betreutes (Einzel-)Wohnen	3	0	2	4	5	2
Heimbereich	0	3	4	15	13	2
ohne festen Wohnsitz	0	0	2	1	3	9

Tab. 3.12: Wohnsituation Fachkliniken (n=1740); Angaben in Prozent

	Fach1 n=96	Fach2 n=34	Fach3 n=236	Fach4 n=918	Fach5 n=456
Privatwohnung	94	82	34	71	24
Betreutes (Einzel-)Wohnen	2	18	0	4	3
Familienpflege	0	0	7	2	15
Heimbereich	2	0	59	23	58
ohne festen Wohnsitz	2	0	0	<1	<1

Bezüglich der Wohnsituation zeigt sich ein deutlicher Unterschied im Heimbereich. Im Vergleich der Abteilungen behandeln die Institutsambulanzen der Abteilungen 4 und 5 signifikant mehr Heimbewohner ($\chi^2(8)=31,018$; $p<0,001$). Familienpflege kam nicht vor. Der Schwerpunkt liegt jedoch bei den Fachkliniken, insbesondere die südwestdeutschen Zentren für Psychiatrie betreuen einen hohen Anteil an Patienten im Heimbereich ($\chi^2(16)=483,07$; $p<0,001$). Die Ambulanz der Fachklinik 2 hat den höchsten Anteil an Patienten im ambulant betreuten Wohnen. Der im Vergleich zu den anderen

Institutsambulanzen höhere Anteil an wohnsitzlosen Patienten der Tübinger PIA entsteht durch die Außensprechstunde im städtischen Männerwohnheim.

Berufliche Situation

Die aktuelle berufliche Situation bildet ebenfalls die Struktur des Heimbereichs ab: mehr beschützte Tätigkeiten und weniger Erwerbstätigkeit bei den Fachkliniken, daher auch weniger Arbeitslosigkeit und mehr Berentungen ($\chi^2(16)=273,90$; $p<0,001$). In den Institutsambulanzen der Abteilungen hingegen sind ca. ein Drittel der Patienten arbeitslos. Die Abteilungen 4 und 5 weisen, entsprechend ihrem hohen Anteil an Heimbewohnern, einen hohen Anteil an Rentnern auf ($\chi^2(16)=35,825$; $p=0,003$).

Tab. 3.13: Aktuelle berufliche Situation Abteilungen (n=684); Angaben in Prozent

	Abt1 n=30	Abt2 n=58	Abt3 n=420	Abt4 n=73	Abt5 n=103	Uni n=182
berufstätige Vollzeit/Teilzeit/gelegentl.	50	31	39	23	32	23
Hausfrau/-mann	7	10	3	6	8	9
beschützt beschäftigt	0	5	2	8	4	7
arbeitslos/ ohne berufl. Beschäftigung	27	33	31	27	22	42
Rentner/-in	17	21	26	36	34	19

Tab. 3.14: Aktuelle berufliche Situation Fachkliniken (n=1791); Universitätsklinik (n=182); Angaben in Prozent

	Fach1 n=90	Fach2 n=34	Fach3 n=246	Fach4 n=970	Fach5 n=451
berufstätige Vollzeit/Teilzeit/gelegentl.	45	18	15	34	8
Hausfrau/-mann	10	9	6	8	1
beschützt beschäftigt	2	9	18	6	17
arbeitslos/ ohne berufl. Beschäftigung	19	27	13	19	12
Rentner/-in	24	38	48	33	63

Lebensunterhalt

Im Durchschnitt sind 25% der Patienten von Abteilungen berentet, während 43% der Klientel von Fachkliniken eine Rente erhalten. Der signifikant höhere Anteil an erwerbstätigen Patienten (50%) mit Einkommen (57%) der Abteilung 1 charakterisiert, ähnlich der Tübinger Klientel, eine spezielle Gruppe von alkoholabhängigen Patienten in ambulanter Nachbehandlung.

Auch hier zeigt der einrichtungsabhängige Vergleich signifikante Unterschiede (Abteilungen: $\chi^2(20)=35,841$; $p=0,016$; Fachkliniken: $\chi^2(16)=192,08$; $p<0,001$).

Tab. 3.15: Lebensunterhalt Abteilungen (n=692); Universitätsklinik (n=182)

	Abt1 n=30	Abt2 n=59	Abt3 n=426	Abt4 n=74	Abt5 n=103	Uni n=182
Gehalt	57	42	37	26	42	26
Krankengeld	10	2	5	4	6	6
Arbeitslosengeld/-hilfe	13	15	10	7	6	12
Sozialhilfe	0	12	17	23	7	24
Rente	20	20	26	31	34	20
Sonstige ¹	0	9	6	10	6	12

Tab. 3.16: Lebensunterhalt Fachkliniken (n=1694)

	Fach1 n=88	Fach2 n=29	Fach3 n=206	Fach4 n=922	Fach5 n=449
Gehalt	43	31	18	34	10
Krankengeld	0	0	0	0	0
Arbeitslosengeld/-hilfe	14	10	3	7	3
Sozialhilfe	6	3	24	18	36
Rente	25	52	52	38	47
Sonstige ¹	13	4	4	4	4

¹Vermögen, Unterstützung durch Angehörige

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die globale Erfassung des Funktionsniveaus mittels GAF-Skala ergab für die Abteilungen einen Mittelwert von 47 (SD16). Der Gruppenvergleich ergab signifikante Unterschiede (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2(4)=25,258$; $p<0,001$). Einrichtungsübergreifend zeigt das soziale Funktionsniveau bei gut der Hälfte aller Patienten von Abteilungen Werte unterhalb von 50^a. Für die Universitätsklinik Tübingen liegen sogar 63% der Patienten unterhalb eines GAF von 50. Lediglich bei 4% der Patienten findet sich ein Wert von größer 70^b.

Tab. 3.17: GAF-Verteilung Abteilungen (n=703); Universitätsklinik (n=179); Angaben in Prozent

	Abt1 n=30	Abt2 n=59	Abt3 n=439	Abt4 n=73	Abt5 n=102	Uni n=179
100 - 91	-	-	-	-	1	-
90 - 81	-	1	1	8	1	-
80 - 71 ^b	-	2	3	1	1	2
70 - 61	3	5	16	12	16	12
60 - 51	33	12	35	18	17	22
50 - 41^a	44	22	18	17	27	16
40 - 31	20	31	15	25	18	18
30 - 21	-	24	9	17	6	20
20 - 11	-	2	2	1	6	10
10 - 1	-	1	1	1	7	-
0 unzureichende Information	-	-	-	-	-	-

^aWerte unter 50 bedeuten das Vorhandensein mindestens „ernsthafte Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale) oder jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit“ bis hin zu akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.

^bWerte über 70 kennzeichnen ein psychosoziales Funktionsniveau, in welchem Symptome lediglich „vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren“ sind (DSM-IV, 1998).

Bei den Fachkliniken hingegen lag der durchschnittliche GAF-Wert bei 37 (SD16). Auch hier zeigten sich signifikante Unterschiede im Klinikvergleich (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2(4)=157,76$; $p<0,001$). Das 50%-Perzentil liegt bei einem GAF von 35. 65% aller Patienten der Fachkliniken zeigten bei Aufnahme in die Institutsambulanz Werte unterhalb von 40^a.

Tab. 3.18: GAF-Verteilung Fachkliniken (n=1855); Angaben in Prozent

	Fach1 n=100	Fach2 n=35	Fach3 n=259	Fach4 n=991	Fach5 n=470
100 - 91	-	-	-	-	-
90 - 81	-	-	-	-	-
80 - 71	-	-	-	2	-
70 - 61	5	3	5	10	4
60 - 51	7	11	11	17	5
50 - 41	33	20	16	15	5
40 - 31 ^a	29	49	31	25	30
30 - 21	13	11	28	20	26
20 - 11	3	6	5	9	16
10 - 1	-	-	4	2	14
0 unzureichende Information	10	-	-	-	-

^aWerte unter 40 bedeuten einige Beeinträchtigung in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation oder starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (DSM-IV, 1998).

Clinical Global Impression Scale (CGI)

Der Mittelwert auf der CGI-Skala (Kategorie 2-8) lag bei den Abteilungen bei einem Schweregrad von 5 (SD1). Die Abteilungen unterscheiden sich in ihren CGI-Verteilungen signifikant voneinander (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2(4)=15,236$; $p=0,004$). 10% der Patienten waren bei Aufnahme in die Institutsambulanz nur leicht krank. Ein Drittel (33%) der Patienten wiesen einen Schweregrad von 5 „mäßig krank“, 41% einen Schweregrad von 6 „deutlich krank“ und 12% einen Schweregrad von 7 „schwer krank“ auf. Insgesamt waren drei Viertel (74%) aller Patienten der Abteilungen „mäßig krank“ bis „deutlich krank“.

Die Patienten der Fachkliniken hingegen sind schwerer krank, sie haben im Mittel einen CGI von 6 (SD 1) und im Vergleich zu den Abteilungen einen höheren Anteil an „schwer kranken“ Patienten (24%). 6% der Patienten sind nur leicht krank, 20% „mäßig krank“ und 43% „deutlich krank“. Die größte Untergruppe (67%) findet sich in den Kategorien „deutlich krank“ und „schwer krank“ (CGI 6 - 7). Der Intergruppenvergleich zeigt auch für die Fachkliniken signifikante Unterschiede (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2(4)=91,277$; $p<0,001$).

Die Universitätsklinik Tübingen versorgt ein vom Schweregrad her ähnlich krankes Klientel wie die Fachkliniken. Der mittlere Schweregrad der Krankheit beträgt ebenfalls 6 (SD 1). 68% der Patienten sind „deutlich“ bis „schwer krank“, davon allein 25% „schwer krank“ (CGI 7).

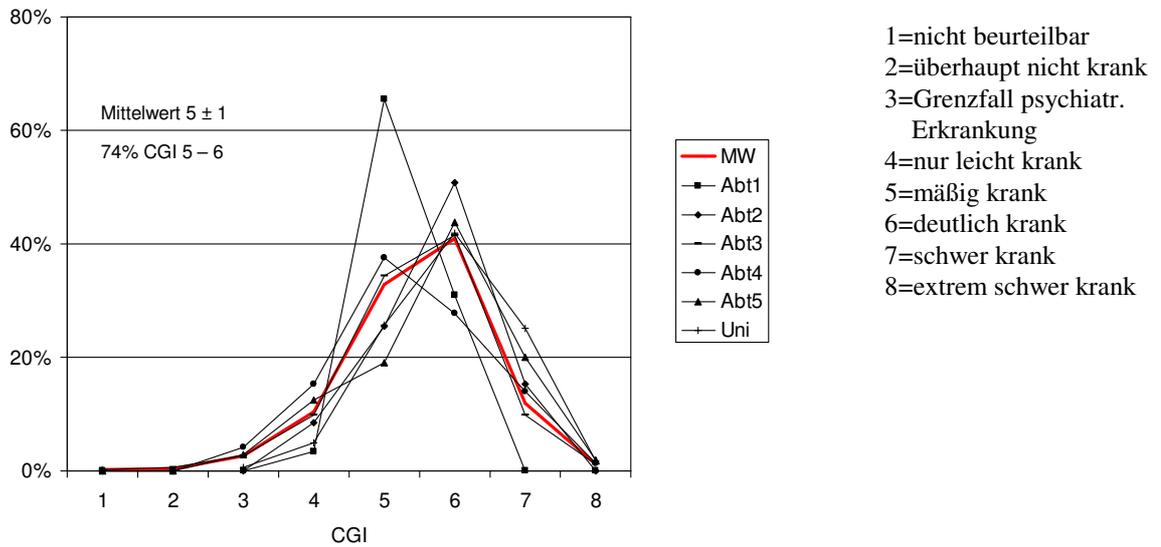


Abb. 3.2: Verteilung der CGI-Werte Abteilungen (n=705); Universitätsklinik (n=179)

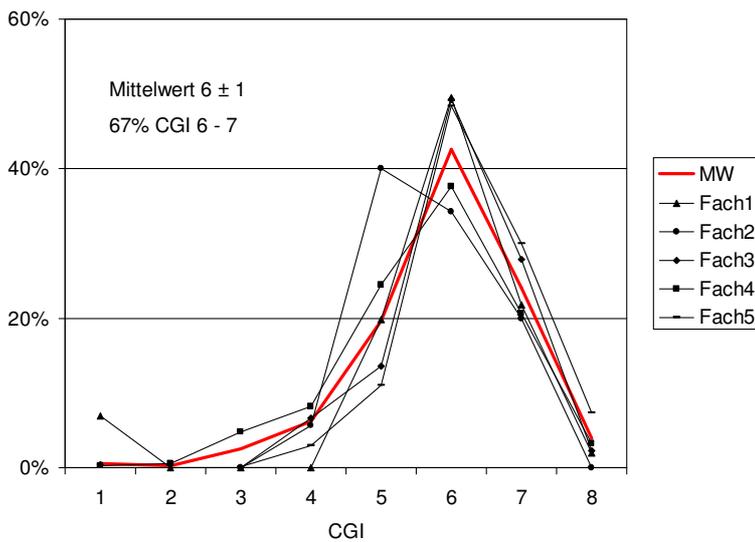


Abb. 3.3: Verteilung der CGI-Werte Fachkliniken (n=1845)

Hospitalisierungsrate

Tab. 3.19: Hospitalisierungsrate Abteilungen (n=713); Universitätsklinik (n=183); Angaben in Prozent

	Abt1 n=31	Abt2 n=59	Abt3 n=442	Abt4 n=76	Abt5 n=105	Uni n=183
keine Vorhospitalisierungen	13	19	33	7	39	14
1 – 2	74	31	29	20	33	22
3 – 5	13	25	13	32	11	31
6 – 10	0	12	7	15	11	14
> 10	0	12	10	20	4	17
unklar	0	2	8	8	2	2

Tab. 3.20: Hospitalisierungsrate Fachkliniken (n=1819); Angaben in Prozent

	Fach1 n=101	Fach2 n=35	Fach3 n=259	Fach4 n=957	Fach5 n=467
keine Vorhospitalisierungen	43	3	12	30	9
1 – 2	20	26	12	25	21
3 – 5	9	37	18	20	17
6 – 10	6	11	13	10	10
> 10	9	6	22	9	25
unklar	14	17	24	6	18

Entsprechend der großen Varianz in den Hospitalisierungsraten war der einrichtungsspezifische Vergleich signifikant (Kruskal-Wallis-Test Abteilungen: $\chi^2(4)=43,815$; $p<0,001$; Fachkliniken: $\chi^2(4)=226,99$; $p<0,001$).

Schließt man Abteilung 1 aufgrund ihrer besonderen Situation in der Versorgung Alkoholkranker aus, haben durchschnittlich 43% der Ambulanzpatienten von Abteilungen drei oder mehr stationär-psychiatrische Aufenthalte hinter sich, davon knapp ein Viertel mindestens 6 stationäre Behandlungen (23%). Ambulanzpatienten von Fachkliniken zeigen die gleiche Quote, 44% weisen 3 oder mehr Aufenthalte auf, davon 24% mindestens 6 Hospitalisierungen. Das Tübinger Klientel weist deutlich höhere Raten auf, 63% mit drei und mehr Vorbehandlungen und ein Drittel (31%) mit mindestens 6 Behandlungen.

3.4.3 Regionale Versorgungsstrukturen

Die besonderen Probleme bei der Erhebung von Daten zur Versorgungsstruktur der Landkreise wurden im Methodenteil dargelegt (s. 3.3.3). Zusammengefasst und bewertet wurden die Angaben der Landkreise hinsichtlich erkennbarer Besonderheiten in der Region sowie nach gewissen Schwerpunkten der Versorgung, die im folgenden berichtet werden. Darüber hinaus galt es herauszufinden, ob es erkennbare Zusammenhänge zwischen der Versorgungsstruktur vor Ort und der Zusammensetzung des PIA-Klientels gibt, in dem Sinne, dass sich Versorgungslücken abbilden. Hintergrund war die Hypothese, dass die Entwicklung der Institutsambulanzen weniger von dem der Ambulanz zugehörigen Krankentyp als vielmehr von regionalen Besonderheiten und der Ausgestaltung des ambulanten und komplementären Versorgungsangebotes abhängt. Beispielsweise könnte sich eine geringe Nervenärztdichte in einer größeren Nachfrage für Behandlung in der Institutsambulanz zeigen oder Regionen mit eher wenigen SpDi-Standorten einen Überhang von schizophrenen Patienten in der Institutsambulanz bewirken.

Es wurden 10 von 36 Landkreisen in Baden-Württemberg recherchiert, 2 Institutsambulanzen gehörten zum gleichen Landkreis.

- ▶ Im Landkreis Tübingen mit rund 212.000 Einwohnern erfolgt die psychiatrische Vollversorgung durch eine relativ kleine Universitätsklinik mit 140 vollstationären und 40 teilstationären Betten. Regional bestehen gute ambulante Strukturen und ein hoher Versorgungsgrad an ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Aufgrund der langen Tradition der Universitätsklinik in der Suchtkrankenversorgung wird auch in der Institutsambulanz ein suchtspezifisches Angebot vorgehalten.
- ▶ Der Landkreis Reutlingen mit rund 280.000 Einwohnern zeichnet sich aus, durch einen hohen Anteil an Wohn- und Pflegeheimen für psychisch Kranke. Versorgungsverpflichtung hat die Münsterklinik Zwiefalten mit 228 Betten, daneben gibt es das Heinrich-Landerer-Krankenhaus mit 34 vollstationären und 20 teilstationären Plätzen. Der Auftrag liegt v. a. in der Versorgung der Region „Schwäbische Alb“.
- ▶ Die Landkreise Ravensburg (267.904 EW) und Bodenseekreis (199.286 EW) zeichnen sich aus durch eine ausgeprägte Satellitenbildung im klinischen Bereich sowie Gemeindepsychiatrische Zentren. Es besteht eine enge Kooperation aller beteiligten Träger in der psychiatrischen Versorgung. Die Stationäre Versorgung erfolgt durch eine Fachklinik mit 280 stationären Betten sowie eine Tagesklinik mit ca. 10 Betten.

- ▶ Der Landkreis Biberach mit rund 175.000 Einwohnern ist ebenfalls durch die Besonderheit der Satellitenbildung gekennzeichnet. Neben dem LK Biberach versorgt die Fachklinik Bad Schussenried mit 200 Betten die Landkreise Ulm und Alb-Donau. Darüber hinaus fällt der vergleichsweise kleine Landkreis durch eine hohe Versorgung mit Pflege- und Wohnheimen sowie ambulant betreuten Wohnangeboten auf. Der Landkreis verfügt zwar nur über eine einzige Suchtberatungsstelle, kann jedoch einen Schwerpunkt mit Wohnangeboten für chronisch mehrfach beeinträchtigte alkoholabhängige (CMA-) Patienten aufweisen.
- ▶ Der Rems-Murr-Kreis ist mit rund 416.000 Einwohnern flächenmäßig der größte der hier einbezogenen Landkreise. Entsprechend ist er flächendeckend versorgt und verfügt über regional gegliederte Dienste mit multiplen Standorten (z.B. 5 Sozialpsychiatrische Dienste, 2 Integrationsfachdienste). Darüber hinaus besteht ein großes Angebot an Wohn- und Pflegeheimen sowie 8 Standorten für ambulant betreutes Wohnen psychisch Kranker. Versorgungsauftrag besteht für die 3 Sektoren im allgemein-psychiatrischen Bereich durch das ZfP Winnenden mit ca. 320 Betten. Einschließlich zweier Tageskliniken im Ost-Alb-Kreis stehen ca. 65 Tagesklinikplätze zur Verfügung.
- ▶ In den Landkreisen Freudenstadt (122.300 EW) und Heidenheim (140.000 EW) als kleinste Landkreise zeigt sich eine gute zentrale Basisversorgung. Psychiatrische und psychosoziale Dienste, Tagesstätten sowie Kontaktangebote sind mit ein bzw. maximal zwei Standorten vorhanden. Versorgung erfolgt durch zwei kleine psychiatrische Abteilungen mit 68 bzw. 78 stationären Betten sowie 14 teilstationären Plätzen der Abteilung Heidenheim. Im Rahmen der gemeindefernen Versorgung findet sich im Landkreis Freudenstadt außerdem ein relativ großes Angebot an Wohn- und Pflegeheimen sowie ambulanten Wohnangeboten.
- ▶ Städtische Versorgungsgebiete, wie der Stadtkreis Karlsruhe sind traditionell sehr gut versorgt. Das zeigt sich an der hohen Nervenarztdichte mit einem Versorgungsschlüssel von 35 niedergelassenen Psychiatern/Nervenärzten auf 270.000 Einwohner. Darüber hinaus besteht eine gute Versorgung im Suchthilfebereich mit 4 Angeboten sowie 2 Einrichtungen für CMA-Patienten. Die stationär-psychiatrische Versorgung erfolgt durch die städtischen Kliniken mit 144 Betten.
- ▶ Der Landkreis Esslingen als größter Landkreis (509.495 EW) wird durch 2 psychiatrische Abteilungen mit hoher Binnensektorisierung und insgesamt 182 psychiatrischen Betten sowie anteilig durch die Münsterklinik Zwiefalten versorgt. Er zeichnet sich aus durch eine hohe regionale Gliederung (5 Regionen) durch die die flächendeckende Versorgung mit entsprechend ambulanten und komplementären Angeboten gewährleistet wird. 5

gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) auf jeweils rund 100.000 Einwohner bilden den Rahmen der ambulanten Versorgung. Angesichts der Grösse des Landkreises besteht eine relativ niedrige Nervenarztdichte.

► Der Ortenaukreis mit rund 413.000 Einwohnern weist ebenfalls eine geringe Versorgung mit niedergelassenen Nervenärzten auf. Darüber hinaus zeigt sich eine solide ambulante Grundversorgung, die ebenfalls kreisweit und flächendeckend durch regional gegliederte Angebote (5 Regionen) erreicht wird. Die an dieser Untersuchung mitwirkende Fachklinik mit 100 Betten und 20 Tagesklinikplätzen versorgt den nördlichen Teil des Landkreises mit ca. 160.000 Einwohnern.

3.4.4 PIA-Patienten als Teilgruppe stationärer Patienten

Anhand einer Vergleichsstichprobe stationär behandelter und entlassener Patienten des 1.Quartals 2003 sollte untersucht werden, ob sich die (ebenfalls zuvor stationär behandelten) PIA-Patienten vom Durchschnitt stationär behandelter Patienten unterscheiden. Es wurde angenommen, dass es deutliche Unterschiede, im Sinne „kränker“, insbesondere in den Maßen CGI und Hospitalisierungsrate gibt. Für Tübingen war die Datenlage im Indexzeitraum ungenügend und sah folgendermaßen aus:

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

n=764 Fälle, stationäre/teilstationäre Entlassungen im Indexzeitraum

n=366 Fälle von denen stationäre BADO-Daten vorlagen, das sind n=338 Patienten

Schnittmenge n=105 PIA-Patienten, die im Indexzeitraum entlassen wurden

n=49 PIA-Patienten, von denen stationäre BADO-Daten vorlagen

n=56 PIA-Patienten ohne stationäre Vergleichsdaten

Der Vergleich von PIA-Patienten mit der Durchschnittsstichprobe stationär entlassener Patienten konnte nicht durchgeführt werden, da systematische Fehler der Stichproben augenscheinlich waren. Die Gruppe der PIA-Patienten von denen stationäre BADO-Daten vorlagen war nicht repräsentativ für die Gesamtstichprobe der im Indexzeitraum aus stationärer Behandlung entlassenen PIA-Patienten (n=49/n=54; von 2 Patienten fehlten BADO-PIA Daten). Statistisch signifikante Unterschiede zeigten sich in den Hospitalisierungsraten (Mann-Whitney-U-Test $Z=-2,246$; $p=0,025$). In der Gruppe der PIA-Patienten von denen keine stationären Daten vorlagen, befanden sich deutlich mehr Patienten mit hohen Hospitalisierungsraten (24% 6-10 Aufnahmen) im Vergleich zu den PIA-Patienten von denen Daten vorlagen (4%). Das erklärt möglicherweise, warum keine stationären

BADO-Daten vorhanden sind. Jene Patienten haben sich vermutlich wiederholt in stationärer Behandlung befunden, so daß eine Eingabe der in der Patientenakte vorliegenden BADO-Bögen nicht erfolgen konnte. Darüber hinaus hatte die „Schnittmenge“ der PIA-Patienten ein deutliches Übergewicht an Alkoholabhängigen im Vergleich zur Durchschnittstichprobe stationär entlassener Patienten. Fast die Hälfte der PIA-Patienten hatte eine F10.2-Diagnose, bei der stationären Stichprobe waren es nur 8%. Grund dafür ist die Anfang des Jahres 2003 neu begonnene ambulante Gruppe von Patienten im Nachbetreuungsprogramm der Alkoholtherapiestation.

Psychiatrische Abteilung Heidenheim

N=303 Fälle, stationäre/teilstationäre Entlassungen im Indexzeitraum

N=303 Fälle von denen stationäre BADO-Daten vorlagen, das sind N=280 Patienten

Schnittmenge N=18 PIA-Patienten, die im Indexzeitraum entlassen wurden

Vergleich N=18 PIA-Patienten mit N=262 aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten

Die stationären BADO-Daten der Abteilung Heidenheim lagen vollständig vor, die Schnittmenge war jedoch sehr klein. Psychopathologie-Skalen wie GAF und CGI wurden in der Heidenheimer Basisdokumentation nicht erhoben. Dennoch gibt es Hinweise, dass die PIA-Patienten zumindest tendentiell „kranker“ sind als der Durchschnitt der aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten.

Signifikant mehr Patienten der Institutsambulanz (29%) weisen „mehr als 5“ Hospitalisierungen in der Vorgeschichte auf, im Vergleich zur stationären Stichprobe mit 8% (Mann-Whitney-Test $Z=-2,926$; $p=0,003$). Bei den teilstationären Behandlungen bildet sich mit 43% zu 12% ein ähnliches Verhältnis ab. Mehr als die Hälfte der PIA-Patienten (56%) hat eine F2-Diagnose im Gegensatz zu 16% der stationär behandelten Patienten ($\chi^2(6)=23,156$; $p=0,001$). Außerdem ist unter den PIA-Patienten ein signifikant höherer Anteil an Sozialhilfe-Empfängern zu finden (22% vs 8%; $\chi^2(4)=11,735$; $p=0,019$). Alle anderen Variablen waren nicht signifikant.

3.5 Diskussion Teil I

Anhand der BADO-Daten eines Quartals aus 11 neu gegründeten Psychiatrischen Institutsambulanzen, sollte geklärt werden, welche soziodemographischen und erkrankungsbezogenen Charakteristika PIA-Patienten zeigen und ob Einflüsse der regionalen Versorgungsstrukturen sowie der Einrichtungstypen/ Krankenhaustypen zu finden sind. Weiterhin sollte überprüft werden, ob Patienten der Institutsambulanz im Vergleich mit stationär versorgtem Klientel schwerer krank sind. Aufgrund der Neueinführung von Institutsambulanzen in Baden-Württemberg liegen zu diesen Fragestellungen bisher keine systematisch erhobenen Erkenntnisse unter Versorgungsbedingungen vor.

Anhand der Inhaltsanalyse der Interviews zur Organisation und Arbeitsweise der Institutsambulanzen ließen sich in Abhängigkeit vom Krankhaustyp 3 Modelle definieren. Das Modell der eigenständig neben den Stationen geführten Ambulanz mit eigenen Räumlichkeiten und Mitarbeiterteam war nur in Tübingen und einer (nicht ganz typischen) Fachklinik realisiert. Die „dezentrale“ stationsbezogene Institutsambulanz mit Nutzung der stationeigenen Ressourcen (Personal, Behandlungsangebote) ist v. a. für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern aufgrund des Sektorprinzips vieler Landkreise und unter ökonomischen Gesichtspunkten die bevorzugte Organisationsform. Ihr Vorteil liegt v. a. darin, dass durch die personale Bindung von Behandler und Patient ein erhebliches Ausmaß an Betreuungskontinuität erreicht werden kann. Fachkliniken hingegen vereinen beide Varianten in „gemischt“ organisierten Ambulanzen. Stationsbezogen werden von den Behandlern der einzelnen Stationen ambulante Leistungen in Form von Nachbetreuungen stationär entlassener Patienten erbracht. Zusätzlich existieren Spezialambulanzen, z. B. Suchtambulanzen, die v. a. ambulant zugewiesenen Patienten offen stehen.

Patientencharakteristika

Aufgrund der vorliegenden Daten gibt es eine Reihe von Hinweisen, dass sich unter realen Versorgungsbedingungen die gesetzlich erwartete „selektive Attraktion“ von Patienten, entsprechend den Anforderungen der Bundesvereinbarung (§118 SGB V), in den Institutsambulanzen tatsächlich ausbildet.

Die Bandbreite der *Diagnosen* spricht dafür. Die Befunde decken sich mit dem was auch die DGPPN (1997) in ihrer Bestandsaufnahme zur Versorgung durch Institutsambulanzen darlegt:

In den Institutsambulanzen dominieren Patienten mit psychotischen Erkrankungen und Zweitdiagnosen, wie Persönlichkeitsstörung und/oder Suchterkrankung.... Bereits bei der diagnostischen Einordnung fällt z. B. im Vergleich zur Nervenarztstudie (Bochnik & Koch, 1990) auf, dass die Institutsambulanz eindeutig mehr Patienten mit schweren und chronischen Erkrankungen behandelt. Insbesondere einen höheren Anteil an Patienten mit rezidivierend verlaufenden und zur Chronifizierung neigenden Erkrankungen wie schizophrenen Psychosen und Alkoholabhängigkeit.

Einrichtungsabhängig versorgen Abteilungen einschließlich der Universitätsklinik vorrangig Suchtkranke mit Zweitdiagnose. Daher rührt der höhere Anteil an Komorbidität durch Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen und Anpassungsstörungen. Dass chronische Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen häufig kombiniert auftreten, zeigt sich auch in den Untersuchungsstichproben der beiden folgenden Teile dieser Arbeit und wird dort explizit diskutiert. Der hohe Anteil an Suchtkranken der Tübinger Institutsambulanz entsteht u. a. durch den Bedarf eines speziellen suchtspezifischen Angebotes, ohne dass der Schweregrad der Erkrankung von Bedeutung ist. Dabei handelt es sich um eine Gruppe Alkoholabhängiger mit Doppeldiagnosen, die eine spezielle kombinierte stationär-ambulante Behandlung wahrnehmen, weil sie kein angemessenes Angebot im niedergelassenen Bereich finden. Auch der hohe Suchtanteil der Abteilung 1 ist so zu erklären und belegt den Bedarf an ambulanter Nachbehandlung. Entsprechend ihrer Struktur mit Spezialstationen und der Versorgung von Langzeitpatienten, haben Institutsambulanzen von Fachkliniken hingegen einen generell hohen Anteil an schizophrenen Patienten.

Unabhängig von der diagnostischen Zuordnung sind die Art, Schwere und Dauer der Erkrankung entscheidende Kriterien für die Behandlung in der Institutsambulanz (§1 der Rahmenvereinbarung).

Die Ergebnisse geben Hinweise auf ein vom *Schweregrad* her kränkeres Klientel. Das soziale Funktionsniveau zeigt zum Messzeitpunkt bei gut der Hälfte aller PIA-Patienten von Abteilungen sowie bei fast zwei Drittel der Klientel der Universitätsklinik, Werte unterhalb von 50. Bei den Fachkliniken liegt das 50%-Percentil bei einem GAF von 35 noch niedriger. Auf der CGI-Skala findet sich die mit Abstand größte Untergruppe in der Kategorie „deutlich krank“. Einrichtungsübergreifend konsultierten rund 42% der Patienten mit Schweregrad 6 die Institutsambulanzen. Zwischen 12% (Abteilungen) und 25% (Fachkliniken, Universitätsklinik) der Patienten sind „schwer krank“. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit

Patienten anderer Institutsambulanzen. Sie decken sich mit den Angaben einer Stichprobe von Ambulanzpatienten der ersten Auswertungen der bayerischen AmbADO (Welschhold et al., 2003). Die Patienten von Fachkliniken und der Universitätsklinik sind im Mittel schwerer krank. Während die Mehrheit der Patienten von Abteilungen einen Schweregrad von „mäßig krank“ bis „deutlich krank“ aufweist, sind dies bei den Fachkliniken und der Universitätsklinik die Kategorien „deutlich krank“ bis „schwer krank“.

In der Zahl psychiatrischer *Vorbehandlungen* zeigt sich jedoch weniger Übereinstimmung. 70% der bayerischen Ambulanzpatienten hatten 3 und mehr stationäre Behandlungen, davon mehr als die Hälfte (38%) mindestens 6 Hospitalisierungen. Die Patienten der 11 Ambulanzen dieser Untersuchung hingegen weisen unabhängig von der Einrichtung im Durchschnitt lediglich in 44% der Fälle 3 und mehr Vorbehandlungen auf. Ein Viertel der Patienten aller Einrichtungen hat mindestens 6 stationär-psychiatrische Aufenthalte hinter sich.

Der hohe Anteil an zur *Weiterbehandlung* übernommenen stationären Patienten so gut wie aller Ambulanzen belegt, dass eine gute Verzahnung zwischen stationärem und ambulatem Bereich besteht und die Institutsambulanzen ihrem Auftrag in der Nach- und Weiterbehandlung von Patienten gerecht werden.

Der ebenfalls relativ hohe Anteil an gering oder nicht stationär vorbehandelten Patienten bedeutet, dass offensichtlich Ersterkrankte oder auch weniger schwer kranke Patienten behandelt werden. Inwiefern diese von Vertragsärzten nicht erreicht werden, und ob sie überhaupt zur Zielgruppe der Institutsambulanz gehören, muß diskutiert werden. Der relativ hohe Anteil an F43-Diagnosen der Ambulanzen Fach1 und Fach4 weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Patienten in Lebenskrisen und mit kurzfristigen Anpassungsstörungen die Institutsambulanz aufsuchen, weil sie dort bei niederschwelligem Zugang, kurzfristig und unkompliziert Behandlung finden. Wesentliches Kriterium ist das krankheitsbedingte Hilfesucheverhalten von Patienten, welches die Behandlung in der Institutsambulanz rechtfertigt. In §3 der Rahmenvereinbarung ist zudem keine Rede davon, dass bei Ersterkrankungen oder Erkrankungen von erst kurzer Dauer nur eine kurzzeitige und befristete Versorgung durch Institutsambulanzen in Betracht kommt (Hübner et al., 2002).

Eine Analyse des Schweregrades der Erkrankung unter Einbezug des Anteils an Einmalkontakten im Vergleich zur Mehrfachbehandlung könnte Aufschluss darüber geben, ob erstere tatsächlich die „gesünderen“ und Mehrfachbehandelte die „kränkeren“ Patienten sind. In der vorliegenden Untersuchung war, wie bereits im Ergebnisteil dargelegt, eine sinnvolle

Auswertung dieser Variablen nicht möglich. Eine Zunahme professioneller Behandlung in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung ist in der Literatur belegt (Meller et al., 1989).

Auch der Befund einer tendenziell geringen *Mitbetreuung* durch andere ambulante Dienste und komplementäre Einrichtungen läßt offen, ob dies Ausdruck mangelnden Bedarfs ist oder jene im bisherigen System unversorgten Patienten tatsächlich erreicht werden.

Der hohe Anteil an *Heimbewohnern*, insbesondere bei den südwürttembergischen Fachkliniken, belegt, dass durch die aufsuchende Arbeit der Institutsambulanz eine bisher unversorgte Patientengruppe erreicht wird. Hier bilden sich die Versorgungsstrukturen der Landkreise ab, nämlich das regional große Angebot in der Wohnbetreuung mit multiplen Standorten und psychiatrischen Wohnheimen. Auch die Altersstruktur, Daten zur beruflichen Situation und zum Lebensunterhalt bilden die Struktur des Heimbereichs ab. In den Fachkliniken wird eine um durchschnittlich 10 Jahre ältere Population versorgt. Neben der Versorgung von Heimbewohnern erklärt sich die ältere Population dadurch, dass Fachkliniken im Gegensatz zu Abteilungen, Spezialstationen oder Spezialabteilungen für gerontopsychiatrische Patienten vorhalten. Zusammenfassend versorgen die Fachkliniken das klassische gemeindepsychiatrische Klientel, d. h. psychisch Kranke in Wohnheimen, ambulant betreutem Wohnen und Familienpflege.

Zur weiteren Differenzierung prognostisch günstiger bzw. ungünstiger Patientengruppen sollten in zukünftigen Untersuchungen weitere Merkmale wie z.B. eine gesetzliche Betreuung oder richterliche Unterbringungen bei bestehender Krankheitsuneinsichtigkeit, Suizidversuche und Behandlungsabbrüche herangezogen werden.

Einrichtungsvergleich

Ein Gruppenvergleich zwischen den Institutsambulanzen der 5 Abteilungen einerseits, und 5 Fachkliniken andererseits, konnte die Hypothese von generellen Patientenmerkmalen, über die o. g. Gruppenunterschiede hinaus, nicht bestätigen. Zwischen den Ambulanzen einer Einrichtungsart fanden sich im Hinblick auf die Klientel überraschend große Unterschiede. Es fanden sich keine charakteristischen Muster oder Besonderheiten, kein spezielles Klientel aufgrund des Typs der Klinik/Einrichtung, der die Institutsambulanz zugeordnet ist. D. h. trotz formal gleicher Grundstruktur der jeweiligen Einrichtungstypen wird nicht die gleiche

Klientel erreicht. Unter methodischen Gesichtspunkten, die das Ergebnis bewirkt haben könnten, besteht offensichtlich doch eine geringere Homogenität zwischen den Kliniktypen als angenommen. Denkbar ist auch, dass die „Rater“ sich trotz schriftlich fixierter Anleitung zur BADO-PIA zu sehr unterschieden haben. So dass eventuell eine geringe Interraterreliabilität besteht, was nicht überprüft wurde. Konsequenterweise bedeutet das, dass zukünftig bei BADO-Erhebungen auf eine Probephase mit Ratertraining nicht verzichtet werden kann. Die resultierende Heterogenität der Patientengruppen kann auch durch den Erhebungszeitpunkt bedingt sein. Nämlich dass sich die Ambulanzen unmittelbar nach der Eröffnung in einer Orientierungsphase befanden und erst mit der Umsetzung der Rahmenvereinbarung im Laufe der Zeit die erwarteten Patiententypen sichtbar werden. Darüber hinaus sind die Ergebnisse abhängig von der Angebotsstruktur und letztlich davon, welchen Patientengruppen sich die einzelnen Ambulanzen öffnen.

Darüber hinaus wurden keine größeren Versorgungslücken evident. Unter Berücksichtigung von Grösse und Besonderheiten der einzelnen Landkreise finden sich nach den vorliegenden Daten keine wesentlichen Unterschiede in der Ausstattung der ambulanten und komplementären Versorgung. Die Ergebnisse der Recherchen zur regionalen Versorgungsstruktur zeigten insgesamt ein gegliedertes wohnortnahes Versorgungsangebot. Es zeigte sich eine gute gemeindepsychiatrische Grundversorgung in den 10 Landkreisen der Institutsambulanzen mit Besonderheiten und Schwerpunkten in einzelnen Regionen. Grundsätzlich waren ambulante Dienste, Wohnbetreuung, Tagesstätten und Freizeitangebote in jedem Landkreis vorhanden, bei großen Landkreisen auch flächendeckend. Unterschiede bestanden v. a. in der Zahl der Anbieter und Träger.

Nach den vorliegenden Ergebnissen gibt es keinen anderen Zusammenhang zwischen der Versorgungsstruktur vor Ort und der Zusammensetzung des PIA-Klientels als den, dass die Patientenstruktur der einzelnen Institutsambulanzen die jeweilige regionale Versorgungslandschaft abbildet. Darüber hinaus macht die BADO Kooperationsprozesse sichtbar. Inwieweit eine Mitbehandlung durch andere Dienste und Einrichtungen in den Gesamtbehandlungsplan integriert wird, hängt offensichtlich nicht von einer gemeindenahen und vernetzten Versorgung ab. Den Daten zufolge sind die Fachkliniken zwar wohnortfern angelegt, jedoch gut vernetzt und in das Versorgungssystem integriert. D. h. das Ausmaß der Mitbehandlung/Mitbetreuung hängt wiederum nicht vom Krankentyp und der regionalen

Versorgung ab, sondern von der Kooperation der Träger untereinander und dem „Bewusstsein“ einer Klinik für Kooperation.

Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich schlussfolgern, dass eine differenzierte und einzelne Betrachtung der Einrichtungen und Patientenströme nötig ist. Der Status als Abteilung, Fachklinik oder Universitätsklinik, gewachsene Traditionen, die Bestandszeit der Einrichtung, „Altlasten“ sowie die Organisationsstruktur der Ambulanz scheinen wesentliche Einflussgrößen zu sein. Im Ergebnisteil wurden die Zusammenhänge in ihrem Einfluß auf die Patientenstruktur vereinzelt dargestellt, folgende Beispiele verdeutlichen das nochmals. Zwei psychiatrische Abteilungen (Abt4, Abt5) dieser Untersuchung die im gleichen Landkreis angesiedelt sind, so daß von formal gleichen Grundstrukturen ausgegangen werden kann, unterscheiden sich signifikant in der Hospitalisierungsrate. Der hohe Anteil an Patienten ohne psychiatrische Vorhospitalisierungen der Abt5 ist dadurch erklärbar, dass dies eine relativ „junge“ Einrichtung ist, die im Vergleich zu Abt4, einer seit Jahren bestehenden Abteilung im Landkreis mit Ermächtigungsambulanz, so gesehen keinen Stamm an „alten“ Patienten in die Ambulanz übernehmen konnte. Auch die Fachklinik 1 ist eine relativ neue Einrichtung und mit einem Anteil von 43% Patienten ohne psychiatrische Vorhospitalisierungen offensichtlich Anlaufstelle für viele Ersterkrankte oder Unversorgte der Region.

PIA-Patienten als Teilgruppe stationärer Patienten

Die Überprüfung der dritten Frage, nämlich ob sich mit den PIA-Patienten eine Teilgruppe identifizieren läßt, die im Vergleich zur Gesamtpopulation stationärer Patienten einen ungünstigeren Krankheitsverlauf hat, hing von der Zugänglichkeit stationärer BADO-Daten ab. Lediglich 2 der 11 Einrichtungen konnten Daten zur Verfügung stellen. Auch anhand der Tübinger Daten konnte die Frage nicht beantwortet werden. Die stationäre Basisdokumentation der Klinik lag für die relevante ambulante Stichprobe zum Zeitpunkt der Auswertung einerseits noch nicht vollständig vor, andererseits wiesen die vorhandenen Daten systematische Fehler auf.

Die Datenlage der Abteilung Heidenheim war gut. Allerdings war die Schnittmenge der zuvor stationär behandelten PIA-Patienten im Indexzeitraum sehr klein, so daß die Ergebnisse unter Vorbehalt referiert werden. Der Vergleich müsste an einer größeren Stichprobe wiederholt werden. Die Befunde geben Hinweis auf ein im Vergleich zur Durchschnittsstichprobe stationärer Patienten, psychopathologisch schwerer beeinträchtigtes und weniger sozial integriertes Patienten Klientel der Institutsambulanz. Diagnostisch überwogen schizophrene

Psychosen. Die Ambulanz-Stichprobe zeichnete sich aus durch signifikant höhere Hospitalisierungsraten in der Vorgeschichte und einen signifikant höheren Anteil an Sozialhilfeempfängern.

Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass die Basisdokumentation zur Beschreibung der Zielgruppe und für vergleichende Untersuchungen auf Kliniks- bzw. Einrichtungsebene einen wesentlichen Beitrag leisten kann. Die Erhebung der BADO-PIA hat auch in dieser Untersuchung valide Daten für den Austausch mit anderen Institutsambulanzen geliefert. Sie hat eine überregionale Vergleichbarkeit zwischen den 11 baden-württembergischen Institutsambulanzen ermöglicht und Unterschiede in den Versorgungsregionen offengelegt. Ambulanzen können sich mittels Basisdokumentation regelmäßig einen systematischen Überblick über ihre Patientenstruktur, bestehende Vernetzungs- und Kooperationsbeziehungen sowie Veränderungen des eigenen Leistungsprofils verschaffen. Befunde einer Pilotuntersuchung mit der bayerischen AmBADO der psychiatrischen Institutsambulanzen, die mittlerweile in Bayern verpflichtend ist, sprechen für den Nutzen auf Patientenebene, Einrichtungsebene (regelmäßige Berichterstattung), Verbundebene (bestehende Vernetzungsstrukturen) und Landesebene, als Voraussetzung für externe Vergleiche und eine landesweite Versorgungsplanung (Welschhold et al., 2003).

Der Nutzen einer Basisdokumentation zur Verlaufsbeurteilung muß jedoch kritisch diskutiert werden. Aus diesem Grund waren auch in dieser Untersuchung Katamnese- und Verlaufsdaten nicht vorgesehen. Dabei gilt zu klären, welches über die in Teil III dieser Arbeit verwendeten Hospitalisierungsparameter hinaus taugliche Kriterien für die Evaluation einer Behandlung in der Institutsambulanz sind. Langfristig muß es Ziel sein, herauszufinden, welche Patienten von den therapeutischen Möglichkeiten einer psychiatrischen Institutsambulanz profitieren, auch unter dem Aspekt, zukünftig gezielter zuweisen zu können. Kriterien, wie die Beschäftigungssituation beispielsweise, lassen bei psychisch Kranken und in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit wenig erwarten. Auch Verlaufsbeurteilungen mittels GAF scheinen nur bedingt geeignet, bei einer ambulanten psychiatrischen Klientel Veränderungen zu erfassen. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus stationärer Behandlung wird in der Regel eine mäßige Ausprägung der Symptomatik angezeigt. Untersuchungen an ambulanten schizophrenen Patienten zeigten zwar in der gruppenstatistischen Auswertung der GAF-Werte

statistisch signifikante Ergebnisse, die Veränderungen waren aber in Katamnesezeiträumen von bis zu 12 Monaten nach stationärer Entlassung so gering, dass sie als klinisch nicht relevant betrachtet werden mussten (Längle, 2002; ferner siehe Kallert, 1998). Darüber hinaus ist die geringe Messgenauigkeit der GAF-Skala bekannt, deren größter Schwachpunkt in der kombinierten Erfassung von sozialer Anpassung und psychopathologischen Symptomen auf nur einer Achse besteht (Goldmann et al., 1992).

Da Daten wie der GAF-Wert oder CGI zur Festlegung des Schweregrades einer Erkrankung und damit in ihrer Funktion als mögliches allgemein anerkanntes Zuweisungskriterium für eine Behandlung in der Institutsambulanz außerdem hohe gesundheitspolitische Relevanz hat, ist die Reliabilität dieser Daten beim Erstkontakt als auch bei Quartalsaktualisierungen fraglich (vgl. Protokollnotiz Bundesvereinbarung Institutsambulanzen, 2001). Das Fehlen von Ratertrainings schränkt die Aussagekraft und Vergleichbarkeit zusätzlich ein.

Möglicherweise ist zur Verlaufsbeurteilung und für eine Effektivitätsbewertung ein Instrument wie der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) besser geeignet (Kauder et al., 2001; Gromann, 2002; Rössler, 2004). In einem stark fragmentierten und undurchlässigen Hilfesystem, wie es in Deutschland vorhanden ist, richtet sich der Hilfebedarf von chronisch psychisch Kranken nach vorhandenen Einrichtungen und Angeboten und gegebenenfalls vorhandener Kostenzuständigkeit. Die Konzeption des IBRP bedeutete einen Paradigmenwechsel dahingehend, das bestehende einrichtungszentrierte Hilfesystem personenzentriert umzusteuern. Konkret geht es nicht darum, weitere zusätzliche Hilfen neben das vorhandene System aufzubauen, sondern ausgehend vom differenzierten Bedarf chronisch psychisch kranker Menschen und im Einzelfall, notwendige Behandlungen zu koordinieren und zu steuern. Es wird davon ausgegangen, dass durch die gezielte Planung und Steuerung der Versorgung, die „strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen“, wie sie bereits von der Expertenkommission (1988) kritisiert wurde, reduziert und vorhandene Ressourcen sinnvoller eingesetzt werden können. Die therapeutische Bezugsperson für die Koordination und Behandlungsplanung könnte aus der Institutsambulanz sein. Der IBRP ist ausdrücklich auch für die Evaluation und das Monitoring von Behandlungs- und Rehabilitationsprozessen vorgesehen (Kauder et al., 2001). Ein wesentlicher Bezugspunkt für die Bewertung der Ergebnisqualität sind, entsprechend dem verhaltenstherapeutischen Ansatz des Goal Attainment Scaling, konkret operationalisierte Ziele im Lebenskontext des Patienten und die systematische Überprüfung der Zielerreichung im Hinblick auf Symptomatik, Fähigkeiten/ Fähigkeitsstörungen und ggf. auf die erreichte soziale Eingliederung.

Darüber hinaus könnten subjektiven Evaluationskriterien wie die Lebensqualität von Patienten erhoben werden. Eine Evaluation könnte auch anhand des gesundheitsökonomischen Verlaufs erfolgen. Ein geeignetes Instrument zur Erfassung der psychiatrischen Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie beispielsweise, ist der Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI), welcher in einer deutschen Version von Roick et al. (2001) vorliegt.

4 Teil II Evaluation des 100-Tage-Programms

Der vorliegende Teil untersucht die kurzfristigen Effekte eines ambulanten niederschweligen Angebotes für chronisch alkoholabhängige Patienten, beschreibt das behandelte Klientel und analysiert mögliche Erfolgs- bzw. Risikofaktoren. Das Konzept wurde im Abschnitt 1.5.2 dargestellt. Im einzelnen sollen folgende Fragen geklärt werden:

4.1 Fragestellungen

1. Wie hoch ist der Anteil an Patienten, die das 100-Tage-Programm erfolgreich abschließen können, wie häufig sind Alkoholrückfälle während des 100-Tage-Programms, und wie hoch ist der Anteil stationärer Wiederaufnahmen im Verlauf eines halben Jahres nach Beginn der Behandlung sowie 6 Monate nach Ende der Behandlung?
2. Wie hoch ist der Anteil an chronisch alkoholabhängigen Patienten, die trotz Rückfall den Kontakt zur Ambulanz halten und wieviel Patienten haben nach Ende des 100-Tage-Programms eine weiterführende Behandlung angetreten?
3. Welche soziodemographischen und klinischen Merkmale gibt es für den Therapieerfolg?

4.2 Methoden

Entsprechend dem „Intention-to-treat-Prinzip“ (Glossar - Sucht, 2001) wurden alle 67 Patienten, die zwischen Juni 2002 und September 2003 am Programm teilgenommen haben eingeschlossen, und prospektiv über einen Zeitraum von 6 Monaten nach Beginn der Behandlung untersucht. Für die chronisch-rezidivierenden alkoholabhängigen Patienten der Institutsambulanz ist das ein ausreichend langer Untersuchungszeitraum. Das höchste Rückfallrisiko besteht in den ersten Wochen und Monaten nach einer suchtspezifischen Behandlung. Aus der Literatur ist bekannt, dass unabhängig von der Therapieform mindestens 70% der Rückfälle von Alkoholabhängigen im ersten Jahr nach Entlassung aus stationärer Behandlung stattfinden, wobei die Betonung auf den ersten 3 Monaten liegt (z.B. Lange et al., 1999; Reker et al., 2004). Auch Untersuchungen der Engiftungsstation der Tübinger Psychiatrischen Klinik ergaben, dass die meisten der rückfälligen Patienten (30%) bereits innerhalb der ersten 4 Wochen nach Entlassung erneut Alkohol konsumierten (Stetter & Mann, 1997). In einer prospektiven Evaluationsstudie unter Versorgungsbedingungen hatten

über 60% der Behandelten bereits 3 Monate nach einer stationären Akutbehandlung wieder Alkohol konsumiert (Reker et al., 2004).

Alle Patienten erfüllten die ICD-10-Kriterien der Alkoholabhängigkeit. Die soziodemographischen und krankheitsanamnesticen Daten basieren auf dem Anamnesegespräch bei Aufnahme ins 100-Tage-Programm und wurden, da die überwiegende Mehrheit der Patienten zuvor stationär entgiftet wurde, durch Suchtanamnese und Krankenblatt ergänzt. Zur Beurteilung der Abstinenz während des Behandlungsverlaufs werden die täglichen Atemalkoholkontrollen der ersten 100 Tage, bei folgenden Durchgängen entsprechend niederfrequenter Kontrollen, zugrunde gelegt. Die Messwerte werden für jeden Patienten in einem Trinktagebuch protokolliert, welches dieser mit sich führt. Für die Ambulanz erfolgt die Dokumentation der Promille-Werte für sämtliche Teilnehmer jeweils in einem Wochenplan. Methodische Einschränkungen sind im Hinblick auf die Diagnostik komorbider Störungen zu machen, die nicht in Form standardisierter Verfahren ermittelt werden konnten. Der Aufwand zur Durchführung des zeitaufwändigen SKID beispielsweise (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Wittchen et al., 1997) ist für Doppeldiagnose-Patienten grundsätzlich lohnenswert, stand für diese Untersuchung jedoch in keiner positiven Relation zum Nutzen. So daß auf klinische Diagnosen zurückgegriffen wurde, für die allerdings aufgrund der mehrfachen stationären Vorbehandlungen der Teilnehmer in der hiesigen Klinik ein hohes Maß an diagnostischer Sicherheit bestand. Lediglich 4 Patienten waren ohne Vorbehandlungen.

Mittels einer eigenen Dokumentation wurde der Verlauf anhand verschiedener Outcome-Kriterien erfasst.

4.2.1 Outcome-Kriterien

Die Ergebnisse des 100-Tage-Programms sollen an folgenden Kriterien bewertet werden.

► Abstinenzrate: erfolgreiche Teilnahme über 100 Tage und verschiedene Stufen. Die Erfolgsraten beruhen auf kontinuierlichen negativen Werten in der Atemalkoholanalyse. Zur Bewertung der kurzfristigen Erfolgsraten wurde auf bewährte Einteilungen zurückgegriffen: abstinent, Rückfall ohne Abbruch, Rückfall und Abbruch, Abbruch ohne Rückfall. Als erfolgreiche Behandlung wurden die Kategorien *abstinent* und *Rückfall ohne Abbruch* gewertet (vgl. Mann & Batra, 1993).

► Rückfallquote: Entsprechend dem ALITA-Konzept erfolgt die Rückfalldefinition in Form von „lapses“ und „re-lapses“. Unter lapses (Ausrutscher) werden kurzfristige Rückfälle

verstanden, d. h. jegliche Art von Alkoholkonsum, der gefolgt ist von sofortiger Umkehr zur Abstinenz und Therapiefortführung. Hingegen wird fortgesetztes Trinken und Abbruch der Therapie als relapse (echter Rückfall) bezeichnet (vgl. Ehrenreich et al., 2002). Eine Obergrenze für die Anzahl von sogenannten lapses mit der Konsequenz einer disziplinarischen Entlassung gab es nicht.

► Anzahl trinkfreier Tage: Die Summe der trinkfreien Tage setzt sich zusammen aus der Anzahl der Tage im Behandlungsprogramm abzüglich der Anzahl kurzfristiger Rückfälle (lapses), wobei die Patienten im Falle des nicht Erscheinens als rückfällig eingestuft und die Tage entsprechend als „lapse“ gewertet wurden.

► Haltefähigkeit: Gemeint ist hier nicht die sogenannte „Haltequote“ oder „Abbrecherquote“ als Zahl der planmäßigen Beender. Als Erfolg wird bewertet, wenn jemand trotz Rückfall den Kontakt zur Ambulanz hält. Haltefähigkeit gibt hier neben den regulären Beendern die Quote derjenigen Patienten an, die längerfristig, d. h. mit weiteren Durchgängen im 100-Tage-Programm bleiben sowie derjenigen Patienten, bei denen es trotz Rückfälligkeit oder rückfallbedingtem Abbruch gelingt, den Kontakt zur Ambulanz aufrechtzuerhalten.

► Stationäre Wiederaufnahmehäufigkeit: Die Zahl stationärer Aufnahmen wurde prospektiv über 6 Monate nach Aufnahme ins 100-Tage-Programm erfasst. Darüber hinaus konnte bei 75% der Patienten eine 6-Monats-Katamnese anhand der stationären Wiederaufnahmerate erfolgen.

► Weiterbehandlung nach Ende des 100-Tage-Programms und im 6-Monats-Referenzzeitraum: Aufnahme einer Entwöhnungsbehandlung bzw. Aufnahme einer stationären suchtspezifischen Akutbehandlung. Patienten, die nach Abbruch der Behandlung nicht auffindbar waren bzw. von denen keine Informationen erhältlich waren, wurden als rückfällig eingestuft.

Studien zur Alkoholismusbehandlung sind durch unterschiedliche Voraussetzungen bezüglich ihrer theoretischen Ansätze, Patientenselektion und Settingmerkmalen sowie ihrer unterschiedlichen Erhebungs- und Auswertungsansätze nur eingeschränkt vergleichbar (Lange et al., 1999; Driessen et al., 1999). Desgleichen sind die zur Evaluation herangezogenen Katamnesen nur wenig standardisiert und ebenfalls nur bedingt vergleichbar. Die Frage nach der Zuverlässigkeit von Selbstaussagen zur Erfassung der Abstinenzquoten wird kontrovers diskutiert (z.B. Längle et al., 1993; Mann & Mundle, 1997). In dieser Untersuchung basieren die Erfolgsberechnungen nicht auf Selbstaussagen von Patienten sondern auf der Rate kontinuierlicher negativer Werte in den Atemalkoholanalysen.

Insgesamt muß ein Vergleich also vorsichtig vorgenommen werden. Da es zur Zeit jedoch keine konzeptionell vergleichbaren Modelle zum 100-Tage-Programm gibt, werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung in Bezug auf Stichprobencharakteristika und Quoten über Behandlungsergebnisse alkoholabhängiger Patienten mit Daten aus Untersuchungen mit verschiedenen Behandlungssettings verglichen. Dies soll eine erste Bewertung und Einordnung der Ergebnisse möglich zu machen.

Dabei muß berücksichtigt werden, dass die vorliegenden Ergebnisse schwerpunktmäßig prospektiv (nicht katamnestic) und in einem 6-monatigen Zeitraum mit Behandlungsbeginn erhoben wurden. Bisher konnten nur kurzfristige Erfolgsraten erhoben werden. Insbesondere werden Untersuchungen aus der eigenen Klinik einbezogen und diskutiert. Ein Vergleich mit der internationalen Literatur wird nicht dargestellt, da die Ergebnisse im Rahmen lokaler Gegebenheiten diskutiert werden müssen. Eine Übertragung auf das Behandlungssystem in Deutschland ist ohnehin kaum möglich. Im Vergleich zum angelsächsischen Raum sind die Erfolgsquoten in Deutschland höher bei deutlich längerer Behandlungsdauer. Unabhängig vom Katamnesezeitraum werden in angloamerikanischen Übersichtsarbeiten überwiegend Abstinenzraten von 20 – 30% angegeben, während in deutschen Studien die Langzeit-Abstinenzquoten mit bis zu 50% angegeben werden (Süß, 1995; Rist, 1996).

Die Psychiatrische Universitätsklinik hat einen Pflichtversorgungsauftrag für den Landkreis Tübingen. Das bedeutet, dass bei der Aufnahme in stationäre und ambulante Behandlung keine Selektion betrieben wird, entsprechend hängt die Zusammensetzung der Stichprobe mit den regionalen Versorgungsstrukturen zusammen.

4.2.2 Untersuchungen zur Effizienz stationärer und ambulanter Alkoholbehandlung

Die Wirksamkeit qualifizierter stationärer Entgiftungs- und Motivationsbehandlung als auch die Notwendigkeit einer intensiven ambulanten Nachbehandlung im Anschluss an die stationäre Entgiftung, in Form stationärer oder ambulanter Entwöhnungsbehandlungen, sind unumstritten und empirisch bestätigt worden.

Auf das Problem der Vergleichbarkeit von Studien aus anderen Einrichtungen wurde bereits hingewiesen. Ein direkter Vergleich mit den Behandlungserfolgen anderer Untersuchungen ist v. a. aufgrund der Abhängigkeit von prognostisch unterschiedlichen Patientengruppen und von der Behandlungsdauer problematisch. Im folgenden wird ein kurzer Überblick von Untersuchungen zu kurz-, mittel- und langfristigen Erfolgsquoten der Alkoholismustherapie

gegeben und anschließend unter Einbezug der Ergebnisse des 100-Tage-Programms diskutiert.

► Konventionelle Entgiftung – Integrierte Entzugs- und Motivationsbehandlung

Der alleinige Entzug führt zu Abstinenzraten um lediglich 10% nach einem Jahr. Wieser & Kunad (1965) belegen bereits, dass eine rein körperliche Entgiftung ohne spezifische Behandlung nahezu erfolglos ist. 8 Jahre nach dem stationären Aufenthalt lebten 5% abstinent, 12% waren gebessert und 40% der Patienten verstorben.

Die Abstinenzquoten nach qualifizierter stationärer Entzugsbehandlung variieren je nach Katamnesezeitraum und Bezugsstichprobe. Nach 3 bis 6-wöchigem qualifiziertem Entzug werden kurzfristige Abstinenzraten von 58% (Katamnesestichprobe, 6–8 Monate) angegeben. Mittel- und längerfristig sinken die Abstinenzraten auf 45% - 50% (im Überblick: Mann, 2002). In einer multizentrischen Evaluationsstudie an 5 Fachkrankenhäusern mit Versorgungsauftrag betrug die Abstinenzrate 3 Monate nach qualifiziertem Entzug bei konservativer Betrachtung knapp 40% (Reker et al., 2004).

Lange et al. (1999) verglichen in einer Untersuchung Patienten einer allgemeinspsychiatrischen Station nach konventioneller Entzugsbehandlung, die lediglich einen Einzelberatungstermin erhalten hatten, mit Patienten nach dreiwöchiger Motivationstherapie im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung. Sie belegen, dass die ersten Monate nach Entlassung aus stationärer Behandlung mit dem höchsten Risiko für einen Rückfall verbunden sind, offensichtlich unabhängig davon, ob eine konventionelle oder erweiterte Entzugsbehandlung stattgefunden hat. Nach 4 Monaten war nur noch ein Drittel (34%) der Patienten in beiden Gruppen rückfallfrei. Danach kam es zu einer weiteren deutlichen Reduktion auf nur 17% Abstinente in der Gruppe ohne Motivationsbehandlung nach 1 Jahr. Angesichts der in beiden Stichproben hohen Rückfallquoten, zeigte sich eine deutlich höhere Inanspruchnahme späterer Entgiftungsbehandlungen bei Patienten mit qualifiziertem Entzug. Ein Hinweis darauf, dass diese nach einem Rückfall schneller eine Unterbrechung ihrer Trinkphase herbeiführen.

Bauer & Hasenöhr (2000) belegen, dass Patienten einer integrierten Entzugs- und Motivationsbehandlung (QEB) im Vergleich zu Patienten mit konventioneller psychiatrischer Entgiftung (EB) eine signifikant höhere Abstinenzmotivation haben. Die QEB-Patienten traten im Katamnesezeitraum häufiger eine Entwöhnungsbehandlung an (20% QEB-Patienten; 10% EB-Patienten). Die mittleren Abstinenzquoten über 28 Monate betragen 41% nach QEB und nur 20% bei den ausschließlich Entzugsbehandelten. Die aufgrund von Beschönigungs-

und Verdrängungstendenzen um 10% - 20% korrigierten Raten (Stetter & Axmann-Kremar, 1996), betragen knapp 10% nach „normalem“ Entzug und 20% nach „erweitertem“ Entzug.

Stetter & Mann (1997) untersuchten das Klientel der Entgiftungsstation der hiesigen Klinik, die heute den überwiegenden Teil der Patienten im 100-Tage-Programm stellt. 8 Monate nach der 2 bis 3-wöchigen Entgiftungs- und Motivationsbehandlung war die Hälfte der Patienten (52%; 46% der Ausgangsstichprobe) abstinent und hatte das primäre Therapieziel, eine Entwöhnungsbehandlung, angetreten. Die andere Hälfte Patienten begann keine weitere Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an die stationäre Entgiftung, in dieser Gruppe waren 50% innerhalb von 8 Monaten rückfällig. Die langfristige Abstinenzquote betrug 35% (28-Monats-Katamnese). Hinsichtlich des Rückfallzeitpunktes waren die meisten Patienten innerhalb der ersten 15 Tage rückfällig, 40% der Patienten innerhalb der ersten 3 Monate. Auch Schwärzler und Mitarbeiter (1997) bestätigen Raten von je 50% Rückfälligen und 50% Abstinenten bei Patienten, die 6 Monate nach stationärer qualifizierter Entgiftung ohne suchtspezifische Anschlussbehandlung geblieben sind. Darüber hinaus zeigte der Vergleich mit einer Gruppe Patienten, die an einer niederfrequenten stützenden Einzeltherapie (minimale Beratungstherapie) teilnahmen, keine Unterschiede in den Abstinenzquoten zur Gruppe der „Nichtbehandelten“.

Dass die qualifizierte ambulante Entgiftung (QAE) eine effektive und kostengünstigere Alternative zur stationären Entzugsbehandlung ist, wurde international ausreichend dokumentiert. In Deutschland wurde insbesondere von der Arbeitsgruppe um Prof. Soyka (München) die Praktikabilität und Effizienz der QAE nachgewiesen (Soyka et al., 2001b). In einer Nachuntersuchung 10 Monate nach QAE waren noch 50% der Patienten abstinent und befanden sich in einer ambulanten Entwöhnungstherapie.

► Stationäre Entwöhnungsbehandlungen

Entwöhnungsbehandlungen erzielen im Vergleich zur qualifizierten Entgiftungsbehandlung höhere Abstinenzquoten auch für längere Zeiträume. Die Effizienz stationärer und ambulanter Alkoholismustherapie ist katamnestic gut belegt und durch Metaanalysen bestätigt worden (Süß, 1995; Miller et al., 1995; Rist, 1996). Die Mehrzahl der in die Metaanalysen eingeschlossenen prospektiven Studien, stammen aus den USA und Kanada mit einer im Mittel nur 4-wöchigen Behandlungsdauer. Im Vergleich dazu sind die in Deutschland

durchgeführten stationären Entwöhnungstherapien mit im Mittel 3 – 6 Monaten wesentlich länger.

Im deutschsprachigen Raum liegen die kurz- und mittelfristigen Alkoholabstinenzquoten stationär entwöhnungsbehandelter Patienten bei 60%, in Langzeitkatamnesen werden 40% - 50% Abstinente belegt (im Überblick: Mann, 2002). In vielen Katamnesen, so Soyka (2001a), erreichen die Abstinenzraten bei chronisch Alkoholkranken auch bei stationären Therapien jedoch kaum Raten von deutlich über 30%. Süß (1995) ermittelte Abstinenzraten von etwa 34% bei einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 14 Monaten, die langfristigen Abstinenzraten sanken sogar auf 28%.

Die bedeutendste deutschsprachige Untersuchung MEAT (Münchner Evaluation der Alkoholismustherapie; Kufner & Feuerlein, 1989) ermittelte nach Abschluss einer halbjährigen stationären Entwöhnungsbehandlung kurzfristige Abstinenzquoten (6 Monate) von knapp 60% und 9% „Gebesserte“. Danach sinken die Abstinenzquoten ab, nach 4 Jahren waren noch 46% der die Behandlung regulär abschließenden Patienten abstinent. Die MEAT-Studie zeigte darüber hinaus, dass bei gleich bleibendem Behandlungserfolg eine Teilgruppe von Patienten auch hätte zeitlich kürzeren Therapien zugewiesen werden können.

► **Ambulante Entwöhnungsbehandlungen**

Reviewarbeiten weisen leicht günstigere Ergebnisse bei stationären Therapien in Fachkrankenhäusern im Vergleich mit ambulanten Therapieansätzen auf. Je nach Studie liegen die Erfolgsquoten bei ambulanten Therapien zwischen 42% – 63% (Finney et al., 1996; Süß, 1995; Feuerlein et al., 1998). Mittlerweile erzielen jedoch rein ambulante Behandlungen als auch kombiniert-stationäre Behandlungskonzepte nachweislich gleich hohe Erfolgsquoten wie stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Deutschsprachige Therapiestudien zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien legen Abstinenzquoten zwischen 37 – 48% vor (Burtscheidt et al., 2001a,b; im Überblick: Soyka, 2004).

Soyka et al. (2003) fanden im Rahmen einer rein ambulanten Entwöhnungsbehandlung von durchschnittlich 8 Monaten eine Abstinenzrate von 64% nach 6 Monaten und 56% ein Jahr nach Therapieende. Auch rein ambulante Entwöhnungsbehandlungen, wie sie an den Suchtberatungsstellen angeboten werden, sind erfolgreich. Ein regionaler Vergleich dreier Psychosozialer Beratungsstellen in Baden-Württemberg ergaben kurz- und mittelfristige Abstinenzraten um 60%, langfristig um 40 – 50% (Mundle et al., 2001). Das kombinierte stationäre und ambulante Behandlungskonzept der Psychiatrischen Klinik Tübingen, welches

eine 1-jährige ambulante Nachsorgephase im Anschluss an eine 6-wöchige stationäre Kurzzeittherapie vorsieht, belegt (bei vergleichbaren Behandlungsgruppen), dass auch mit deutlich kürzeren Behandlungszeiten ähnliche Abstinenzraten wie bei o. g. Langzeittherapien erreicht werden können (Mann & Batra, 1993; Mundle & Mann, 1996). Über einen Auswertungszeitraum von 8 Jahren waren durchschnittlich 68% während der einjährigen ambulanten Behandlung abstinent, einschließlich eines kleinen Anteils an Patienten, die vorübergehend rückfällig waren jedoch ohne die Therapie abzubrechen. Bei vergleichbaren Behandlungsgruppen erzielt das Tübinger Modell ähnlich hohe längerfristige Abstinenzraten wie die MEAT-Studie. Nach 5 und 10 Jahren lagen die Abstinenzraten innerhalb eines Jahres noch zwischen 40-50%, dauerhaft waren 26-28% der ehemaligen Patienten abstinent (Längle et al., 1993).

Unter den medikamentösen Therapieansätzen in der Entwöhnungsphase ist für die Medikamente Acamprosat (in Deutschland) und Naltrexon (in den USA) ein Effekt nachgewiesen (Soyka & Zieglgänsberger, 1999; Kiefer, 2002). Die Wirksamkeit der Anti-Craving Substanzen besteht in der Verlängerung der mittleren Abstinenzzeit nach durchgeführter Alkoholentzugsbehandlung.

Tagesklinische Behandlungen als Ergänzung zur ambulanten und vollstationären Versorgung, sind v. a. für Patienten geeignet, bei denen der Chronifizierungsprozess der Alkoholabhängigkeit noch nicht stark fortgeschritten ist. Sowie für Patienten mit Doppeldiagnosen, z. B. protrahierten Entzugssyndromen, wie depressiven Verstimmungen oder Angststörungen, die vollstationärer Behandlungen nicht mehr bedürfen, wo aber ambulante Behandlungen nicht ausreichend sind (Mann, 2002).

► **Therapieverfahren in der Alkoholismusbehandlung**

Suchttherapien sind generell wirksam, klare Überlegenheiten einzelner Therapieverfahren konnten bisher jedoch nicht gezeigt werden (Miller et al., 1995; Süß, 1995; Rist, 1996; Project MATCH, 1997). Der aktuelle Trend in der Forschung geht in Richtung differentieller Indikationskriterien.

Die Metaanalyse von Berglund (2003) zeigt auf, dass spezifische Behandlungen wirksamer sind als unspezifische Behandlungen. Demnach erbringen unspezifische Therapien mit einer allgemeinen unterstützenden Beratung und Sozialarbeit schlechtere Ergebnisse als theoretisch fundierte, manualisierte und durch geschulte Therapeuten durchgeführte, spezifische Behandlungen. Spezifische Behandlungsverfahren schaffen Änderungsmotivation und sind

wirksam in Richtung einer Veränderung des Konsumverhaltens. Verhaltenstherapeutisch orientierte Programme erbrachten etwas günstigere Ergebnisse als eklektische Therapien. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden werden als „vermutlich wirksam“ und „gut etabliert“ bewertet (Rist, 2002). In einer Studie waren Verhaltenstherapieverfahren gegenüber dem Standardangebot einer Entgiftungsstation nur tendenziell überlegen, jedoch ohne statistische Bedeutsamkeit. Auch zwischen den verhaltenstherapeutischen Ansätzen wurden keine statistisch bedeutsamen Unterschiede gefunden (Burtscheidt et al., 2001a). Die weltweit größte randomisierte Therapiestudie „Project MATCH“ (1997), die die Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien sowie Nachbehandlungsangebote nach kurzzeitiger stationärer Therapie untersuchte, fand keine differentiellen Indikationskriterien für die Zuordnung bestimmter Patienten zu bestimmten Therapiemaßnahmen. Alle drei Kurztherapieformen waren erfolgreich ohne wesentliche Unterschiede zwischen den Therapien.

In der internationalen Forschung sind „gemeindenahe Verstärkermodelle“, mit intensiven ambulanten Behandlungssettings wie z.B. täglichen Kontakten, positiv evaluierte Verfahren (Finney & Monahan, 1996). Dabei erwiesen sich diese dann als effektiv, wenn die betroffenen Patienten, wie auch sonst in der ambulanten Behandlung über eine ausreichend gute soziale Stabilität verfügten, aber auch ihre Wünsche und Erwartungen bezüglich der Behandlung berücksichtigt wurden. Patienten mit deutlichen sozialen Problemen oder begleitenden psychischen Erkrankungen wiesen in stationären Therapien bessere Behandlungsergebnisse auf.

Die Reviewarbeit von Berglund et al. (2003) belegt, dass Interventionen in Abhängigkeit von der Schwere der Alkoholabhängigkeit/ des Alkoholproblems erfolgen müssen. Der Zusammenhang zwischen Setting, Intensität, sowie Dauer der Behandlung und dem outcome, war zwar nur schwach ausgeprägt. Es ließ sich jedoch zeigen, dass für die Gruppe der schwerer „gestörten“ chronisch Alkoholabhängigen mit psychiatrischen Komorbiditäten und sozialer Entwurzelung, Dauer und Intensität der Behandlung entscheidend sind. Längere und intensivere Therapien waren wirksamer. Bei Patienten mit moderatem oder geringem Abhängigkeitsgrad hatte das hingegen wenig Bedeutung. Positive Ergebnisse wurden mit verhaltenstherapeutischen Massnahmen in Verbindung mit intensivem Case Management erzielt. Daneben besteht die beste Evidenzbasis für das soziale Kompetenztraining. Zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wurde keine Unterschied gefunden.

Das Göttinger Modell ALITA (ambulante Langzeit-Intensivtherapie) einer Fachambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen berücksichtigt Intensität und Dauer. In der Behandlung von chronisch und schwer Alkoholabhängigen weist ALITA Abstinenzquoten von 50% direkt nach Beendigung der zweijährigen Behandlung auf. Insbesondere in den kritischen Monaten nach stationärer Entlassung zeigt das Konzept deutliche Erfolge. In einer Untersuchung mit 62 Patienten gab es in den ersten 80 Tagen nach Therapiebeginn keine Rückfälle oder Abbrecher (Wagner et al., 1999). Unter Berücksichtigung der Unterscheidung in „Ausrutscher“ (lapse) und „wahre Rückfälle“ (relapse) wird ein Jahr nach Therapieende die wahre Rückfallquote mit 30% angegeben. Bezogen auf eine lapse-Quote von 60% während der Therapie, gelingt es offensichtlich durch Krisenintervention und das sofortige Koupieren eines lapse, die Entwicklung eines „echten“ Rückfalls bei 30% der Patienten zu verhindern. Die Arbeitslosenquote fiel von 58% langzeitarbeitsloser Patienten auf 22%. Auch 4 und 7 Jahre nach Ende der 2-jährigen Therapie werden noch hohe Abstinenzraten erreicht. Neben dem Rückgang der Arbeitslosenquote konnte auch ein deutlicher Rückgang komorbider Störungen, insbesondere von Angst und Depression, verzeichnet werden (Wagner et al., 2001; Ehrenreich et al., 2000, 2002).

4.2.3 Datenanalyse

Die Aufbereitung der Variablen und die statistischen Berechnungen wurden mit SPSS für Windows, Version 11.0, durchgeführt. Für den Rückfallzeitpunkt sowie den Umfang der kumulierten trinkfreien Tage im Behandlungszeitraum wurden Ereignis-Zeit-Analysen gerechnet.

Der Gruppenvergleich zwischen den erfolgreichen Patienten und den rückfallbedingten Abbrechern, erfolgte bei Vorliegen intervallskalierter Variablen und Normalverteilung mit dem t-Test für unabhängige Stichproben, bei Abweichung von der Normalverteilung mit dem Mann-Whitney-U-Test. Die Überprüfung auf Normalverteilung erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test. Nominalskalierte Variablen wurden mittels Chi²-Techniken analysiert, bei Verletzung der Voraussetzungen wurde für 2 x 2-Tabellen der exakte Test nach Fisher als Kennwert genommen. Die Signifikanzniveaus entsprechen den üblichen Konventionen: signifikant ($p \leq 0,05$), sehr signifikant ($p \leq 0,01$); höchst signifikant ($p \leq 0,001$); tendentiell signifikant ($p \leq 0,10$). Die Signifikanztests wurden zweiseitig ausgeführt.

4.2.4 Stichprobe alkoholabhängiger Patienten im 100-Tage-Programm

67 Patienten erfüllten die ICD-10-Kriterien für das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms.

87% der Patienten (n=58) im 100-Tage-Programm wurden zur Weiterbehandlung aus der hiesigen Klinik, in wenigen Fällen von Entgiftungsstationen allgemeinmedizinischer Einrichtungen übernommen, lediglich 13% (n=9) ambulant zugewiesen. 12 Patienten (18%) befanden sich in der ambulanten Nachbetreuungsphase der Alkoholtherapiestation.

Die Patienten des 100-Tage-Programms haben im Mittel eine sehr lange Alkoholbelastung (Tab. 4.2). Sie waren im Durchschnitt 45 (SD 11) Jahre alt und seit 15 Jahren (SD 8) alkoholabhängig. Das Ersterkrankungsalter der Alkoholabhängigkeit lag bei 30 Jahren (SD 11). Zu annähernd gleichen Teilen lebten sie in einer Partnerschaft (45%) oder waren alleinstehend (42%). Ein hoher Anteil verfügte über eine abgeschlossene Ausbildung (78%), die Hälfte der Patienten war arbeitslos (52%). Im Durchschnitt hatte ein Patient 8,6 (SD 6) stationäre suchtspezifische Vorbehandlungen. Bis zur ersten stationären Behandlung im Rahmen der Abhängigkeitsproblematik vergingen im Durchschnitt 7 Jahre (SD 6). Ein Drittel (34%) der Patienten hatte entzugsbedingte zerebrale Krampfanfälle in der Vorgeschichte, 19% ein zunächst beginnendes Delirium tremens. Fast dreiviertel aller Patienten (73%) hatte unmittelbar vor Beginn des 100-Tage-Programms eine stationäre Entgiftungsbehandlung. Lässt man den Indexaufenthalt außer acht, so haben 87% der Patienten stationäre Entgiftungsbehandlungen in der Vorgeschichte, lediglich 13% (n=9) waren vor Beginn des 100-Tage-Programms erstmals in einer stationären suchtspezifischen Behandlung. Im Rahmen ihrer bisherigen Behandlungen nahmen die Patienten durchschnittlich an einer stationären alkoholspezifischen Langzeittherapie teil.

Die Quote der abgebrochenen Entwöhnungsbehandlungen liegt bei 24% (8 von 33 Patienten). 84% der Abhängigkeitskranken (n=56) wiesen eine zusätzliche klinisch diagnostizierte psychiatrisch relevante Symptomatik auf, davon 16% eine zusätzliche Medikamenten- oder Drogenproblematik, 36% Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Tab. 4.1: Verteilung der Zweitdiagnosen n=56

ICD-10	Diagnose	n=56	Prozent
F11-19	Drogenabhängigkeit/-missbrauch	9	16%
F3	Affektive Störungen	11	20%
F4	Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	15	27%
F6	Persönlichkeits- u. Verhaltensstörungen	20	36%
F7	Intelligenzminderung	1	1%

Tab. 4.2: soziodemographische und alkoholismusbezogene Merkmale der Gesamtstichprobe

Merkmal	n=67	Prozent
Geschlecht weiblich	20	30%
männlich	47	70%
Alter zum Zeitpunkt der Aufnahme M (SD; Range)	45 (11; 21-71)	
Lebensform		
allein	28	42%
mit Partner/in	30	45%
mit Eltern (-teil)	8	12%
mit anderen Verwandten/ WG o.ä.	1	1%
Wohnsituation		
Privatwohnung	64	96%
Betreutes Wohnen (Einzel; WG)	1	1%
ohne festen Wohnsitz	2	3%
Ausbildung		
abgeschlossene Berufsausbildung/ Studium	52	78%
keine abgeschlossene Berufsausbildung	14	21%
in Ausbildung/ Studium	1	1%
Aktuelle berufliche Situation		
berufstätig (Vollzeit; Teilzeit; geringfügig beschäftigt)	20	30%
arbeitslos	35	52%
berentet	11	17%
Sonstige (Hausfrau; in Ausbildung u.a.)	1	1%
Lebensunterhalt		
Gehalt/ Einkommen	20	30%
Arbeitslosengeld/ -hilfe	16	24%
Sozialhilfe	14	21%
Rente	11	16%
Sonstige (Unterstützung durch Angehörige; Vermögen u.a.)	6	9%
Alter bei Ersterkrankung M (SD; Range)	30 (11; 10-57)	
durchschnittliche Abhängigkeit in Jahren M (SD; Range)	15 (8; 1-35)	
Alter bei erster stationärer Behandlung M (SD; Range)	37 (11; 15-62)	
Stationäre Behandlungen M (Median; Range)		
Anzahl bisheriger suchtspezifischer Behandlungen gesamt	8,6 (6; 1-58)	
Anzahl stationärer Vorbehandlungen UKPP ¹	5,5 (3; 0-49)	
<i>Verteilung:</i> keine Vorhospitalisierungen	4	6%
1-2	26	39%
3-5	20	30%
6-10	6	9%
>10	11	16%
bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen/ Langzeittherapien LZT		
0 LZT	34	51%
1	15	22%
2-4	18	27%
beginnendes Alkoholdelir in der Vorgeschichte	13	19%
Krampfanfall in der Vorgeschichte	23	34%

¹Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Behandlungsergebnis

In die Auswertung des 1.Durchgangs gingen alle 67 Patienten ein, 40% der Patienten (n=28) begannen anschließend die 2.Stufe, 21% (n=14) machten einen 3.Durchgang, 5 Patienten einen 4.Durchgang. Ein Patient absolvierte 2 weitere Durchgänge, wobei er im 5.Durchgang rückfällig war und abbrach, bei einem erneuten Versuch im 6.Durchgang im Rahmen des Basisprogramms erfolgreich abstinent blieb.

In Abhängigkeit von der Stichprobengrösse wurde das Behandlungsergebnis jeweils für die ersten 3 Durchgänge berechnet. Entsprechend der Anzahl der Durchgänge, die ein Patient durchläuft beziehen sich die Ergebnisse in Stufe 2 und 3 auf Teilmengen der Ausgangsstichprobe. Die Patienten des 100-Tage-Programms nehmen im Durchschnitt insgesamt 98 Tage an der Behandlungsmassnahme teil, mit einer großen Streuung zwischen 2 und 414 Tagen. Der Median liegt bei 79 Tagen, d.h. mindestens die Hälfte der Patienten nimmt 79 und weniger Tage teil.

Erfolgsraten

Anhand der ersten 3 Durchgänge sind die Erfolgsraten aller Patienten (Tab. 4.3) dargestellt sowie getrennt nach „klassischem“ 100-Tage-Programm (Tab. 4.4) und Basisprogramm (Tab. 4.5).

Tab. 4.3: Gesamt-Behandlungsergebnis 100-Tage-Programm n=67

Durchgang/ Anzahl Patienten	abstinent		Rückfall ohne Abbruch		Rückfall mit Abbruch		Abbruch ohne Rückfall		erfolgreiche Therapie ^a
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
1. 67	34%	(23)	12%	(8)	52%	(35)	2%	(1)	46%
2. 28	25%	(7)	25%	(7)	50%	(14)			50%
3. 14	29%	(4)	14%	(2)	57%	(8)			43%

^aerfolgreiche Therapie = Kategorie abstinent und Rückfall ohne Abbruch

Insgesamt gelang 46% der Patienten im Rahmen der 1.Stufe eine erfolgreiche Teilnahme.

Unter Ausschluss der Patienten des Basisprogramms steigt die Quote auf 52% erfolgreiche Patienten, gut einem Drittel (34%) gelingt die durchgehende Abstinenz über 100 Tage. Die

Abstinenzquote bleibt auch über weitere Durchgänge relativ konstant. Rund die Hälfte der Patienten im 1.Durchgang wird rückfällig und bricht die Behandlung ab. Ein signifikanter Geschlechtseffekt zeigte sich in keinem der Durchgänge.

Tab. 4.4: Behandlungsergebnis bei 100-Tage-Einheiten n=44

Durchgang/ Anzahl Patienten	100 Tage erfolgreich abstinent		100-Tage erfolgreich einschl. lapses		100 Tage nicht erfolgreich Rückfall und Abbruch		erfolgreiche Therapie ^a
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
1. 44	34%	(15)	18%	(8)	48%	(21)	52%
2. 19	32%	(6)	26%	(5)	42%	(8)	58%
3. 11	36%	(4)	18%	(2)	46%	(5)	54%

^aerfolgreiche Therapie = Kategorie abstinent und erfolgreich einschließlich lapses

Die Patienten des Basisprogramms kamen im 1.Durchgang durchschnittlich 25 Tage zur Atemalkoholkontrolle, 80% zwischen 1 und 30 Tagen. Im 2.Durchgang betrug die durchschnittliche Teilnahme 39 Tage, wobei es sich v. a. um Patienten handelte, die aufgrund wiederholter Abbrüche im klassischen 100-Tage-Programm und bei hoher Rückfallwahrscheinlichkeit ins Basisprogramm wechselten.

Tab. 4.5: Behandlungsergebnis bei variablen Zeiteinheiten n=23

Durchgang/ Anzahl Patienten	Basisprog. erfolgreich abstinent		Basisprog. erfolgreich einschl. lapses		Basisprog. nicht erfolgreich Rückfall u. Abbruch		erfolgreiche Therapie ^a
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
1. 23	35%	(8)	-	-	65%	(15)	35%
2. 9	11%	(1)	22%	(2)	67%	(6)	33%
3. 3	-	-	-	-	100%	(3)	0%

^aerfolgreiche Therapie = Kategorie abstinent und erfolgreich einschließlich lapses

Rückfallquote

Im Durchschnitt haben die Patienten während der Teilnahme am 100-Tage-Programm 3 kurzfristige Rückfälle/lapses (Median 1; Range 0-32) ohne Abbruch der Behandlung und/oder

im Mittel 1 relapse (Median 1; Range 0-4) der zu einem Abbruch der Behandlung führt. Im ersten Durchgang wird knapp Hälfte der Patienten im Sinne eines „relapse“ (echter Rückfall) rückfällig und bricht ab (Tab. 4.4). Nur bei einem kleinen Anteil (13%) führt der Rückfall unmittelbar zu einer erneuten stationären Behandlung. Die Rückfallquote setzt sich in den darauffolgenden Durchgängen fort. Die sogenannte „Ausrutscherquote“ liegt im ersten Durchgang bei 46% (Tab. 4.6) und steigt in den folgenden Durchgängen an.

Tab. 4.6: kurzfristige Rückfälle pro Durchgang ohne Abbruch der Behandlung (Stichprobe n=44)

Durchgang	lapse % (n)									
	kein lapse		1 - 2		3 - 5		6 - 10		> 10	
1. n=43	54%	(23)	23%	(10)	9%	(4)	7%	(3)	7%	(3)
2. n=22	36%	(8)	27%	(6)	18%	(4)	18%	(4)	-	-
3. n=14	43%	(6)	36%	(5)	14%	(2)	7%	(1)	-	-

Rückfallzeitpunkt

Die Ereignis-Zeit-Analyse, die den Rückfallzeitpunkt als zensiert erhobene Variable heranzieht, zeigt, dass 30% der Patienten innerhalb der ersten 4 Wochen rückfällig werden und abbrechen.

Die Länge des Zeitintervalls zwischen Aufnahme des 100-Tage-Programms und Rückfall wurde für die Gruppe der „klassischen“ 100-Tage-Teilnehmer und für den 1.Durchgang berechnet.

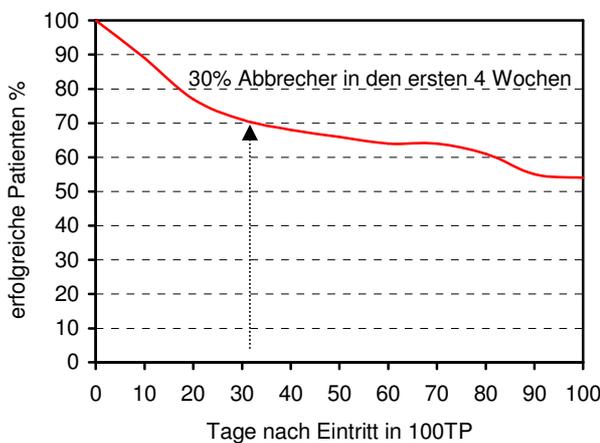


Abb. 4.1: Abstinenzquoten (%) und Rückfallzeitpunkt für den 1.Durchgang 100 Tage (Survival-Analyse n=44)

Anzahl trinkfreie Tage im Behandlungszeitraum

Eine weitere Ereignis-Zeit-Analyse berechnete die „Dauer der trinkfreien Tage“ pro Patient über sämtliche aufeinanderfolgende Durchgänge und in einem Untersuchungszeitraum von 16 Monaten. Als „zensiertes Datum“ wird das reguläre Ende der Behandlung bzw. der Abbruchzeitpunkt in die Analyse einbezogen. In Abbildung 4.2 ist für die Gesamtstichprobe die jeweilige Wahrscheinlichkeit eingetragen, zu einem bestimmten Zeitpunkt noch abstinent zu sein. Abbildung 4.2-a stellt das Ergebnis nochmals anhand der 100-Tage-Einheit dar.

Rund die Hälfte der Patienten erreicht insgesamt über alle Durchgänge rund 50 trinkfreie Tage. 40% der Patienten sind gut 3 Monate (100 Tage) abstinent. 2 Patienten erreichten 400 Tage Abstinenz.

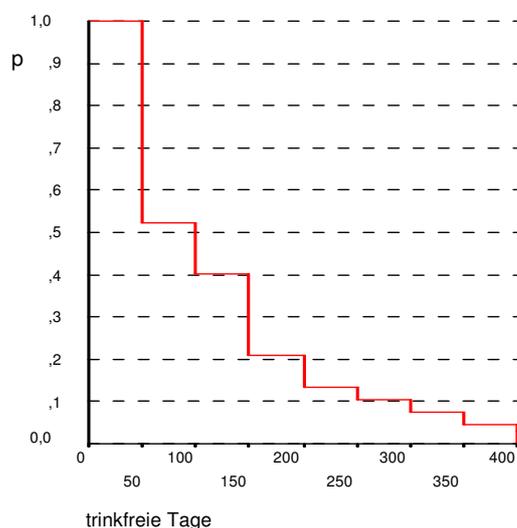


Abb. 4.2: Survival-Analyse für die „Dauer der trinkfreien Tage“ (n=115 Durchgänge, n=67 Patienten)

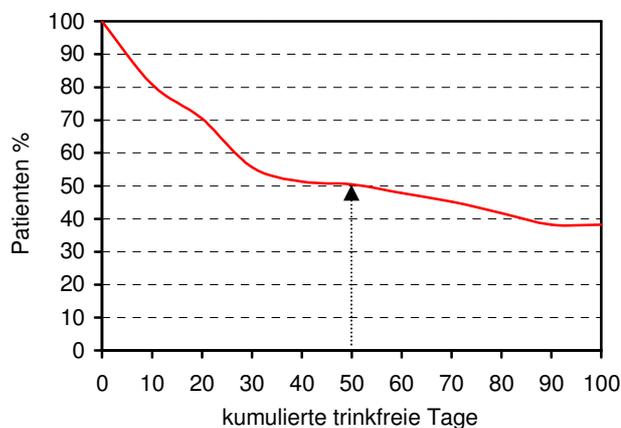


Abb. 4.2-a: Survival-Analyse für kumulierte „trinkfreie Tage“; 100-Tage-Einheit

Stationäre Wiederaufnahmehäufigkeit

In der Gesamtstichprobe war ein Drittel der Patienten während der Behandlung und im Verlauf von 6 Monaten rückfällig im Sinne eines relapse (33%) und mußte erneut in stationäre Behandlung. Ein Viertel der Patienten hatte innerhalb eines halben Jahres 1 - 2 stationäre Aufnahmen. Die durchschnittliche kumulierte Behandlungsdauer betrug 24 Tage (SD 25; Median 14; Range 1-97). 67% blieben ohne stationäre Wiederaufnahme. Unter den nicht erfolgreichen Patienten, d. h. rückfallbedingte Behandlungsabbrecher, waren im Vergleich zu den Erfolgreichen signifikant mehr Patienten mit wiederholten stationären Aufnahmen im Referenzzeitraum ($\chi^2(3)=9,497$, $p=0,023$).

Tab. 4.7: durchschnittliche stationäre Wiederaufnahmen

6 Monate nach Beginn 100TP	%	n=67	Katamnese 6 Monate nach Ende 100TP	%	n=50
keine stationäre Aufnahme	67%	45	keine stationäre Aufnahme	60%	30
1 - 2	24%	16	1 - 2	26%	13
3 - 5	8%	5	3 - 5	12%	6
6 - 10	1%	1	6 - 10	2%	1

6 Monate nach Ende aller Durchgänge des Programms sind 40% der Patienten rückfällig (bezogen auf die Katamnese-Stichprobe) und befinden sich in stationärer Behandlung. Davon haben 20% der Patienten 1 stationäre Aufnahme im Katamnesezeitraum, weitere 20% wiederholt stationäre Behandlungen. Die durchschnittliche kumulierte stationäre Behandlungsdauer im 6-Monatszeitraum liegt bei 27 Tagen (SD 29; Median 21; Range 0-130). Im Rahmen komorbider Störungen erfolgte bei einer Patientin eine längerfristige nicht-suchtspezifische Behandlung in der Tagesklinik der UKPP mit 130 Tagen. Die um diesen Wert korrigierte Behandlungsdauer beträgt im Durchschnitt 22 Tage (Median 21). 60% der Patienten bleiben ohne erneute stationäre Aufnahmen.

Haltefähigkeit

Die „Haltefähigkeit“ errechnet sich aus folgenden 3 Variablen: der Aufnahme weiterer Durchgänge, dem regulären Behandlungsende im 100-Tage-Programm und der Aufrechterhaltung des Kontaktes zwischen Patient und Ambulanz bei rückfallbedingtem Abbruch des 100-Tage-Programms. Rund $\frac{2}{3}$ der Patienten können über die Durchgänge hinweg und damit über längere Zeiträume im Hilfesystem gehalten werden (Tab. 4.8).

Tab. 4.8: "Haltefähigkeit" während des 100-Tage-Programms

Durchgang	weitere Durchgänge	Kontakt trotz rückfallbedingtem Abbruch	rückfallbedingter Abbruch	100-Tage regulär beendet	Haltefähigkeit
1. n=67	30% (20)	18% (12)	34% (23)	18% (12)	66%
2. n=28	39% (11)	18% (5)	32% (9)	11% (3)	68%
3. n=13	39% (5)	23% (3)	31% (4)	8% (1)	70%

Weiterbehandlung nach Ende oder Abbruch des Behandlungsprogramms

Tab. 4.9: Weiterbehandlung n=67

Weiterbehandlung	n	%
weiterhin in Behandlung der PIA ¹	7	10%
stationäre Entwöhnungsbehandlung	5	7%
kombinierte stationäre und ambulante Behandlung B6 (UKPP) ²	13	20%
stationäre Entgiftungsbehandlung A3, A6 (UKPP)	3	5%
Suchtberatungsstelle (ambulante Gruppentherapie)	4	6%
nicht-suchtspezifische psychiatrische Behandlung	5	7%
ohne weitere professionelle Behandlung ³	18	27%
unklar (Behandlungsabbrecher und nicht auffindbare Patienten)	12	18%

¹Patienten die bei Ende der Erhebung (31.3.04) weitere Durchgänge planten

²qualifizierte protrahierte Motivations- und Entgiftungsbehandlung für Patienten mit Doppeldiagnosen mit einem stationären Teil von 6 Wochen und einer sich anschließenden ambulanten Phase von 12 Monaten

³Patienten versuchen selbstständig abstinent zu leben oder schließen sich Selbsthilfegruppen an

48% der Patienten befanden sich nach Ende des 100-Tage-Programms in einer weiterführenden suchtspezifischen Behandlung. 7% der Patienten befanden sich aufgrund von komorbiden Störungen in stationärer allgemein-psychiatrischer Behandlung.

5 von 16 Patienten bei denen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung geplant war, traten diese nach Ende des 100-Tage-Programms an. Bei 7 Patienten ist die Vermittlung in eine LZT nicht gelungen, da sie diese ablehnten, rückfällig waren oder den Kontakt abbrachen. 1 Patientin entschied sich für eine ambulante Entwöhnungsbehandlung bei der Suchtberatungsstelle, 1 Patientin ging in eine nicht-suchtspezifische stationäre psychiatrische Behandlung, 1 Patientin wurde wegen Beigebrauch von Heroin auf die Drogenentzugsstation vermittelt und 1 Patient entschied sich trotz genehmigter „Auffrischtherapie“ für das 100-Tage-Programm, wo er zuletzt 300 Tage Abstinenz halten konnte. Bei 10 Patienten war die Vermittlung in eine stationäre Entgiftungs- und Motivationsbehandlung geplant. 5 Patienten begannen nach erfolgreicher Überbrückung der Wartezeit die Behandlung auf der Alkohol-Therapiestation der eigenen Klinik, bei 3 Patienten blieb die erstmalige Vermittlung in eine

qualifizierte stationäre Behandlung erfolglos, 2 Patienten wurden zur erneuten Behandlung auf die Entgiftungs- und Motivationsstation des Hauses aufgenommen.

4.3.2 Gruppenvergleich erfolgreiche – nicht erfolgreiche Patienten

Im folgenden wurde ein Gruppenvergleich durchgeführt zwischen den erfolgreichen Patienten im 100-Tage-Programm (abstinent oder rückfällig in Form von „lapses“ aber ohne Abbruch) und den rückfallbedingten Behandlungsabbrechern. Ein Vergleich der erfolgreichen Patienten mit den nicht erfolgreichen zeigte folgendes Profil (Tab. 4.10, 4.11): Die alkoholrückfälligen Abbrecher waren zum Zeitpunkt der Behandlung im Durchschnitt 9 Jahre jünger als die Erfolgreichen, hatten einen um 7 Jahre früheren Erkrankungsbeginn und begaben sich im Durchschnitt 8 Jahre früher in die erste stationäre Behandlung. Tendenziell signifikant ist die Rate alkoholspezifischer Vorbehandlungen ($p=0,065$). Abbrecher haben im Mittel 3 stationäre Behandlungen mehr in der Vorgeschichte. Bezüglich der soziodemographischen Parameter gibt es Hinweise auf eine höhere Arbeitslosigkeit ($p=0,075$) sowie mehr Sozialhilfeempfänger ($p=0,091$) in der Gruppe der Abbrecher. Darüber hinaus hatten die „Erfolglosen“ signifikant häufiger eine zusätzlich klinisch diagnostizierte psychiatrisch relevante Symptomatik ($p=0,037$) und erwiesen sich mit einem doppelt so hohen Anteil an Persönlichkeitsstörungen als die diagnostisch schwierigeren Patienten, was auch die höhere Rate an Arbeitslosigkeit erklärt.

In der Gruppe der ‚Erfolgreichen‘ waren signifikant mehr Patienten (90%) unmittelbar vor Beginn des 100-Tage-Programms in einer stationären Entgiftungsbehandlung. Die Hälfte der Patienten lebt in Partnerschaft, 42% ist berufstätig. Psychiatrische Komorbidität zeigt sich überwiegend in Form von Belastungs- und Anpassungsstörungen.

Tab. 4.10: Gruppenvergleich anhand demographischer Basisdaten

Merkmal	Gruppe 1 „erfolgreich“ n=31		Gruppe 2 „nicht erfolgreich“ n=35		Analyse	
					Prüfgröße χ^2 bzw. F (df)	P
Geschlecht^a						0,786
weiblich	26%	(8)	31%	(11)		
männlich	74%	(23)	69%	(24)		
Alter bei Aufnahme^b M (SD, Range)	49,7	(10; 31-71)	40,6	(9; 21-61)	F(64)=0,514	<0,001
Lebensform^c					$\chi^2(3)=3,920$	0,270
allein	32%	(10)	51%	(18)		
mit Partner/in	55%	(17)	34%	(12)		
mit Eltern (-teil)	13%	(4)	11%	(4)		
mit anderen Verwandten/ WG o.ä.	-	-	3%	(1)		
Wohnsituation^c					$\chi^2(2)=2,784$	0,249
Privatwohnung	100%	(31)	91%	(32)		
Betreutes Wohnen (Einzel; WG)	-	-	3%	(1)		
ohne festen Wohnsitz	-	-	6%	(2)		
Ausbildung^c					$\chi^2(2)=1,932$	0,587
abgeschlossene Berufsausbildung/ Studium	84%	(26)	71%	(25)		
keine abgeschlossene Berufsausbildung	16%	(5)	26%	(9)		
in Ausbildung/ Studium	-	-	3%	(1)		
aktuelle berufliche Situation^c					$\chi^2(3)=6,910$	0,075
berufstätig (Vollzeit; Teilzeit; geringfügig)	42%	(13)	17%	(6)		
arbeitslos	39%	(12)	66%	(23)		
berentet	19%	(6)	14%	(5)		
Sonstige (Hausfrau; mithelfender Familienangehöriger; in Ausbildung)	-	-	3%	(1)		
Lebensunterhalt^c					$\chi^2(4)=8,028$	0,091
Gehalt/ Einkommen	42%	(13)	17%	(6)		
Arbeitslosengeld/ -hilfe	19%	(6)	29%	(10)		
Sozialhilfe	10%	(3)	31%	(11)		
Rente	19%	(6)	14%	(5)		
Sonstige (Unterstützung durch Angehörige; Vermögen; Krankengeld)	10%	(3)	9%	(3)		

^a exakter Test nach Fisher; ^bt-Test; ^cChi-Quadrat nach Pearson

Tab. 4.11: Gruppenvergleich krankheitsbezogene Daten

Merkmal	Gruppe 1 „erfolgreich“ n=31	Gruppe2 „nicht erfolgreich“ n=35	Analyse	
			Prüfgröße χ^2 , F, (df)	p
Ersterkrankungsalter^a M (SD, Range)	33,9 (\pm 13; 10-57)	26,7 (\pm 9; 15-46)	F(64)=3,270	0,010
durchschnittl. Abhängigkeit in Jahren^a M (SD, Range)	15,7 (\pm 9; 3-35)	13,8 (\pm 8; 1-32)	F(64)=0,401	0,357
Alter bei erster stationärer Behandlung^a M (SD, Range)	41,3 (\pm 12; 16-62)	33,0 (\pm 9; 15-50)	F(60)=2,645	0,003
Stationäre Aufenthalte^b M (Median, Range)				
Anzahl stationärer Vorbehandlungen einschl. externer psychiatrischer Akutbehandlungen	5,9 (3; 1-24)	9,2 (5; 1-53)	Z=-1,843	0,065
Anzahl stationäre Vorbehandlungen UKPP <i>Verteilung</i>	4,7 (3; 1-16)	6,3 (3; 0-49)	Z=-0,807	0,420
keine Vorhospitalisierungen	-	11% (4)		
1-2	45% (14)	31% (11)		
3-5	26% (8)	34% (12)		
6-10	13% (4)	6% (2)		
>10	16% (5)	17% (6)		
Stationäre Entgiftungsbehandlung vor Aufnahme des 100-Tage-Programms^d				0,005
ja	90% (28)	57% (20)		
nein	10% (3)	43% (15)		
Anzahl Entwöhnungsbehandlungen^c			$\chi^2(2)=2,105$	0,349
keine LZT in Vorgeschichte	58% (18)	43% (15)		
1 LZT	23% (7)	23% (8)		
2-4 LZT	19% (6)	34% (12)		
Anzahl abgebrochene LZT^c			$\chi^2(2)=4,644$	0,098
keine abgebrochene LZT in Vorgeschichte	97% (30)	80% (28)		
eine LZT	3% (1)	11% (4)		
wiederholt abgebrochene LZT	-	9% (3)		
Komorbidität^d				0,037
vorhanden	74% (23)	94% (33)		
nicht vorhanden	26% (8)	6% (2)		
Zweitdiagnose^c n=22		n=33	$\chi^2(3)=6,530$	0,088
Drogenabhängigkeit/-missbrauch	9% (2)	21% (7)		
Affektive Störungen	27% (6)	15% (5)		
Neurot. Belastungs-/ somatoforme Störungen	41% (9)	18% (6)		
Persönlichkeitsstörungen	23% (5)	46% (15)		

^at-Test; ^bMann-Whitney-U-Test; ^cChi-Quadrat nach Pearson; ^dexakter Test nach Fisher

4.4 Diskussion Teil II

Ziel dieses Untersuchungsabschnittes war es, erste Daten zur Wirksamkeit eines niederschweligen ambulanten Behandlungsprogramms für chronisch alkoholabhängige Patienten zu gewinnen. Entsprechend dem „Intention-to-treat“ Prinzip wurden 67 Patienten, die am 100-Tage-Programm der Institutsambulanz teilnahmen, eingeschlossen. Neben den kurzfristigen Erfolgsraten, der Rückfallhäufigkeit und Abbrecherquote während der Behandlung, wurden als weitere Kriterien die kumulierte Zahl trinkfreier Tage, die Haltefähigkeit sowie die stationäre Wiederaufnahmeghäufigkeit zur Überprüfung herangezogen. Es werden jeweils die Ergebnisse der gesamten Stichprobe (n=67) oder der ausschließlich „klassischen“ 100-Tage-Teilnehmer (n=44) diskutiert. Die Fallzahl der Patienten im Basisprogramm (n=23), mit variablen Zeiteinheiten unter 100 Tagen, ist noch sehr gering, so dass sinnvolle statistische Auswertungen zu diesem Zeitpunkt nicht möglich sind.

Patientencharakteristika

Ein Vergleich der ambulanten Patienten des 100-Tage-Programms mit dem Durchschnitt Alkoholabhängiger der Entgiftungsstation der hiesigen Klinik (Stetter et al., 1997), zeigen bezüglich der vorhandenen alkoholbezogenen und demographischen Daten einige relevante Abweichungen. Die Vergleichsdaten der Suchtstation stammen aus den Erhebungsjahren 1990 – 1993 (n=529), aktuellere Daten standen nicht zur Verfügung.

Die ambulanten Patienten sind etwas älter (amb. 45 Jahre; stat. 41 Jahre) und haben mit durchschnittlich 15 Jahren eine längere Alkoholbelastung, die stationären Patienten waren im Mittel 9 Jahre abhängig. Die Geschlechterverteilung ist annähernd gleich, ebenso unterscheidet sich der prozentuale Anteil an Patienten ohne Partnerschaft mit ca. 50% in beiden Stichproben nicht wesentlich voneinander. Der höhere Anteil männlicher Patienten entspricht der typischen Klientel anderer Einrichtungen und Angebote zur Behandlung des Alkoholismus. Patienten im 100-Tage-Programm weisen weiterhin einen höheren Anteil an suchtspezifischen stationären Vorbehandlungen auf. 87% der ambulanten Patienten hatten stationäre Entzüge in der Vorgeschichte (im Median 6 Entzugsbehandlungen), knapp 50% stationäre Langzeittherapien absolviert. Im Vergleich dazu betrug der Anteil an Entzugsbehandlungen bei den stationären Patienten 49%, der Anteil stationärer Langzeittherapien 36%. Der Anteil an Patienten mit Alkoholdelir in der Vorgeschichte ist mit

19% bzw. 18% gleich, der Anteil mit zerebralen Krampfanfällen allerdings wiederum bei den ambulanten Patienten höher (amb. 34%; stat. 21%). Bei den demographischen Daten fällt auf, dass bei annähernd gleich hoher Quote an abgeschlossenen Ausbildungen um 75%, der Anteil an Erwerbstätigen in der Stichprobe stationärer Patienten doppelt so hoch ist wie bei den Ambulanten (amb. 30%; stat. 60%). Entsprechend höher ist die Arbeitslosenquote unter den Patienten im 100-Tage-Programm (amb. 52%; stat. 27%). Vier Mal so viel Abhängigkeitskranke im 100-Tage-Programm weisen eine zusätzlich klinisch diagnostizierte behandlungsbedürftige psychische Störung auf (amb. 84%; stat. 20%). Zusammenfassend unterscheiden sich 100-Tage-Patienten von Patienten in stationärer qualifizierter Entzugsbehandlung durch:

- ▶ längere Krankheitsdauer
- ▶ höherer Anteil an suchtspezifischen Vorbehandlungen
- ▶ höherer Anteil an schweren Entzügen (Krampfanfälle)
- ▶ deutlich geringerer Anteil an berufstätigen Patienten bzw. doppelt so hohe Arbeitslosenquote
- ▶ höherer Anteil an komorbiden psychischen Störungen

Angesichts der Tatsache, dass überwiegend Patienten dieser Suchtstation in die Institutsambulanz weitervermittelt werden, zeigen die Daten, dass Patienten des 100-Tage-Programms eine „negative Auswahl“ der Suchtklientel der Region bzw. des Durchschnitts Alkoholabhängiger in stationärer qualifizierter Entzugsbehandlung darstellen. Sie zeichnen sich aus durch eine längere und schwerere Alkoholbelastung, einen hohen Anteil an komorbiden Störungen und eine geringere berufliche Integration.

Vergleiche mit anderen Behandlungsgruppen zeigen, dass das Klientel des 100-Tage-Programms die klassischen Chronizitätskriterien hinsichtlich Dauer der Abhängigkeit, Zahl stationärer Vorbehandlungen und sozialer Folgeschäden erfüllen. Patienten des 100-Tage-Programms sind vergleichbar mit der Patientenlientel einer ALITA-Behandlung. Das ambulante Therapiemodell ALITA der Göttinger Psychiatrischen Klinik versorgt nachweislich die schwerst alkoholkranken Patienten mit geringer sozialer Integration: Durchschnittsalter 44 Jahre, 18 Jahre alkoholabhängig mit im Durchschnitt 7 stationären Entgiftungen und 1 stationären Langzeittherapie. Bei Therapiebeginn waren 50% der Teilnehmer alleinlebend, 61% arbeitslos, 82% litten an psychiatrischen komorbiden Störungen aller Kategorien. 95%

wiesen schwere organische Alkoholfolgeschäden auf (Wagner et al., 1999; Ehrenreich et al., 2002).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine stationäre psychiatrische Entzugsbehandlung bereits ein niederschwelliges Angebot ist und die soziale Anpassung von Patienten in qualifizierter Entzugsbehandlung deutlich niedriger ist im Vergleich zu Patienten in primärer ambulanter Entwöhnungsbehandlung. Im Vergleich mit unterschiedlichen Fachklinikstichproben ist belegt, dass Abhängigkeitskranke in stationärer psychiatrischer Behandlung prognostisch eine eher ungünstige Selektion darstellen (Wienberg, 1993; Wienberg, 2001b). Das kombiniert stationär-ambulante „Tübinger Modell“ der Alkoholtherapiestation der eigenen Klinik versorgt die sozial noch weitgehend integrierten, die noch keine massiven Alkoholfolgeschäden aufweisen (Mann & Batra, 1993). Die Suchtberatungsstellen der Region bedienen nachweislich ein hoch selektiertes Klientel mit sehr guter sozialer Anpassung. In der Untersuchung von Mundle et al. (2001) lebten drei Viertel in Partnerschaft, mindestens 90% waren in fester Anstellung, die Hälfte der Patienten hatte keine suchtspezifischen Vorbehandlungen. Auch das Patientenkontingent einer bayerischen Fachambulanz, welches sich in einer intensiven ambulanten Entwöhnungstherapie befand, war zwar hinsichtlich Alter, Erkrankungsbeginn und Dauer der Abhängigkeit mit den ambulanten Patienten der Tübinger Stichprobe vergleichbar. Im psychosozialen Bereich stellte es jedoch wiederum eine „positive Selektion“ dar (Soyka et al., 2003).

Zusammenfassend belegt die Patientenstruktur der untersuchten Stichprobe, dass es eine Gruppe von chronisch alkoholabhängigen Patienten gibt, die im Vergleich zu anderen Behandlungsgruppen ein größeres Ausmaß an sozialer Desintegration aufweisen, von stationären Suchtbehandlungen nicht ausreichend profitieren und in ambulante Therapien nicht integrierbar sind. Diese Patienten sind Zielgruppe der Institutsambulanz und werden durch das 100-Tage-Programm erreicht.

Erfolgsraten, Rückfallquote, stationäre Wiederaufnahmehäufigkeit

Unter Einschluss der kurzfristig rückfälligen Patienten ohne Abbruch der Behandlung, schließen 46% aller Patienten und 52% der „klassischen“ 100-Tage-Teilnehmer, den 1. Durchgang erfolgreich ab. Gut einem Drittel gelingt die durchgehende Abstinenz über 100 Tage (34%). Die Quote der kurzfristigen Rückfälle (lapses) ist ähnlich hoch wie die Quote der „echten“ Rückfälle mit Abbruch der Behandlung (relapse), die bei knapp 50% liegt (n=44).

Die Erfolgsraten liegen über denen konventioneller Entzugsbehandlung ohne weiterführende Therapie, die im Durchschnitt zwischen 10 – 20% betragen und einer Spontanremissionsrate von ca. 20% (Süß 1995; Feuerlein et al., 1998). D. h. Behandlung, auch in Form einer Minimalintervention, bei allerdings hoher Frequenz, wie sie im 100-Tage-Programm geschieht, ist besser als keine Behandlung. Ohne weitere Interventionen haben auch gut motivierte Patienten nach qualifizierter stationärer Entgiftung, bis zu 20% geringere Abstinenzraten als Patienten in weiterführenden Therapien. Die Abstinenzentwicklung im Folgejahr liegt bei 30 – 40%, die Rückfallquoten der Unbehandelten liegen binnen 6 Monaten bei 50%. Die Halbjahresabstinenzraten von stationären, kombiniert stationär-ambulanten als auch rein ambulanten Entwöhnungsbehandlungen schwanken zwischen knapp 50% und über 60% (s. 4.2.2). Nach Soyka et al. (2001a) erreichen die Abstinenzraten bei chronischen Alkoholikern auch bei stationären Therapien kaum Raten von deutlich über 30%.

Die Ergebnisse sind mit Vorsicht zu interpretieren. Unter methodischem Gesichtspunkt ist das Vorgehen in dieser Untersuchung kritisch zu betrachten. Die Zusammensetzung der Patientenstichprobe ist zufällig. Selektionsfaktoren spielen insofern eine Rolle, als das 100-Tage-Programm ein Angebot ist, und trotz Indikation nur von einem gewissen Teil von Patienten wahrgenommen wird. Der überwiegende Teil der Patienten wird über die Entgiftungsstation zugewiesen. Darüber hinaus ist die Fallzahl noch sehr klein und die Schwundgruppe mit im Durchschnitt 50% Abbrechern in allen Durchgängen sehr groß. Aufgrund zeitlicher Beschränkungen konnten bisher nur kurzfristige Erfolgsraten erfasst werden. Außerdem erschwert das Fehlen vergleichbarer Behandlungsangebote die Bewertung.

Vor dem Hintergrund der Befunde der traditionellen Regelbehandlung sind die Erfolgsraten bei einer nachweislich negativ selektierten Behandlungsstichprobe allerdings bemerkenswert. Sie können in der Mitte zwischen den Effekten von Entzugsbehandlungen ohne weiterführende Therapie einerseits und Entwöhnungsbehandlungen andererseits eingeordnet werden. Unter methodischem Aspekt sind die Erfolgsraten wiederum aufgrund einer geringen Patientenselektion, da im Sinne der Niederschwelligkeit ein breites Indikationsspektrum mit nur minimalen Anforderungen für eine Behandlung besteht, als positiv zu bewerten.

Die guten Abstinenzraten bei ALITA (50% Abstinente nach 2-jähriger Behandlung) werden auf die initial sehr intensive Behandlung mit täglichen Therapiegesprächen zurückgeführt. Obwohl nur bedingt vergleichbar, scheint das Konzept der Krisenintervention zum Koupieren kurzfristiger Rückfälle, im Sinne des Vorgehens von ALITA, trotz hochfrequenter

Behandlung im Rahmen des 100-Tage-Programms nicht erfolgreich. Nur ein kleiner Teil der 100-Tage-Patienten stabilisiert sich im Verlauf über „lapses“ und beendet die Behandlung erfolgreich.

In Bezug auf das zeitliche Auftreten der Rückfälle in dieser Untersuchung zeigt sich, dass 30% der Patienten innerhalb der ersten 4 Wochen (30 Tage) nach Beginn der Behandlung rückfällig werden und abbrechen. Das Ergebnis deckt sich mit den Befunden in anderen Studien über die Rückfallhäufigkeit in den ersten Wochen nach stationärer Entzugsbehandlung (vgl. Lange et al., 1999). In den Angaben zur Rückfallhäufigkeit der hiesigen Entgiftungsstation konsumierten ebenfalls knapp 30% der Patienten innerhalb der ersten 4 Wochen erneut Alkohol, innerhalb der ersten 3 Monate waren 40% rückfällig (Stetter et al., 1997). Eine ALITA-Behandlung erzielt ein deutlich höheres Niveau an rückfallfreien Patienten über die ersten 80 Tage nach qualifizierter stationärer Entzugsbehandlung (Wagner et al., 1999; Ehrenreich et al., 2002). Vermutlich werden die besseren Erfolgsraten bei ALITA durch die vergleichsweise ausgesprochen intensive Nachsorge, die mit hohem personellen Aufwand betrieben wurde, erreicht.

Es gibt Hinweise, dass auch die nicht abstinent gebliebenen Patienten von der Behandlung profitieren. Die hier ermittelten Ergebnisse zum Umfang *trinkfreier Tage* sind grundsätzlich mit Zurückhaltung zu beurteilen. Rund die Hälfte der Patienten erreicht insgesamt 50 trinkfreie Tage. 40% der Patienten sind gut 3 Monate (100 Tage) abstinent.

Es ist damit zu rechnen, dass die Ergebnisse die wahren Verhältnisse überschätzen. Die Größenordnung des Fehlers kann z. Zt. nicht eingeschätzt werden. Der Vorwurf der Abstinenzverletzung in den 24 Stunden zwischen den Atemalkoholanalysen und dem niederfrequentem Vorgehen sich anschließender Durchgänge, ist berechtigt und zeigt die Grenzen einer ambulanten Behandlung. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass das Verheimlichen von erneutem Alkoholkonsum zum einen nicht lange durchgehalten wird und Patienten dies von sich aus ansprechen. Erleichtert wird das dadurch, dass kein disziplinarischer Ausschluss aus der Behandlung erfolgt. Zum anderen führt der wiederholte zeitnahe kurzfristige Konsum in der Regel binnen weniger Tage zu einem „sichtbaren“ Rückfall. Trotz aller Einschränkungen können die Ergebnisse hypothesengenerierend dahingehend wirken, dass es bei schwer alkoholabhängigen und rückfallgefährdeten Patienten unter der Behandlung zu einer Reduktion von Trinktagen und Trinkmengen kommt und Trinkmuster in Richtung eines „gesundheitsverträglicheren Trinkens“ verändert werden können. Der Ansatz des 100-Tage-

Programms soll keinesfalls Möglichkeiten zum reduzierten Konsum vermitteln. Im Sinne von „harm reduction“ wird aber die Reduktion des Alkoholkonsums als willkommener Effekt der kontinuierlichen Atemalkoholanalysen gesehen. Zur Überprüfung der Hypothese müssten in nachfolgenden Untersuchungen Vergleichswerte von Trinktagen und ggf. Trinkmengen in einem vergleichbaren Zeitraum vor der Indexbehandlung erhoben werden.

Die *stationäre Wiederaufnahmequote* nach Beginn des 100-Tage-Programms und innerhalb eines halben Jahres beträgt 33% (ohne geplante Behandlungen), 6 Monate nach Ende der Behandlung 40%. Wenn man, wiederum unter Berücksichtigung der Behandlungsgruppe, davon ausgeht, dass die im Durchschnitt ca. 40% Rückfälligen nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung sowie die Gruppe der aus qualifizierter stationärer Entzugsbehandlung entlassenen unbehandelten und rückfälligen Patienten (ca. 50%) Zielgruppe des 100-Tage-Programms sind, ist es als Erfolg zu werten wenn 60% dieser Patienten (bei 75% Ausschöpfungsquote) im Katamnesezeitraum von einem halben Jahr ohne rückfallbedingte stationäre Aufnahme bleiben. Die Rehospitalisierungsquote muß evtl. etwas nach oben korrigiert werden, da hier nur Aufnahmen der Tübinger Klinik einbezogen wurden. Der Vergleich stimmt insofern nicht ganz, als dass „der zu einem stationären Aufenthalt führende Rückfall“ als Erfolgskriterium nicht gleichzusetzen ist mit „Abstinenz“.

Die stationäre Wiederaufnahme von Suchtpatienten innerhalb eines Jahres ist hoch (Wienberg 2001b). Valide Angaben zu stationären Wiederaufnahmeraten bei Suchtpatienten zu finden ist schwierig, da ein Großteil Alkoholabhängiger in Allgemeinkrankenhäusern behandelt wird und Aufnahmeraten nicht flächendeckend z. B. in Form von BADO-Daten sondern nur vereinzelt erhoben werden. Studien zur Wirksamkeit alkoholspezifischer Behandlungen wiederum beziehen sich vorrangig auf Abstinenzquoten, rückfallbedingte stationäre Wiederaufnahmeraten werden nicht routinemäßig berücksichtigt. Die Wiederaufnahmeraten von Abhängigkeitskranken in psychiatrischen Kliniken unterliegen einer großen Varianz.

Zur Einordnung der hier gefundenen Ergebnisse in den Kontext stationärer Wiederaufnahmen bei Alkoholkranken seien vergleichende Aufnahmeraten aus 3 Untersuchungen angeführt. In der naturalistischen Evaluationsstudie von Reker et al. (2004) wiesen in einem Katamnesezeitraum von 3 Monaten nach qualifizierter Entzugsbehandlung 27% der Patienten aus 5 Fachkliniken eine erneute alkoholbedingte Akutbehandlung auf. Wienberg (1993) belegt in einer Untersuchung an 14 psychiatrischen Kliniken in Deutschland, dass 4 von 10 Patienten innerhalb eines Jahres mehrfach stationär aufgenommen wurden. Fleischmann (2001) zeigt in

einer klinischen Studie, dass 50% einer Stichprobe von CMA-Patienten im Zeitraum von 18 Monaten nach Entlassung erneut zur stationären Aufnahme kamen, während die Wiederaufnahmerate von Alkoholkranken einer Entwöhnungstherapie lediglich 15% betrug.

Unter dem Aspekt der „*Haltefähigkeit*“, der neben dem regulären Behandlungsende im Sinne des traditionellen Begriffs der „Haltequote“ auch die Aufrechterhaltung des Kontaktes zwischen Patient und Ambulanz bei rückfallbedingtem Abbruch einbezieht, gelingt es offensichtlich mit einem ambulanten niederschweligen Angebot rund zwei Drittel der chronisch Alkoholkranken über längere Zeiträume in der Ambulanz und damit im Hilfesystem zu halten. Einen wesentlichen Anteil daran haben die flexiblen und individuellen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des 100-Tage-Programms und der Institutsambulanz insgesamt.

Knapp die Hälfte der Patienten (48% der Ausgangsstichprobe) befindet sich am Ende des 100-Tage-Programms und im Referenzzeitraum von einem halben Jahr in einer suchtspezifischen Behandlung, einschließlich einer Fortsetzung im 100-Tage-Programm. Annähernd gleich groß ist die Schwundgruppe am Ende der Behandlung, jene Patienten, die ohne weitere professionelle Hilfe geblieben sind oder deren Verbleib unklar ist. Vergleiche mit Vermittlungsquoten anderer Untersuchungen werden hier nicht angestellt, da diese sich in der Regel auf den Antritt einer Entwöhnungsbehandlung nach qualifizierter Entzugsbehandlung beziehen. Die Weiterbehandlung von Patienten des 100-Tage-Programms hingegen gestaltet sich entsprechend den Indikationen sehr heterogen und die Vermittlung in eine Entwöhnungsbehandlung ist nicht primäres und ausschließliches Ziel der Behandlung.

Gruppenvergleich erfolgreiche – nicht erfolgreiche Patienten

Ein Vergleich zwischen den erfolgreichen Patienten und den alkoholrückfälligen Abbrechern zeigte bei letzterer Gruppe folgende Befunde:

- ▶ sie sind signifikant jünger und früher alkoholabhängig und hatten entsprechend früher die erste stationäre Behandlung aufgrund der Abhängigkeitsproblematik
- ▶ sie weisen tendenziell (signifikant) eine höhere Rate an alkoholspezifischen Vorbehandlungen auf
- ▶ die Komorbidität psychischer Störungen kommt signifikant häufiger vor
- ▶ sie sind häufiger arbeitslos und beziehen Sozialhilfe (tendenziell signifikant)

Aufgrund der geringen Fallzahl müssen die statistischen Analysen zurückhaltend diskutiert werden. Die Befunde stellen mögliche negative Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Teilnahme am 100-Tage-Programm dar: jüngeres Alter bei Erkrankungsbeginn, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfeempfänger sowie das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung. Die Dauer der Alkoholabhängigkeit hatte keinen prädiktiven Wert. Der Umfang an Behandlungserfahrungen im Vorfeld, welche für einen ungünstigen weiteren Verlauf sprechen, zeigt nur einen tendenziell signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen.

Als Prognosemerkmale für einen Behandlungserfolg werden hauptsächlich Aspekte der sozialen Stabilität und des Schweregrads der Abhängigkeit diskutiert. Neben dem Ausmaß des Alkoholkonsums und somatisch-psychozialer Folgeschäden kommt insbesondere der psychiatrischen Komorbidität Bedeutung als negativer Prognosefaktor zu (Küfner & Feuerlein, 1989; Feuerlein et al., 1998). Die Selbstwirksamkeitserwartung eines Patienten, bezogen auf die Kontrolle des Alkoholkonsums, kann als Prädiktor für einen Behandlungserfolg angesehen werden. Darüber hinaus wurden erfolglose Entwöhnungsbehandlungen, Therapieabbrüche sowie Alkoholrückfälle während der Behandlung als ungünstige Prädiktoren gefunden, während ein höheres Ausmaß an Motivation sowie eine geringere soziale Unterstützung hinsichtlich des Alkoholkonsums mit einem größeren Behandlungserfolg verbunden waren (MATCH Research Group, 1997; Soyka, 2004).

In der Gesamtstichprobe fanden wir eine hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, wie dies in anderen klinischen Stichproben beschrieben wird (Müller-Mohnssen et al., 1999; Wölwer et al., 2001; Wagner et al., 2003). Die hier gefundenen Ergebnisse deuten an, dass die nicht erfolgreichen Patienten aufgrund eines höheren Anteils an Persönlichkeitsstörungen die diagnostisch schwierigere und psychopathologisch belastetere Gruppe sind. Ein früherer Beginn der Abhängigkeit und ein höherer Grad an psychopathologischer Belastung sprechen für einen prognostisch ungünstigeren Verlauf im Sinne einer nicht adäquaten sozialen und beruflichen Integration. Darüber hinaus hatten die „nicht erfolgreichen“ signifikant mehr Patienten mit hohen stationären Wiederaufnahmeraten nach Beginn des 100-Tage-Programms und im Verlauf von 6 Monaten. Eine bestehende Partnerschaft hatte zwar keinen statistisch signifikanten Einfluss auf den Behandlungserfolg, jedoch lebte ein größerer Anteil der erfolgreichen Patienten in einer Partnerschaft. Welche Bedeutung eine komorbide Persönlichkeitsstörung auf den Therapieverlauf alkoholabhängiger Patienten hat, ist noch nicht ausreichend geklärt. Wölwer und Mitarbeiter (2001) belegen ein erhöhtes Rückfallrisiko für Suchtpatienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung innerhalb von 6 Monaten nach

Entzugsbehandlung. Dies betraf v. a. die antisoziale und Borderline Persönlichkeitsstörung. Bottlender et al. (2003) gehen davon aus, dass die Bedeutung möglicherweise überschätzt wird. In ihrer Untersuchung bezüglich des Einflusses von Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieerfolg zeigte sich, dass Patienten, die während der Therapie rückfällig waren im Vergleich zu Patienten die rückfallbedingt die Therapie abbrachen, eine höhere durchschnittliche Anzahl von Persönlichkeitsdiagnosen aufwiesen und durch multiple Häufungen von Persönlichkeitsstörungen schwerer beeinträchtigt waren. Dieser Effekt hatte aber keinen Einfluß auf die Abbruchquote.

Die hier gefundenen Patientenvariablen wurden unter der Bedingung einer ambulanten hochfrequenten Minimalintervention ohne zeitliche Begrenzung und ohne ein bestimmtes Therapieprogramm gewonnen, so daß davon auszugehen ist, dass es sich um allgemeine und relativ therapieunabhängige Merkmale handelt. Die Befunde entsprechen der auch sonst in der Alkoholismusbehandlung gefundenen Bedeutung psychosozialer Variablen. Unter dem Gesichtspunkt der negativen Auslese des Patienten Klientel im 100-Tage-Programm sind es wiederum die im Vergleich besser integrierten Patienten mit geringerer Psychopathologie und vermutlich besserer Motivationslage, die von der Behandlung profitieren. Die erfolgreichen Patienten (einschließlich Patienten mit kurzfristigen Rückfällen ohne Abbruch) zeichnen sich aus durch:

- ▶ einen höheren Anteil an bestehenden Partnerschaften
- ▶ mehr Berufstätigkeit
- ▶ geringere Komorbidität, mit Schwerpunkt auf den Belastungs- und Anpassungsstörungen
- ▶ und sie weisen signifikant häufiger vor Aufnahme ins 100-Tage-Programm eine stationäre Entzugsbehandlung auf.

Vermutlich zeigen die motivationsfördernden Interventionen der zuvor erfolgten integrierten Entgiftungs- und Motivationsbehandlung ihre Wirkung. Inwieweit es dann konsequenterweise zutrifft, dass die erfolgreichen Patienten des 100-Tage-Programms dem Klientel der Entgiftungsstation entsprechen und keine Subgruppe eben dieser sind, müsste gezielt mit größeren und aktuelleren Stichproben überprüft werden. Zu diesem Zeitpunkt und aufgrund der vorliegenden Daten ergibt sich dafür kein einheitliches Bild.

Eine vorgeschaltete qualifizierte Entzugsbehandlung scheint günstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Teilnahme zu schaffen. Dass der stationären Behandlung nach wie vor große Bedeutung in der Behandlung Suchtkranker zukommt, belegt ein Nebenergebnis der

MATCH-Studie (Project MATCH research group, 1997; Stetter, 2000). Die Gruppe der (kurz) stationär vorbehandelten Alkoholpatienten hatte eine um fast 20% höhere Abstinenzrate als die rein ambulant behandelten Patienten. Der Anteil an ambulant zugewiesenen Patienten ohne vorhergehende qualifizierte Entzugsbehandlung dieser Stichprobe ist gering. Tatsächlich befinden sich nahezu alle ambulanten Patienten in der Gruppe der „nicht erfolgreichen“. Die Zahlen sind jedoch zu gering um bezüglich der prädiktiven Bedeutung einer stationären Vorbehandlung im Rahmen des 100- Tage-Programms verlässliche Aussagen zu machen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Untersuchung liefert einen Beitrag zur Diskussion um ambulante niederschwellige Angebote für alkoholabhängige Patienten. Das 100-Tage-Programm entspricht dem aktuellen Trend in der Suchtkrankenversorgung und ist ein Beitrag zur weiteren Differenzierung von suchtspezifischen Behandlungsangeboten. Es ist ein wohnortnahes Versorgungsangebot, welches für die Betroffenen leicht zugänglich ist.

Unter Berücksichtigung des Patientenprofils zeigen die Ergebnisse, dass mit einem ambulanten niederschweligen Entwöhnungsangebot für chronisch Alkoholranke respektable Erfolge erzielt werden können. Es ließ sich eine Gruppe von chronisch und schwer alkoholabhängigen Patienten identifizieren, die von der minimalen, wenig anspruchsvollen Intervention in einem intensiven therapeutischen Rahmen profitieren und, so die bisherigen Ergebnisse, kurzfristig erfolgreich sind.

Bisherige Erfahrungen bestätigen die pragmatische Evidenz der Behandlung. Bei zunehmendem Druck durch die Kostenträger und angesichts des bisher geringen Wissens hinsichtlich differentieller Indikationskriterien, kann das im 100-Tage-Programm praktizierte Prinzip der minimalen Intervention bereits zum jetzigen Zeitpunkt als ein effektives Vorgehen in der Behandlung von therapieerfahrenen und vielfach vorbehandelten Patienten angesehen werden. Es ist ein in das regionale Netzwerk integriertes Behandlungskonzept mit einem praktikablen und kostengünstigen Ansatz für ähnlich strukturierte Ambulanzen wie die Tübinger Institutsambulanz. Auf den Kosten-Nutzen-Aspekt wird im 3.Teil dieser Arbeit eingegangen (s. 5.4, S.168). Der konzeptionelle Rahmen des Behandlungsangebotes ermöglicht auch den Behandlern eine gelassener und professionell distanziertere Haltung im Umgang mit den schwierigen Patienten. Die Reduktion von Trinkmengen oder auch die Aufrechterhaltung des persönlichen Kontaktes zu Behandler und Ambulanz, können als

positiv gewürdigt werden und fördern die kontinuierliche Arbeit am Ziel einer stabilen Abstinenz.

Eine abschließende wissenschaftliche Bewertung der Wirksamkeit des 100-Tage-Programms ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Nachfolgende Untersuchungen sollten mit größeren Fallzahlen und längerfristigen Katamnesen durchgeführt werden. Um mögliche differentielle Effekte abzusichern, sollte eine differenzierte Diagnostik durchgeführt werden, die den Schweregrad der Alkoholabhängigkeit bestimmt, z. B. mit dem European Addiction Severity Index (EuropASI; Gsellhofer et al., 1999). Das international verbreitete und überprüfte Instrument eignet sich auch gut zur Veränderungsmessung. Zur Binnendifferenzierung der Abhängigkeitskranken im 100-Tage-Programm und speziell zur Überprüfung des Anteils an CMA-Patienten sind z. Zt. die Checkliste der Arbeitsgruppe CMA (Arbeitsgruppe CMA, 1999) sowie die Braunschweiger Merkmalsliste BML (Hilge & Schulz, 1999) die bekanntesten Verfahren. Um den hohen Anteil an komorbiden Persönlichkeitsstörungen abzusichern ist für folgende Untersuchungen die Durchführung des SKID-II (Wittchen et al., 1997) zu empfehlen. Zur Objektivierung der Abstinenz im Verlauf könnten alkoholspezifische Laborparameter wie Gamma-GT, MCV und CDT als Statusmarker für einen aktuell erhöhten Alkoholkonsum einbezogen werden.

Das 100-Tage-Programm wird im Frühjahr 2005 im Landkreis Reutlingen, im Rahmen des Aufbaus eines regionalen Suchtzentrums und in Trägerschaft des Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten, installiert. In Zusammenarbeit mit der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie, in der auch die vorliegende Untersuchung entstand, ist dann eine weitere Studie zur Evaluation des Behandlungsangebotes geplant.

5 Teil III Evaluation mittels Hospitalisierungsverlauf

Im vorliegenden Teil der Arbeit wird untersucht, ob die Tübinger Institutsambulanz in Bezug auf die Forderungen, stationäre Aufnahmen zu vermeiden oder stationäre Behandlung zu verkürzen, erfolgreich ist (§118 Abs.2 SGB V; vgl. 1.3.1). Die Untersuchung dient dazu, für eine definierte Zielgruppe und mittels des Outcomekriteriums *Hospitalisierung* Aussagen zur Effektivität der ambulanten Behandlungsform *Institutsambulanz* zu machen.

5.1 Fragestellungen und Hypothesen

Hat die Behandlung in der Institutsambulanz einen Einfluß auf die Verkürzung oder Vermeidung stationärer Aufenthalte?

Kann der sogenannte „Drehtüreffekt“, der sich aufgrund der verkürzten stationären Behandlungszeiten ergibt, durch die Behandlung in der Institutsambulanz beeinflusst werden bzw. kann durch die ambulante Behandlung stationäre Behandlung eingespart werden?

Es wird angenommen, dass durch die Übernahme in die Behandlung der Institutsambulanz die Rehospitalisierungsquote gesenkt, insbesondere die durchschnittliche Dauer stationärer Behandlungen innerhalb eines Jahres reduziert werden kann. Es wird eine Veränderung derart erwartet, dass nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz ein deutlicher Abfall der auf den Jahresdurchschnitt bezogenen Anzahl und kumulativen Dauer stationärer Aufenthalte zu beobachten ist.

In einem weiteren Schritt sollen Prädiktoren der Hospitalisierungsdauer überprüft und mögliche Prognosefaktoren für einen Behandlungserfolg in der Ambulanz identifiziert werden. Eine dritte Frage beschäftigt sich mit der ggf. aus der Reduktion stationärer Behandlung resultierenden Kostensenkung. Es soll ermittelt werden, wie viel der direkten stationären Behandlungskosten durch die ambulante Behandlung eingespart werden können.

Die Institutsambulanz hat den Auftrag, chronisch und schwer gestörte psychisch Kranke zu versorgen, die die typische Risikopopulation für rasche Wiederaufnahmen in die Klinik darstellen und durch stationäre Behandlungen hohe Kosten verursachen („Drehtür“). So daß unter den Aspekten von Lebensqualität und Kostensenkung die Reduktion stationärer Behandlung erwünscht ist. Wenn mehrere alternative Behandlungsformen zur Verfügung

stehen, ist derjenigen Versorgung der Vorzug zu geben, die ein Leben in der Gemeinde weitestgehend ermöglicht (an der Heiden et al., 1989). Es ist jedoch nicht in jedem Fall eine Reduktion stationärer Behandlung erwünscht. Bei manchen Patienten geht es auch darum, einen klinischen Aufenthalt zu erwirken. Ziel ist es dabei, die soziale Integration zu erhalten und die körperliche Unversehrtheit besser zu sichern. Denn durch eine regelmäßige ambulante Behandlung kann sichergestellt werden, dass ggf. auch eine notwendige Krankenhausbehandlung stattfindet. So kann durch die Früherkennung eines Rezidivs und die frühzeitige Einleitung einer stationären (Krisen)intervention einer zunehmenden Verelendung durch körperliche und soziale Folgeschäden entgegengewirkt werden.

5.2 Methoden

In einem Prä-Post-Vergleich (A-B-Plan; Bortz & Döring, 2002) werden die Hospitalisierungsverläufe von 197 Patienten der Tübinger Institutsambulanz untersucht. Der Hospitalisierungsvergleich ist ein in der Praxis bewährtes Forschungsdesign, um die Wirksamkeit eines neuen Versorgungsangebotes zu evaluieren. Die Vermeidung, bzw. Verkürzung stationärer Aufenthalte ist das in der Versorgungsforschung am häufigsten verwandte Outcome-Kriterium (an der Heiden et al., 1989; Buchkremer et al., 1991; Rössler & Salize, 1993; Richter & Eikermann, 2000). Die Probleme des Indikators *Hospitalisierung* werden in diesem Kapitel zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert (s. 5.2.4).

In der vorliegenden Untersuchung mit Klinik einerseits und Institutsambulanz andererseits, konnte aus organisatorischen und methodischen Gründen keine randomisierte Studie mit Kontrollgruppendesign durchgeführt werden. Das Spiegelbilddesign wird als bestmöglicher Kompromiß empfohlen, wenn eine Kontrollstudie nicht durchführbar ist (Cooper et al., 1985). Vergleichsdaten von Nervenarztpraxen der Tübinger Region lagen nicht vor, da es keine Zusammenarbeit im Rahmen von Forschungsprojekten diesbezüglich gab. Vergleichsdaten derjenigen Patienten, die trotz Indikation eine Behandlung in der Institutsambulanz nicht aufgenommen haben, konnten nicht erhoben werden. Der Nachteil des Untersuchungsplans besteht darin, dass eine kausale Absicherung von Effekten, hier z. B. zwischen dem erwarteten Rückgang der Behandlungsdauer und der Behandlung in der Institutsambulanz nicht möglich ist. In Abgrenzung zum systematischen Design mit Standardisierung der Behandlungsbedingungen, versucht das repräsentative Design, die natürliche Variation abzubilden. Unter Inkaufnahme der Konfundierung wichtiger Variablen wird dadurch die

externe Validität der Untersuchungsergebnisse erhöht (Rössler & Salize, 1993). Vorteilhaft ist, dass das repräsentative Design die Prüfung differentieller Effekte ermöglicht. Mittels Regressionsanalysen können differenzierte Aussagen gemacht werden, z. B. zu der Frage, welche Variablen mit welchen Behandlungseffekten korrelieren (Rössler, 2000).

Eingeschlossen wurden alle konsekutiv behandelten Patienten, die im 2.Quartal 2002, nach Eröffnung der Institutsambulanz am 08.04.2002, in die Behandlung der Ambulanz aufgenommen wurden. Um die Fallzahlen für die störungsspezifischen Untersuchungen zu erhöhen, wurden zusätzlich alle Erstaufnahmen der nachfolgenden Quartale, 3. und 4.Quartal 2002, einbezogen. Eingeschlossen wurden somit auch Ersterkrankte, Patienten, die im Jahr vor Aufnahme keine Hospitalisierungen aufwiesen und Patienten ohne jegliche stationäre psychiatrische Behandlungen in der Vorgeschichte. Entsprechend den Vorgaben der Leistungsabrechnung musste ein Patient mindestens ein Quartal mit mindestens zwei Kontakten in Behandlung sein. Patienten mit einmaligem Kontakt wurden ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden ferner alle Patienten der Alkoholtherapiestation der eigenen Klinik, die sich in ambulanter Nachbehandlung durch Mitarbeiter der Station befanden.

Überlegungen in der Planungsphase, engere Einschlusskriterien zu definieren, nämlich keine Ersterkrankten einzubeziehen und mindestens einen stationären Aufenthalt im Jahr vor Aufnahme vorauszusetzen, wurden wieder verworfen, da das eine zu große Selektion bedeutet hätte und dem Bedarf von Patienten nicht gerecht geworden wären. Es gab durchaus eine Reihe von ambulant zugewiesenen chronischen Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf, die im Jahr vor Aufnahme in die PIA keine stationäre Behandlung hatten. Stationäre Behandlung darf nicht ausschließlich als Beleg für einen ungünstigen Verlauf der Erkrankung verstanden werden. Ältere Arbeiten setzen sich damit auseinander (Haselbeck, 1987; an der Heiden et al., 1989). Es wäre zu einfach, Wirksamkeit und Erfolg der Einrichtung *Institutsambulanz* nur vom Aufenthaltsort des Patienten abhängig zu machen. In diesem Zusammenhang muß der Einjahres-Zeitraum als Referenz für den Vergleich kritisch betrachtet werden. Bei chronisch psychisch Kranken ist er eher zu kurz gewählt. Angemessen wären kontinuierliche Messungen zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten über längere Zeiträume. In der Diskussion dieses Abschnitts wird näher darauf eingegangen. Der jährliche Vergleich wurde aufgrund der zeitlichen Vorgaben dieser Arbeit gewählt.

5.2.1 Ergebnisparameter

Als Ergebnisparameter wird die Reduktion stationärer Behandlung bezüglich Hospitalisierungsrate und Behandlungstagen zugrunde gelegt. Gemessen wird die Veränderung der jährlichen Zahl und Dauer stationärer Aufenthalte durch die Spiegelung identischer Zeiträume von jeweils 12 Monaten vor und nach Eintritt in die Behandlung der Institutsambulanz.

Als Rehospitalisierung gilt jede Wiederaufnahme in die psychiatrische Klinik oder Tagesklinik. In einer Stellungnahme der DGPPN wird die von der Bundespflegesatzverordnung (§5 BPflV) bisher verwendete Verweildauerdefinition, die einzelne Behandlungsepisoden bzw. Fälle für die mittlere Krankenhausverweildauer heranzieht, als nicht angemessener Qualitäts- und Kostenindikator kritisiert (Cording et al., 2001). Die herkömmliche Definition von Fällen und Verweildauern ist erheblich gestaltbar. Jede Unterbrechung beispielsweise durch Beurlaubung oder „Entweichung“ wird in der Universitätsklinik bei einer Abwesenheit des Patienten von 2 Nächten als Entlassung und Neuaufnahme verwaltet. Möglicherweise werden Patienten auch zu früh entlassen, was zur erneuten Hospitalisierung binnen weniger Tage führen kann. Dadurch kann die Zahl der Fälle „künstlich“ erhöht und die durchschnittliche Behandlungsdauer gesenkt werden. Deshalb werden auch in dieser Untersuchung Aufnahme und Verweildauern von *Personen*, nicht von *Fällen* erhoben. Im Vordergrund der Analyse steht die kumulative Behandlungsdauer, die sich aus der Addition einzelner Behandlungsepisoden pro Person berechnet. Um sich der Rate „echter“ Aufnahmen möglichst weit zu nähern, wurden aus methodischen Überlegungen folgende Kriterien festgelegt:

- ▶ Zur Berechnung der Behandlungsdauern wurden personenbezogen alle Kalendertage im 2-jährigen Zeitraum vom Aufnahme- bis zum Entlasstag gezählt, unabhängig von Verlegungen oder Beurlaubungen. Entsprechend der Definition der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), wurden Aufnahme- und Entlasstag zu einem Tag zusammengefasst.
- ▶ Grundsätzlich wird die „7-Tage-Regel“ angewendet, d.h. eine Behandlungsdifferenz von ≤ 7 Tagen zwischen 2 Aufnahmen gilt als Unterbrechung des vorherigen Aufenthaltes und nicht als erneute Aufnahme. Wird ein Patient demnach innerhalb von einer Woche entlassen und erneut aufgenommen, so zählt dies als *ein* stationärer Aufenthalt. Systemkonforme häufige Kurzhospitalisierungen werden möglicherweise durch die 7-Tage-Regel nicht sichtbar. Insgesamt hat das jedoch mäßige Bedeutung, da dies lediglich bei 25 Patienten der Fall war.

- ▶ Direkte Übergänge zu Behandlungen in verschiedene Teilinstitutionen der psychiatrischen Klinik (stationär, teilstationär) werden in *einer* Behandlungsepisode zusammengefasst.
- ▶ Durch Quartalswechsel abrechnungstechnisch bedingte Wiederaufnahmen in den Tageskliniken entsprechen ebenfalls *einer* Aufnahme. Auch Verlegungen zur stationären Behandlung in andere Einrichtungen des Universitätsklinikums werden, insofern eine Rückverlegung in die Psychiatrie erfolgte, als *eine* Behandlung betrachtet. Mit Beginn 2003 wurden ohnehin Verlegungen nicht mehr als Entlassungen verwaltet.
- ▶ Sogenannte Notaufnahmen, mit Aufnahme und Entlassung binnen eines Tages, sind keine stationären „Behandlungen“ und werden nicht einbezogen.
- ▶ Stationäre und teilstationäre Behandlungen werden nicht differenziert, da beide psychiatrischen Akutbehandlungen entsprechen.
- ▶ Darüber hinaus werden Aufenthaltsdauern von weniger als 10 Tagen als Kriseninterventionen definiert, 10 und mehr stationäre Tage als reguläre Behandlung.

Entsprechend der Fragestellung der Untersuchung werden nur psychiatrische Akutbehandlungen erhoben, keine Behandlungen zur Rehabilitation oder sonstige stationäre Behandlungen im Rahmen der psychischen Erkrankung. Ebenso wenig gehen stationäre Behandlungen in externen Kliniken ein, wohlwissend, dass dadurch eine gewisse „Unschärfe“ der Daten entsteht. Durch Fremdhospitalisierungen entstehen zweifelsohne zusätzliche Krankenhaustage und Kosten, jedoch ist die valide Erfassung v. a. im Nachbeobachtungszeitraum ein methodisches Problem. Fremdhospitalisierungen sind v. a. bei Patienten aus dem Suchtbereich und Patienten mit wiederkehrendem suizidalem Verhalten zu erwarten, die häufige Aufnahmen bzw. Kriseninterventionen in Allgemeinkrankenhäusern haben, die den psychiatrischen Behandlern meist nicht bekannt sind. Zur Orientierung wurde die Gesamtzahl psychiatrischer Aufnahmen, d. h. einschließlich externer Behandlungen, ermittelt. Die Einschränkung der Daten auf den Landkreis Tübingen ist insofern gerechtfertigt, als die Psychiatrische Universitätsklinik Tübingen seit 1.10.1999 Versorgungsverpflichtung für den gesamten Landkreis hat und entsprechend ihre Institutsambulanz Versorgungseinrichtung des Landkreises ist. Mindestens 90% der Klientel, die im Landkreis leben, werden von der Klinik versorgt, wengleich Patienten möglicherweise zeitweise auch woanders behandelt werden. Entsprechend werden auch in der Tübinger Institutsambulanz hin und wieder Patienten aus anderen Landkreisen notfallmäßig und eben wohnortnah behandelt.

Da das jedoch nicht den Kernbereich der ambulanten Versorgung ausmacht, interessieren in dieser Untersuchung ausschließlich die Ambulanz-Patienten des Landkreises.

Das Referenzjahr vor und nach Eintritt in die Behandlung der Ambulanz wurde in Abhängigkeit vom Aufnahmedatum eines Patienten individuell festgelegt. Der gesamte Untersuchungszeitraum erstreckte sich vom 08.04.2001 bis 31.12.2003. Ausgehend vom ersten Behandlungstermin wurden Hospitalisierungsrate und Behandlungsdauer im Einzelfall über die zentrale Patientenaufnahme der UKPP sowie unter Hinzuziehung der Krankenakte sorgfältig ermittelt. Die soziodemographischen und krankheitsanamnesticen Daten wurden von den Behandlern im Erstgespräch anhand des Ambulanz-internen Anamnesebogens zur Krankengeschichte erhoben. Bei Patienten, die aus stationärem Aufenthalt zur Weiterbehandlung in die Institutsambulanz kamen, wurde die Entlassungsdiagnose verwendet. Bei den ambulanten Patienten wurde die Diagnose entsprechend den ICD-10-Kriterien gestellt und im Falle von stationären Vorbehandlungen mit diesen abgestimmt. Für die Bewertung des Behandlungserfolgs wurde als klinisches Kriterium eine Reduktion der kumulierten Behandlungsdauer um mindestens 10% als erfolgreich festgelegt.

Der Umfang der ambulanten Betreuung wurde nicht berücksichtigt. Die Kontaktdichte pro Quartal ist m. E. von untergeordneter Bedeutung, da die Behandlung in der Institutsambulanz bedarfsabhängig ist, individuell geplant wird und einer breiten Streuung von einem Kontakt im Monat bis zu mehrfachen wöchentlichen Kontakten unterliegt. Insofern sagt die Behandlungsfrequenz nichts über den Bedarf eines Patienten aus.

Entsprechend dem Datenschutzgesetz wurden die Patientendaten ohne Identifikationsinformationen aufbereitet und ausgewertet.

5.2.2 Hospitalisierungsvergleich und Index-Aufenthalt

Die Rehospitalisierungsquoten können unter verschiedenen methodischen Gesichtspunkten mit den Vorhospitalisierungen verglichen werden. Im vorgesehenen Prä-Post-Vergleich wird die Einführung der Institutsambulanz wie eine „Intervention“ definiert mit einem Zeitpunkt T₀, von dem aus 12 Monate vor und nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz untersucht wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Intervention „PIA-Behandlung“ nicht als zeitliche begrenzte Phase im herkömmlichen Sinne zu verstehen ist, sondern als Übernahme in ein ambulantes psychiatrisches Behandlungsangebot als Alternative zur voll-

und teilstationären Behandlung. Ziel ist es, Patienten im ambulanten Setting zu halten, weshalb die Behandlung zeitlich nicht begrenzt ist.

Die häufigen Übernahmen von Patienten aus stationärer Behandlung und damit die Festlegung des Spiegelzeitpunktes in Abhängigkeit vom Entlasszeitpunkt, führt möglicherweise zu einer Beeinflussung des Referenzzeitraumes und zu positiven Verzerrungen in der Post-Indexperiode. In dieser Untersuchung wird der Index-Aufenthalt von stationären Patienten, der zur Aufnahme in die Institutsambulanz führt, in die Analysen einbezogen. Den Index-Aufenthalt nicht zu berücksichtigen schien m. E. problematisch, da er ja bereits ein Ereignis ist. Die Abhängigkeit der Rehospitalisierungshäufigkeit von der Länge der Indexaufnahme wird verschieden beurteilt. Einerseits sollen längere Hospitalisierungen zu wiederum häufigeren und längeren, bei anderen Autoren hingegen zu selteneren aber längeren Rehospitalisierungen führen. Ältere Untersuchungen belegen, dass die Rehospitalisierungshäufigkeit als auch die Rehospitalisierungsdauer nicht mit der Dauer des Index-Aufenthaltes korrelieren und auch nicht von der Disposition zum Zeitpunkt der Entlassung abhängen. Der Index-Aufenthalt steht v. a. in Beziehung zur Zahl früherer Hospitalisierungen und ist unabhängig von demographischen und klinischen Variablen wie z.B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Diagnose und Schweregrad der Krankheit (z.B. Rosenblatt & Mayer, 1974; Modestin & Lerch, 1988). Neuere Untersuchungen zur Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung extrahieren die Dauer der Indexaufnahme jedoch als negativen Prädiktor für die Häufigkeit stationärer Aufnahmen. Während sie als Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit ein Patient mit hoher Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlung zu sein, das Signifikanzniveau verfehlt (Roick et al., 2002b).

In der vorliegenden Untersuchung wird der Indexaufenthalt dadurch kontrolliert, dass entsprechend dem Zuweisungsmodus zwei Gruppen gebildet werden und stationär zugewiesene sowie ambulante Patienten (ohne Indexaufenthalt) gesondert betrachtet werden. Kontrovers diskutieren kann man weiterhin, dass einerseits die stationäre und eventuell frühzeitige Entlassung aus stationärer Behandlung nachwirken kann, andererseits könnte es nach Aufnahme in die PIA eine Übergangszeit geben, wo die Behandlung noch nicht wirksam ist. Letzteres wäre ein Argument für die Aussparung einer Karenzzeit. Dagegen spricht jedoch, dass nach stationärer Behandlung und Übernahme des Patienten in die PIA bei einem solchen Vorgehen ein mögliches Rezidiv des Patienten innerhalb weniger Tage oder Wochen nicht erfasst werden würde.

5.2.3 Kostenermittlung

Psychische Erkrankungen gehören für die Volkswirtschaft zu den bedeutsamsten Krankheiten überhaupt. In Deutschland ist die Datenlage von empirisch gewonnenen Daten über die Kosten der Versorgung psychisch Kranker schmal, während in den angloamerikanischen Ländern Effizienzanalysen einzelner Einrichtungen und Dienste im Rahmen der Versorgungsforschung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Insbesondere Analysen über den Langzeitverlauf der psychiatrischen Versorgungskosten fehlen (Rössler et al., 1998; Salize, 2004). Kosten-Nutzen-Analysen liegen v. a. für die Schizophrenie vor, die als die „teuerste“ psychiatrische Krankheit gilt und in vielen Ländern bereits die Hälfte aller psychiatrischen Versorgungsleistungen verschlingt (Salize et al., 1996).

Eine detaillierte Erhebung der psychiatrischen Versorgungskosten ist schwierig und die gemeindepsychiatrische Kostenberechnung so gut wie unmöglich. Gründe dafür sind die starke Fragmentierung des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland und die Vielzahl von Leistungen, die von unterschiedlichen Leistungsträgern angeboten sowie von verschiedenen Kostenträgern finanziert werden. Kosten-Nutzen-Analysen wurden in Deutschland nur vereinzelt durchgeführt, z. B. für den Bereich der sozialpsychiatrisch-komplementären Versorgung im Vergleich zur vollstationären Versorgung chronisch psychisch Kranker (Salize et al., 1996). Der Kenntnisstand über die Kosten des Alkoholismus und dessen Behandlung ist ebenfalls unzulänglich. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (z. B. Statistisches Bundesamt) liegen publizierte Daten für allgemein-psychiatrische Erkrankungen vor, Daten zu alkoholismusbezogenen Versorgungskosten fehlen. Eine systematische Erfassung personenbezogener psychiatrischer Versorgungsdaten, wie es beispielsweise in den USA seit Einführung der „managed care systeme“ praktiziert wird, ist in Deutschland aus organisatorischen und datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich (Kilian et al., 2004).

Im Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen hat sich durch den zunehmenden Ausbau ambulanter Strukturen die Dominanz stationärer Formen der Versorgung fachlich relativiert. Dennoch überwiegt immer noch die stationäre Versorgung, insbesondere was die Kosten für die Unterbringung betrifft. Die Ausgaben der Krankenkassen für die psychiatrische Krankenhausbehandlung betragen 58% der Gesamtausgaben psychiatrischer Versorgung zulasten der Krankenkassen, während Institutsambulanzen lediglich 2% der Kosten verursachen (Melchinger et al., 2003).

Einige Autoren verweisen darauf, dass im Vergleich zu stationären Behandlungen, die den Hauptanteil der psychiatrischen Versorgungskosten ausmachen, die deutlich geringeren ambulanten Leistungen sowie Medikamente als Kostenkomponenten zu vernachlässigen seien (vgl. Höffler et al., 2000; Roick 2002a). Rehabilitative Leistungen sind andererseits die kostenintensivsten Massnahmen außerhalb des SGB-V-Bereichs. Wohnbetreuung ist das zweit teuerste Versorgungselement nach der Krankenhausbehandlung. Die Kosten der stationären und ambulanten Wohnbetreuung verursachen beispielsweise bei schizophrenen Patienten einen gleich hohen Anteil an den direkten Kosten der Schizophreniebehandlung, wie dies durch Krankenhausbehandlung erfolgt (Kilian et al., 2004). Kostenträger weisen außerdem darauf hin, dass im Gesundheitssystem zu beachten ist, dass Kosteneinsparungen im vollstationären Bereich nur unter gleichzeitiger Verringerung der Sach- und Personalkosten wirksam sind.

Die meisten gesundheitsökonomischen Evaluationen unterscheiden zwischen direkten und indirekten Kosten. Direkte Kosten sind alle Aufwendungen zur unmittelbaren Behandlung und Betreuung eines Patienten. Im wesentlichen sind das stationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung, ambulante Diagnostik und Therapie, Medikamente sowie ambulante Leistungen in Form von Pflege und Betreuung. Als „indirekte“ Kosten finden v. a. jene durch den krankheitsbedingten Ausfall von Arbeitskraft entstehenden Kosten Beachtung. Sie sind um ca. 50% höher als die direkten Kosten. Neben der Zahl stationärer Behandlungstage und der Anzahl an Hospitalisierungen, sind v. a. die Arbeitsunfähigkeitsdauer und Dauer des Krankengeldbezugs für die Versicherungsträger relevant.

Im Rahmen der gängigen Kosten-Nutzen-Analysen müssten auch in dieser Untersuchung alle relevanten Parameter, wie Personal- und Sachmittel auf der Kostenseite sowie die Leistungsergebnisse auf der Nutzenseite einbezogen werden. Konkret bedeutet das, dass in die Kostenberechnung auch die Arzneimittelkosten der Institutsambulanz, die außerhalb der Quartalspauschale vergütet werden, einbezogen werden müssten. Von Pauschalbeträgen wurde der Autorin von Expertenseite abgeraten (Dr.H.J.Salize, Mannheim). Da die Verschreibung und Einnahme von Psychopharmaka bei Patienten mit Schizophrenie beispielsweise äußerst heterogen ist, müssten Durchschnittswerte für Medikamente zurückhaltend gebraucht und bewertet werden. Für Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus liegen für Deutschland keine derartigen Angaben vor. Untersuchungen zur Gewinnung pharmakoökonomischer Daten stünden erst am Anfang. Die prospektive

Erfassung der in dieser Stichprobe tatsächlich verbrauchten Medikamentenkosten hätte den Rahmen der Arbeit gesprengt. Und auch die Erhebung von Art und Häufigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen auf der Basis von Patienteninformationen sowie deren Umsetzung in Kostengrößen hätte einen hohen organisatorischen Aufwand bedeutet, der dem Stellenwert des Kostenaspektes in dieser Untersuchung nicht angemessen gewesen wäre. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die Tübinger Institutsambulanz in der Anfangsphase und zum Zeitpunkt der Kostenkalkulation noch nicht kostendeckend arbeitete, was aber mittlerweile realisiert werden konnte.

Da die stationäre Behandlung die kostenintensivste Form der Behandlung ist und stationäre Behandlungen tageweise mit den Kostenträgern abgerechnet werden, ist die Hospitalisierungsdauer für die Kosten-Nutzen-Analyse die wesentliche Zielgröße. Der Kostenvergleich dieser Untersuchung beschränkt sich deshalb auf eine Schätzung der Kosteneinsparung über stationäre Tagessätze und Quartalspauschalen der Institutsambulanz. Eine Erfassung der ambulanten Leistungen im Jahr vor Aufnahme war nicht möglich. Aufgrund der Varianz der bundesweiten PIA-Pauschalen und einrichtungsspezifischen Pflegesätze erfolgt eine institutions- bzw. regionalbezogene Auswertung.

Da psychiatrische Leistungen nicht fallpauschaliert vergütet werden, wie sonst im Krankenhausbereich seit 2004 üblich, sondern die Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV, 1991) das zentrale Finanzierungsinstrument der stationären Psychiatrie ist, erfolgt die Abrechnung mittels Pflegesätzen pro Tag. Die Auswertung wurde im Einzelfall anhand der „Pflegetage pro Person im Erfassungszeitraum“ durchgeführt. Der Tagessatz setzt sich zusammen aus Basispflegesatz und Abteilungspflegesatz für vollstationäre Leistungen und beträgt für die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen 246,72€/Tag (DRG-Entgelttarif und Pflegekostentarif für das Universitätsklinikum Tübingen, Stand 01.04.2004). Die Aufenthaltsdauern wurden auf der Basis aller Tage und anhand des vollstationären Pflegesatzes berechnet. Der geringere Kostenanteil tagesklinischer Behandlungen, die zudem nur werktags erfolgen, wurde dadurch berücksichtigt, dass 60% der vollstationären Kosten für die Berechnung angesetzt wurden.

5.2.4 Evaluationskriterium *Hospitalisierung*

Die Einengung der Evaluation auf das Kriterium Hospitalisierungsdauer und -rate schien zur Gewinnung erster Daten aus arbeitsökonomischen Gründen eine sinnvolle Begrenzung zu sein. Als Wirksamkeitsmaß liegt seine Attraktivität in der relativ leichten und reliablen

Erfassbarkeit. Im Rahmen von Massnahmen zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen hat das Kriterium für Kostenträger und politische Entscheidungsträger insbesondere in der Debatte um einen weiteren Ausbau außerstationärer Versorgung zulasten stationärer Kapazitäten große Bedeutung (Rössler & Salize, 1993).

Eine zu begrenzte Kriterienwahl birgt allerdings die Gefahr, dass tatsächlich vorhandene Effekte einer Behandlung nicht erkannt werden. Nachfolgende Untersuchungen müssen deshalb weitere Erfolgsmaße einbeziehen. Dies wurde in Teil I der vorliegenden Arbeit diskutiert (s. 3.5, S.74ff).

Die Inanspruchnahme stationärer Behandlung wird auch als Indikator zur Beurteilung von Krankheitsverläufen herangezogen. Die Chronizität einer psychischen Erkrankung wird üblicherweise über die Dauer der Erkrankung, die kumulierte Dauer stationärer psychiatrischer Voraufenthalte, bzw. die Anzahl stationärer Vorbehandlungen operationalisiert. Eine einheitliche Definition von *chronisch krank* fehlt. Die Angaben, ab welcher Häufigkeit oder Dauer stationärer Behandlung die Erkrankung chronisch verläuft, gehen weit auseinander. Sie reichen von ein oder zwei stationären Aufnahmen mit Verweildauern zwischen 6 Monaten und 5 Jahren bis hin zur Einbeziehung anderer Indikatoren wie Diagnose oder Beschäftigungssituation (an der Heiden et al., 1989; Rössler & Salize, 1993).

Neben den formalen Erfassungsproblemen des Kriteriums Hospitalisierung (s. 5.2.1) wird speziell die Krankenhausverweildauer durch verschiedene Faktoren beeinflusst: z. B. Patientenmerkmale, Struktur- und Prozessmerkmale der Einrichtung, Strukturmerkmale der Umgebung/Region, und durch Behandlungsziele entsprechend dem Versorgungsauftrag oder Abteilungskonzepten (Cording et al., 2001). Im einzelnen sind dies z. B. suizidales Verhalten, Non-Compliance von Patienten oder eine Medikamenteneinstellung bzw. -umstellung. Die Verweildauer hängt ab von den Entlassungsgepflogenheiten einer Station, von dem therapeutischen Angebot und den Behandlungsstilen sowie den ambulanten Weiterbehandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus hängt die durchschnittliche Verweildauer einer stationären Stichprobe vom „Diagnosemix“ ab, z. B. dem Verhältnis psychose- und suchtkrankter Patienten (Roick et al., 2003). Zu einer kurzen Verweildauer können Behandlungsabbrüche beitragen. Auch die Entwicklung der Fallzahlen und Bettenzahlen ist zu berücksichtigen. Die Hospitalisierungsrate ist möglicherweise durch die leichte Verfügbarkeit stationärer Betten und der Notwendigkeit diese zu belegen, beeinflusst. Ältere Arbeiten berichten bereits, dass kleinere Kliniken bei konstantem Mitarbeiterstab kürzere

Verweildauern haben. Eine höhere personelle Besetzung führt ebenfalls zu einer kürzeren stationären Behandlung und vermindert den Prozentsatz von Langzeit-Patienten (Haselbeck, 1987). Patienten, die mit der therapeutischen Behandlung zufrieden waren, nehmen eher wieder Kontakt auf als Patienten, die das Gefühl haben, dass die Behandlung wirkungslos war.

Trotz aller Einschränkungen des Indikators *Hospitalisierung*, kann davon ausgegangen werden, dass die stationäre Aufnahme eines Patienten Ausdruck seiner akuten (Wieder-) Erkrankung ist. Eine höhere Aufnahmefrequenz signalisiert dann eine schwere Krankheitsphase. Die Bedeutung der stationären Wiederaufnahmerate wird im weiteren auch unter dem Aspekt der „Psychiatrischen Drehtür“ diskutiert (s. 5.2.7).

Bei der Berechnung von Behandlungsdauern wird kritisiert, dass der Mittelwert der Behandlungsdauer ein unzuverlässiger Indikator ist, der mit der Streubreite der Verteilungen zusammenhängt und von statistischen Ausreißern stark verzerrt wird (Richter & Eikelmann, 2000; Richter, 2001). Rechnerisch kommt das dadurch zustande, dass wenige Patienten sehr kurz oder sehr lange behandelt werden. Häufigkeitsverteilungen von Behandlungsdauern sind in der Regel nicht normalverteilt, sondern linkssteil mit einem längeren Abfall nach rechts. Zur sinnvollen Interpretation werden auch in dieser Untersuchung weitere Masse, v. a. der Median, der durch Ausreißer nicht verzerrt werden kann, einbezogen.

5.2.5 Prädiktoren stationärer Wiederaufnahme

Seit den 50er Jahren hat es eine Vielzahl von Studien zur Vorhersage stationärer Wiederaufnahmen und der Behandlungsdauer gegeben. In Analysen wurden Variablen mit prädiktiver Bedeutung aus den verschiedensten Bereichen gefunden, wie z. B. soziodemographische Merkmale, Diagnose und Symptomatik, Sozialindikatoren, Variablen des sozialen Netzwerkes u. a. (an der Heiden, 1996). Für die Befundlage zu Prädiktoren der Rehospitalisierung gilt, dass die Studien bezüglich des methodischen Ansatzes, der Stichprobenauswahl, des Beobachtungszeitraumes, der Auswahl von Prädiktoren bis hin zu statistischen Analyseverfahren so gut wie nicht vergleichbar sind. Die Befunde sind zum Teil widersprüchlich. Bei den meisten Untersuchungen werden ausserstationäre Behandlungsmaßnahmen nicht mitberücksichtigt. Die Prädiktoren sind zudem abhängig vom Ziel der Evaluation und den gewählten Kriterien. Entsprechend inhomogen sind die Ergebnisse. Im folgenden werden einige wichtige Befunde referiert.

In der Literatur findet sich durchgängig, dass Häufigkeit und Gesamtdauer stationärer Vorbehandlungen als verlässlichste Prädiktoren für stationäre Wiederaufnahmen gelten (Rosenblatt & Mayer, 1974; an der Heiden & Krumm, 1985; Woogh et al., 1986; Buchkremer et al., 1991; Korkeila et al., 1995). Der Zusammenhang zwischen stationärer Vorbehandlung und Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit wird in so gut wie jeder Studie, die dies zum Fokus hat, bestätigt.

Als Prädiktoren für ein erhöhtes Risiko stationärer Wiederaufnahme bei verschiedenen Störungsbildern werden in älteren und neueren Studien neben früheren Hospitalisationen, langen stationären Behandlungsdauern (LOS, long length of stay), Noncompliance mit der Medikation, eine hohe aktuelle Symptombelastung und Prädiktoren aus dem beruflichen Bereich identifiziert. Frauen haben ein höheres Risiko für eine Wiederaufnahme als Männer, jedoch nicht im Sinne einer erhöhten Wiederaufnahmefrequenz. Diagnostisch sind Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit prädiktiv für eine erhöhte Inanspruchnahme stationärer Behandlungen (Kastrup, 1987; Hofmann et al., 1992; Haywood et al., 1995; Korkeila et al., 1998; Doering et al., 1998; Tomasson & Vaglum, 1998; Oiesvold et al., 2000; Spießl et al., 2002). Andere Befunde bestätigen die prädiktive Bedeutung der Diagnose nicht (Korkeila et al., 1995; Stevens et al., 2003).

Unter den demographischen und klinischen Daten für ein Rehospitalisierungsrisiko wurde diagnoseunabhängig ermittelt, dass Patienten mit häufigen Klinikaufenthalten in der Regel jünger sind (Altersgruppe 20 – 30 Jahre) und überdurchschnittlich häufig ohne Partnerschaft. Höhere Aufnahmefrequenzen wurden bei männlichen, arbeitslosen und ledigen Patienten gefunden (Blumenthal et al., 1988; Hofmann et al., 1992; Oiesvold et al., 2000). Ein Hinweis darauf, dass auch soziale Probleme im Rahmen stationärer Behandlungen eine große Rolle spielen. Wenig intensive familiäre Kontakte und ein hoher ungedeckter psychosozialer Unterstützungsbedarf sind Prädiktoren für vermehrte Krankenhausaufnahmen (Kent & Yellowlees 1994; Roick et al., 2004). Andere Autoren berichten, dass die Häufigkeit der Hospitalisierung auch von der Qualität und Intensität der ambulanten Betreuung abhängt (Häfner et al., 1986; Bolm et al., 1989).

Speziell in der Behandlung schizophrener Patienten hat die neuroleptische Medikation sowie Einflüsse der Compliance hohe prädiktive Bedeutung. Die ANI-Studie findet unter den Prädiktoren geringer Rehospitalisierung an erster Stelle eine neuroleptische Langzeitmedikation, im weiteren die Zahl früherer Hospitalisierungen, höheres Alter und weibliches Geschlecht (Doering et al., 1998). Patienten mit schlechter Neuroleptika-

Compliance haben bis zu drei Mal höhere Wiedereinweisungsraten als solche mit guter Compliance (Modestin & Lerch, 1988). Neben der Neuroleptika-Einnahme als Rückfallprädiktor bestehen außerdem multiple Korrelationen zwischen der Psychopathologie, dem Ausmaß der „expressed emotions“ (emotional hochgespannte Familienatmosphäre), der sozialen Integration sowie den Prognose-Skalen (Buchkremer et al., 1991).

5.2.6 Prädiktoren stationärer Behandlungsdauer

Es existieren eine Vielzahl von internationalen Studien zu Prädiktoren und Varianzaufklärung der Behandlungsdauer in stationären psychiatrischen Einrichtungen (im Überblick: Richter, 2001). Je nach Untersuchungsansatz liegt die Aufklärung der Varianz zwischen 3% und 50% der Behandlungsdauer.

Empirische Befunde zu verlängernden bzw. verkürzenden Einflussfaktoren auf die stationäre Behandlungsdauer belegen weibliches Geschlecht, körperliche Komorbidität sowie die Komorbidität von Suchterkrankungen und psychischen Störungen als verlängernde Faktoren.

In einer finnischen Studie sind lange Behandlungsdauern assoziiert mit jüngerem Alter, einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis sowie einer aktiven und motivierten Teilnahme an der therapeutischen Behandlung (Nieminen, 1994). In der Suchttherapie verursachen komorbide psychische Störungen erheblich mehr Kosten aufgrund längerer Behandlungen (Hoff & Rosenheck, 1999; Richter, 2001). Individuell kurze Behandlungsdauern sind häufig bei schwerkranken Patienten anzutreffen, da diese der Behandlung ambivalent oder ablehnend gegenüberstehen. Die Einbindung in das psychiatrische Versorgungssystem scheint ebenfalls ein entscheidender Faktor zu sein. U. a. belegt eine deutsche Untersuchung, dass psychiatrische Problempatienten, die schlechter in das Versorgungssystem eingebunden waren, häufigere und kürzere Behandlungsdauern aufwiesen (Richter et al., 1999). Kurze Behandlungsdauern sind weiterhin mit ungeplanten und Notfallaufnahmen z. B. im Rahmen von Suizidalität oder Fremdaggression verbunden, als auch bei Patienten, die nicht motiviert werden können. Ebenso findet sich Non-Compliance und Entlassung gegen ärztlichen Rat bei Patienten mit sehr kurzen Behandlungsdauern (Richter et al., 1999; Richter, 2001). Eine Tübinger Untersuchung, die Einflussfaktoren auf die Länge stationärer Behandlungsdauern der hiesigen Klinik untersuchte, zeigt u.a., dass Patienten mit Doppeldiagnosen zu einem hohen Anteil komorbide Substanzstörungen aufweisen und dass sie schneller bzw. früher wieder entlassen werden als Patienten mit nur einer psychiatrischen Diagnose (Stevens et al., 2001).

Soziodemographische und andere krankheitsbezogene Daten scheinen insgesamt geringere Vorhersagekraft zu haben. Psychopathologische Parameter und Daten zum sozialen Funktionsniveau werden als gehaltvoller bewertet (Hopko et al., 2001). Der Einfluß der Diagnose auf die Behandlungsdauer hat v. a. im Rahmen der Einführung von Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups DRGs) in den verschiedenen medizinischen Disziplinen an Bedeutung gewonnen. Auch Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen geben der Diagnose als Grund für die Dauer einer Behandlung einen hohen Stellenwert. Studien belegen allerdings das Gegenteil. Störungsbilder können insgesamt nur wenig Varianz an der Behandlungsdauer aufklären, meistens zwischen 3 – 10%. Eine statistische Analyse der stationären Verweildauern aller zwischen 1994 und 1997 konsekutiv aufgenommenen Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen erbrachte ebenfalls, dass die Behandlungsdauer weniger von diagnostischen Kategorien als vielmehr von Geschlecht und anderen soziodemographischen Merkmalen beeinflusst wird (Stevens et al., 1996). Aber auch Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Familienstand und Sozialstatus verbessern die Varianzaufklärung nicht hinreichend (10 – 20%).

In einer Übersicht zu Ergebnissen von Studien zur Prädiktion der Behandlungsdauer wurden als Prädiktoren mit einer Varianzaufklärung von mehr als 20% u. a. die Anzahl früherer Behandlungen bei schizophrenen Patienten, Kostenträger und Klinikcharakteristika, Komorbidität, Schweregradindex, Gewalthandlungen von Patienten, Arbeitsintegration und soziale Unterstützung identifiziert (Richter, 2001). Untersuchungen belegen weiterhin, dass v.a. Prozessmerkmale (Komplikationen im Behandlungsverlauf, Medikation, Fixierungen) und Organisationsmerkmale (Personalumfang, Kostenträger der Behandlung, Behandlungssetting) einen Einfluss auf die Behandlungsdauer haben und die Varianz zu größeren Anteilen aufklären können (Frick et al., 1999).

5.2.7 Psychiatrische Drehtür

Das sogenannte „Drehtürphänomen“ (revolving door psychiatry) ist seit mehr als 30 Jahren international bekannt. „Drehtür“ wurde auch zur Diskriminierung einer Gruppe von Patienten missbraucht, die häufiger stationärer Behandlung bedürfen. Eine klinische oder empirische Validierung der „psychiatrischen Drehtür“ konnte in der Literatur nicht gefunden werden. Seit Anfang der 80er Jahre befasst sich die Versorgungsforschung mit dem „Heavy-user-Phänomen“. Angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen hat das Thema auch in Deutschland in neuerer Zeit an Bedeutung gewonnen. Im Rahmen überwiegend retrospektiver

und deskriptiver Analysen konzentriert sich die Forschung dabei v. a. auf die Identifizierung und Charakterisierung von Patienten mit verschieden intensiver Inanspruchnahme bestimmter Dienste (Kent et al., 1995; Richter et al., 2002; Roick et al., 2002a; 2004). Als „Heavy user“ wird eine vergleichsweise kleine Gruppe von Patienten bezeichnet, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Ressourcen des medizinischen Versorgungssystems in Anspruch nehmen. Für die Psychiatrie wird geschätzt, dass 10 – 30% der Patienten heavy user sind, die 50 – 80% der Ressourcen verbrauchen.

Neu ist die positive inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen mittels Überlegungen zur Behandlungsbedürftigkeit von Patienten und differentiellen sowie angemessenen Behandlungsangeboten. Roick et al. (2004) diskutieren, ob Patienten, die ein Versorgungsangebot wiederholt und überdurchschnittlich häufig nutzen, von diesem letztlich nicht ausreichend profitieren. Sie ziehen daraus die Schlussfolgerung, dass durch alternative Versorgungsangebote, die den Problemen der Patienten besser gerecht werden, ein Teil der Krankenhausaufnahmen von heavy users vermieden werden könnten.

Probleme in Untersuchungen zum Heavy-user-Phänomen sind v. a. das Fehlen einer einheitlichen Definition von „heavy user“. Die Kriterien variieren von Studie zu Studie, entsprechend inhomogen sind die Untersuchungsergebnisse. Screening-Instrumente wie der SPSI (Roick et al., 2003) sollen Patienten mit starker Inanspruchnahme identifizieren. In der Regel wird die Zahl stationärer Aufnahmen als Bezugskriterium gewählt. Bei jährlich 1 bis 3 Hospitalisierungen oder 4 Aufnahmen in 2 Jahren wird von starker Inanspruchnahme gesprochen. Andere Autoren benutzen auch die stationäre Verweildauer als Kriterium für starke Inanspruchnahme, was aufgrund der vielen Einflussfaktoren dieses Parameters umstritten ist (s. 5.2.4). Ein weiterer Ansatz nimmt die überdurchschnittlichen Versorgungskosten zur Grundlage. Die Forschungsergebnisse sind zum Teil widersprüchlich. Insgesamt konnte bisher keine spezielle klinische Subgruppe als solche identifiziert werden. Darüber hinaus hängt eine „hohe Inanspruchnahme stationärer Versorgung“ auch von den jeweiligen Versorgungsstrukturen ab und fällt regional unterschiedlich aus (Rabinowitz et al., 1995; Spießl et al., 2002; Stevens et al., 2003). Eine Reihe von Merkmalen aus verschiedenen Studien charakterisieren den „heavy user“ (im Überblick: Roick et al., 2002a): männlich, mittleres Bildungsniveau, allein lebend, arbeitslos oder berentet, Beziehungsschwierigkeiten, geringe Krankheitseinsicht, Noncompliance mit Medikation. Diagnostisch werden schizophrene Störungen, schizoaffektive Störungen und affektive Erkrankungen angegeben.

Die Gruppe der alkohol- und drogenabhängigen Patienten wird als Drehtürpopulation bezeichnet. Insbesondere die hohe jährliche Wiederaufnahmerate von Suchtpatienten wird als Hinweis auf eine sogenannte „Drehtürpsychiatrie“ genommen.

Die überproportionale Inanspruchnahme stationärer Behandlung steht jedoch nicht nur in Verbindung mit der Erkrankungsschwere sondern v. a. auch mit sozialen Problemen (Roick et al., 2003). Durchschnittlich 60% der chronisch psychisch Kranken werden aufgrund sozialer oder beruflicher Probleme oder körperlicher Gesundheitsprobleme stationär aufgenommen.

5.2.8 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS für Windows, Version 11.0.

Bei den analysierten Variablen lagen verschiedene Skalenniveaus zugrunde. Da Variablen mit Intervallskalenniveau häufig nicht normalverteilt waren und bei Gruppenvergleichen das Kriterium der Varianzhomogenität nicht erfüllt war, wurde bei den querschnittlichen Untersuchungen und dem Hospitalisierungsvergleich von parametrischen Analysen abgesehen. Der nicht-parametrische Vergleich der drei Diagnosegruppen wurde mit dem Kruskal-Wallis-Test und anschließenden multiplen Vergleichen mit dem Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Der Vergleich zwischen ambulant und stationär zugewiesenen Patienten erfolgte mit dem Mann-Whitney-U-Test. Das Vorliegen einer Normalverteilung wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen bei Häufigkeitsverteilungen wurde als Kennwert Pearsons-Chi²-Quadrat auf Signifikanz überprüft, bei Verletzung der Voraussetzungen kam für 2 x 2-Tabellen Fishers exakter Test zum Einsatz. Der Prä-Post-Vergleich der Hospitalisierungsparameter erfolgte mit dem Wilcoxon-Rangsummentest für abhängige Stichproben.

Als Korrelationsmaß für Rangreihen wurde Kendall's Tau verwendet. Zur Bestimmung von Prädiktoren der Behandlungsdauer und der Gruppenzugehörigkeit wurden Regressionsmodelle eingesetzt. Mittels binär logistischer Regressionsanalyse wurden Einflussfaktoren für das Behandlungsergebnis (erfolgreiche – nicht erfolgreiche Reduktion der stationären Behandlungsdauer) bestimmt. Eine multiple lineare Regression überprüfte mögliche Prädiktoren der Behandlungsdauer im Jahr nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz. Die Signifikanzniveaus entsprechen den üblichen Konventionen: signifikant ($p \leq 0,05$); sehr signifikant ($p \leq 0,01$); höchst signifikant ($p \leq 0,001$); tendentiell signifikant ($p \leq 0,10$). Die Signifikanztests wurden zweiseitig ausgeführt.

5.2.9 Stichprobe ambulante Patienten 2.-4.Quartal 2002

Von den 197 Erstaufnahmen des 2. – 4. Quartals 2002 (8.4.-31.12.2002) wurden 177 Patienten in die Untersuchung eingeschlossen, 20 Patienten wurden aufgrund eines nur einmaligen Kontaktes ausgeschlossen. In Bezug auf die Fragestellung der Untersuchung hatte die Behandlung von 160 der 177 Patienten die Reduktion und Vermeidung stationärer Aufnahmen zum Ziel. Lediglich bei 17 Patienten stand bei Aufnahme in die Ambulanz die Vermittlung in eine stationäre psychiatrische Akutbehandlung im Fokus. Dies betraf zu 80% ambulant zugewiesene Patienten (n=14), von denen 10 Patienten erfolgreich vermittelt werden konnten. Insgesamt ist die Anzahl stationärer Einweisungen durch die Ambulanz gering.

Unter den 177 ambulanten Patienten befanden sich 102 (58%) Männer und 75 (42%) Frauen. Das durchschnittliche Alter lag bei 42 Jahren (SD 13). Alle Patienten erfüllten die ICD-10-Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung.

Tab. 5.1: demographische Basisdaten der Gesamtstichprobe n=177

Merkmal	Prozent (n)	
Geschlecht		
weiblich	42%	(75)
männlich	58%	(102)
Alter M (SD; Range)	42 (13; 18-76)	
Lebensform		
allein	57%	(100)
mit Partner/in	29%	(51)
mit Eltern (teil)	12%	(22)
mit anderen Verwandten/ WG o.ä.	2%	(4)
Wohnsituation		
Privatwohnung	86%	(153)
Betreutes Wohnen (Einzel; WG)	2%	(4)
ohne festen Wohnsitz	11%	(20)
Ausbildung		
abgeschlossene Berufsausbildung/ Studium	61%	(107)
keine abgeschlossene Berufsausbildung	33%	(58)
in Ausbildung/ Studium	6%	(10)
Aktuelle berufliche Situation		
berufstätig (Vollzeit; Teilzeit; geringfügig)	17%	(30)
arbeitslos	52%	(91)
berentet	20%	(35)
Sonstige (Hausfrau; mithelfender Familienangehöriger; in Ausbildung)	11%	(20)
Lebensunterhalt		
Gehalt/ Einkommen	20%	(36)
Arbeitslosengeld/ -hilfe	19%	(34)
Sozialhilfe	27%	(47)
Rente	20%	(35)
Sonstige (Unterstützung durch Angehörige; Vermögen; Krankengeld)	14%	(21)

Tab. 5.2: Verteilung der Diagnosen n=177

ICD-10	Erstdiagnose	Prozent (n)	
F10.2	Alkoholabhängigkeit	35%	(61)
F11-19	Drogenabhängigkeit	4%	(8)
F2	Schizophrener Formenkreis	32%	(57)
F3	Affektive Störungen	7%	(12)
F4	Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	1%	(2)
F6	Persönlichkeitsstörungen	19%	(34)
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen/ Beginn Kindheit Jugend	2%	(3)

Bei knapp drei Viertel der Patienten liegt die erste Hospitalisation mindestens ein Jahr zurück, 17% der Patienten wurden im Jahr vor Behandlungsbeginn in der PIA erstmals stationär psychiatrisch behandelt, 10% hatten bisher keine stationären Vorbehandlungen im Rahmen ihrer psychiatrischen Erkrankung. Für 24 der 177 Patienten ist der Indexaufenthalt die einzige stationäre Behandlungsmaßnahme im gesamten Beobachtungszeitraum. Die Patienten waren durchschnittlich 12 Jahre krank mit einer Gesamthospitalisierungsdauer von durchschnittlich 6 Monaten. Fast die Hälfte der Patienten war länger als 10 Jahre krank (Tab. 5.4).

Zwei Drittel der Patienten (67%) weisen neben der Hauptdiagnose eine zweite behandlungsbedürftige psychische Störung auf, mit Schwerpunkt auf den Persönlichkeitsstörungen.

Tab. 5.3: Zweitdiagnose n=119

ICD-10	Zweitdiagnose	Prozent (n)	
F0	Organische Störungen	1%	(1)
F10.2	Alkoholabhängigkeit/-missbrauch	13%	(15)
F11-19	Drogenabhängigkeit/-missbrauch	17%	(20)
F2	Schizophrener Formenkreis	3%	(4)
F3	Affektive Störungen	13%	(15)
F4	Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	18%	(22)
F6	Persönlichkeitsstörungen	29%	(34)
F5	Ess-Störungen	3%	(4)
F7	Intelligenzminderung	3%	(4)

Tab. 5.4: Erkrankungsverlauf Gesamtstichprobe n=177

Merkmal	Prozent (n)	
Alter bei Ersterkrankung M (SD; Range)	30 (13; 10-74)	
<i>Verteilung:</i> 10-20	27%	(47)
21-30	30%	(54)
31-40	24%	(42)
41-50	7%	(13)
51-65	6%	(11)
>65 Jahre	3%	(5)
unklar	3%	(5)
Krankheitsdauer in Jahren M (SD; Range)	12 (9; 1-39)	
<i>Verteilung:</i> ≤ 1	14%	(25)
1-5	18%	(33)
6-10	21%	(37)
> 10 Jahre	44%	(77)
unklar	3%	(5)
Stationäre Aufenthalte M (SD; Median; Range)		
Anzahl stationärer Vorbehandlungen einschl. externer psychiatrischer Akutbehandlungen	6 (6; 4; 0-34)	
Anzahl stationäre Vorbehandlungen UKPP ¹	5 (5; 3; 0-32)	
<i>Verteilung:</i> keine Vorhospitalisierungen	16%	(29)
1-2	32%	(56)
3-5	22%	(39)
6-10	15%	(27)
>10	15%	(26)
Kumulative Dauer stationärer Vorbehandlungen UKPP in Monaten	6 (9; 3; 0-52)	
<i>Verteilung:</i> bis 3 Monate	49%	(87)
4 Monate bis 3 Jahre	49%	(87)
über 3 Jahre	2%	(3)
Zeitpunkt der Ersthospitalisation		
Ersthospitalisation bei Aufnahme liegt mindestens 1 Jahr zurück	73%	(129)
erste stationäre Behandlung im Jahr vor Aufnahme in die PIA	17%	(31)
keine stationären Vorbehandlungen	10%	(17)
Behandlungsquartale		
mind. 1 Jahr (4 Quartale) in Behandlung	50%	(88)
3 Quartale in Behandlung	15%	(26)
2 Quartale in Behandlung	16%	(29)
1 Quartal in Behandlung	19%	(34)
Behandlungsende²		
ambulante Behandlung regulär beendet	24%	(43)
Abbruch der Behandlung	39%	(68)
durchgängig in Behandlung	37%	(65)

¹Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen²Zeitraum 12 Monate nach Aufnahme in die PIA

5.3 Ergebnisse

Die Angaben beziehen sich hin und wieder auf geringfügige Schwankungen in den Stichprobengrößen, durch die jedoch keine relevanten Veränderungen der Ergebnisse entstehen.

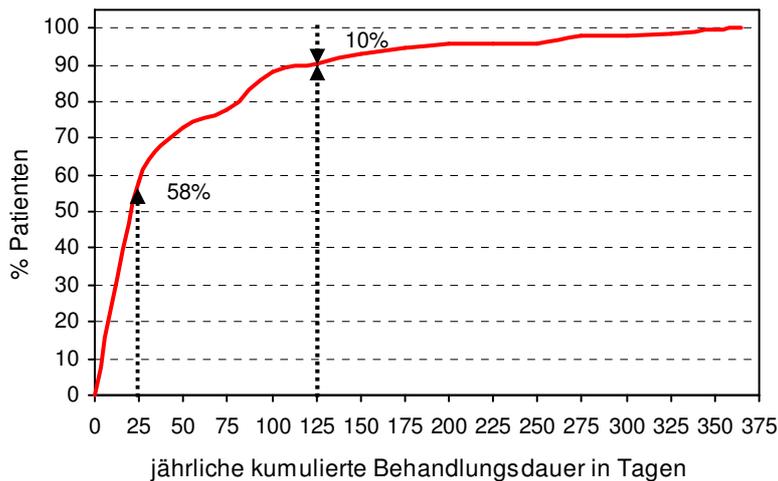


Abb. 5.1: jährliche kumulierte Behandlungsdauer der Ambulanzpatienten (n=177) vor Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz

Im Jahr vor Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz findet sich über alle Diagnosen hinweg eine mittlere kumulierte Behandlungsdauer von 45 Tagen (SD 69). Das 50%-Perzentil (Median) liegt bei 21 Tagen, knapp 60% der Patienten waren bis zu 25 Tage in stationärer Behandlung. 10% der Patienten waren kumuliert über 125 Tage in stationärer Behandlung, 5% über 191 Tage und 1 Patientin sogar 352 Tage.

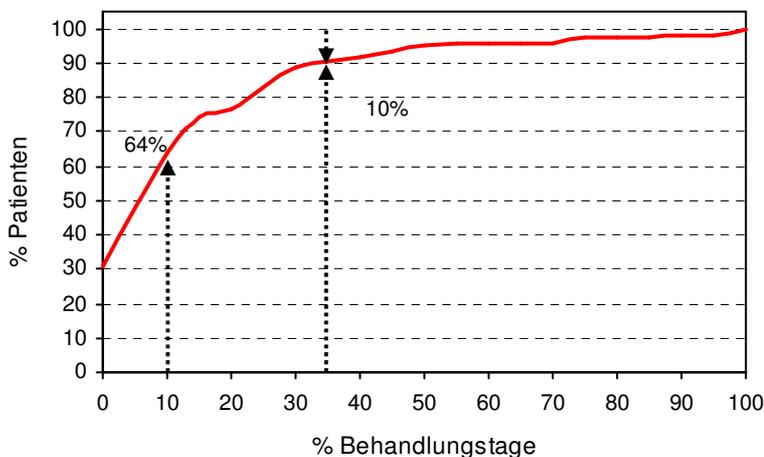


Abb. 5.2: jährliche kumulierte Behandlungsdauer der Ambulanzpatienten (n=177); "Verbrauch" an stationären Behandlungstagen

Abbildung 5.2 zeigt, dass fast zwei Drittel (64%) der Patienten nur 10% der stationären Behandlungstage „verbrauchen“ (31% keine Tage), während ein geringer Anteil von 10% aller Patienten für 65% der Behandlungsepisoden/-tage verantwortlich ist.

5.3.1 Hospitalisierungsvergleich stationäre - ambulante Patienten

Entsprechend dem Zuweisungsweg wurden zwei Gruppen gebildet: 87 *stationäre* Patienten wurden aus der psychiatrischen Klinik nach vorangegangener stationärer Behandlung zur Weiterbehandlung in die Ambulanz übernommen. 90 *ambulante* Patienten wurden von niedergelassenen Hausärzten und Psychiatern sowie anderen komplementären Einrichtungen zugewiesen. Ein Vergleich der beiden Stichproben zeigte bei Aufnahme in die Ambulanz einen signifikanten Unterschied in der Variable „Wohnsituation“ (Tab. 5.5). Die Außen-sprechstunde im städtischen Männerwohnheim schlägt mit einem höheren Anteil an wohnsitzlosen Patienten in der ambulanten Gruppe zu Buche und belegt den Hilfebedarf bei dieser Klientel. Unter den aus stationärer Behandlung übernommenen Patienten lebten mehr Patienten bei ihren Eltern (tendenziell signifikant). Die störungsspezifische Auswertung belegt, dass dies schizophrene Patienten sind.

Tab. 5.5: demographische Basisdaten entsprechend Zuweisungsmodus (n=177)

Merkmal	stationäre Patienten n=87		ambulante Patienten n=90		Analyse	
	Prozent (n)				Prüfgröße χ^2 bzw. F(df)	P
Geschlecht^a						1,000
weiblich	43%	(37)	42%	(38)		
männlich	57%	(50)	58%	(52)		
Alter bei Aufnahme^b M (SD; Range)	42	(13; 19-76)	41	(13; 18-75)	F(175)=0,462	0,660
Lebensform^c					$\chi^2(3)=7,633$	0,054
allein	49%	(43)	63%	(57)		
mit Partner/in	31%	(27)	27%	(24)		
mit Eltern (-teil)	18%	(16)	7%	(6)		
mit anderen Verwandten/ WG o.ä.	1%	(1)	3%	(3)		
Wohnsituation^c					$\chi^2(2)=11,857$	0,003
Privatwohnung	95%	(83)	78%	(70)		
Betreutes Wohnen (Einzel; WG)	1%	(1)	3%	(3)		
ohne festen Wohnsitz	4%	(3)	19%	(17)		
Ausbildung^c					$\chi^2(3)=2,601$	0,457
abgeschlossene Berufsausbildung/ Studium	66%	(58)	56%	(49)		
keine abgeschlossene Berufsausbildung	28%	(24)	38%	(34)		
in Ausbildung/ Studium	6%	(5)	6%	(5)		
Aktuelle berufliche Situation^c					$\chi^2(5)=2,560$	0,767
berufstätig (Vollzeit; Teilzeit; geringfügig)	17%	(15)	17%	(15)		
arbeitslos	52%	(45)	52%	(46)		
berentet	21%	(18)	19%	(17)		
Sonstige (Hausfrau; mithelfender Familienangehöriger; in Ausbildung)	10%	(9)	12%	(11)		
Lebensunterhalt^c					$\chi^2(5)=1,992$	0,850
Gehalt/ Einkommen	23%	(20)	18%	(16)		
Arbeitslosengeld/ -hilfe	21%	(18)	18%	(16)		
Sozialhilfe	23%	(20)	30%	(27)		
Rente	19%	(17)	20%	(18)		
Sonstige (Unterstützung durch Angehörige; Vermögen; Krankengeld)	14%	(10)	14%	(11)		

^aExakter Test nach Fisher; ^bt-Test; ^cChi-Quadrat nach Pearson

Die Diagnosen verteilen sich in beiden Gruppen schwerpunktmäßig auf Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen (Tab. 5.6). Die Gruppen unterscheiden sich in ihrem Anteil an Patienten mit einer primären Drogenabhängigkeit (multipler Substanzgebrauch F19.2 bzw. Störungen durch Opioide F11.2), der jedoch insgesamt gering ist ($\chi^2(5)=14,989$; $p=0,010$). Es handelt sich überwiegend um methadonsubstituierte Patienten, die von ihren Hausärzten zur sozialpsychiatrischen Mitbehandlung überwiesen wurden.

Hinsichtlich des Anteils an psychiatrisch komorbiden Störungen unterscheiden sich die Gruppen nicht. Rund zwei Drittel der Patienten beider Gruppen (stationär 66%; ambulant 69%) weisen eine zweite psychiatrische Erkrankung auf (Exakter Test nach Fisher, $p=0,749$).

Tab. 5.6: Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 (n=177)

ICD-10	Erstdiagnose ^a	stationäre Patienten n=87		ambulante Patienten n=90	
		%	n	%	n
F10.2	Alkoholabhängigkeit	41%	(36)	28%	(25)
F11-19	Drogenabhängigkeit	-	-	9%	(8)
F2	Schizophrener Formenkreis	37%	(32)	28%	(25)
F3	Affektive Störungen	5%	(4)	9%	(8)
F4	Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	1%	(1)	1%	(1)
F6	Persönlichkeitsstörungen	16%	(14)	22%	(20)
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen	-	-	3%	(3)

^aChi-Quadrat nach Pearson

Ein Drittel der ambulant zugewiesenen Patienten weist keine stationären psychiatrischen Vorbehandlungen (UKPP) auf. Bezogen auf die Gesamtzahl psychiatrischer Behandlungen sind stationäre Patienten im Durchschnitt 2 mal häufiger in stationärer Behandlung als ambulante Patienten. Patienten, die zur Nach- bzw. Weiterbehandlung aus stationärem Aufenthalt in die Ambulanz übernommen werden, haben signifikant häufiger 6-10 Hospitalisierungen in der Vorgeschichte (24% vs 7%). Die Wiedereinweisungsquote binnen Jahresfrist ist bei den aus der Klinik übernommenen Patienten mehr als doppelt so hoch (61%) im Vergleich zu den ambulanten Patienten (25%).

Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer im Indexaufenthalt betrug 39 Tage (SD 45; Median 21; Range 1 – 270 Tage). Die Hälfte der Patienten befand sich kontinuierlich ein Jahr in Behandlung der Institutsambulanz (Tab. 5.7)

Tab. 5.7: Erkrankungsverlauf (n=177)

Merkmal	stationäre Patienten n=87	ambulante Patienten n=90	Analyse	
	Prozent (n)		Prüfgröße χ^2 (df) bzw. Z	P
Alter bei Ersterkrankung^a M (SD; Range)	30 (12; 13-71)	30 (14; 10-74)	Z= -0,591	0,554
Erkrankungsdauer in Jahren^a M (SD; Range)	12 (9; 1-39)	11 (10; 1-38)	Z= -0,602	0,547
<i>Verteilung:</i> ≤ 1	14% (12)	15% (13)		
2-5	17% (15)	21% (18)		
6-10	23% (20)	20% (17)		
>10 Jahre	46% (40)	44% (37)		
Stationäre Aufenthalte^a M (Median; Range)				
Anzahl stationärer Vorbehandlungen einschl. externer psychiatrischer Akutbehandlungen	7,1 (5;1-34)	4,9 (3; 0-28)	Z=-3,257	0,001
Anzahl stationäre Vorbehandlungen UKPP ¹	5,4 (3; 1-32)	3,7 (2; 0-26)	Z= -3,491	<0,001
<i>Verteilung:</i> keine Vorhospitalisierungen	-	32% (29)		
1-2	39% (34)	24% (22)		
3-5	22% (19)	22% (20)		
6-10	24% (21)	7% (6)		
>10	15% (13)	14% (13)		
Kumulative Dauer stationärer Vorbehandlungen in Monaten	7,1 (5; 0-44)	4,7 (2; 0-51)		
Index-Hospitalisierungsdauer in Tagen M (Median; Range)	39 (21; 1– 270)	entfällt		---
Zeitpunkt der Ersthospitalisation^{b,2}			$\chi^2(2)= 20,928$	<0,001
Ersthospitalisation bei Aufnahme liegt mindestens 1 Jahr zurück	76% (66)	70% (63)		
erste stationäre Behandlung im Jahr vor Aufnahme in die PIA	24% (21)	11% (10)		
keine stationären Vorbehandlungen	-	19% (17)		
Behandlungsquartale^b			$\chi^2(3)= 2,521$	0,472
mind. 4 Quartale in Behandlung	46% (40)	53% (48)		
3 Quartale in Behandlung	14% (12)	16% (14)		
2 Quartale in Behandlung	21% (18)	12% (11)		
1 Quartal in Behandlung	19% (17)	19% (17)		
Behandlungsende^b			$\chi^2(2)= 0,139$	0,933
ambulante Behandlung regulär beendet	25% (22)	24% (21)		
Abbruch der Behandlung	39% (34)	38% (34)		
durchgängig in Behandlung	36% (31)	38% (34)		
Stationäre Wiederaufnahmequote^{c,3}				
im Jahr nach Aufnahme in die PIA	61% (51)	25% (19)		<0,001
davon mehrfach in stationärer Behandlung	35% (29)	12% (9)		

^aMann-Whitney-U-Test; ^bChi-Quadrat nach Pearson; ^cExakter Test nach Fisher;

¹Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie; ²bezieht sich auf sämtliche Behandlungen im Rahmen der Erkrankung; ³ohne Patienten bei denen das Behandlungsziel eine stationäre Aufnahme ist

Patienten die zur ambulanten Weiterbehandlung aus der Klinik übernommen werden, profitieren mehr als ambulant zugewiesene Patienten. Es zeigt sich eine signifikante Reduktion von Behandlungstagen um 60% und der Hospitalisierungsrate um 25%.

Tab. 5.8: Behandlungsgewinn der Ambulanzpatienten entsprechend Zuweisungsmodus

Referenzzeitraum	prä	post	Analyse ^a		
			Gewinn % / absolut	Z	p
Stationäre Aufnahmen pro Jahr					
Gruppe stationär n=87					
M (SD)	1,9 (1,4)	1,4 (1,6)	25%	- 2,625	0,009
Median	1	1	0,5		
Range	1-7	0-7			
Gruppe ambulant n=90					
M (SD)	0,63 (1,02)	0,56 (1,02)	11%	- 0,815	0,415
Median	0	0	0,07		
Range	0-5	0-6			
Kumulative Dauer stationärer Aufenthalte pro Jahr in Tagen					
Gruppe stationär n=87					
M (SD)	76,3 (82,7)	29,6 (50,5)	61%	- 5,073	<0,001
Median in Tagen	46	7	47 Tage		
Range	1-352	0-352			
Gruppe ambulant n=90					
M (SD)	15,2 (31,9)	12,1 (31,3)	21%	- 1,082	0,279
Median in Tagen	0	0	3 Tage		
Range	0-173	0-224			

^aWilcoxon-Test für abhängige Stichproben

Die durchschnittliche jährliche stationäre Behandlungsdauer beträgt bei den stationären Patienten 76 Tage vor Aufnahme in die Institutsambulanz und rund 30 Tage im Jahr danach. Die Verteilung ist linkssteil, der Median liegt bei 46 Tagen vor und 7 Tagen nach Aufnahme in die Institutsambulanz.

Ambulant zugewiesene Patienten reduzieren die Behandlungstage lediglich von 15 auf 12 Tage. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Ausgangsniveau stationärer Behandlungstage niedrig ist. 50% der ambulanten Patienten nehmen im Jahr vor als auch im Jahr nach Behandlungsbeginn in der PIA keine stationären Behandlungstage in Anspruch (Median 0). Lediglich 39% der Patienten wiesen in den 12 Monaten vor Aufnahme in die Ambulanz eine stationäre Behandlung auf und haben dadurch statistisch überhaupt die Chance Behandlung zu reduzieren. Ein Vergleich der ausschließlich stationär behandelten Patienten beider Zuweisungsgruppen (ohne n=55 „keine stationäre Aufnahme“; vgl. Tab.5.9), zeigte neben den bereits referierten Unterschieden (Wohnsituation, Diagnose), keine signifikante Abweichung

mehr in der Hospitalisierungsrate, weder vor noch nach Aufnahme in die PIA. Allerdings zeigt der Vergleich einen durchschnittlich geringeren Verbrauch an Behandlungstagen der ambulanten Patienten vor und nach Behandlungsbeginn in der PIA (Mann-Whitney-U-Test; prä: $Z=-2,728$; $p=0,006$; post: $Z=-2,148$; $p=0,032$).

Tab. 5.9: Hospitalisierungen im Jahr vor und nach Aufnahme in die PIA (n=177)

	prä				post			
	stationär n=87		ambulant n=90		stationär n=87		ambulant n=90	
keine stationären Aufnahmen	-	-	61%	(55)	38%	(33)	68%	(61)
1 – 2	76%	(66)	33%	(30)	40%	(35)	29%	(26)
3 – 5	19%	(17)	6%	(5)	18%	(16)	2%	(2)
6 – 10	5%	(4)	-	-	4%	(3)	1%	(1)

5.3.2 Störungsspezifischer Hospitalisierungsvergleich

Die krankheitsspezifische Auswertung erfolgte anhand der drei großen diagnostischen Gruppen von Patienten mit Alkoholabhängigkeit (F10.2), schizophrenen Störungen (F2) und Persönlichkeitsstörungen (F6). Lediglich 15% der Alkoholkranken des Hospitalisierungsvergleichs befanden sich zeitgleich im 100-Tage-Programm.

Die Tabellen 5.10 – 5.13 zeigen die Ergebnisse des krankheitsspezifischen Vergleichs. Signifikante Abweichungen bestehen für die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind überwiegend weiblich, jung, alleinlebend, in Ausbildung und werden entsprechend von Angehörigen finanziell unterstützt. Differentialdiagnostisch trifft das auf die in der Ambulanz behandelte Gruppe der Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung zu. Die klinischen Daten belegen eine kürzere Erkrankungsdauer, weniger stationäre Vorbehandlungen, ein Viertel der Patienten hatte bei Aufnahme in die PIA keinerlei stationäre Vorbehandlungen im Rahmen der Erkrankung. Sie sind wie Patienten mit schizophrenen Störungen am längsten und kontinuierlichsten in Behandlung der Ambulanz. Für die Post-Indexperiode wurde krankheitsspezifisch ein Anteil von 39% für Wiederaufnahmen bei den schizophrenen Patienten, 58% bei den Alkoholabhängigen sowie

42% bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen berechnet. Alkoholabhängige Patienten mussten am häufigsten mehrfach stationär behandelt werden (43%).

Tab. 5.10: demographische Basisdaten der drei Diagnosegruppen

Merkmal	F10.2 (1) n=61			F2 (2) n=57			F6 (3) n=34			Analyse P χ^2 bzw. F (df)
	Prozent (n)									
Geschlecht^a										0,003
weiblich	34%	(21)	35%	(20)	68%	(23)				$\chi^2(2)=11,726$
männlich	66%	(40)	65%	(37)	32%	(11)				
Alter bei Aufnahme^b M (SD; Range)	45 (11; 21-71)			41 (14; 20-76)			35 (10; 18-53)			0,001⁽¹⁻³⁾ F(2)=7,984
Lebensform^a										0,001
allein	59%	(36)	49%	(28)	74%	(25)				$\chi^2(6)=21,680$
mit Partner/in	36%	(22)	21%	(12)	18%	(6)				
mit Eltern (-teil)	3%	(2)	28%	(16)	6%	(2)				
mit anderen Verwandten/ WG o.ä.	2%	(1)	2%	(1)	3%	(1)				
Wohnsituation^a										0,035^c
Privatwohnung	80%	(49)	88%	(50)	94%	(32)				$\chi^2(2)=6,677$
Betreutes Wohnen (Einzel; WG)	-	-	3%	(2)	3%	(1)				
ohne festen Wohnsitz	20%	(12)	9%	(5)	3%	(1)				
Ausbildung^a										0,002
abgeschlossene Berufsausbildung/ Studium	72%	(43)	58%	(33)	55%	(18)				$\chi^2(4)=17,231$
keine abgeschlossene Berufsausbildung	28%	(17)	37%	(21)	24%	(8)				
in Ausbildung/ Studium	-	-	5%	(3)	21%	(7)				
aktuelle berufliche Situation^a										0,002
berufstätig (Vollzeit; Teilzeit; geringfügig)	17%	(10)	13%	(7)	24%	(8)				$\chi^2(6)=20,354$
arbeitslos	61%	(37)	49%	(28)	41%	(14)				
berentet	21%	(13)	26%	(15)	6%	(2)				
Sonstige (Hausfrau; mithelfender Familienangehöriger; in Ausbildung)	1%	(1)	12%	(7)	27%	(9)				
Lebensunterhalt^a										0,033
Gehalt/ Einkommen	21%	(13)	18%	(10)	21%	(7)				$\chi^2(10)=19,596$
Arbeitslosengeld/ -hilfe	23%	(14)	9%	(5)	24%	(8)				
Sozialhilfe	30%	(18)	35%	(20)	21%	(7)				
Rente	21%	(13)	25%	(14)	6%	(2)				
Krankengeld	2%	(1)	-	-	3%	(1)				
Sonstige (Unterstützung durch Angehörige; Vermögen)	3%	(2)	14%	(8)	24%	(8)				

^aChi-Quadrat nach Pearson; ^bbeifaktorielle Varianzanalyse (post-hoc Scheffé-Test); ^cDichotomisierung der Variable „ohne festen Wohnsitz“

Tab. 5.11: Erkrankungsverlauf der drei Diagnosegruppen

Merkmal	F10.2 (1) n=61 35%		F2 (2) n=57 32%		F6 (3) n=34 19%		Analyse P χ^2 bzw. F (df)
	Prozent (n)						
Alter bei Ersterkrankung^a M (SD; Range)	32 (±11; 13-62)	29 (±12; 13-67)	26 (±10; 10-53)			0,066 F(2)=2,775	
Erkrankungsdauer in Jahren^b M (SD; Range)	14 (±8; 1-31)	13 (±10; 1-39)	9 (±9; 1-31)			0,023 ⁽¹⁻³⁾ $\chi^2(2)=7,523$	
Verteilung: ≤ 1	2% (1)	9% (5)	35% (11)				
2-5	15% (9)	26% (15)	10% (3)				
6-10	30% (18)	16% (9)	16% (5)				
>10 Jahre	53% (32)	49% (28)	39% (12)				
Stationäre Aufenthalte^b M (Median; Range)							
Anzahl stationärer Vorbehandlungen einschl. externer psychiatrischer Akutbehandlungen	5,9 (4,5; 0-20)	8,1 (6; 0-28)	4,5 (2; 0-34)			0,002 ⁽²⁻³⁾ $\chi^2(2)=12,630$	
Anzahl stationäre Vorbehandlungen UKPP	4,2 (3; 0-13)	6,3 (4; 0-26)	3,6 (1; 0-32)			0,002 ⁽²⁻³⁾ $\chi^2(2)=12,930$	
Verteilung: keine Vorhospitalisierungen	16% (10)	4% (2)	29% (10)				
1-2	31% (19)	28% (16)	38% (13)				
3-5	20% (12)	28% (16)	12% (4)				
6-10	18% (11)	21% (12)	12% (4)				
>10	15% (9)	19% (11)	9% (3)				
Index-Hospitalisierungsdauer in Tagen ^b M (Median; Range)	20 (n=36) (21; 4-48)	56 (n=32) (47; 1-226)	52 (n=14) (25; 1-270)			0,003 ⁽¹⁻²⁾ $\chi^2(2)=11,803$	
Zeitpunkt der Ersthospitalisation^c							
Ersthospitalisation bei Aufnahme liegt mindestens 1 Jahr zurück	77% (47)	88% (50)	50% (17)			0,001 $\chi^2(4)=19,670$	
erste stationäre Behandlung im Jahr vor Aufnahme in die PIA	16% (10)	11% (6)	26% (9)				
keine stationären Vorbehandlungen	7% (4)	2% (1)	24% (8)				
Behandlungsquartale^c							
mind. 4 Quartale in Behandlung	36% (22)	63% (36)	56% (19)			0,044 $\chi^2(6)=12,957$	
3 Quartale in Behandlung	20% (12)	12% (7)	9% (3)				
2 Quartale in Behandlung	23% (14)	14% (8)	9% (3)				
1 Quartal in Behandlung	21% (13)	11% (6)	26% (9)				
Behandlungsende^c							
ambulante Behandlung regulär beendet	33% (20)	19% (11)	18% (6)			0,003 $\chi^2(4)=15,393$	
Abbruch der Behandlung	47% (29)	28% (16)	32% (11)				
durchgängig in Behandlung	20% (12)	53% (30)	50% (17)				
Stationäre Wiederaufnahmequote^c							
im Jahr nach Aufnahme	58% (28)	39% (22)	42% (13)			0,127 $\chi^2(2)=4,130$	
davon mehrfach in stationärer Behandlung	43%	18%	15%				

^aeinfaktorielle Varianzanalyse; ^bKruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben; ^cChi-Quadrat nach Pearson; post-hoc Einzelvergleiche mit Mann-Whitney-U-Test

Es bestehen weiterhin signifikante Unterschiede auf der Variable „Komorbidität“ ($\chi^2(2)=24,495$; $p<0,001$). Alkoholabhängige Patienten haben häufiger eine Persönlichkeitsstörung als zweite psychiatrische Diagnose. Nahezu zwei Drittel der schizophrenen Patienten hat eine zusätzliche Substanzstörung.

Tab. 5.12: Komorbide Störungen entsprechend Diagnosegruppe

Zweitdiagnose ^a	F10.2		F2		F6	
	Prozent (n)					
Anteil an Zweitdiagnosen	87% (53)		44% (25)		68% (23)	
Organische Störungen	-	-	4%	(1)	-	-
Alkoholabhängigkeit/-missbrauch	2%	(1) ^b	32%	(8)	26%	(6)
Drogenabhängigkeit/-missbrauch (einschl. Medikamente)	11%	(6)	28%	(7)	22%	(5)
Schizophrener Formenkreis	-	-	-	-	5%	(1)
Affektive Störungen	21%	(11)	-	-	13%	(3)
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	17%	(9)	12%	(3)	17%	(4)
Persönlichkeitsstörungen	43%	(23)	24%	(6)	-	-
Ess-Störungen	-	-	-	-	17%	(4)
Intelligenzminderung	6%		-	-	-	

^aChi-Quadrat nach Pearson; ^bsubstanzbedingte psychische Störung (F10.71)

Inanspruchnahme stationärer Behandlung

Für die 3 Diagnosegruppen (n=152) erfolgten in der Prä-Indexperiode insgesamt 200 Aufnahmen, davon 72 Kriseninterventionen mit Behandlungsdauern unter 10 Tagen. Nach in Betriebnahme der Ambulanz sank die absolute Zahl stationärer Aufnahmen auf 154, während die Zahl an Kriseninterventionen gleich blieb.

Bei gleich großem Anteil an alkoholabhängigen und schizophrenen Ambulanzpatienten (jeweils ein Drittel der Gesamtstichprobe) verbrauchen die Alkoholkranken rund 50% der jährlichen stationären Ressourcen. Schizophrene Patienten benötigen 32% der Behandlungen, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen 19%. Von den stationären Aufnahmen im Jahr vor Behandlungsbeginn in der Ambulanz erfolgten insgesamt gut ein Drittel in Form von Kriseninterventionen (36%). 55% der stationären Kriseninterventionen (<10 Tage) werden von Patienten mit Alkoholabhängigkeit verbraucht. Dieser Anteil bleibt auch im Jahr nach Aufnahme in die Ambulanz stabil. Den zweitgrößten Anteil an Kriseninterventionen machen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (prä 28%; post 17%) aus, gefolgt von schizophrenen Patienten (prä 17%; post 32%), wobei sich das Verhältnis in der Post-Indexperiode umkehrt.

Insgesamt nimmt der Anteil an Patienten, die wiederholt in einer akuten Krise für wenige Tage stationär behandelt werden unter Ambulanz-Behandlung um 13% zu.

Tab. 5.13: Behandlungsgewinn der Ambulanzpatienten entsprechend Diagnosegruppe

Referenzzeitraum	prä	post	Analyse ^a		
			Gewinn % / absolut	Z	p
Stationäre Aufnahmen pro Jahr					
Alkoholabhängigkeit n=61					
M (Median)	1,62 (1)	1,38 (1)	15%	- 0,896	0,370
Range	0-7	0-7	0,24		
Schizophrener Formenkreis n=57					
M (Median)	1,12 (1)	0,81 (0)	28%	- 2,063	0,039
Range	0-3	0-7	0,31		
Persönlichkeitsstörungen n=34					
M (Median)	1,15 (1)	0,74 (0)	36%	- 1,702	0,089
Range	0-6	0-4	0,41		
Kumulative Dauer stationärer Aufenthalte pro Jahr in Tagen					
Alkoholabhängigkeit n=61					
M (Median in Tagen)	28,8 (21)	24,0 (14)	17%	- 1,312	0,190
Range	0-147	0-176	5Tage		
Schizophrener Formenkreis n=57					
M (Median in Tagen)	70,1 (40)	18,2 (0)	74%	- 4,106	<0,001
Range	0-352	0-131	52Tage		
Persönlichkeitsstörungen n=34					
M (Median in Tagen)	49,0 (12)	23,9 (0)	51%	- 2,287	0,022
Range	0-344	0-352	25Tage		

^aWilcoxon-Test für abhängige Stichproben

Im Jahr vor Aufnahme in die Ambulanz unterscheiden sich die drei Gruppen in den Aufnahmezeiten und Behandlungsdauern nicht (Kruskal-Wallis-Test; Rate: $\chi^2(2)=2,378$; $p=0,305$; Dauer: $\chi^2(2)=3,875$; $p=0,144$). Am meisten profitieren die schizophrenen Patienten von der PIA-Behandlung (Reduktion 74%, 52 Tage), gefolgt von Patienten mit primären Persönlichkeitsstörungen (Reduktion 51%, 25 Tage). Patienten mit Alkoholabhängigkeit zeigen eine geringe Reduktion um 5 Tage (s. Abb.5.3). Berücksichtigt man, dass ein hoher Anteil an alkoholabhängigen Patienten zur stationären Behandlung motiviert und in die Klinik vermittelt werden sollte (13 der 17 Patienten insgesamt) und korrigiert die Berechnungen diesbezüglich, so zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Gewinn. Die Rate stationärer Behandlungen reduziert sich dann um 27%, die Behandlungsdauer um 13 Tage und 37%.

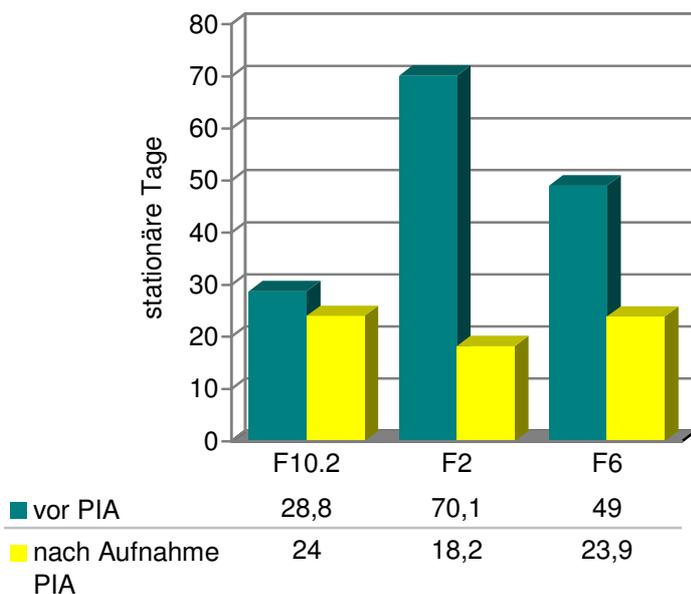


Abb. 5.3: Reduktion der durchschnittlichen jährlichen Behandlungsdauer vor und nach Aufnahme in die Institutsambulanz für 3 Diagnosegruppen

5.3.3 Behandlungserfolg der Gesamtstichprobe (n=160)

In Abhängigkeit vom Behandlungsziel läßt sich der Behandlungserfolg für die Ausgangsstichprobe (n=177) wie folgt zusammenfassen: Von der ambulanten Behandlung in der Institutsambulanz profitierten 46% der Patienten in Bezug auf die Hospitalisierungsrate und 61% bezogen auf die Hospitalisierungsdauer. 40% der insgesamt 177 Patienten konnten stationäre Aufnahmen reduzieren bzw. vermeiden, 6% wurden erfolgreich in eine stationäre Behandlung vermittelt. 55% der Patienten weisen eine erfolgreiche Reduktion der Behandlungstage im Jahr nach Aufnahme in die Institutsambulanz auf, 6% eine Erhöhung der Behandlungstage entsprechend dem Ziel einer stationären Behandlung.

Alle weiteren Analysen werden ohne diejenigen Patienten gemacht bei denen das Behandlungsziel eine stationäre Aufnahme war (n=17). Dadurch kann ausgeschlossen werden, dass diese fälschlicherweise den nicht erfolgreichen Patienten zugeordnet werden. Aufgrund der kleinen Fallzahl findet die Gruppe zu diesem Zeitpunkt keine Berücksichtigung in den Auswertungen.

„Erfolgreich“ sind Patienten, die im Jahr nach Aufnahme in die Ambulanz eine Reduktion der Behandlungstage um mindestens 10% erreichen. Entsprechend „nicht erfolgreich“ sind

Patienten, die im Sinne der Verschlechterung eine Erhöhung der Hospitalisierungstage aufweisen. 97 Patienten (60%) reduzierten ihre stationären Behandlungen erfolgreich. Es gab keine Patienten mit einer Reduktion unter 10% der Behandlungstage, die niedrigste Reduktionsquote lag bei 14%. 24 Patienten (15%) waren nicht erfolgreich und hatten im Jahr nach Aufnahme in die PIA eine Zunahme an stationärer Behandlung.

Die durchschnittliche prozentuale Reduktion der erfolgreichen Patienten beträgt 82%, das ist eine absolute Reduktion um durchschnittlich 64 Tage binnen 12 Monaten nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz. Nicht erfolgreiche Patienten weisen eine Zunahme der Behandlungstage um 530% und durchschnittlich 57 Tage auf. Das gleiche Verhältnis bildet sich bei der Hospitalisierungsrate ab. Erfolgreiche Patienten haben im Jahr nach Behandlungsbeginn in der Ambulanz durchschnittlich knapp 1 Aufnahme weniger als vorher. Nicht erfolgreiche Patienten hingegen erhöhen ihre Wiederaufnahmerate um durchschnittlich 1 Aufnahme (Tab. 5.14).

Tab. 5.14: Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Ambulanzpatienten

Referenzzeitraum	prä	post	Analyse ^a		
			Gewinn % / absolut	Z	p
Stationäre Aufnahmen pro Jahr					
erfolgreiche Patienten n=97					
M (Median)	1,9 (1)	1 (0)	-48%	- 5,786	<0,001
Range	1-7	0-7	0,9 Aufn.		
nicht erfolgreiche Patienten n=24					
M (Median)	1 (1)	2,1 (2)	+200%	- 3,161	0,002
Range	0-5	1-6	1,1 Aufn.		
Kumulative Dauer stationärer Aufenthalte pro Jahr in Tagen					
erfolgreiche Patienten n=97					
M (Median in Tagen)	77,7 (47)	14,0 (0)	-82%	- 8,552	<0,001
Range	1-352	0-112	64 Tage		
nicht erfolgreiche Patienten n=24					
M (Median in Tagen)	13,3 (10)	70,5 (45)	+530%	- 4,286	<0,001
Range	0-48	4-352	57 Tage		

^aWilcoxon-Test für abhängige Stichproben

Bei einer dritten relativ großen Gruppe von 39 Patienten zeigte sich weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung in Bezug auf die Hospitalisierungstage als auch -rate (Gruppe unverändert: weder Reduktion noch Erhöhung der Behandlungsdauer). Die Analyse zeigt, dass es sich um eine qualitativ andere Gruppe von Patienten handelt, bei denen aufgrund systematischer Unterschiede zu den anderen beiden Gruppen eine Reduktion stationärer

Behandlung nicht möglich war. In den demographischen Basisdaten und dem Diagnosespektrum unterscheiden die Gruppen sich zwar nicht, jedoch zeigen sich signifikante Unterschiede in der Anzahl stationärer Vorbehandlungen (Kruskal-Wallis-Test $\chi^2(2)=20,729$; $p<0,001$).

Patienten der Gruppe „unverändert“ haben signifikant weniger stationäre Behandlungen in der Vorgeschichte (M 2,7; Median 1; Range 0-18), im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen, die durchschnittlich 5 – 6 Vorbehandlungen aufweisen (erfolgreiche: M 5,7; Median 4; Range 1-32; nicht erfolgreiche: M 5; Median 3; Range 0-20). Ein Drittel (31%) der Patienten hat im Rahmen der Erkrankung keine stationären psychiatrischen, auch keine nicht-psychiatrischen Vorbehandlungen. Auch im Jahr nach Aufnahme haben sie kaum stationäre Behandlungen, die Rezidivquote beträgt nur 3 Prozent. Darüber hinaus sind nahezu alle Patienten dieser Gruppe (97%) ambulant zugewiesen ($\chi^2(2)=54,066$; $p<0,001$). Zusammenfassend ist für diese Gruppe charakteristisch, dass eine Verbesserung im Sinne der Reduktion nicht messbar ist, da wenig bzw. keine stationären Behandlungen im Untersuchungszeitraum stattfanden.

Ein Vergleich der Gruppen erfolgreich und nicht erfolgreich zeigte in keiner der demographischen und klinischen Daten, ausgenommen den Diagnosen, eine signifikante Abweichung. Das Ersterkrankungsalter liegt bei durchschnittlich 29 Jahren bei den erfolgreichen Patienten (SD 12; Range 13-71) bzw. 28 Jahren bei den nicht erfolgreichen (SD 13; Range 13-63). Im Vergleich zu den erfolgreichen Patienten (M 12; SD 9; Range 1-38) sind die nicht erfolgreichen im Mittel 2 Jahre länger krank (M 14; SD 12; Range 1-39). Die Patienten beider Gruppen haben eine lange Krankheitsgeschichte mit 5 und mehr Jahren Dauer. Bei rund der Hälfte der Patienten liegt die Erkrankungsdauer über 10 Jahre. Unter den nicht erfolgreichen Patienten befinden sich tendenziell mehr Patienten (46%) mit einer Alkoholabhängigkeit ($\chi^2(2)=6,048$; $p=0,049$) sowie ein signifikant höherer Anteil an Patienten (60%) mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung ($\chi^2(2)=8,350$; $p=0,015$). In der Anzahl an Vorhospitalisierungen unterscheiden die Gruppen sich wiederum nicht. Der Hospitalisierungsverlauf ist wie erwartet signifikant.

5.3.4 Prädiktoren der Gruppenzugehörigkeit und stationären Behandlungsdauer

Für die Ambulanzpatienten wurden eine Reihe von Parametern auf ihre prognostische Wertigkeit untersucht. Zur Analyse potentiell konfundierender Variablen wurden sämtliche demographische und klinische Daten explorativ und mittels bivariater (nichtparametrischer) Korrelationen bzw. bivariat in χ^2 -Tests hinsichtlich ihres Zusammenhanges mit der Behandlungsdauer bzw. dem Behandlungsgewinn untersucht. In zwei Modellgleichungen wurde zum einen für die Gesamtstichprobe (n=160) eine lineare Regressionsanalyse mit den kumulierten Hospitalisierungstagen ein Jahr nach Behandlungsbeginn in der Ambulanz als abhängiger Variable durchgeführt. Zur Analyse von Prädiktoren für Gruppenzugehörigkeit (Behandlungsgewinn) wurde zum anderen eine binär logistische Regressionsanalyse mit den outcome-Gruppen *erfolgreich* vs *nicht erfolgreich* (n=121), als abhängiger Variable, durchgeführt. In die Regressionsanalysen wurden sukzessive die Variablen aufgenommen, welche eine signifikante Korrelation mit der abhängigen Variablen aufwiesen. Nominalskalierte Variablen wurden in dichotomisierter Form, ordinal- bzw. intervallskalierte Variablen in metrischer Form als unabhängige Variable in die multivariaten Analysen einbezogen.

Die logistische Regression eignet sich für Untersuchungen, in denen anhand von Einflussvariablen das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Eigenschaft vorhergesagt werden soll. Im Unterschied zum linearen Regressionsmodell ist die logistische Regression für Modelle geeignet, in denen die abhängige Variable dichotom ist (hier die Gruppenzugehörigkeit). Im vorliegenden Modell wurden Einflussfaktoren für ein schlechtes Outcome analysiert. Nicht erfolgreiche Patienten (Gruppe 2) weisen eine Zunahme stationärer Behandlungstage im Jahr nach Aufnahme in die Institutsambulanz auf. Die Gruppe *unverändert* (n=39) mit primär ambulant zugewiesenen Patienten und überwiegend fehlenden stationären Behandlungen im Referenzzeitraum wurde nicht in die Analyse eingeschlossen, da sie für die Beeinflussung stationärer Behandlung nicht relevant ist. Die explorativ durchgeführten Korrelationen sind in Tabelle 5.15 zusammengefasst. Ein signifikanter Zusammenhang fand sich außerdem für eine komorbide Persönlichkeitsstörung (Exakter Test nach Fisher, p=0,004).

Tab. 5.15: Zusammenhang potentiell konfundierender klinischer Variablen und Gruppenzugehörigkeit

Kendall's Tau	Gruppen erfolgreich vs nicht erfolgreich
Dauer des Indexaufenthaltes	-0,20*
Alter bei Ersterkrankung	-0,04
Krankheitsdauer in Jahren	-0,04
Anzahl stationärer Vorbehandlungen gesamt UKPP	-0,07
Hospitalisierung gesamt in Tagen UKPP	-0,18*
Anzahl stationärer Behandlungen 12 Monate vor Aufnahme in die PIA	-0,33**
Behandlungsdauer in Tagen 12 Monate vor Aufnahme in die PIA	-0,41**

*/**die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 bzw. 0,01 (2-seitig) signifikant

Die explorativen Korrelationen ergaben keinen Zusammenhang der soziodemographischen Variablen mit der Gruppenzugehörigkeit. Auch die Variablen Zuweisungsmodus, Zeitpunkt der Ersthospitalisation, Ersterkrankungsalter, Dauer der Erkrankung, Zahl der Behandlungsquartale sowie Abbruch der ambulanten Behandlung zeigten nur einen schwachen Zusammenhang mit der Gruppenzugehörigkeit (Korrelationen $<0,1$). Geringe korrelative negative Zusammenhänge mit dem Behandlungsergebnis weisen die Verweildauer bei Indexaufenthalt und die Gesamtzahl der bisherigen Hospitalisierungstage auf. Moderate und signifikante negative Korrelationen fanden sich nur zwischen der Anzahl und Dauer stationärer Behandlung in den 12 Monaten vor Aufnahme in die Behandlung der Institutsambulanz und den beiden Gruppen. Eine höhere kumulierte Verweildauer und Hospitalisierungsrate im Jahr vor Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz ist mit einer geringeren Hospitalisierungsdauer als auch -rate im Jahr danach verbunden.

Tab. 5.16: binär logistische Regression (n=121; Variablenselektion: schrittweise vorwärts)

abhängige Variable: erfolgreich vs nicht erfolgreich*		Variablen in der Gleichung							95,0% Konfidenzintervall für EXP(B)	
		Regressions koeffizientB	Standard fehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Unterer Wert	Oberer Wert	
Schritt 1 ^a	PRAKUM	-,048	,020	5,616	1	,018	,953	,915	,992	
	Konstante	,339	,668	,258	1	,612	1,404			
Schritt 2 ^b	FPS2	-2,847	1,129	6,365	1	,012	,058	,006	,530	
	PRÄKUM	-,070	,031	5,192	1	,023	,933	,878	,990	
	Konstante	2,556	1,283	3,972	1	,046	12,887			

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: PRÄKUM (jährl. kumulierte Behandlungsdauer in Tagen vor PIA)

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: FPS2 (Zweitdiagnose Persönlichkeitsstörung)

*Kriterium: absolute bzw. prozentuale Reduktion stationärer Behandlungstage; χ^2 Gesamtmodell=21,422; df=2; p<0,001; R²/Nagelkerke=0,556; dargestellt sind nur die signifikanten Merkmale

Die logistische Regressionsanalyse weist die beiden Variablen kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und komorbide Persönlichkeitsstörung als signifikante Prädiktoren der Gruppenzugehörigkeit aus (Tab. 5.16). Bei schrittweiser Variablenselektion erhöht sich unter Hinzunahme der Variable „komorbide Persönlichkeitsstörung“ der Prozentsatz richtig klassifizierter Individuen auf rund 91%. Auch die Dauer beim Indexaufenthalt und die Rate der Vorhospitalisierungen haben prädiktive Bedeutung für den Behandlungsgewinn, klären jedoch jeweils nur 16-17% der Varianz der Gruppenzugehörigkeit auf. Das am besten angepasste Regressionsmodell mit den beiden o. g. signifikanten Prädiktoren klärt den höchsten Anteil, 55% der Varianz (R²=0,556) der Gruppenzugehörigkeit auf.

Das Fehlen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung reduziert in diesem Modell mit einer Odds Ratio von 0,058 das Risiko, nicht erfolgreich zu sein. Für Patienten ohne Persönlichkeitsstörung sinkt damit die Wahrscheinlichkeit „nicht erfolgreich“ zu sein um 94% (1-0,058). Die Wahrscheinlichkeit für eine nicht-erfolgreiche Reduktion stationärer Behandlungstage ist demnach für Patienten mit einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörung und niedriger kumulierter Behandlungsdauer vor Ambulanzbehandlung erhöht. Die Variable „präikum“ hat jedoch nur einen geringfügigen Einfluss, wie das Odds Ratio nahe dem Wert 1 (Exp(B) 0,933) zeigt.

Die Prädiktion der kumulierten Behandlungsdauer mittels linearer Regression bestätigt das Ergebnis für die Gesamtstichprobe (n=160). Die explorativen Korrelationen ergaben wiederum keinen Zusammenhang der soziodemographischen Variablen mit der Behandlungsdauer. Lineare Assoziationen bestehen zwischen der Verweildauer stationärer Vorbehandlungen sowie der zusätzlichen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Tab. 5.17). Eine hohe kumulative Dauer stationärer Vorbehandlungen ist mit einer geringeren Anzahl stationärer Tage nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz verbunden, während eine begleitende Persönlichkeitsstörung als negativer Prädiktor, die Inanspruchnahme stationärer Behandlung erhöht.

Tab. 5.17: Prädiktion der kumulierten Behandlungsdauer im Jahr nach Aufnahme in die PIA

Abhängige Variable:

stationäre Behandlungsdauer

Prädiktoren	Koeffizient B	SE (B)	p
Kumulative Dauer stationärer Aufenthalte im Jahr vor Aufnahme in die Ambulanz (Tage)	0,175	0,056	0,002
Komorbidität Persönlichkeitsstörung	-21,084	7,411	0,005

multiple lineare Regression (n=160; Variablenselektion: schrittweise vorwärts): F=9,082; df=2; p<0,001; korr. R²=0,135; dargestellt sind nur die signifikanten Merkmale

5.3.5 Kostenschätzung

Die ambulante Versorgung von Patienten in der Institutsambulanz ist kostengünstiger als stationäre Behandlung. Die hier berechnete jährliche durchschnittliche Kostenersparnis für stationäre Leistungen beträgt rund 8.450,- € pro Patient (Gesamtstichprobe n=177). In der Gruppe der ambulant zugewiesenen Patienten mit insgesamt wenig Hospitalisierungstagen kommt es durch die zusätzlichen Ambulanzkosten zu Mehraufwendungen von durchschnittlich 389,-€ pro Patient.

Tab. 5.18: Kostenvergleich vor und nach Aufnahme in die Institutsambulanz auf der Basis vollstationärer Pflegesätze pro Patient und Jahr

	Kostenvergleich		
	vor Aufnahme	nach Aufnahme	Kostenersparnis pro Patient
Stationär n=87	M 76 Tage 16 687,00 €	M 29 Tage 6 780,67 €	
PIA-Pauschale 1 Jahr		1 080,00 €	
Gesamt pro Jahr und Patient	16 687,00 €	7 860,67 €	8 826,33 €
Ambulant n=90	M 15 Tage 3 447,01 €	M 12 Tage 2 755,59 €	
PIA-Pauschale 1 Jahr		1 080,00 €	
Gesamt pro Jahr und Patient	3 447,01 €	3 835,59 €	- 388,58 €
Gesamt	20 134,01 €	11 696,26 €	8 437,75 €

Tab. 5.19: Kostenvergleich vor und nach Aufnahme in die Institutsambulanz auf der Basis vollstationäre Pflegesätze pro Patient und Jahr

	Kostenvergleich nach Diagnosegruppen		
	vor Aufnahme	nach Aufnahme	Kostenersparnis pro Patient
Alkoholabhängigkeit n=61	M 29 Tage 7 036,70 €	M 24 Tage 5 757,90 €	
PIA-Pauschale 1 Jahr		1 080,00 €	
Gesamt	7 036,70 €	6 837,90 €	198,80 €
Schizophrenie n=57	M 70 Tage 16 414,38 €	M 18 Tage 4 255,14 €	
PIA-Pauschale 1 Jahr		1 080,00 €	
Gesamt	16 414,38 €	5 335,14 €	11 079,24 €
Persönlichkeitsstörungen n=34	M 49 Tage 10 932,85 €	M 24 Tage 5 256,55 €	
PIA-Pauschale 1 Jahr		1 080,00 €	
Gesamt	10 932,85 €	6 336,55 €	4 596,30 €

Der Effekt ist bei den schizophrenen Patienten am größten, hier werden durchschnittlich rund 11.000,-€ stationäre Behandlungskosten durch PIA-Behandlung gespart. Alkoholabhängige Patienten sind durch kürzere Verweildauern weniger teuer, entsprechend ist die durchschnittliche Kostenersparnis durch ambulante Behandlung gering. Pro Patient werden lediglich rund 200,-€ pro Jahr gespart. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen den höchsten Anteil an den kostengünstigeren teilstationären Behandlungen auf. Im Jahr vor Aufnahme betrug der Anteil teilstationärer Pflgetage an der kumulierten Behandlungsdauer 24% und stieg im Jahr danach noch auf knapp 28% an. Insgesamt erfolgt aber auch hier eine beachtliche Kostenersparnis von durchschnittlich 4.596,- € pro Patient.

5.4 Diskussion Teil III

Zielsetzung des vorliegenden Abschnitts war es, mittels Hospitalisierungsvergleich nachzuweisen, dass sich die Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch die Behandlung in der Institutsambulanz reduzieren lässt. Das wurde erreicht. Im folgenden werden die einzelnen Ergebnisse differenziert betrachtet und diskutiert. Für 177 Patienten der Psychiatrischen Institutsambulanz Tübingen wurden krankheitsübergreifend für „stationär“ und „ambulant“ zugewiesene Patienten als auch störungsspezifisch für drei Patientengruppen (Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen), Veränderungen in der Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte berichtet. Darüber hinaus wurden für eine Teilgruppe der Ambulanzpatienten eine Reihe von psychosozialen und krankheitsbezogenen Parametern auf ihre prognostische Wertigkeit für den Behandlungserfolg untersucht. Schließlich sollte eine Kostenermittlung einen Eindruck davon verschaffen, wie viel der stationären Kosten durch die ambulante Behandlung eingespart werden können.

Bei den Daten die dem Hospitalisierungsvergleich zugrunde liegen, handelt es sich um administrative Inanspruchnahmedaten der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen und Institutsambulanz sowie Anamnesedaten von Patienten, deren Umfang und Aussagefähigkeit begrenzt ist. Die Ergebnisse der Stichprobe sind nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit der Institutsambulanz-Patienten. Der erste Teil dieser Arbeit belegte die regional bedingte große Heterogenität der Klientel.

Entsprechend lassen sich die Ergebnisse auch nur sehr bedingt mit anderen Untersuchungen, die den Einfluss ambulanter Behandlung auf die stationäre Behandlungsdauer zum Fokus haben, vergleichen. Hintergrund dafür sind v. a. die Verschiedenartigkeit der institutionellen Strukturen, die große Heterogenität der Behandlungsangebote und -settings wie auch der regionalen Versorgungslandschaften. Darüber hinaus gibt es so gut wie keine empirischen Evaluationsstudien zu Nutzungsmustern, Hospitalisierungsparametern und Kosten-Nutzen-Analysen Psychiatrischer Institutsambulanzen. In Tagungsberichten anderer Institutsambulanzen wird zwar von Effizienzanalysen und einer wirkungsvollen Reduktion der Krankenhausbehandlungsdauer berichtet, jedoch ohne dass Zahlen wissenschaftlich publiziert sind (vgl. Spengler, 1991; Lorenzen, 1991). Für die Diskussion der Ergebnisse werden auch Studien zur Behandlungsdauer in der stationären Psychiatrie herangezogen, unter

dem Vorbehalt, dass diese außerstationäre Massnahmen nicht als Kontrollvariable einbeziehen.

Patientenmerkmale

Die Stichprobe/Population des Hospitalisierungsvergleichs zeigt, dass die Tübinger Institutsambulanz schwerpunktmäßig drei Gruppen von „Problempatienten“ behandelt: chronisch schizophrene Patienten, Suchtkranke sowie Patienten mit schweren Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Auch in anderen psychiatrischen Institutsambulanzen sind dies die dominierenden Behandlungsgruppen. Hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsbedingter Merkmale entspricht unser Klientel im wesentlichen den Patienten anderer Institutsambulanzen (Spengler, 1987; 1991; Eikermann, 1997). Dabei handelt es sich um schwierige Patienten mit chronischen Verläufen, die in den bestehenden psychiatrisch/psychotherapeutischen Einrichtungen nicht behandelt werden können und immer wieder von Komplikationen wie Suizid und Suchtmittelkonsum mit der Notwendigkeit stationärer Einweisung bedroht sind. Schizophrene Patienten und Suchtkranke sind als „Problempatienten“ mit starker Inanspruchnahme der stationär-psychiatrischen Versorgung ausgewiesen (Kastrup, 1987; Richter et al., 1999, 2002; Spießl et al., 2002; Roick et al., 2004). Die Inanspruchnahmedaten der vorliegenden Untersuchung decken sich mit den für die Psychiatrie geschätzten Daten, dass 10 - 30% der Patienten einen vergleichsweise überdurchschnittlich hohen Anteil, nämlich zwischen 50 – 80% der Ressourcen des Versorgungssystems in Anspruch nehmen (Kent et al., 1995). In der vorliegenden Untersuchung verbrauchten 10% der untersuchten Patienten, im Beobachtungszeitraum von einem Jahr insgesamt 65% der in der Gesamtstichprobe anfallenden stationären Behandlungstage.

Männer sind in den Diagnosegruppen Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie, Frauen hingegen bei den Persönlichkeitsstörungen überrepräsentiert. Die durchschnittliche Gesamtbehandlungsdauer im Jahr vor Aufnahme in die Institutsambulanz betrug für die stationäre Gruppe 76 Tage, für die ambulante Gruppe 15 Tage. Der Median lag bei 46 Tagen bzw. 0 Tagen bei den ambulant zugewiesenen Patienten. Die Verteilung ist typisch für Aufenthaltsdauern, in beiden Gruppen linksschief mit einer breiten Streuung zwischen 0 und 352 Tagen (Kluge et al., 2002). Geschlechtsspezifische Effekte auf die Länge der Behandlungsdauer zeigten sich nicht.

Der Diagnosemix zeichnet sich durch einen hohen Anteil an Suchterkrankungen (35%) aus, die im Durchschnitt deutlich kürzer behandelt werden. Dass der Personenkreis der Alkoholabhängigen in dieser Untersuchung ein großes Gewicht hat, zeigt, dass durch den niederschweligen Zugang und das suchtspezifische Angebot der Tübinger Institutsambulanz speziell bei den Suchtkranken vorhandener Behandlungsbedarf gedeckt wird.

Das Versorgungsangebot für chronisch alkoholabhängige Patienten in den Institutsambulanzen ist sehr heterogen. Frühere Veröffentlichungen aus anderen Bundesländern berichten von einem geringen Anteil Suchtkranker in Institutsambulanzen, meist deutlich unter 10% (Spengler, 1987; Spengler et al., 1989; Köhler-Officerski, 1989). Hintergrund dafür ist, dass an den Institutsambulanzen in der Regel geeignete Angebote für schwer und multimorbide alkoholabhängige Patienten fehlten und diese nach maximal einer Krisenintervention und wenigen Kontakten an andere Einrichtungen, Beratungsstellen oder die Spezialstation der eigenen Klinik, weitergeleitet wurden. In den letzten Jahren findet diese Gruppe der Suchtkranken zunehmend Aufmerksamkeit und wird auch im Rahmen von Instituts- und Fachambulanzen behandelt (Pelz, 1997; Ehrenreich et al., 2002; Dübgen et al., 2002).

Bei der Klientel dieses Hospitalisierungsvergleichs bündeln sich eine Reihe ungünstiger Patientenmerkmale, die über die psychiatrische Diagnose hinausgehen: (primär) gestörte Persönlichkeitsstruktur, frühzeitiger Krankheitsbeginn, soziale Isolierung und Arbeitslosigkeit.

Die mittleren Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren sind mit knapp 60% am stärksten vertreten. Gerontopsychiatrische Patienten sind gering repräsentiert, sie werden überwiegend vom Gerontopsychiatrischen Zentrum der Klinik versorgt. Ein relativ hoher Anteil an Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern deutet auf ein sozial schwächeres und weniger integriertes Klientel hin. Erkrankungsauern von mehr als 5 Jahren bei zwei Drittel der Patienten sowie 3 und mehr stationäre Vorbehandlungen bei rund der Hälfte der Patienten, davon ein Drittel mit mindestens 6 Vorbehandlungen und die durchschnittliche Gesamtdauer stationärer Vorbehandlungen von 6 Monaten, belegen chronische Krankheitsverläufe. Hinsichtlich des Anteils an stationär-psychiatrischen Vorbehandlungen belegen schizophrene Patienten mit 6 bzw. 8 Aufnahmen einschließlich externer psychiatrischer Akutbehandlungen bei einer mittleren Krankheitsdauer von 13 Jahren, den Spitzenplatz. Suchtkranke haben mit

im Mittel 1,6 Aufnahmen im Jahr vor Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz die höchste Klinikfrequenz.

Der hohe Anteil an komorbiden Störungen (67%) ist Indikator für die Schwere der Erkrankung und ungünstige Verläufe. Schizophrene und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen schwerpunktmäßig eine zusätzliche Alkohol- oder Drogenstörung auf, alkoholranke Patienten den höchsten Anteil an komorbiden Persönlichkeitsstörungen.

Prävalenzraten epidemiologischer Studien belegen, ein Drittel der Personen mit psychischen Störungen hat auch eine Substanzstörung, die Schizophrenie weist höchste Komorbidität mit Suchterkrankungen auf. In der amerikanischen „epidemiologic catchment area (ECA) study“ wiesen 37% der Alkoholabhängigen eine komorbide psychische Störung auf (Moggi & Donati, 2004). Die hohen Raten komorbider Störungen wie sie auch störungsspezifisch in dieser Untersuchung vorliegen entstehen aufgrund des Selektionsbias in klinischen Kollektiven. Prävalenzraten von chronisch Alkoholkranken und CMA-Patienten beispielsweise schwanken stark und bewegen sich zwischen 47% und 85% (Tomasson & Vaglum, 1998; Müller-Mohnssen, 1999; Wagner et al., 2001; Ehrenreich et al., 2002; Reker et al., 2004). Entsprechend Befunden in der Literatur lassen die hohen Raten sekundären Substanzmissbrauchs und Merkmale einer begleitenden Persönlichkeitsstörung des Klientels dieser Untersuchung, eine höhere Inanspruchnahme stationärer Versorgung erwarten (Roick et al., 2004).

Zusammenfassend ist das Patientenprofil der hier untersuchten Inanspruchnahmepopulation dreier Behandlungsquartale typisch für das Klientel einer psychiatrischen Ambulanz.

Rehospitalisierungsraten: Gruppen stationär und ambulant zugewiesene Patienten

Die Rehospitalisierungsraten betragen im Jahr nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz 61% für die nach stationärer Entlassung weiterbehandelten Patienten, 25% für die ambulant zugewiesenen Patienten. 35% der stationären Patienten mussten innerhalb eines Jahres mehrfach stationär behandelt werden. Die stationär übernommenen Patienten haben somit einen beträchtlichen Anteil an Wiederaufnahmen und liegen an der oberen Grenze der in der Literatur berichteten Einjahreshospitalisierungsraten psychiatrischer Patienten von 40-60% (Blumenthal et al., 1988; Hofmann et al., 1992). Auch nach 5 Jahren finden sich gleich hohe Wiedereinweisungsraten von Patienten sämtlicher Diagnosen. Für die

wesentlich geringeren Raten der ambulanten Patienten finden sich ebenfalls Belege in anderen klinischen Stichproben (Modestin & Lerch, 1988).

In die Behandlung der Institutsambulanz kommen Patienten aus dem stationären Bereich überwiegend erst nach mehrfachen stationären Aufenthalten. Ein hohes Rehospitalisierungsrisiko in der Vorgeschichte bahnt meistens den Weg in Richtung Institutsambulanz. „Stationäre Patienten“ sind im Vergleich zu den primär ambulant aufgenommenen Patienten in der Vorgeschichte häufiger hospitalisiert. Sie haben signifikant häufiger mehr als 5 Vorhospitalisierungen sowie eine mehr als doppelt so hohe Wiederaufnahmerate im Jahr nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz.

Ambulant zugewiesene Patienten unterscheiden sich durch signifikant weniger Vorhospitalisierungen im Rahmen ihrer Erkrankung als auch im Jahr vor Behandlungsbeginn in der PIA sowie durch eine signifikant niedrigere Wiederaufnahmerate im Jahr nach Behandlungsbeginn in der Ambulanz. Ein Drittel der ambulanten Patienten weist keine stationären psychiatrischen Behandlungen in der Vorgeschichte (UKPP) auf, knapp 20% keinerlei Vorbehandlungen im Rahmen der Erkrankung. Diagnostisch haben Patienten mit Persönlichkeitsstörungen den größten Anteil daran, allein ein Viertel weist bei Aufnahme in die PIA keinerlei stationäre Vorbehandlungen im Rahmen der Erkrankung auf. Im Einjahresvergleich vor und nach PIA nehmen mindestens 60% der ambulant zugewiesenen Patienten keine stationäre Behandlung in Anspruch.

Auch in anderen Institutsambulanzen wird ein relativ hoher Anteil an Patienten (bis zu 40%) ohne stationäre Vorbehandlungen in der Institutsambulanz behandelt. Das zeigt auch Teil I dieser Arbeit. Das ist einerseits ein Beleg dafür, dass bisher unversorgte Patienten durch das psychiatrisch/ psychotherapeutische Angebot der Ambulanz erreicht werden. Andererseits wurde in Teil I diskutiert, dass die kurzfristige und unkomplizierte Versorgung von Patienten mit krisenhaft verlaufenden Anpassungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen vermutlich ursächlich dafür ist. Grundsätzlich sind psychiatrische Institutsambulanzen keine Einrichtungen der Primärversorgung im ambulanten Bereich sondern sie sind zuständig für den Patientenkreis, der durch herkömmliche ambulante Versorgungsformen nicht erreichbar ist. Nach Paragraph 3 der Vereinbarung sind bisher nicht stationär behandelte Patienten nur dann als Zielgruppe anzusehen, wenn durch die Inanspruchnahme des Behandlungsangebotes der psychiatrischen Ambulanz eine stationäre Aufnahme vermieden wird oder nur auf diese Weise die psychiatrische Versorgung sichergestellt werden kann (Bundesvereinbarung

Institutsambulanzen, 2001). In diesem Sinne fungiert die Institutsambulanz als Kriseninterventionseinrichtung mit dem Ziel, eine stationäre Aufnahme bei solchen Patienten abzuwenden, die sich in einer zuspitzenden Krise befinden und nach fachlicher Einschätzung nicht zwangsläufig stationär behandelt werden müssen. In ihrer „Vorschaltfunktion“ für die psychiatrische Aufnahme der Klinik kommt sie somit den Forderungen der Rahmenvereinbarung nach.

Bei den hier untersuchten ambulant zugewiesenen Patienten ist es unwahrscheinlich, dass sie trotz Erkrankung bisher keinen Zugang zum Hilfesystem gefunden haben. Dass die ambulanten Patienten im Vergleich zu den stationären weniger hospitalisiert sind, bedeutet nicht, dass sie weniger krank sind. Erkrankungsdauer und Diagnosespektrum sprechen dagegen. Rund 65% der Patienten sind mehr als 5 Jahre krank, davon allein 44% mehr als 10 Jahre. Diagnostisch fallen hier wiederum die Persönlichkeitsstörungen auf, die den höchsten Anteil an Patienten mit mehrfachen Aufnahmen stellen. Im Vergleich zur Gruppe der stationären Patienten, befinden sich unter den ambulanten Patienten zwar ein geringerer Anteil an Schizophrenen und Patienten mit Alkoholabhängigkeit, aber ein höherer Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Die Ergebnisse verweisen auf die Gruppe der überwiegend weiblichen, im Vergleich zur Patientengesamtheit jungen, alleinlebenden Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die sich offensichtlich in das ambulante Setting gut einbinden lassen. Die große Zahl an noch Auszubildenden bei einem mittleren Alter von 35 Jahren, könnte Hinweis auf ungünstige Verläufe und einen verzögerten Eintritt ins Berufsleben sein. Störungsspezifisch haben sie aufgrund des jüngeren Alters kürzere Erkrankungsdauern und insgesamt weniger Vorhospitalisierungen. Nach den Alkoholabhängigen verbrauchen sie den zweitgrößten Anteil an stationären Kriseninterventionen, aber insgesamt den geringsten Anteil an stationären Ressourcen. Sie haben vor Aufnahme in die Ambulanz von allen drei Diagnosegruppen die geringste jährliche Behandlungsdauer von im Median 12 Tagen.

Die Ergebnisse werden durch Befunde in der Literatur bestätigt. Die primäre Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist prädiktiv für längere Verweildauern in der Gemeinde bzw. im ambulanten psychiatrischen Hilfesystem und sie korreliert nicht mit einem Anstieg stationärer Wiederaufnahmen (Korkeila et al., 1995; Bruffaerts et al., 2004). So wie eine geringe Wiederaufnahmerate aber nicht zwangsläufig ein Indikator für mehr Gesundheit eines Patienten ist, so bedeutet auch ein längerer Verbleib im ambulanten Versorgungssystem nicht

automatisch „gesünder“ (an der Heiden & Krumm, 1985). Zur Überprüfung der Hypothese eines systematischen Unterschieds zwischen den beiden Gruppen, im Sinne „kränker“, müsste man weitere Kriterien hinzuziehen, wie etwa Parameter sozialer Funktionsfähigkeit, Psychopathologie, Zwangseinweisungen u. a.. Zusammenfassend geben die dargelegten Befunde Hinweis auf eine Gruppe chronifiziert neurotisch kranker Patienten, die trotz geringer oder fehlender stationärer Behandlung durchaus in den Zuständigkeitsbereich der Institutsambulanz fallen.

Rehospitalisierungsraten: Diagnostische Gruppen

Die Verteilung der Rehospitalisiertenanzahl auf einzelne diagnostische Kategorien ist statistisch nicht signifikant. Die meisten stationären Wiederaufnahmen nach Beginn der ambulanten Behandlung in der Institutsambulanz und innerhalb eines Jahres haben Alkoholranke (58%) und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (42%), wobei erstere am häufigsten mehrfach stationär behandelt werden mussten.

Die Rehospitalisierungsraten bei Schizophrenen hängen häufig von Rezidiven und damit von der neuroleptischen Behandlung ab. Die Befunde sind uneinheitlich. Die Raten schwanken in Abhängigkeit vom Behandlungssetting zwischen 20% und 70% (vgl. Längle, 2002). Kallert & Leiß (2000) berichtet, dass bei einer Stichprobe von Patienten, die gut in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem eingebunden waren, 20% innerhalb eines Jahres erneut stationär behandelt werden mussten. In der ambulanten Behandlung von schizophrenen Patienten, d. h. unter Alltagsbedingungen (und nicht unter Studienbedingungen), stellt die eingeschränkte Medikamentencompliance von Patienten, die bis zu 50% beträgt, ein großes Behandlungsproblem dar. Unter ambulanten Bedingungen müsse man trotz kontinuierlicher Neuroleptikabehandlung von Rezidiven bei 50% der Patienten pro Jahr ausgehen (Kissling, 1992; Gaebel, 2000). Im Gegensatz zu den Erkenntnissen der Fachliteratur stehen Untersuchungen der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie. Im Rahmen einer prospektiven Verlaufsstudie an einer unausgewählten Stichprobe schizophrener Patienten, wurde gezeigt, dass 70% innerhalb von 3 Jahren rehospitalisiert werden mussten, ohne dass ein Zusammenhang zwischen Compliance und Rehospitalisierung nachgewiesen werden konnte (Kommer, 2004).

In dieser Untersuchung betrug die Einjahreshospitalisierungsrate für schizophrene Patienten unter ambulanter Behandlung in der Institutsambulanz 39%. Die Rehospitalisierungsquote

entspricht den in anderen Studien unter naturalistischen Behandlungsbedingungen angegebenen Einjahresraten von 40-50% (Gmür & Tschopp, 1988; Kissling, 1992) und liegt mit 39% an deren unterer Grenze. Die gleiche Quote an Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres findet Längle (2002) in einer Kohorte entlassener schizophrener Patienten der hiesigen Klinik. Bolm et al. (1989) untersuchte in einem Hospitalisierungsvergleich chronisch schizophrene Patienten und berichtet eine Einjahreshospitalisierungsrate von 35%.

Die Angaben zu Einjahres-Rehospitalisierungsraten von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die in psychiatrischen Universitätskliniken behandelt wurden, schwanken zwischen <20% (Neumann et al., 1989) und 25% (Modestin & Lerch, 1988). In einer skandinavischen Untersuchung werden 39% Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres angegeben (Oiesvold et al., 2000). Der hohe Anteil rehospitalisierter Patienten mit Persönlichkeitsstörungen dieser Untersuchung (42%) ist begründet in der diagnostisch schwierigen Gruppe der Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung oder kombinierten Persönlichkeitsstörungen. Diese sind immer wieder von Komplikationen und suizidalen Krisen bedroht, die stationäre Kriseninterventionen notwendig machen. Eine Auswertung der psychiatrischen Datenbanken der hiesigen Klinik errechnete für den Zeitraum 1992-94 für diese Gruppe eine Aufnahmequote von knapp 60% auf geschützte Stationen, mit einer zur Patientengesamtheit vergleichsweise geringen Aufenthaltsdauer von im Median 15 Tagen (Hammer, 1998).

Dass insbesondere die Gruppe der Alkoholabhängigen durch eine außerordentliche Häufigkeit an Rehospitalisationen pro Patient charakterisiert ist, wurde bereits in Teil II dargelegt. Die in dieser Untersuchung gefundene Einjahres-Rehospitalisierungsrate von Alkoholabhängigen (58%) liegt etwas höher als die in anderen Studien mit chronisch alkoholabhängigen bzw. CMA-Patienten gefundenen Raten von 40 – 50% (Wienberg, 1993; Fleischmann, 2001).

Reduktion stationärer Behandlung: Hospitalisierungsdauer

Unter Ausschluss der 17 Patienten, die in eine stationäre Behandlung vermittelt werden sollten, kam es unter Behandlung in der Institutsambulanz bei 45% der Patienten zu einer Reduktion der Zahl stationärer Aufnahmen, bei 61% zur Reduktion von deren Dauer. Rund 15% waren in beiden Parametern nicht erfolgreich und wiesen eine Zunahme stationärer

Behandlung auf. Rund ein Viertel der Patienten zeigte im Hospitalisierungsvergleich keine Veränderungen.

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen die eingangs gestellte Hypothese und belegen eine deutliche Senkung der jährlichen Zahl stationärer Tage nach Aufnahme in die Behandlung der Institutsambulanz. Dabei nimmt die stationäre Behandlungsdauer pro Jahr stärker ab als die Aufnahme rate pro Jahr. Die Ergebnisse stehen in Einklang mit anderen Studien zur Behandlungsdauer in der stationären Psychiatrie (Creutz et al., 1982; Richter & Eikelmann, 2000; Richter, 2001). Sie entsprechen weiterhin Befunden in der Literatur, dass die Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch gemeindeintegrierte Versorgungsangebote reduziert werden kann. Insbesondere die Hospitalisierungsdauer kann wirkungsvoll gesenkt werden. In Bezug auf die Rückfallraten und Rehospitalisierungsraten ergeben sich in den meisten Untersuchungen keine Vorteile zugunsten ambulanter Behandlung (an der Heiden, 1996; Brenner et al., 2000; siehe S.10). Die Reduktionsquoten, wie die hier gefundenen, decken sich mit Befunden anderer Institutsambulanzen und werden im folgenden diskutiert.

Die Reduktion der mittleren Dauer war in der Summe nur für die stationären Patienten signifikant. Bei den einzelnen Störungsbildern zeigte sich eine signifikante Reduktion für die Schizophrenie und für Persönlichkeitsstörungen, nicht jedoch für Alkoholranke. Den Ergebnissen zufolge profitieren vom ambulanten Konzept v. a. die zur Nach- und Weiterbehandlung in die Institutsambulanz übernommenen stationären Patienten. Ein Beleg für die Gruppe der chronisch kranken Problempatienten, die durch die besondere Nähe zur Klinik als der wesentlichen Zuweisungsinstanz gekennzeichnet ist. Patienten, die zur Nach- und Weiterbehandlung aus dem eigenen Haus übernommen werden senken die Hospitalisierungstage im Prä-Post-Vergleich um durchschnittlich 60%. Der Median-Wert bestätigt die deutliche Reduktion um 39 Tage. Die Behandlungstage der ambulant zugewiesenen Patienten reduzieren sich in geringerem Masse, nämlich 21% der kumulierten Behandlungstage vor Aufnahme in die Institutsambulanz. Aufgrund eines im Vergleich zu den stationären Patienten um 5 Mal geringeren Ausgangsniveaus kumulierter Hospitalisierungstage im Jahr vor Behandlungsbeginn in der Ambulanz, bestehen statistisch gesehen geringe Reduktionsmöglichkeiten („Bodeneffekt“, Bortz & Döring, 2002). Die mittlere Reduktion um lediglich 3 Tage wird durch den jährlichen Median-Wert nicht

bestätigt, so daß ein statistisches Artefakt angenommen werden muß und der Mittelwert durch die erhebliche Streuung der Verteilung verzerrt ist (Richter & Eikelmann, 2000).

Störungsspezifisch profitieren schizophrene Patienten mit 74% Behandlungsgewinn am meisten von der Behandlung in einer Institutsambulanz, gefolgt von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (51%). Im Jahr nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz benötigt mindestens die Hälfte der Patienten beider Gruppen keine stationäre Behandlung. Suchtkranke hingegen haben die geringste Reduktionsquote an stationären Tagen (17%). Die Mediane bestätigen den Trend. Schizophrene weisen eine im Median um 40 Tage verkürzte kumulierte jährliche Behandlungsdauer auf, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen reduzieren um im Median 12 Tage, Alkoholabhängige um 7 Tage.

In zwei Schizophrenie-Ambulanzen werden für die Behandlungsdauer jährliche Einsparungen stationärer Aufenthaltszeiten zwischen 79% und 82% (Kaiser et al., 1991; Müller, 1999) gefunden. In einem weiteren Hospitalisierungsvergleich einer Stichprobe schizophrener Patienten in intensiver ambulanter Nachsorge zeigt sich eine Abnahme in Rate und kumulierter Dauer von über 50%, auch im Vergleich längerer Behandlungsperioden, jedoch um den Preis intensiver teilstationärer Betreuung (Bolm, 1989). An einer kleinen Stichprobe allgemeinspsychiatrischer Patienten der Stadt Berlin belegt Fährndrich (1995) drei Jahre nach Eintritt in die Institutsambulanz eine Senkung der Krankenhaustage um 78%. Auch in einer Untersuchung an 21 chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken (CMA-Patienten), verringerte sich die Dauer stationärer Behandlung allerdings im 2-Jahreszeitraum nach Aufnahme der ambulanten Betreuung um rund zwei Drittel (Dübgen et al., 2002). Die Zahl der Aufnahmen ging auf 38% des Ausgangswertes zurück. Der wesentlich höhere Behandlungsgewinn im Vergleich zur Gruppe der Alkoholabhängigen dieser Untersuchung, ist auf die meist aufsuchende und in den Wohnungen der Patienten stattfindende intensive Betreuung von bis zu 9 Stunden pro Woche durch Sozialarbeiter eines eigens für diese Aufgabe gegründeten Vereins, erklärbar.

Sucht man nach möglichen Gründen für die Reduktion bzw. Verkürzung der stationären Behandlungsdauern, so ist folgendes nach dem hier dargestellten naheliegend: Zum einen kann die stationäre Entlassung früher erfolgen, weil die Institutsambulanz in der Nähe erreichbar ist und die Nachsorge gesichert ist. Die nahtlose Weiterbetreuung durch die

Ambulanz, die noch während des stationären Aufenthaltes Kontakt zu entsprechenden Patienten aufnimmt, erleichtert es den Stationsärzten, eine Entlassung vorzunehmen.

Nötige vollstationäre Behandlungen lassen sich bei Patient und Behandler möglicherweise leichter akzeptieren, wenn die Dauer begrenzt ist, weil eine Einbindung und Kooperation mit der Institutsambulanz erfolgt. Patienten, die durch eine Institutsambulanz stationär eingewiesen wurden, hatten gegenüber Patienten, die von Nervenärzten eingewiesen wurden eine im Median um 45% verkürzte Liegezeit (Spengler et al., 1989). Die Erfahrung in dieser Untersuchung wie auch aus anderen Institutsambulanzen ist jedoch, dass insgesamt eher wenig Einweisungen über Institutsambulanzen erfolgen. Diese Einweisungen gehen meistens auf Notfallkontakte zurück. In der Behandlung Schizophrener wird die Dauer von Rehospitalisierungen teilweise auch auf dem Wege langfristiger Complianceverbesserung gesenkt (Müller, 1999). Schließlich kann die Reduktion auf die ambulant mögliche, engmaschige Nachbetreuung zurückgeführt werden. Inwieweit es einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit ambulanter Kontakte und der Inanspruchnahme stationärer Behandlung gibt, muß in nachfolgenden Untersuchungen geklärt werden. Untersuchungen belegen einen Zusammenhang bezüglich der Inanspruchnahme extramuraler Dienste. Bei Patienten mit chronisch verlaufenden Schizophrenien war die quantitativ intensivere Inanspruchnahme extramuraler Dienste über die Zeit eines Jahres mit einer geringeren Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit verbunden (Häfner et al., 1986).

Veränderungen der Inanspruchnahme stationärer Behandlung

Im Zuge einer leichten Abnahme der stationären Behandlungsfrequenz nimmt unter Ambulanz-Behandlung der prozentuale Anteil an Patienten, die wiederholt im Rahmen einer Krisenintervention für wenige Tage stationär behandelt werden, um 13% und damit auf die Hälfte der gesamten Behandlungen zu. Der jährliche absolute Anteil von Kriseninterventionen an den stationären Behandlungen insgesamt, ist im 2-Jahres-Vergleich jedoch unverändert geblieben. Das stützt den Befund, dass es durch die enge Verknüpfung der Klinik mit der Ambulanz gelingt, chronisch psychisch Kranke zwar nicht weniger häufig, aber für kürzere Zeiten in die Klinik einzuweisen (Spengler, 1991). Krankheitsspezifisch lässt sich folgendes differenzieren:

Alkoholabhängige verbrauchen konstant über den 2-Jahreszeitraum ca. 50–60% der jährlichen stationären Ressourcen. Der hohe Anteil an Kriseninterventionen (55%) mit kurzen Verweildauern (<10 Tage) und die hohe Quote an Abbrechern (47%) spricht für einen

Drehtüreffekt dieser Gruppe (Wienberg et al., 1992; Stevens et al., 2001; Richter, 2002). Auch unter Ambulanzbehandlung ändert sich das nicht. Für Doppeldiagnose-Patienten besteht zusätzlich ein höheres Risiko einer Rehospitalisierung, so daß ihr Anteil unter allen Aufnahmen zunehmen muß. Um den Kreislauf von Rückfall und erneuter Entzugstherapie zu durchbrechen, scheint die Institutsambulanz in diesem Zusammenhang (noch) nicht wirksam zu sein. Doppeldiagnose-Patienten benötigen ein auf beide Störungen gleichzeitig fokussiertes Setting und für sie individuell zugeschnittene, integrative Beratungs- Therapie- und Rehabilitationsangebote, die Interventionen für psychische Störungen und Substanzstörungen kombinieren und integrieren (Berglund et al., 2003; Moggi & Donati, 2004). Die Institutsambulanz allein kann das nicht leisten.

Darüber hinaus sind Alkoholrückfälle prozesshafter Bestandteil einer langfristigen Behandlung. Wo eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht, sind therapeutische Interventionen im vollstationären Rahmen, auch unter Kostengesichtspunkten, nicht zwangsläufig nötig. Unter versorgungspolitischer Perspektive und hinsichtlich der Diskussion um geeignete Interventionen für unterschiedliche Subgruppen, wären hier auch Übergangsmodelle wie der tagesklinische Entzug oder eine ambulante Entgiftung zur Begrenzung von Rückfällen sinnvoll.

Schizophrene Patienten haben die längsten Verweildauern mit einem Jahresdurchschnitt von 70 Tagen (Median 40 Tage) vor Übernahme in die PIA. Nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz zeigt sich eine Zunahme kurzer stationärer Behandlungen auf fast das Doppelte. Das ist einerseits ein Hinweis auf die wirkungsvolle Verkürzung stationärer Aufenthalte. Andererseits wird die Einbindung der Institutsambulanz in das Versorgungssystem und der durch den Auftrag zur Sicherung der Behandlungskontinuität stattgefundenen Funktionswechsel evident. Während die Klinik bisher, zumindest für einen Teil der schizophrenen Patienten, durch wiederholte Aufnahmen die Kontinuität in der Behandlung eines Patienten gewährleistet hat, so übernimmt das jetzt die Institutsambulanz. Die Klinik hingegen beschränkt sich auf die Akutversorgung und ist Einrichtung zur Krisenintervention. Schizophrene Patienten der vorliegenden Untersuchung sind im Jahr nach Aufnahme in die Institutsambulanz am kontinuierlichsten und längsten in Behandlung.

Erfahrungen anderer Institutsambulanzen bestätigen das (Spengler, 1987). Wenn bereits eine Behandlungsbeziehung besteht, kann durch Früherkennung und rechtzeitige Intervention bei ausreichender Compliance von Patienten, eine stationäre Aufnahme vermieden werden oder

auf eine kurze Überbrückung beschränkt bleiben. Die Zusammenarbeit mit anderen sozialen Diensten und komplementären Einrichtungen, die Nähe zur stationären Behandlung und die kurzfristig hochfrequente Behandlung im multiprofessionellen Team ermöglichen dabei den Behandlungserfolg.

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hingegen haben im Vergleich zu den anderen beiden diagnostischen Gruppen, den geringsten Verbrauch an stationären Tagen, jedoch den zweitgrößten Anteil an stationären Kriseninterventionen (28%). Typisch für diese Klientel, wie bereits in anderem Zusammenhang diskutiert, sind reaktive Krisen, oft um suizidale Zuspitzungen. Um Krisen aufzufangen, werden Patienten kurzfristig und engmaschig in die Institutsambulanz einbestellt. Der Anteil an stationären Kriseninterventionen kann durch eine kontinuierliche längerfristige PIA-Behandlung deutlich auf 17% gesenkt werden. Das ist ein Hinweis darauf, dass es bei dieser Patientengruppe einerseits gelingt, einen Teil der Krisen ambulant aufzufangen. Andererseits gelingt es, durch einen wenig restriktiven therapeutischen Rahmen (z.B. gewisse Akzeptanz selbstschädigenden Verhaltens bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung) eine gute therapeutische Allianz und dauerhafte ambulante Behandlung zu fördern, die weniger stationäre Kriseninterventionen nötig machen. Das therapeutische Vorgehen der Ambulanz entspricht internationalen Empfehlungen und Befunden (Paris, 2002). Hospitalisierung ist bei Borderline-Patienten ein zweischneidiges Schwert. Die häufigsten Anlässe für stationäre Einweisungen sind psychotische Episoden, Suizidversuche, Suiziddrohungen und Selbstverletzungen. Stationäre Aufenthalte als Reaktion auf selbstschädigende Verhaltensweisen sind kontraindiziert, wenn notwendig sollen stationäre Behandlungen so kurz wie möglich erfolgen. Störungsbedingt kommunizieren Borderline-Patienten im Rahmen von suizidalem Verhalten ihre Verzweiflung und suchen eher nach Beruhigung und Sicherheit und weniger nach einer stationären Aufnahme. Durch die stationäre Aufnahme können Patienten sich in der Regel nicht beruhigen und kommen in eine Umgebung, die in vielen Fällen jene krankheitsbedingten Verhaltensweisen verstärkt, die durch die Therapie eigentlich „gelöscht“ werden sollen.

Eine kurze stationäre Behandlungsdauer ist nicht grundsätzlich anzustreben, sondern muß in Abhängigkeit von der diagnostischen Gruppe und der Frage einer möglichst wirksamen Behandlung im Einzelfall festgelegt werden. Kurze stationäre Behandlungen zur Symptomreduktion und schnelle Überführung in die ambulante Nachsorge sind da erfolgreich,

wo eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch das gleiche Team an Mitarbeitern gewährleistet ist (Modestin & Lerch, 1988). Nach Müller (1999) sind kurze stationäre Behandlungen dann von gehäuften Rezidiven gefolgt, wenn die anschließende Nach- und Weiterbehandlung nicht sorgfältig vorbereitet wurde. Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass die Institutsambulanz einerseits zu einer Verkürzung der stationären Behandlungsdauer beiträgt, andererseits als nachsorgende Einrichtung in unmittelbarer Nähe der Klinik den Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung gewährleisten muß.

Reduktion stationärer Behandlung: Hospitalisierungsrate

Der durchschnittliche absolute Gewinn hinsichtlich der Senkung der Hospitalisierungsrate liegt insgesamt und störungsspezifisch zwischen 0,2 - 0,5 Aufnahmen und kann durch die Behandlung in der Institutsambulanz, aus klinischer Perspektive, nicht wesentlich beeinflusst werden. Analog zu den Ergebnissen der Behandlungsdauer wird eine signifikante Reduktion um 0,5 Aufnahmen bei den stationär zugewiesenen Patienten und um 0,3 Aufnahmen für die Diagnose Schizophrenie verzeichnet. Ähnliche Größenordnungen finden sich in anderen Institutsambulanzen. Kaiser et al. (1991) belegen für eine Stichprobe Schizophrener im Einjahresvergleich eine Reduktion um 0,5 Aufnahmen.

Deutsche und internationale Befunde über die Auswirkungen längerfristiger Reduktion der Behandlungsdauer belegen fast ausnahmslos einen Anstieg der stationären Wiederaufnahmerate (im Überblick: Richter, 2001). Hammer (1998) belegt in einer Auswertung der stationären Basisdokumentation diesen Trend auch für die Psychiatrische Universitätsklinik Tübingen. Zwischen 1985 und 1994 nahmen die Aufenthaltsdauern im Median von 32 auf 22 Tage ab, während man bei dem Anteil an Wiederkehrern einen Zuwachs von 48% auf 65% verzeichnete. Der Vergleich von zwei Behandlungsjahrgängen im Abstand von 10 Jahren einer bundesdeutschen psychiatrischen Klinik ergaben einen durchschnittlichen Verweildauerrückgang insgesamt und störungsspezifisch bei gleichzeitiger deutlicher Steigerung der Aufnahmen im Kalenderjahr pro Person (Richter & Eikermann, 2000). Mit Ausnahme der Demenzkranken war die Reduktion der mittleren Dauer außerdem nicht signifikant.

In der vorliegenden Untersuchung konnte zum jetzigen Zeitpunkt eine Zunahme psychiatrisch bedingter Wiederaufnahmen nicht festgestellt werden. D. h. positiv festzuhalten ist, dass im hier untersuchten Einjahreszeitraum der sogenannte „Drehtüreffekt“, im Sinne einer zur

Reduktion der Behandlungsdauer gegenläufigen Entwicklung, mit Erhöhung der Wiederaufnahmerate, nicht eingetreten ist. Das spricht für einen Effekt der Institutsambulanz. Unter dem Kostenaspekt würde das ansonsten bedeuten, dass die Reduktion der stationären Kosten durch kürzere Behandlungsdauern ab einem gewissen Zeitpunkt durch höhere Aufnahmezahlen kompensiert werden oder sogar noch höhere Kosten verursacht (Richter, 2001).

Entscheidender Maßstab ist in diesem Zusammenhang aber die kumulierte Behandlungsdauer über mehrere Episoden. Der Einspareffekt durch die Reduktion der Behandlungsdauer, in dieser Untersuchung, schlägt sich auch in der Gesamtbehandlungszeit der Patienten von einem Jahr nieder. Kumulierte Behandlungsdauern über weitere jährliche Episoden und Hospitalisierungsvergleiche sind notwendig, um die längerfristigen Auswirkungen des in dieser Untersuchung gefundenen und doch recht beachtlichen Behandlungsdauerrückgangs auf die stationäre Wiederaufnahmerate der Klinik zu untersuchen.

Metaanalytische Reviews mit Publikationen, allerdings aus den 60er und 70er Jahren, finden keinen Zusammenhang zwischen einer kurzen Behandlungsdauer und der Rehospitalisierung. D. h. die Verkürzung der stationären Behandlungsdauer löst nicht per se das „Drehtür-Muster“ stationärer Wiederaufnahmen aus (Caton & Gralnick, 1987; Johnstone & Zolese, 2004). Umfragen bei schizophrenen Patienten im Rahmen der Lebensqualitätsforschung zeigen beispielsweise, dass Patienten auch aufgrund persönlicher Unabhängigkeit eher kürzere Behandlungszeiten mit häufigeren Aufenthalten bevorzugen (Angermeyer et al., 1999).

Prädiktoren stationärer Behandlungsdauer und des Behandlungserfolgs

Unter dem Kriterium einer erfolgreichen Reduktion von mindestens 10% der stationären Behandlungstage bildeten sich 3 Gruppen von Ambulanzpatienten: ein Großteil der Patienten ist erfolgreich (n=97) und reduziert diagnoseübergreifend im Mittel 82% der Behandlungstage und 48% der Aufnahmezeit. Der absolute Behandlungserfolg beträgt eine im Median um 47 Tage reduzierte kumulierte Behandlungsdauer und eine Einsparung von durchschnittlich 0,9 Aufnahmen. Bei einem relativ kleinen Teil (n=24) nicht erfolgreicher Patienten, mit einem hohen Anteil an Alkoholabhängigen, war eine signifikante Zunahme um durchschnittlich 1,1 Aufnahmen, sowie ein höchst signifikanter Anstieg der Behandlungsdauer um im Median 30 Tage zu verzeichnen. Bei einer dritten relativ großen Gruppe (n=39) zeigte sich weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung. Eine Verbesserung im Sinne einer Reduktion

stationärer Tage war nicht messbar, so daß die Gruppe für die Beeinflussung stationärer Behandlung nicht relevant ist und aus den weiteren Analysen ausgeschlossen wurde.

In multivariaten Analysen zur Vorhersage der Behandlungsdauer und erfolgreichen Reduktion erwiesen sich nur wenige Variablen als geeignet. Die demographischen Daten waren nicht prädiktiv. Soziodemographische Merkmale sind auch in der wissenschaftlichen Literatur nicht als konstante Einflussfaktoren gesichert (Woogh, 1986; Richter, 2001; Dielentheis & Priebe, 2002; Roick et al., 2002b). Auch die für Krankheitsverlauf und Prognose relevanten klinischen Variablen wie Chronizität (Anzahl stationärer Vorbehandlungen, Dauer der Erkrankung, Gesamthospitalisierungsdauer) oder Ersterkrankungsalter standen in keinem oder nur schwachem Zusammenhang mit der Behandlungsdauer und dem Behandlungsergebnis.

Die logistische Regressionsanalyse weist die beiden Variablen komorbide Persönlichkeitsstörung und kumulierte Behandlungsdauer stationärer Vorbehandlungen im Jahr vor Aufnahme in die PIA als signifikante Prädiktoren der Gruppenzugehörigkeit aus. Mit den beiden Prädiktoren können 56% der Varianz der Gruppenzugehörigkeit ($R^2=0,556$), d. h. einer erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen Reduktion stationärer Behandlungstage, aufgeklärt werden. Die Komorbidität einer Persönlichkeitsstörung ist ein negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg.

Die multiple lineare Regressionsanalyse findet ebenfalls Assoziationen zwischen den beiden genannten Variablen und der kumulierten Behandlungsdauer, im Sinne einer Erhöhung der Aufenthaltsdauern im Jahr nach Übernahme in die Behandlung der Institutsambulanz. Die Variablen können jedoch nur rund 14% an der Gesamtvarianz der Behandlungsdauer erklären. Auch die Dauer der Indexbehandlung und die Rate der Vorhospitalisierungen haben prädiktive Bedeutung für den Behandlungsgewinn, klären jedoch nur 16% der Varianz der Gruppenzugehörigkeit auf. Wenig stationäre Aufnahmen in der Prä-Indexperiode und kurze Behandlungen bei Indexaufnahme erhöhen das Risiko der erneuten Hospitalisierung und höherer Behandlungsdauern im Jahr nach Aufnahme in die Institutsambulanz.

Die gefundenen Prädiktoren erscheinen plausibel und nahezu trivial, sind jedoch auch klinisch bedeutsam. Die Gesamtdauer stationärer Vorbehandlungen gilt neben der Häufigkeit vorangegangener Klinikaufenthalte als verlässlichster Prädiktor für eine Wiederaufnahme und ist durchgehend auch in anderen Untersuchungen zu finden (s. 5.2.5). „Komorbidität“ gehört zu denjenigen Prädiktoren, die die Varianzaufklärung deutlich über 20% verbessern können (Richter, 2001).

In der Gruppe der „nicht-erfolgreichen“ befindet sich ein hoher Anteil an Patienten mit primärer Alkoholabhängigkeit (46%) und komorbider Persönlichkeitsstörung (63%). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und die Erhöhung der stationären Tage weist für diese Diagnosekonstellation auf den Bedarf an Behandlung hin. Obwohl sich die Patienten in ihrem Erkrankungsverlauf nicht von den erfolgreichen Patienten unterscheiden, sind sie die diagnostisch schwierigere Gruppe für die vermutlich das Angebot der Ambulanz nicht ausreicht. Die nicht-erfolgreichen Patienten des 100-Tage-Programms zeichneten sich ebenfalls durch einen hohen Anteil komorbider Störungen aus (s. 4.3.2).

Die Befunde dieser Untersuchung stehen in guter Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Wagner et al. (2003) zur Überprüfung des CMA-Konstruktes. Neben der Chronizität der Suchtkrankheit hat die Variable „mindestens eine komorbide Persönlichkeitsstörung“ hohen prädiktiven Gehalt. Nach Wagner sind Alkoholranke mit dieser Konstellation prognostisch benachteiligt. Sie haben einen erhöhten Bedarf an intensiver, umfassender und langfristiger Behandlung. Die Ergebnisse dieser Untersuchung belegen, dass ein doppelt so hoher Anteil der „nicht erfolgreichen“ alkoholabhängigen Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung im Jahr nach Behandlungsbeginn in der Institutsambulanz eine im Median 2 Mal längere kumulative Behandlungsdauer aufweisen als im Jahr davor (vorher 21 Tage; nachher 44 Tage). Auch andere Befunde in der Literatur belegen, dass die Komorbidität von Suchterkrankungen und psychischen Störungen mit einer erhöhten Inanspruchnahme stationärer Behandlung assoziiert ist und zu höheren Behandlungsdauern führt (Hoff & Rosenheck, 1999; Richter, 2001). Roick et al. (2002b) extrahiert mittels Regressionsanalyse an einer großen Stichprobe stationär-psychiatrischer Patienten der Stadt Leipzig ebenfalls die Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung als Prädiktor starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung.

Ähnliche Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen bei süchtigen und abstinenten Suchtpatienten lassen folgern, dass sich Persönlichkeitsauffälligkeiten nicht signifikant bei Abstinenz verändern. So kann davon ausgegangen werden, dass nach Abklingen der akuten Entzugssymptomatik, Verhaltens- und Persönlichkeitsauffälligkeiten deutlicher zu Tage treten und längerfristige stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen notwendig machen. Für die Gruppe der nicht erfolgreichen Patienten ließ sich hier jedoch nicht belegen, dass sie im Prä-Post-Vergleich zunächst eher notfallmäßige suchtspezifische Behandlungen und später längere allgemein-psychiatrische Behandlungen in Anspruch nahmen. Durch das

niederschwellige Behandlungsangebot der PIA wird diesen Patienten letztlich auch mehr Nähe zur Klinik ermöglicht. Das könnte einerseits die Schwelle, Behandlung in Anspruch zu nehmen, senken. Andererseits aber auch Bedarf wecken und zur missbräuchlichen Nutzung vermehrter stationärer Behandlung führen.

Kostenschätzung

Für die Kostenermittlung psychiatrischer Versorgung in Deutschland bestehen regional sehr große Unterschiede, allein schon durch die einrichtungsspezifischen Kostensätze. Der hier vorgenommene Kostenvergleich beschränkt sich demnach auf die Universitätsklinik und Institutsambulanz Tübingen. Die methodischen Einschränkungen wurden im Abschnitt „Kostenermittlung“ des Methodenteils diskutiert (s. 5.2.3).

Die Tübinger Institutsambulanz behandelt schwerpunktmäßig zwei der kostenintensivsten Patientengruppen in der psychiatrischen Versorgung: Schizophrene und alkoholabhängige Patienten. Die Kostenschätzung dieser Untersuchung belegt, dass die direkten Behandlungskosten im Sinne der von den Kostenträgern aufgebrauchten stationären Leistungen, durch Verringerung der Rehospitalisierung gesenkt werden. Unter Berücksichtigung der Mehraufwendungen für ambulant zugewiesene Patienten von rund 11% im Vorjahresvergleich, beträgt die jährliche durchschnittliche Kostenersparnis für stationäre Leistungen rund 8.500€ pro Patient. Hochgerechnet auf die Gesamtstichprobe sind das im Einjahres-Jahres-Vergleich Einsparungen von rund 1.500.000€. Die jährlichen Pauschalen für die Institutsambulanz, die in der Berechnung bereits berücksichtigt sind, betragen für die Gesamtstichprobe demgegenüber rund 190.000€. Erwartungsgemäß ist die Behandlung chronisch psychisch Kranker in der Institutsambulanz den Daten zufolge wesentlich kostengünstiger als in einem voll- oder teilstationärem Setting (Eikermann, 1997).

Die jährliche Kostenersparnis für stationäre Leistungen übersteigt nach diesen Berechnungen ein vielfaches dessen, was die Institutsambulanz kostet. Angesichts der Pflegesätze für einen Tag in der Tübinger Klinik, der quasi die Unkosten einer Quartalspauschale verursacht, stellt die Behandlung in der Institutsambulanz eine absolut kostengünstige Alternative für chronisch und schwerkranke Patienten dar.

Andere deutsche und amerikanische Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

Durch die Behandlung in einer Göttinger Spezialambulanz konnte eine wirksame Kostensenkung durch die Reduktion von Zeiten der Rehospitalisierung nachgewiesen werden

(Müller, 1999). Selbst wenn die Kosten einer intensiven ambulanten speziellen sozialpsychiatrischen Nachsorge doppelt so hoch waren als unter üblichen Behandlungsbedingungen, wurden sie durch signifikant kürzere Rehospitalisierungskosten mehr als aufgewogen (Rosenheck et al., 1995).

Kosten: Schizophrene Patienten und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Empirische Untersuchungen belegen einen Kostenvorteil gemeindepsychiatrischer Versorgung von chronisch Schizophrenen gegenüber der Alternative einer Dauerbehandlung im psychiatrischen Krankenhaus (Rössler et al., 1998; Höffler et al., 2000). Eine prospektive Untersuchung von Salize et al. (1996) belegt, dass eine umfassende gemeindenahere Versorgung schizophrener Patienten um 57% kostengünstiger ist als eine Langzeitunterbringung im Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Eine Langzeitanalyse von Dielentheis & Priebe (2002) berechnet, dass die direkten gemeindepsychiatrischen Behandlungskosten bei 40% der vollstationären Kosten liegen, aber dennoch recht hoch sind. Unter PIA-Behandlung reduzieren schizophrene Patienten in dieser Untersuchung zwei Drittel ihrer stationären Vorjahreskosten und haben damit die höchste jährliche Kostenersparnis, gefolgt von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die im Vorjahresvergleich rund 40% einsparen. Die geringere absolute Kostenersparnis letzterer Gruppe kommt durch ein spezialisiertes tagesklinisches Behandlungsangebot und dem damit verbundenen doppelt so hohen Anteil an kostengünstigeren teilstationären Behandlungen sowie den insgesamt geringeren Behandlungsdauern zustande.

In Vergleichen zum Langzeitverlauf Schizophrener wird nachgewiesen, dass der Rückgang stationärer Behandlung bzw. die Kostenersparnis durch eine verstärkte Inanspruchnahme außerstationärer Angebote, v. a. die intensivere Versorgung im Bereich des betreuten Wohnens, kompensiert wurde (an der Heiden, 1996; Salize, 2004). Der Effektivitätszuwachs bestehe demnach weniger in einer Kostensenkung als vielmehr in der Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes in die Gemeinde und der damit einhergehenden stärkeren sozialen Integration von Patienten. Inwieweit der Kostensenkungseffekt der vorliegenden Untersuchung, als Folge einer Reduktion der stationären Behandlungsbedürftigkeit durch PIA-Behandlung, durch die hohen Kosten der Wohnbetreuung z. B. wieder aufgehoben wird oder es langfristig sogar zu einer Kostensteigerung in der komplementären Versorgung von PIA-Patienten kommt, kann zu diesem Zeitpunkt nicht gesagt werden. Auch wenn die recht

teuren rehabilitativen Leistungen in der vorliegenden Kostenberechnung nicht berücksichtigt wurden, fällt der Aspekt aufgrund des geringen Anteils an Patienten in beschützten Wohn- und Betreuungseinrichtungen, für die vorliegende Arbeit nicht ins Gewicht. Lediglich 8 der 177 Patienten, das sind knapp 5% der Gesamtstichprobe befanden sich in der Post-Indexperiode in einer Wohnbetreuung. Kostensenkungen der hier referierten Größenordnungen können insgesamt positiv bewertet werden.

Kosten: Alkoholabhängige Patienten

Auch in der Alkoholismusbehandlung werden zur Bewertung der Therapieeffizienz zunehmend Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt (Project MATCH Research Group, 1997; Driessen et al., 1999; Holder et al., 2000; Kremer & Driessen, 2002; Rychlik et al., 2002). Aus gesundheitspolitischer Perspektive belegen die Forschungsergebnisse, dass die Behandlung der Alkoholkrankheit überhaupt Kostenvorteile erbringt. Die Kosten für ambulante Nachbehandlung alkoholabhängiger Patienten, selbst wenn diese vermehrt in Anspruch genommen werden, sind insgesamt deutlich kostengünstiger als stationäre Behandlung. Auch hier werden wiederum besonders die Kosten stationärer Behandlung, als Konsequenz erfolgreicher Behandlungseffekte, gesenkt. Driessen und Mitarbeiter (1999) belegen beispielsweise, dass Patienten nach qualifizierter stationärer Entzugsbehandlung im Vergleich zu Patienten mit ausschließlich körperlicher Entzugsbehandlung neben einer höheren Abstinenzrate im Jahr nach Behandlung und geringeren Folgehospitalisierungen, über einen 5-jährigen Zeitraum ca. 50% geringere Gesamtbehandlungskosten verursachten.

Zur Bewertung der Kostenersparnis bei der Behandlung von Alkoholkranken der vorliegenden Untersuchung, werden die Hospitalisierungsstichprobe sowie Patienten des 100-Tage-Programms herangezogen. Lediglich 15% der 100-Tage-Patienten befinden sich auch in der Hospitalisierungsstichprobe. Patienten des Hospitalisierungsvergleichs hatten keine Indikation für das 100-Tage-Programm, sondern waren zur Behandlung komorbider Störungen und zur Sozialberatung in der Institutsambulanz. Die durchschnittliche Kostensenkung der Alkoholabhängigen im Hospitalisierungsvergleich beträgt knapp 3% zum Vorjahr, was rund 200€ pro Patient und einer jährlichen Gesamtersparnis von rund 12.000€ entspricht. Nimmt man allerdings die Stichprobe des 100-Tage-Programms, setzt die Kosten mit der Nachhaltigkeit von Behandlungseffekten ins Verhältnis, z. B. dem Erfolgsindikator „Abstinenz“, und berücksichtigt den Behandlungszeitraum von 12 Monaten, so zeigen

Patienten im Einzelfall eine zum Teil beträchtliche Reduktion stationärer Kosten durch ein Jahr 100-Tage-Programm. Probeweise Auswertungen ergaben Größenordnungen zwischen 2800€ bis zu 27.000€/Jahr. Die Angaben beziehen sich auf Patienten, die keine Kosten an anderer Stelle, z. B. durch komplementäre Dienste, Wohnbetreuung und dergleichen verursachten.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung kann angenommen werden, dass sich eine Kostensenkung bemerkbar macht, wo Alkoholabhängige nachweislich von einer suchtspezifischen Intervention profitieren. Während eine nicht-suchtspezifische ambulante Behandlung in der Institutsambulanz durchschnittlich nur zu einer geringen Reduktion stationärer Behandlung und Kosten führt.

Der Kosten-Nutzen-Effekt von kurzen Therapien in der Alkoholismusbehandlung, ist empirisch belegt, wird jedoch kritisch diskutiert. Das ökonomische Kriterium kürzerer Behandlungen zur Senkung der Behandlungskosten hingegen kann in der Alkoholismusbehandlung nicht empirisch gestützt werden (Kremer & Driessen, 2002). Die ohnehin kurzen Behandlungsepisoden Alkoholkranker führen personenbezogen und kumulativ nicht zu geringeren Behandlungsdauern, da Patienten häufiger wieder aufgenommen werden. Da die Institutsambulanz den Auftrag hat, chronisch Alkoholranke mit prognostisch ungünstigen Verläufen bzw. chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitsranke zu versorgen, steht weniger der ökonomische Gesichtspunkt im Vordergrund. Vielmehr ist es Ziel, eine differenzierte, dem Klientel angemessene Behandlung anzubieten, wodurch möglicherweise langfristig der suchtspezifische Behandlungsbedarf sowie der Aufwand für die Therapie von Folgeerkrankungen, reduziert werden kann.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Ergebnis muß unter folgenden, v. a. methodischen, Gesichtspunkten diskutiert werden: Zum einen ist eine positive Verzerrung im Einjahreszeitraum nach Behandlungsbeginn in der Ambulanz denkbar. D. h. eine hohe kumulative Verweildauer vor Ambulanzbehandlung führt im Sinne einer vorübergehenden Gegenbewegung zu besonders positiven Ergebnissen im Jahr danach. In diesem Zusammenhang müsste man dann von einem ungünstigen Krankheitsverlauf mit stationärer Behandlung in der Zeit vor der ersten Aufnahme in die Institutsambulanz ausgehen, und gleichzeitig für die Zeit unmittelbar danach eine besonders

günstige Rehospitalisierungsprognose unterstellen. Patienten wären demzufolge stationär gut „ausbehandelt“ und günstige Kandidaten für die Ambulanz.

Die Reduktion stationärer Behandlungsbedürftigkeit kann andererseits als Indikator für die Reduktion ausgeprägter Krankheitsrezidive herangezogen werden. Einer der Haupteinwände bezüglich des Kriteriums *Hospitalisierung* ist allerdings, dass die stationäre (Wieder-) Aufnahme nicht (immer) mit dem Krankheitsstatus eines Patienten zusammenhängt. Untersuchungsergebnisse belegen, dass Patienten bei Wiederaufnahme nicht „kränker“ waren als Patienten einer Vergleichsgruppe (an der Heiden et al., 1989). Im Abschnitt „Drehtürpsychiatrie“ dieser Untersuchung wurde dargelegt, dass Patienten häufig aus sozialen Gründen und nicht aus Krankheitsgründen rehospitalisiert werden und es einen Patiententypus gibt, der unabhängig von Symptomatik und Diagnose Versorgungsleistungen ausnutzt.

Dass ein Viertel der Patienten (n=39) weder in der Prä- noch in der Post-Indexperiode hospitalisiert waren, ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass bei dem hier untersuchten chronischen Klientel die „Reduktion stationärer Behandlung“ im Einjahreszeitraum nicht sichtbar wird und die Erfassung längerer Hospitalisierungsverläufe nötig macht. Die Einzelfallbetrachtung ergab, dass dies zum großen Teil chronisch schizophrene Patienten sind, deren Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Aufnahme sich nach einem Jahr Nichthospitalisierung erhöht. Untersuchungen belegen niedrige Wiedereinweisungsraten von allerdings erstmals stationär behandelten schizophrenen Patienten im Einjahreszeitraum von 14%, aber einen Anstieg auf 58% Wiedereinweisungen zur 5-Jahres-Katamnese (Neumann et al., 1989). Mit zunehmendem Katamnesezeitraum steigen Rezidiv- und Rehospitalisierungsrisiko auch unter Langzeitmedikation an. Absetzstudien zeigen, daß nach dem 5. Behandlungsjahr noch Rezidivquoten von über 60% auftreten (Gaebel, 2000). Die neuerliche Untersuchung von Kommer (2004) belegt, dass auch unter Medikation die Rezidivhäufigkeit ähnlich hoch ist.

Da das Erscheinungsbild der Schizophrenie langfristig zur Besserung neigt, könnte bei diesen Patienten, mit einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 13 Jahren (SD 10), auch die Akuität der Erkrankung abgenommen und eine Krankheitsbesserung eingetreten sein. In einer 14-Jahres-Katamnese zum Langzeitverlauf schizophrener Psychosen wurde eine stetige Abnahme der stationären Behandlungsbedürftigkeit beobachtet (an der Heiden, 1996). In nachfolgenden Untersuchungen müssen deshalb neben dem Einjahresvergleich längere Behandlungsperioden herangezogen werden, um die Ergebnisse zu sichern.

Erste Hinweise für die Wirksamkeit des Versorgungsangebotes *Institutsambulanz* haben sich in dieser Untersuchung durch die effektive Verkürzung von Behandlungsdauern ergeben, die zudem nachweislich in ihren kostenmäßigen Auswirkungen mit dem verglichen wurde, was die Institutsambulanz selbst kostet. In der Summe kommt es zu deutlichen Einsparungen gegenüber den reinen Kosten im stationären Bereich. Die Reduktion der Behandlungsdauer ist, wie die Zentralwerte der personenbezogenen kumulierten Behandlungsdauern zeigen, kein statistisches Artefakt. Ob die Kosteneinsparungen langfristig stabil sind und nicht durch erhöhte Einweisungsraten oder ansteigende Pflegesätze ausgeglichen werden, müssen zukünftige Untersuchungen zeigen.

Über die Qualität der Behandlung in der Institutsambulanz ist damit noch keine Aussage gemacht. Die methodischen Voraussetzungen des Untersuchungsplans bedingen, dass nicht geprüft werden konnte, ob die Behandlung der Institutsambulanz die Veränderungen, insbesondere in der Hospitalisierungsdauer, ursächlich bewirkt hat. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Institutsambulanzen ist aufgrund der Abhängigkeit von der Infrastruktur des Landkreises Tübingen nicht ohne weiteres möglich.

Der empirische Beitrag dieser Arbeit wird sicher nicht in vollem Umfang der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes *Institutsambulanz* gerecht. Zur Erfassung der Effizienz müssen zukünftig auch andere klinische und soziale Maße herangezogen und geeignete Kontrollgruppen gebildet werden. In der realen Versorgungsforschung ist es nur schwer möglich, Patienten alternativen Behandlungsinstitutionen zuzuteilen, um deren therapeutische Effizienz zu untersuchen. Der Verbleib eines Patienten in der Institutsambulanz ist eine Selektion und bereits selbst Teil der therapeutischen Wirkungen. Außerdem ist die außerstationäre Versorgung der hier untersuchten chronisch psychisch Kranken in der Regel nicht auf die Institutsambulanz beschränkt sondern beinhaltet beim Einzelnen ein ganzes Bündel von Massnahmen (betreutes Wohnen, Werkstatt für Behinderte, gesetzliche Betreuung). Ihre empirische Absicherung, so zeigen es auch andere Untersuchungen, entzog sich bislang methodischen Möglichkeiten (an der Heiden, 1996). Nachfolgende Forschungen sollten einzelne Diagnosegruppen fokussieren und deren Verläufe prospektiv untersuchen. Darüber hinaus wären vergleichende Untersuchungen mit der Klientel von Nervenarztpraxen der Region, als Gruppe mit „konventioneller“ Versorgung, sinnvoll.

6 Zusammenfassung

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde sowohl die Einrichtung von Institutsambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern bzw. Universitätskliniken mit psychiatrischen Abteilungen erleichtert als auch die Soziotherapie als neue Leistung in das SGB V eingeführt. Beides führte dazu, dass sich in Baden-Württemberg die Krankenkassen aus der Mitfinanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste zurückzogen und seit 2002 Psychiatrische Institutsambulanzen eingerichtet wurden.

Mit der vorliegenden Arbeit sollte geprüft werden, ob die Institutsambulanz ihren Auftrag erfüllt, nämlich die Versorgung der Teilgruppe schwer und chronisch psychisch Kranker. Weiterhin sollte untersucht werden, ob die Behandlung in der Institutsambulanz einen Einfluß auf die Verkürzung oder Vermeidung stationärer Behandlung hat. Darüber hinaus wurde ein an der Zielgruppe der chronisch und mehrfachbeeinträchtigten alkoholabhängigen Patienten orientiertes Behandlungsangebot auf seine Wirksamkeit überprüft.

Im folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst:

► Die multizentrische Erhebung an 11 Institutsambulanzen in Baden-Württemberg ergab eine Reihe von Hinweisen, dass Institutsambulanzen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben die Behandlung chronisch und schwer kranker Patienten sichern. Die Ergebnisse der lokalen Untersuchungen der Tübinger Institutsambulanz belegen, dass genau diese Zielgruppen auch erreicht werden.

Vergleiche zwischen den aggregierten BADO-Daten gaben Hinweise auf bestehende Unterschiede in den Versorgungsregionen. Es zeigte sich jedoch kein erkennbarer Zusammenhang zwischen den regionalen Versorgungsstrukturen und der Zusammensetzung der PIA-Klientel. Ebenso bestätigte sich die Hypothese von generellen Patientenmerkmalen in Abhängigkeit vom Krankentyp nicht.

► Es wurde nachgewiesen, dass sich durch das Angebot der Tübinger Institutsambulanz die Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung reduzieren läßt. Neben dem Kostensenkungsaspekt steht die Ausrichtung auf eine therapeutisch verantwortete „Vermeidung stationärer Behandlung“ im Vordergrund. Diese ist orientiert an dem, was das Leben außerhalb des Krankenhauses ermöglicht, mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden sozialen Integration und dem Erhalt der Lebensqualität.

Insbesondere für die zur Nach- und Weiterbehandlung in die Institutsambulanz übernommenen stationären Patienten, konnte eine wirkungsvolle Reduktion der jährlichen personenbezogenen Hospitalisierungsdauer um durchschnittlich 60% erreicht werden. Störungsspezifisch zeigte sich eine signifikante Reduktion für Patienten mit Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen, nicht jedoch bei den Alkoholkranken. Der zeitliche Zusammenhang der psychiatrischen Krankenhausbehandlung mit dem Behandlungsbeginn in der Ambulanz spricht für das Verkürzungskriterium und belegt eine wesentliche Funktion der Institutsambulanz, nämlich die Verzahnung zwischen ambulante und stationärem Bereich. Damit stellt die Psychiatrische Institutsambulanz einen wesentlichen Baustein dar im Konzept der „Integrierten Versorgung“.

► Mit der Reduktion von Zeiten der Rehospitalisierung sind Kosteneinsparungen von durchschnittlich 40% der stationären Vorjahreskosten der Ambulanzpatienten verbunden.

Schizophrene Patienten weisen mit einer im Median um 40 Tage verkürzten jährlichen Behandlungsdauer den größten Behandlungsgewinn und eine Kostensenkung um rund zwei Drittel der Vorjahreskosten auf. Angesichts des Pflegesatzes für einen Tag in der Tübinger Klinik (246,72€), der nahezu die Unkosten einer Quartalspauschale ausmacht (270,-€), stellt die Behandlung in der Institutsambulanz eine absolut kostengünstige Alternative für chronisch und schwerkranke Patienten dar.

► Hinsichtlich differentieller Effekte zeigte sich erwartungsgemäß, dass der absolute Behandlungserfolg bei psychiatrischer Komorbidität, insbesondere in der Wechselwirkung von Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen, systematisch schlechter ist. Chronizitätskriterien waren als Einflussfaktoren für ein ungünstiges Behandlungsergebnis von untergeordneter Bedeutung. Doppeldiagnose-Patienten benötigen für sie individuell zugeschnittene Therapieangebote, die Interventionen für psychische Störungen und Substanzstörungen kombinieren und integrieren. Die Institutsambulanz allein kann das nicht leisten.

► Das 100-Tage-Programm der Tübinger Institutsambulanz stellt einen vielversprechenden Ansatz in der ambulanten niederschweligen Behandlung schwer alkoholkranker Patienten dar. Durch eine minimale aber hochfrequente Intervention gelingt es, eine Gruppe von chronisch Alkoholkranken zu erreichen, die üblicherweise aus den „klassischen“ Behandlungsmodellen herausfallen. Unter Berücksichtigung des Patientenprofils mit langen Krankheitsverläufen, zahlreichen Vorbehandlungen, sozialer Desintegration und einem hohen

Anteil an komorbiden psychischen Störungen, sprechen moderate Effekte in den Erfolgsraten und der stationären Wiederaufnahmerate für ein wirksames Programm. Als Behandlungsstandard für diese Patientengruppe ist das 100-Tage-Programm für andere Ambulanzen zu empfehlen.

Vor dem Hintergrund der noch schmalen Datenlage und aller methodenkritischer Einschränkungen hat sich die *Psychiatrische Institutsambulanz* als geeignete und effektive Versorgungseinrichtung erwiesen. Die vorliegenden Ergebnisse belegen, dass die Institutsambulanz gerade zur Versorgung chronisch psychisch Kranker leistungsfähig ist. Neue Datenanalysen zur Versorgungssituation psychisch Erkrankter in Deutschland zeigen auf, dass in der ambulanten Versorgung eine deutliche psychiatrisch-psychotherapeutische Unterversorgung besteht (Berger, 2004). Im Rahmen des Strukturwandels in der Krankenhauslandschaft und angesichts der eher restriktiven Kapazitäts- und Finanzierungsvorgaben unter den niedergelassenen Psychiatern, hat die Institutsambulanz eine wichtige ergänzende Funktion im psychiatrischen Versorgungsnetz. Insbesondere für die schwer und chronisch Kranken mit einem hohen Risiko für stationäre Wiederaufnahmen, die im Verlauf keine volle soziale Reintegration erreichen, garantieren Institutsambulanzen mit ihrem multiprofessionellen und sozialpsychiatrischen Angebot eine angemessene ambulante Versorgung. Das macht die integrative Schlüsselstellung der Institutsambulanz aus. Und damit ihren besonderen Stellenwert.

7 Literaturverzeichnis

- Albers M (1998). Die Langzeitbehandlung der chronischen Schizophrenien. *Nervenarzt*, 69, 737 – 751.
- Angermeyer MC, Holzinger A & Matschinger H (1999). Lebensqualität, das bedeutet für mich... Ergebnisse einer Umfrage bei schizophrenen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 26, 56 – 60.
- Arbeitsgruppe CMA (1999). Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. *Sucht*, 45, 6-13.
- Averill PM, Ruiz P, Small DR, Guynn RW & Tcheremissine O (2003). Outcome assessment of the Medicaid managed care program in Harris County (Houston). *Psychiatric Quarterly*, 74, 2, 103 – 114.
- Batra A (2000). Selbstkontrollmethoden. In: Batra A, Wassmann R & Buchkremer G (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen-Methoden-Anwendungsgebiete*. Stuttgart: Thieme.
- Bauer M (1997). Institutsambulanzen. Partner oder Konkurrenten für niedergelassene Nervenärzte. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 26, 11 - 16.
- Bauer I & Hasenöhr G (2000). Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht*, 46, 250 – 259.
- Becker T (1998). *Gemeindepsychiatrie. Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland*. Stuttgart: Thieme.
- Becker T (2001). Out-patient psychiatric services. In: Thornicroft G & Szmukler G (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, pp 277 – 282.
- Berger M (2004). Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt*, 75, 195 – 204.
- Berger W & Welschehold M (2002). *Basisdokumentation für psychiatrische Ambulanzen (AmBADO)*. Psychosoziale Arbeitshilfen 19. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andreasson S & Ojehagen A (2003). Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27 (10), 1645 – 1656.
- Blumenthal S, Bell V, Neumann N-U, Schüttler R & Vogel R (1988). Die Wiedereinweisung ersthospitalisierter psychiatrischer Patienten – Verlauf und prädiktive Einflüsse nach 5 Jahren. *Psychiatrische Praxis*, 15, 96 – 101.

- Bochnik HJ & Koch H (1990). *Die Nervenarzt-Studie. Praxen, Kompetenzen, Patienten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bolm W, Bosch G & Lehmkuhl D (1989). Zur Reduktion vollstationärer Behandlung durch ein System teilstationärer, ambulanter und komplementärer Dienste. *Psychiatrische Praxis*, 16, 199 – 206.
- Bottlender M, Bottlender R, Scharfenberg CD & Soyka M (2003). Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieverlauf einer ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53, 384 – 389.
- Bortz J & Döring N (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 3.Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Brasseler A (1999). Auswirkungen der gerontopsychiatrischen Ambulanz auf die stationäre Situation am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 28, 167 - 170.
- Brenner HD, Junghan U & Pfammatter M (2000). Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen. *Nervenarzt*, 71, 691 – 699.
- Bruffaerts R, Sabbe M & Demyttenaere K (2004). Effects of Patient and Health-System Characteristics on Community Tenure of Discharged Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services*, 55, 685 – 690.
- Bruns G (1989). Drei Typen der stationären psychiatrischen Versorgung – ein statistischer Vergleich. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 51, 17 – 20.
- Buchkremer G, Stricker K, Holle R & Kuhs H (1991). The predictability of relapses in schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 240, 292 – 300.
- Bühl A & Zöfel P (2000). *SPSS Version 10. Einführung in die moderne Datenanalyse*. 7. überarb. und erw. Aufl. München: Addison-Wesley.
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: BMJFFG.
- Bundesvereinbarung Institutsambulanzen (2001). Vereinbarung gemäß §118 Absatz 2 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. *Deutsches Ärzteblatt*, 98: A566 – A568 (Heft 9).

- Burtscheidt W, Schwarz R, Wölwer W & Gaebel W (2001a). Verhaltenstherapeutische Verfahren in der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen. Abstinenzverhalten und soziodemographische Faktoren. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 526 – 531.
- Burtscheidt W, Wölwer W, Schwarz R, Strauss W, Löll A, Lüthcke H, Redner C & Gaebel W (2001b). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 24 – 29.
- Caton CLM & Galnick A (1987). A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 858 – 863.
- Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Hederson J & Healey A (2002). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological Medicine*, 32, 383 – 401.
- Claassen D, Seidensticker K, Häberle G & Spengler A (1992). Klientel und Inanspruchnahme einer neu gegründeten psychiatrischen Institutsambulanz (Abstract). *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 60 (2), S175.
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Göttingen: Beltz.
- Cooper B, Dilling H, Kanowski S & Remschmidt H (1985). Die wissenschaftliche Evaluation psychiatrischer Versorgungssysteme: Prinzipien und Forschungsstrategien. *Nervenarzt*, 56, 348 – 358.
- Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD, Geiselhart H, John U, Netzold DW, Schönell H (1995). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 24, 3 – 41.
- Cording C (1998). Sinn und Unsinn der Basisdokumentation. *Psychiatrische Praxis*, 25, 161 – 162.
- Cording C, Kipp J, Kukla R, Kunze H & Saß H (2001). Der neue Krankenhausvergleich nach §5 BpflV und seine Anwendung in der Psychiatrie. Eine Stellungnahme der DGPPN, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) und der Aktion Psychisch Kranke (APK). *Nervenarzt*, 72, 63 – 66.
- Creutz R, Kähler HD & v. Wedel-Parlow U (1982). Auswirkungen einer Ambulanz am psychiatrischen Krankenhaus auf die psychiatrische Versorgung. *Nervenarzt*, 53, 39 – 45.
- Deutscher Bundestag (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland* (Psychiatrie-Enquête). Bonn: Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200.
- Deutscher Bundestag (1999). *Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000* (GKV-Gesundheitsreformgesetz). Bundesgesetzblatt, Teil I Nr.59.

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde - DGPPN (1997). *Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2000). *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe*. Positionspapier 2001; Hamm: Eigenverlag.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2003). *Jahrbuch Sucht 2004*. Geesthacht: Neuland.
- Dielentheis TF & Priebe S (2002). Patientenmerkmale, Behandlungsdauer und Kosten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell. *Psychiatrische Praxis*, 29, 186 – 193.
- Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. 2.korr.Aufl. Bern, Göttingen: Huber.
- Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Müller P, Müller-Spahn F, Tegeler J & Schüssler G (1998). Predictors of relapse and rehabilitation in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 87 – 98.
- Driessen M (1999). *Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit*. Darmstadt: Steinkopf.
- Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A & Dilling H (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klinisch evaluierter Behandlungsprogramme. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt*, 70, 463 – 470.
- Dübgen R, Andreas-Siller P, Siller G & Ziethen M (2002). Mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke: Reduktion stationärer Aufenthalte in der Psychiatrie durch eine ambulante Betreuung. *Sucht*, 48, 124 – 129.
- Durham ML (1998). Mental health and Managed Care. *Annual Review of Public Health*, 19, 493 – 405.
- Egetmeyer A (1984). Stand und Probleme der Entwicklung von Institutsambulanzen in psychiatrischen Krankenhäusern. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 14, 36-46.
- Ehrenreich H, Mangholz A, Schmitt M, Lieder P, Völkel W, Rüter E & Poser W (1997). OLITA: an alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 247, 51 – 54.
- Ehrenreich H, Krampe H, Wagner T, Jahn H, Jacobs S, Maul O & Poser W (2000). Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke – ALITA: Ein neues Konzept für die ambulante Behandlung schwer abhängiger Alkoholkranker. *Sucht*, 46, 335.

- Ehrenreich H et al. (2002). ALITA – Neue Wege in der ambulanten Intensivbehandlung von Alkoholabhängigen. In: Mann K (Hrsg.), *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*. Lengerich: Pabst Science Publishers, S.107 – 118.
- Eikelmann G (1997). *Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis*. 2.Aufl. Stuttgart: Enke.
- Fähndrich E (1995). Institutsambulanz – oft eine Alternative zur vollstationären Behandlung. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 24, 242 – 246.
- Feuerlein W, Kufner H & Soyka M (1998). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme, 5.Auflage.
- Finney JW, Hahn AC & Moos RH (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91, 1773 – 1796.
- Finney JW & Monahan SC (1996). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 229 – 243.
- Fleischmann H (2001). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholabhängige (CMA) und Alkohol Kranke in Entwöhnungstherapie (EWT) – zwei unterschiedliche Gruppen Alkoholabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus. *Sucht*, 47, 321 – 330.
- Frick U, Rehm J, Krischker S & Cording C (1999). Length of stay in a German psychiatric hospital as a function of patient and organizational characteristics – a multilevel analysis. *International Journal of methods in Psychiatric Research*, 8, 146 – 161.
- Frieboes RM (2003). Soziotherapie gemäß §37a SGB V. Psychiatrische Indikation, Leistungsbeschreibung und sozialrechtlicher Hintergrund. *Nervenarzt*, 74, 596 – 600.
- Frieboes RM (2004). Soziotherapie. In: Rössler W (Hrsg.). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gaebel W (2000). Langzeitmedikation schizophrener Psychosen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 68, S26 – S31.
- Gebhardt R-P & Steinert T (1998). Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete. *Nervenarzt*, 69, 791 – 798.
- Glossar - Sucht (2001). *Sucht*, 47 (2), 11 – 19.
- Gmür M & Tschopp A (1988). Die Behandlungskontinuität bei schizophrenen Patienten in der Ambulanz. Eine Fünfjahresnachuntersuchung. *Nervenarzt*, 59, 727 – 730.
- Goldman HH, Skodol AE, & Lave TR (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148 – 1156.

- Gromann P (2002). *Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP*. Psychosoziale Arbeitshilfen 17. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gsellhofer B, Kufner H, Vogt M & Weiler D (1999). *European Addiction Severity Index: EuropASI*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.
- Häfner H, Heiden an der W, Buchholz W, Bardens R, Klug J & Krumm B (1986). Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. *Nervenarzt*, 57, 214 – 226.
- Hammer K (1998). *Psychiatrische Datenbanken – Klotz am Bein oder Quell der Erkenntnis?* Dissertation, Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Haselbeck, H (1987). *Ambulante Dienste als Alternative zum psychiatrischen Krankenhaus?* Ergebnisse der ambulanten Langzeitbetreuung chronisch schizophrener Menschen. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Haug HJ & Rössler W (1999). Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 115 – 122.
- Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL, Davis JM & Lewis DA (1995). Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 856 – 861.
- Heiden W an der & Krumm B (1985). Does Outpatient Treatment Reduce Hospital Stay in Schizophrenics? *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 235, 26 - 31.
- Heiden W an der, Krumm B & Häfner H (1989). *Die Wirksamkeit ambulanter psychiatrischer Versorgung – Ein Modell zur Evaluation extramuraler Dienste*. Berlin: Springer.
- Heiden W an der (1996). Können durch außerstationäre Maßnahmen stationäre Aufenthalte verhindert werden? *Gesundheitswesen*, 58 (1), 38 – 43.
- Hilge T & Schulz W (1999). Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger: Die Braunschweiger Merkmalsliste (BML). *Sucht*, 45, 55 – 68.
- Hofmann W, Gougleris G, Panzer M, Tigiser E, Warken R & Zimmer FP (1992). Mehrfachaufnahmen im psychiatrischen Krankenhaus – eine Untersuchung zur Situation sogenannter „Drehtür-Patienten“. *Psychiatrische Praxis*, 19, 217 – 224.
- Höffler J, Trenckmann U, Graf v. d. Schulenburg JM (2000). Gesundheitsökonomische Evaluationen schizophrener Psychosen in Deutschland. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 68 (1), S7 – S12.

- Hoff R & Rosenheck RA (1999). The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 50, 1309 – 1315.
- Holder D (2000). Die Reduzierung der medizinischen Folgekosten: Kosten-Nutzen-Analysen von Alkoholbehandlungen. *Sucht*, 46, 3, 193 – 194.
- Holloway F, Oliver N, Collins E & Carson J (1995). Case management: a critical review of the outcome literature. *European Psychiatry*, 10, 113 – 128.
- Hopko DR, Lachar D, Bailey SE & Varner RV (2001). Assessing predictive factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission. *Psychiatric Services*, 52, 1367 – 1373.
- Hübner J, Lorenzen H, Spengler A, Schmauss M, Fritze J, Kunze H, Lepper H, Kukla R & Walger M (2002). Kritischer Kommentar zur „Arbeitshilfe für die Umsetzung der Vereinbarung über Psychiatrische Institutsambulanzen“ des MDK-Kompetenz-Centrums für Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt*, 73, 383 – 385.
- John U & Dilling H (1989). Stand der psychiatrischen Basisdokumentation in der Bundesrepublik Deutschland. *Nervenarzt*, 60, 510 – 515.
- Johnstone P & Zolese G (2004). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.
- Joy CB, Adams CE & Rice K (2002). Crisis intervention for people with severe mental illness. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.
- Jung, M (1998). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. In: Mann, K & Buchkremer G (Hrsg.), *Sucht – Grundlage, Diagnostik, Therapie*. Ulm: Gustav Fischer, 157 – 167.
- Kaiser W, Isermann-Gerke M, Linden M & Wilms H-U (1991). Schizophrene Patienten in ambulanter Behandlung eines psychiatrischen Krankenhauses und in Praxen niedergelassener Nervenärzte. *Nervenarzt*, 62, 158 – 164.
- Kallert TW, Schützwohl M, Leïße M, Becker T, Kluge H, Kilian R, Angermeyer MC & Bach O (2000). Dokumentationssystem für den komplementären psychiatrischen Bereich. *Psychiatrische Praxis*, 27, 86 – 91.
- Kallert TW & Leïße M (2000). Rehabilitationsvorstellungen gemeindepsychiatrisch betreuter schizophrener Patienten. *Rehabilitation*, 39, 268 – 275.
- Kanfer FH, Reinecker H & Schmelzer D (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kastrup M (1987). The use of a psychiatric register in predicting the outcome „revolving door patient“. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 552 – 560.

- Kauder V, Aktion Psychisch Kranke (2001). *Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung.“* Psychosoziale Arbeitshilfen 11. 4.Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kent S & Yellowlees P (1994). Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital Community Psychiatry*, 45, 347 – 350.
- Kent S, Fogarty M & Yellowlees P (1995). A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatric Services*, 46, 1247 – 1253.
- Kiefer F (2002). Pharmakotherapeutische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit. In: Mann K (Hrsg.) *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*. Lengerich: Pabst Science Publishers, S.91 - 106.
- Kilian R, Roick C, Angermeyer MC & Becker T (2004). Methodische Probleme und Lösungsansätze der Kostenerfassung und der Kostenanalyse in der psychiatrischen Versorgung am Beispiel der Kosten Schizophreniebehandlung. In: Vogel H & Wasem J (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie*. Stuttgart: Schattauer, S.76 – 99.
- Kissling W (1992). Neuroleptische Rezidivprophylaxe – eine verpasste Chance? In: Rifkin A & Osterheider M (Hrsg.), *Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien*. Berlin, Heidelberg: Springer, S.83 – 91.
- Kluge H, Hülsmann S, Kopf A, Angermeyer MC & Becker T (2002). Stationäre psychiatrische Behandlungsdauer. Eine statistische Analyse auf Grundlage einer Basisdokumentation. *Krankenhauspsychiatrie*, 13, 104 – 110.
- Kommer K (2004). *Krankheits- und Behandlungsverlauf schizophrener Patienten unter Berücksichtigung der subjektiven Sichtweise. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsstudie über 4 Jahre*. Dissertation, Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Köhler-Offierski A (1989). Arbeitsbericht aus einer Institutsambulanz. *Psychiatrische Praxis*, 16, 14-18.
- Korkeila JA, Karlsson H & Kujari H (1995). Factors predicting readmissions in personality disorders and other nonpsychotic illnesses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 138 – 144.
- Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T & Helenius H (1998). Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 528 – 534.
- Kremer G & Driessen M (2002). Kosten und Nutzen von Entzugsbehandlungen. In: Mann K (Hrsg.), *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*. Lengerich: Pabst Science Publishers, S.245 - 263.

- Küfner H & Feuerlein W (1989). *Inpatient treatment for alcoholis, a multicentre evaluation study*. Berlin: Springer.
- Kuhlmann T (2001). Die Bedeutung von Harm Reduction in der Suchthilfe. *Sucht*, 47, 131 – 137.
- Landratsamt Tübingen (1997). *Leitfaden Sucht für den Landkreis Tübingen*. Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen (Hrsg.).
- Landratsamt Tübingen (1999). *Leitfaden Psychiatrie für den Landkreis Tübingen*. Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen (Hrsg.), 3.überarb. Auflage.
- Lange W, Veltrup C & Driessen M (1999). Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen. *Sucht*, 45, 235 – 244.
- Längle G, Mann K, Mundle G & Schied HW (1993). Ten years after – The posttreatment course of alcoholism. *European Psychiatry* 8, 95 – 100.
- Längle G & Buchkremer G (1997). Veränderungen im stationären und ambulanten Leistungsgeschehen: Psychiatrie. In: M.Arnold & D.Paffrath (Hrsg.), *Krankenhaus – Report '97*. Stuttgart: Fischer, 35 – 50.
- Längle G (2001) Lebenswelten von chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken - Anforderungen an ein Versorgungssystem. In: Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (Hrsg.), *Der lange Weg der Sucht – Über Lebenswelten und Überlebenswelten chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker*. Dokumentation der 3.Fachtagung des Rabenhofs, 7-12.
- Längle G, Mayenberger M & Günthner A (2001). Gemeindenahe Rehabilitation für schwer psychisch Kranke? *Rehabilitation*, 40, 21 - 27.
- Längle G (2002). *Behandlungcompliance schizophrener Patienten nach Entlassung aus der Klinik*. Habilitationsschrift, Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Längle G, Egerter B, Albrecht F, Petrasch M & Buchkremer G (2004). Prevalence of Mental Illness among Homeless Men in the Community – Approach to a Full Census in a Southern German University Town. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (im Druck).
- Loer R (1991). Rechtliche, administrative und organisatorische Probleme und Entwicklungsperspektiven von psychiatrischen Institutsambulanzen. In: Spengler A (Hrsg.), *Institutsambulanzen in der psychiatrischen Versorgung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.84 - 98.
- Lorenzen H (1991). Institutsambulanz einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus. In: Spengler A (Hrsg.), *Institutsambulanzen in der psychiatrischen Versorgung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.69 - 83.

- Mann K & Batra A (1993). Die gemeindenahe Versorgung von Alkoholabhängigen. *Psychiatrische Praxis*, 20, 102-105.
- Mann K & Mundle G (1997). Neue Wege in der Behandlung von Suchterkrankungen am Beispiel der Alkoholabhängigkeit. *Nervenheilkunde*, 16, 211 – 214.
- Mann K (2002). Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99: A632 – A644.
- Marshall M, Gray A, Lockwood A & Green R (2002). Case management for people with severe mental disorders (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Issue 4.
- Marshall M & Lockwood A (2002). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Issue 4.
- Melchinger H (1999). *Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen*. Baden-Baden: Nomos.
- Melchinger H, Machleidt W & Rössler W (2003). Psychiatrische Versorgung. Ausgaben auf dem Prüfstand. *Deutsches Ärzteblatt*, 100: A2850 – A2852 (Heft 44).
- Meller I, Fichter MM & Witzke W (1989). Die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste in der Gesamtbevölkerung. *Nervenarzt*, 60, 462 – 471.
- Miller WR et al. (1995). What works? A methodological analysis of alcoholism treatment outcome literature. In: Hester RH & Miller WR (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. New York: Allyn and Bacon, pp 12 – 44.
- Modestin J & Lerch M (1988). Hospitalisierungsdauer – ein zentrales Maß der psychiatrischen Spitalpolitik. *Nervenarzt*, 59, 344 – 349.
- Moggi F & Donati R (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mundle G & Mann K (1996). Ein Modell zur Integration stationärer und ambulanter Therapie von Alkoholabhängigen. *Psycho*, 22, 444 – 451.
- Mundle G, Brügel R, Urbaniak H, Längle G, Buchkremer G, Mann K (2001). Kurz- und mittelfristige Erfolgsraten ambulanter Entwöhnungsbehandlungen für alkoholabhängige Patienten – Eine 6-, 18- und 36-Monats-Katamnese. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 69, 374-378.
- Müller, P (1999). *Therapie der Schizophrenie. Integrative Behandlung in Klinik, Praxis und Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme.

- Müller-Mohnssen M, Hoffmann M & Rothenbacher H (1999). Chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke (CMA) in der stationären psychiatrischen Behandlung – diagnostische, soziale und Verlaufsmerkmale. *Sucht*, 45, 45 – 54.
- Müller-Mohnssen M, Schwoon DR & Reymann G (2002). Komorbidität bei Störungen durch psychotrope Substanzen in der psychiatrischen Entzugsbehandlung. In: Wolfersdorf M, Maurer Ch & Moos M (Hrsg.), *Forschung im Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie*. Regensburg: S. Roderer, S.68 – 74.
- Neumann N-U, Bell V, Blumenthal S, Schüttler R & Vogel R (1989). Zur Situation psychiatrischer Patienten 5 Jahre nach der ersten stationären Behandlung – Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung. In: Hippus H et al. (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S.208 - 214.
- Nieminen P, Isohanni M & Winblad I (1994). Length of hospitalization in an acute patients' therapeutic community ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 466 – 472.
- Oiesvold T, Saarento O, Sytema S, Vinding H, Göstas G, Lönnerberg O, Muus S, Sandlund M & Hansson L (2000). Predictors for readmission risk of new patients: the nordic comparative study on sectorized psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 367 – 373.
- Paris J (2002). Chronic suicidality among patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*, 53, 738 – 742.
- Pelz M (1997). Integration von ambulanter und stationärer Behandlung bei Suchtkranken: Das Beispiel der Institutsambulanz der Fachklinik Langenberg. *Sucht*, 43, 342 – 348.
- Pfeiffer W (1997). Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung – eine erneute Bestandsaufnahme. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 26, 2 – 10.
- Project Match Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7 – 29.
- Rabinowitz J, Mark M, Popper M, Slyuzberg M & Munitz H (1995). Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 65 – 72.
- Reisig L & Engelbach S (1991). Institutsambulanz auf dem Land. In: Spengler A (Hrsg.), *Institutsambulanzen in der psychiatrischen Versorgung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.31 - 48.
- Reker T, Richter D, Bätz B, Luedtke U, Koritsch HD & Reymann G (2004). Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung alkoholabhängiger Patienten. *Nervenarzt*, 75, 234 – 241.

- Richter D, Berger K & Eikelmann B (1999). Was bestimmt den psychiatrischen Problempatienten? Ergebnisse einer Untersuchung zur Patienteneinstufung in der Psychiatrie-Personalverordnung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67, 21 – 28.
- Richter D & Eikelmann B (2000). Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie: positive und negative Konsequenzen? *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 3, 67 - 72.
- Richter D (2001). Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. Eine Übersicht über Methodik, Einflussfaktoren und Auswirkungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 19 -31.
- Richter D, Venzke A, Settelmayer J & Reker T (2002). Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung – „Heavy User“ oder chronisch Kranke? *Psychiatrische Praxis*, 29, 364-368.
- Rist F (1996). Therapiestudien mit Alkoholabhängigen. In: Mann K & Buchkremer G (Hrsg.), *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Gustav Fischer, S.243 – 254.
- Rist F (2002). Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren. *Sucht*, 48, 171 – 181.
- Rosenblatt A & Mayer J (1974). The recidivism of mental patients: A review of past studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 697 – 706.
- Rössler W, Löffler W, Fätkenheuer B & Riecher-Rössler A (1992). Does case management reduce the rehospitalization rate? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 445 – 449.
- Rössler W & Salize HJ (1993). *Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Rössler W, Salize HJ, Biechele U & Riecher-Rössler A (1994). Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung – Ein europäischer Vergleich. *Nervenarzt*, 65, 427 – 437.
- Rössler W, Salize HJ (1996). *Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker. Daten, Fakten, Analysen*. Baden-Baden: Nomos.
- Rössler W, Salize HJ & Knapp M (1998). Die Kosten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 496 – 504.
- Rössler W (2000). Psychiatrische Versorgungsforschung, ein Instrument der Bedarfsplanung. *Psychiatrische Praxis*, Sonderheft 2, 44 – 48.
- Rössler W (2004) (Hrsg.). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Roick C, Gärtner A, Heider D & Angermeyer MC (2002a). Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 29, 334 – 342.

- Roick C, Heider D, Kilian R & Angermeyer MC (2002b). Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 29, 343 – 349.
- Roick C, Heider D & Angermeyer MC (2003). Entwicklung eines Screening-Instruments zur Identifikation von Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 378 – 386.
- Roick C, Heider D, Stengler-Wenzke K & Angermeyer MC (2004). Analyse starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. *Psychiatrische Praxis*, 31, 241 – 249.
- Rosenheck R, Neale M, Leaf P, Milstein R & Frisman L (1995). Multisite experimental cost study of intensive psychiatric community care. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 129 – 140.
- Rychlik R, Ernen C, Pfeil T & Daniel D (2002). Die Kosten des Alkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 7, 389 – 395.
- Salize HJ, Rössler W & Reinhard I (1996). Kostenermittlung in einem fragmentierten psychiatrischen Versorgungssystem. *Gesundheitswesen*, 58, 10 – 17.
- Salize HJ, Bullenkamp J, Alscher I & Wolf I (2000). Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindep psychiatrischen Verbund (GPV). *Psychiatrische Praxis*, 27, 92 – 98.
- Salize HJ (2004). Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie in Deutschland im Langzeitverlauf. In: Vogel H & Wasem J (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie*. Stuttgart: Schattauer, S.76 – 99.
- Saß H, Wittchen HU & Zaudig M (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schleunig G & Stockdreher P (2000). *Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement: sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 133. Baden-Baden: Nomos.
- Schwärzler F, Stetter F, Kühnel P & Mann K (1997). Zum Stellenwert einer niederfrequenten ambulanten Therapie für Alkohol Kranke in der Post-Entzugs-Phase. *Nervenheilkunde*, 16, 396 – 401.
- Schwoon D (1992). Motivation – Ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkrankter. In: Wienberg G (Hrsg.), *Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.170 – 182.

- Soyka, M & Zieglgänsberger W (1999). Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit mit Acamprosat. *Internist*, 40, 330-336.
- Soyka M, Hasemann S, Mühlbauer H & Schütz CG (2001a). Therapeutische Strategien und Hilfen bei chronischen Alkoholikern. *Gesundheitswesen*, 63, 347 – 353.
- Soyka M, Horak M, Morhart V & Möller HJ (2001b). Modellprojekt „Qualifizierte ambulante Entgiftung“. *Nervenarzt*, 72, 565 – 569.
- Soyka M, Hasemann S, Scharfenberg CD, Löhnert B & Bottlender M (2003). Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten. *Nervenarzt*, 74, 226 – 234.
- Soyka M (2004). Ambulante Entziehung und Entwöhnung Alkoholkranker. Neue Konzepte und Ergebnisse der Therapieforschung. *Bayerisches Ärzteblatt*, 2, 80 – 83.
- Sozialminister Dr. Repnik, Landtag Baden-Württemberg (2004). *Stellungnahme des Sozialministeriums. Die Rolle Psychiatrischer Institutsambulanzen (PIA) in der gemeindepsychiatrischen Versorgung*. Drucksache 13/ 3087.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), *Psychiatrieplan 2000. Teil 2 – Wegweiser Psychiatrie*. Stuttgart: Sozialministerium.
- Soziotherapie-Richtlinien (2001). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 98: C2540 – C2543 (Heft 48).
- Spengler A (1987). Krisenintervention im Rahmen einer Institutsambulanz. *Psycho*, 13, 432 – 438.
- Spengler A, Hill J & Böhme K (1989). Psychiatrische Institutsambulanz – praktische Erfahrungen und empirische Ergebnisse. In: Hippus H et al. (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S.200 – 207.
- Spengler A (1991). *Institutsambulanzen in der psychiatrischen Versorgung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Spengler A, Lorenzen H & Egetmeyer A (2001). Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen – eine Übersicht zur neuen Gesetzes- und Vertragslage. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 30, 79 – 84.
- Spengler A (2002). Psychiatrische Institutsambulanzen – Stellung im Versorgungssystem und aktuelle leistungsrechtliche Fragen. *Nervenarzt*, 73, Suppl.1, 125.
- Spengler A (2003). Psychiatrische Institutsambulanzen – ein Überblick. *Nervenarzt*, 74, 476 – 478.

- Spießl H, Hübner-Liebermann B, Binder H & Cording C (2002). „Heavy Users“ in einer psychiatrischen Klinik – Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. *Psychiatrische Praxis*, 29, 350 – 354.
- Stevens A, Hammer K & Buchkremer G (1996). What determines the length of psychiatric inpatient treatment? *European Psychiatry*, 11 (4), 343s.
- Stevens A, Hammer K & Buchkremer G (2001). A statistical model for length of psychiatric inpatient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 1 – 9.
- Stevens A, von Choltitz V & Buchkremer G (2003). The many faces of the psychiatric revolving door patient. A survival-analytic study of frequent readmission. Unveröff. Manuskript.
- Stetter F & Mann K (1997). Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Nervenarzt*, 68, 574 – 581.
- Stetter F (2000). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 2: Beiträge verschiedener Psychotherapierichtungen. *Psychotherapeut*, 45, 141 – 152.
- Süß HM (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau* 46, 248-266.
- Tómasson K & Vaglum P (1998). The role of psychiatric comorbidity in the prediction of readmission for detoxification. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 129-136.
- Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P & Marriott S (2002). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.
- Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker. „*Vereinbarung Abhängigkeits-erkrankungen*“ vom 4.05.2001, Anlage 3.
- Wagner T et al. (1999). ALITA: Ein neues Konzept der gemeindenahen Therapie Alkoholabhängiger. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3, 31 – 34.
- Wagner T., Krampe H, Jahn H, Stawicki S, Heutelbeck K, Jacobs S, Driessen M, Kröner-Herwig B, Rüter E & Ehrenreich H (2001). Psychiatrische Komorbidität (Achse-I-Störungen) bei Alkoholabhängigen im Verlauf einer ambulanten Therapie – erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Suchtmedizin* 3, 41 – 48.
- Wagner T, Krampe H, Stawicki S, Reinhold J, Galwas C, Aust C et al. (2003). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke – Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA). *Suchtmedizin*, 5, 221 – 236.

- Welschehold M, Jordan A & Berger W (2003). Entwicklung und erste Ergebnisse der AmBADO. Ambulante Basisdokumentation der psychiatrischen Institutsambulanzen der bayerischen Bezirkskrankenhäuser. *Psychiatrische Praxis*, 30 (2), S143 – S150.
- Wienberg G (1993) Abhängigkeitskranke in psychiatrischer Krankenhausbehandlung – Ergebnisse einer Erhebung in 14 Kliniken der Bundesrepublik. *Sucht* 39, 264-275.
- Wienberg G (1994). Die Nichtversorgung der chronisch Abhängigkeitskranken – Beschreibung der Ist-Situation in der Gemeinde. In: Widmaier-Berthold C (Hrsg.), *Neue Hilfen für mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke*. Regensburg: S.Roderer.
- Wienberg G (2001a). Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil II: Zur Situation der traditionellen Suchtkrankenhilfe. In Wienberg G & Driessen M (Hrsg.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg G (2001b). Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil III: Zur Situation in der psychiatrisch/psychosozialen Basisversorgung. In Wienberg G & Driessen M (Hrsg.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wieser S & Kunad E (1965). Katamnestiche Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. *Nervenarzt*, 36, 477 – 483.
- Wölwer W, Burtscheidt W, Redner C, Schwarz R & Gaebel W (2001). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: impact of personality disorder and cognitive impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 30 – 37.
- Woogh CM (1986). A cohort through the revolving door. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 214 – 221.

Mein Dank gilt:

Zunächst Herrn Prof. Dr. Martin Hautzinger, der durch seine verständnisvolle Unterstützung und wissenschaftliche Begleitung diese Arbeit ermöglichte.

Herrn PD Dr. Gerhard Längle danke ich für die konstruktiven Gespräche und für die wertvollen Impulse aus seinem außerordentlichen sozialpsychiatrischen Engagement. Er nahm sich stets Zeit und stand mit fachlicher Betreuung und kollegialem Rat zur Seite.

Frau Dipl. Psych. Monika Petrasch danke ich für die Mitarbeit bei der Datenerhebung im Archiv der Klinik. Für die hilfreichen Diskussionen bei statistischen Fragen danke ich Frau Dipl. Psych. Sabine Floruß und Frau Dipl. Psych. Wiltrud Bayer.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Institutsambulanzen, insbesondere den leitenden Oberärzten, die gerade in der Eröffnungsphase der Ambulanzen durch die Erhebung des Datenmaterials zusätzlich belastet wurden, sei für die bereitwillige und kooperative Zusammenarbeit gedankt.

Ein Dankeschön an die Patienten und Patientinnen der Tübinger Institutsambulanz, die mich stets neu herausfordern, psychiatrisch-psychotherapeutisches Wissen und Können zu ihrem Wohle einzusetzen.

Schließlich gilt mein herzlicher Dank Brigitte Weisbrod für die Korrekturarbeiten und für so manch ermutigendes Wort.