

**Zuweisungsstrategien
der Ärzte/innen, Psychologen-/innen und Sozialarbeiter/innen
für die Weiterbehandlung von Patienten
nach Entlassung aus vollstationärem Aufenthalt
eines psychiatrischen Krankenhauses
unter besonderer Berücksichtigung der dem Krankenhaus
angeschlossenen Tagesklinik**

Diplomarbeit

an der
Universität Konstanz
Sozialwissenschaftliche Fakultät
Fachgruppe Psychologie

vorgelegt von

Gudrun Antelmann

[E-Mail: gudrun.antelmann@gmx.de]

1. Gutachterin: Prof. Dr. Brigitte Rockstroh
2. Gutachter: Prof. Dr. Steck

Konstanz, August 1998

Danksagung

An erster Stelle möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Gütersloh, die die Fragebögen ausfüllten oder in anderer Weise meine Arbeit unterstützten, meinen ganz herzlichen Dank aussprechen.

Ohne das Interesse und die Förderung dieser Arbeit durch den damaligen ärztlichen Leiter Prof. Dr. Dr. K. Dörner, die Betriebsleitung und die Pflegedienstleitung wäre die Durchführung dieser Arbeit nicht möglich gewesen.

Dabei gilt mein Dank auch dem Krankenbüro, das die ausgefüllten Fragebögen sammelte und den Mitarbeitern der Hausstatistik.

Meinen besonderen Dank möchte ich Herrn Dipl. Psych. Lutz Schwede und dem Team der Tagesklinik als auch Herrn Dr. Urbahn aussprechen, die mich bei der Planung und Verwirklichung dieser Arbeit in der Klinik sehr unterstützt und engagiert begleitet haben.

Bei Frau Prof. Dr. Rockstroh von der Universität Konstanz möchte ich mich für die ausgezeichnete Betreuung und die Aufgeschlossenheit bezüglich der Thematik der vorliegenden Arbeit sehr bedanken.

Weiterhin danke ich Herrn Dr. Nagl für die wertvolle Hilfe bei statistischen Problemstellungen.

Abschließend möchte ich meiner Mutter Dank sagen für die Unterstützung in meinem Studium.

Konstanz, im August 1998

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINFÜHRUNG UND ALLGEMEINER ÜBERBLICK	1
2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN	4
2.1 Psychosoziales Versorgungsnetz - Überblick der Entwicklung	4
2.1.1 Die Entwicklung in den anglo-amerikanischen Ländern	4
2.1.2 Entwicklung in der BRD	6
2.2 Das System der psychiatrischen Einrichtungen und seine Indikationen	9
2.2.1 Vollstationäre Behandlung	10
2.2.2 Tagesklinik (TK)	11
2.2.3 Ambulante Behandlungs- und Betreuungsformen	15
2.2.4 Komplementäre und rehabilitative Betreuungsformen	18
2.3 Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen	22
2.3.1 Prinzip der Stufenrehabilitation	23
2.3.2 Modell des gemeindepsychiatrischen Verbundes	26
2.4 Empirische Ergebnisse der Versorgungsforschung	28
2.4.1 Allgemeiner Überblick und Festlegung der Kriterien	28
2.4.2 Evaluation ambulanter und komplementärer Nachbehandlung	29
2.4.3 Evaluation teilstationärer Behandlung und Nachbehandlung	32
2.4.4 Evaluation der Stufenrehabilitation	36
2.5 Entlassung und Empfehlung zur Weiterbehandlung	39
2.5.1 Der Überweisungsprozeß	40
2.5.2 Empirische Untersuchungen zum Überweisungsprozeß	43
3 METHODIK	49
3.1 Hypothesen	49
3.2 Institutioneller Rahmen der Untersuchung	50
3.3 Stichprobe	51
3.4 Datenerhebung	52
3.5 Versuchsplan und Durchführung	54
3.6 Datenauswertung	55
3.6.1 Variablen	55
3.6.2 Statistische Verfahren	56
3.6.3 Stichprobenzusammensetzung	59

4 ERGEBNISSE	60
4.1 Rücklauf der Fragebögen von den Stationen	60
4.2 Deskriptive Auswertung	61
4.2.1 Demographische Daten	61
4.2.2 Klinische Daten	63
4.2.3 Verteilung der ausgefüllten Bögen relativ zu den ausfüllenden Beurteilern	68
4.2.4 Empfohlene Stellen und Einteilung in Kategorien	69
4.2.5 Entscheidungskriterien	73
4.2.6 Weitere Angaben zu den Empfehlungen	75
4.3 Der Einfluß auf die Empfehlungen	79
4.3.1 Demographische Daten und Entfernung des Wohnorts	79
4.3.2 Diagnose, Behandlungsverlauf und gesetzliche Betreuung	82
4.3.3 Weitere Angaben zur Entscheidung und ihr Zusammenhang mit den Empfehlungen	86
4.3.4 Zusammenfassung	87
4.3.5 Gemeinsame Betrachtung aller Variablen	88
4.3.6 Prüfung der Patientenverteilung über Stationen und Beurteiler	89
4.4 Unterschied der Beurteiler in der Bewertung der Kriterien	91
4.4.1 Zusammenfassung der Kriterien in sechs Kriterienvariablen	92
4.4.2 Zusammenhang zwischen Beurteilern, empfohlenen Stellen und Kriterien	93
4.5 Compliance der Tagesklinikempfehlungen	100
5 DISKUSSION	102
5.1 Diskussion der Ergebnisse zur 1. Hypothese	104
5.2 Diskussion der Ergebnisse zur 2. Hypothese	119
5.3 Ausblick	123
6 ZUSAMMENFASSUNG	125
7 LITERATURVERZEICHNIS	128
8 ANHANG	I
8.1 Verzeichnis der Tabellen nach Kapiteln	I
8.2 Abkürzungsverzeichnis	II
8.3 Anhang 1: Tabelle über Beruf und Berufsausbildung	IV
8.4 Anhang 2: Tabelle der Stellenempfehlungen	IX
8.5 Anhang 3: Information für das Stationspersonal	XII
8.6 Anhang 4: Schreiben der Klinikleitung	XIV
8.7 Anhang 5: Fragebogen	XV

1 EINFÜHRUNG UND ALLGEMEINER ÜBERBLICK

Die zentralen Ziele der Sozialpsychiatrie sind die Einbeziehung sozialer Faktoren in Theorie und Therapie der Psychiatrie und die Herstellung der Chancengleichheit in der psychiatrischen Behandlung (Rebell, 1976). Dazu gehört eine gemeindenahere Versorgung mit Einrichtungen, die die psychisch Kranken außerhalb des Krankenhauses in der Nähe ihres Wohnortes versorgt und die Koordination und Zusammenarbeit dieser Einrichtungen untereinander.

Angeregt durch die Reformen der Sozialpsychiatrie in den europäischen Nachbarstaaten und den USA kam es auch in Deutschland zu Veränderungen. Aufgrund der Ereignisse in psychiatrischen Kliniken während des 2. Weltkrieges wurden sozialpsychiatrische Initiativen aber erst wesentlich später realisiert (Schmitt, 1997). Die Kritik an der "Bettenpsychiatrie" zog nach Veröffentlichung des Berichts der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Psychiatrie-Enquete genannt, im Jahr 1975, allmählich grundlegende Veränderungen in der psychiatrischen Krankenversorgung nach sich. Zur Enthospitalisierung von Langzeitpatienten und zur außerstationären Versorgung chronisch psychisch Kranker entstanden im Laufe der Jahre mehr extramurale Einrichtungen wie Wohngruppen und Übergangwohnheime, Sozialpsychiatrische Dienste, Institutsambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen, Tageskliniken und Tagesstätten. Die Tagesklinik gewann dabei als neuer Baustein im Versorgungssystem zur Überbrückung der Lücke zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung zunehmend an Bedeutung (Bolm et al., 1989; Bosch, 1973; Eikermann & Reker, 1993) und wurde unter allen extramuralen Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung am besten erforscht (Bosch & Steinhart, 1983; Dick et al., 1985; Eikermann, 1991, 1993; Hoge et al., 1992; Wiersma et al., 1995).

Der Veränderungsprozeß wurde durch das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung unterstützt und evaluiert. Die Expertenkommission (1988) faßte die Erfahrungen aus der Begleitforschung dieses Programms zusammen, beschrieb die Indikation der verschiedenen Nachsorgeeinrichtungen und gab Empfehlungen für die weitere Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland. Diese Arbeit wurde wesentlich von Vertretern der Versorgungsforschung unterstützt (Cooper & Morgan, 1977, 1985; Häfner et al., 1983).

Durch den Ausbau des Versorgungsnetzes entstand für das Personal der vollstationären Einrichtungen ein neues Aufgabenfeld: Die Planung und Überweisung zur Nachbetreuung nach dem Krankenhausaufenthalt. Der Kostendruck im Gesundheitswesen führte vor allem in den USA zu genauerer Betrachtung des Überweisungsprozesses und zur Formulierung von Standards für eine erfolgreiche Empfehlung zur Nachbehandlung (Goering et al., 1983; Ruben & Stout, 1993; Häberlin et al., 1992). In der Literatur werden verschiedene Aspekte diskutiert, die einen Einfluß auf die Entscheidung zur Empfehlung haben können: Die Auswahl der zur Verfügung stehenden Einrichtungen und ihr Behandlungsangebot; die klinischen und demographischen Daten des Patienten sowie seine Bedürfnisse und sein bisheriger Krankheitsverlauf; die Zusammenarbeit und Erfahrung mit den nachbehandelnden Einrichtungen; der Überweisungsprozeß selbst, der mit der Kooperation der Einrichtungen untereinander in Verbindung steht.

Chronische Krankheiten im Bereich der Psychiatrie weisen die Besonderheit auf, daß die Erkrankung häufig im jungen Erwachsenenalter in einer Phase der beruflichen und sozialen Orientierung beginnt (Rössler & Salize, 1996). Aufgrund einer oft fehlenden Berufsausbildung und eines im jungen Erwachsenenalter häufig instabilen sozialen Netzwerkes, haben chronisch psychisch Kranke einen vielschichtigen Hilfebedarf. Eine Nachbehandlung nach vollstationärem Aufenthalt ist vor allem für sie notwendig. Die Zahl der chronisch psychisch Kranken und Behinderten im Erwachsenenalter in Deutschland wird von der Expertenkommission in den alten Bundesländern auf mindestens 500.000 geschätzt (Rössler & Salize, 1996 unter Bezug auf die Expertenkommission, 1988). Gerade diese Patienten wurden in der Vergangenheit am stärksten vernachlässigt. Sowohl die Enquetekommission als auch die Expertenkommission machen das Gelingen der Reform und die Qualität der Versorgung in der Psychiatrie von der Versorgung chronisch psychisch Kranker abhängig. Bei bestimmten psychischen Erkrankungen ist das Risiko einer Chronifizierung erheblich. Die relevanten Diagnosen nach ICD-9 sind hierbei die Ziffern 295 bis 298. Dies umfaßt alle funktionellen Psychosen mit den Hauptgruppen schizophrene und affektive Psychosen.

Die Relevanz und der Geltungsbereich dieser Arbeit sei noch an einer anderen Zahl verdeutlicht: Laut Statistischem Bundesamt (1997) wurden im Jahr 1996 aus psychiatrischen Krankenhäusern¹ 427.436 Patienten entlassen. Rechnet man die 33.773 Verlegungen in andere Krankenhäuser heraus, verbleiben 393.663 Patienten, die zur Nachbehandlung empfohlen werden könnten.

Die Idee, das Überweisungsverhalten der entlassenden Therapeuten im psychiatrischen Krankenhaus zu untersuchen, entstand aus der Arbeit in der integrierten Tagesklinik der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh, die einen Teil ihrer Patienten aus den Abteilungen der vollstationären Versorgung zur Nachbehandlung überwiesen bekommt.

¹ eingeschlossen sind alle Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen; die Zahlen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Suchtkranken wurden herausgerechnet. Ob diese Zahlen auch geriatrische und neurologische Patienten beinhalten war beim Statistischen Bundesamt nicht zu klären, ist aber nicht auszuschließen.

2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

2.1 PSYCHOSOZIALES VERSORGUNGSNETZ - ÜBERBLICK DER ENTWICKLUNG

2.1.1 Die Entwicklung in den anglo-amerikanischen Ländern

Bis zum 2. Weltkrieg war die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen in den anglo-amerikanischen und europäischen Ländern weitgehend auf Großanstalten beschränkt, die oft weit weg vom Wohnort des Patienten lagen und ihn damit aus seinen sozialen Bezügen herausrissen. Für die ambulante Behandlung gab es nur wenige Nervenärzte und Psychiater.

Sozialpsychiatrische Initiativen brachten ab den 50er Jahren in den USA einschneidende Veränderungen der psychiatrischen Versorgung von der alleinigen vollstationären Unterbringung zu einem Netz von intramuraler und extramuraler Versorgung. Humanistische Ideen und ein steigender ökonomischer Druck zur Rehabilitation und damit zur Entlastung der Volkswirtschaft spielten dabei eine sehr wichtige Rolle. Es gab zwei wichtige Ansatzpunkte:

- in vollstationärer Behandlung sollte der Patient im Rahmen des Konzepts der "**therapeutischen Gemeinschaft**" mehr Eigenverantwortung und Eigenaktivität lernen
- in **gemeindenaher** psychiatrischer Arbeit sollte die ganze Lebenssituation des psychisch Kranken in den therapeutischen Prozeß einbezogen werden (Mann, 1979)

Am Beispiel von **Tageskliniken**, die als Motor der gesamten Entwicklung zu einer gemeindenäheren Versorgung fungierten und deren Effektivität besonders gut belegt wurde, soll hier kurz die Entwicklung von extramuraler psychosozialer Versorgung dargestellt werden: Die erste organisierte psychiatrische Tagesklinik wurde von Cameron 1946 in Montreal (Kanada) gegründet. Zwei Jahre später eröffnete Bierer die erste englische Tagesklinik in London. Bierer (1951) ging davon aus, daß die meisten der ohnehin nicht bettlägerigen psychisch Kranken kein Krankenbett benötigten und hatte den Anspruch, alle Patienten, unabhängig vom Schweregrad ihrer psychischen Störung, teilstationär zu behandeln und damit die umfassend ver-

sorgende und abhängig machende vollstationäre Behandlung ersetzen zu können.

In den folgenden zwei Jahrzehnten breitete sich die Idee der Tagesbehandlung für psychisch Kranke in den angelsächsischen Ländern rasch aus. Bennett (1969) berichtete von 38 teilstationären Einrichtungen im Jahre 1959 in England, Conwell et al. (1964) von 114 Tages- und Nachtkliniken in den USA im Jahre 1963.

Durch staatliche Reformprogramme wie die Mental Health Act von 1959 in England und die Community-Mental-Health-Centers-Act von 1965 in den USA, die beide eine gemeindenahere psychiatrische Behandlung begünstigten, wurde die Tendenz zum Ausbau der teilstationären Versorgung von Seiten der Regierungen dieser Staaten unterstützt und gefördert. Parallel dazu ging z.B. die Anzahl der staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser in den USA zwischen 1971 und 1981 von 321 auf 277 zurück und die Zahl der Community Mental Health Centers stieg zwischen 1971 und 1975 von 287 auf 517. Mit 717 Einrichtungen im Jahr 1980 stellten sie eine der bedeutsamsten Komponenten der Versorgung dar (Häfner & an der Heiden, 1987).

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung zwischen 1972 und 1982 verdeutlichte eine Erhebung der WHO in ca. 30 europäischen Mitgliedsländern: "Die Zahl der psychiatrischen Krankenhäuser mit mehr als 1000 Betten nahm um die Hälfte ab, während die Zahl der psychiatrischen Betten in Allgemeinkrankenhäusern zum Teil beträchtlich anwuchs. Die komplementäre und ambulante Versorgung nahm im genannten Zeitraum ebenfalls zu, wenn auch in geringerem Umfang" (Häfner & an der Heiden, 1987).

Nach Finzen und Schädle-Deiningner (1979) betrug der Anteil der englischen Tagespatienten 1968 fast ein Fünftel der Anzahl der vollstationären Patienten und im Jahre 1984 wurden bereits 40% aller psychiatrischen Patienten in Großbritannien in Tageskliniken behandelt (Engelke, 1984). Die Richtwerte für psychiatrische Einrichtungen und Dienste auf Distriktebene von 1975 in Großbritannien sahen mehr Tagesbehandlungsplätze als Betten vor, sowie mehr Tagesbetreuungplätze als Wohnheimplätze. Diese Ziele sind zwar noch nicht erreicht, gelten aber weiter (Expertenkommission, 1988).

2.1.2 Entwicklung in der BRD

Anfang der 60er Jahre begann die **Sozialpsychiatrie** auch in der BRD Fuß zu fassen, angeregt durch epidemiologische Untersuchungen sowie soziologische und historische Analysen der Psychiatrie aus dem Ausland (Dörner, 1975). In dieser Phase wurde die erste sozialpsychiatrische Einrichtung von Bosch und Kulenkampff in Frankfurt aufgebaut, zu der auch die erste deutsche Tagesklinik für psychisch kranke Erwachsene gehörte, die 1962 in Frankfurt eröffnet wurde. Ihr folgten 1965 die Tagesklinik des Rheinischen Krankenhauses Bonn und 1966 die des Psychiatrischen Krankenhauses Winnenden. Bis 1970 gab es insgesamt zehn **Tageskliniken** für psychisch kranke Erwachsene, die sich allerdings hinsichtlich ihrer Einbindung in die Versorgungsstruktur, ihrer inneren Struktur und ihres Anspruches bereits deutlich voneinander unterschieden. Zwischen 1970 und 1980 erhöhte sich die Anzahl der Tageskliniken von elf auf 35 (Bosch & Steinhart, 1983) und zwischen 1980 und 1982 wurden weitere 23 eröffnet (Eikermann, 1991). 1986 gab es etwa 120 bis 150 Tageskliniken mit 2.400 bis 3.000 Plätzen. 1994 standen in der ganzen Bundesrepublik 0,0478 Tages- und Nachtambulanzplätze pro 1.000 Einwohner zur Verfügung, was bei 80 Mill. Einwohnern etwa 3.824 Plätze bedeutet (Rössler & Salize, 1996). Heute existieren insgesamt um die 250 allgemeinspsychiatrische Tageskliniken mit etwa 5.000 Behandlungsplätzen (Eikermann, 1998).

1970 konstituierte sich der Mannheimer Kreis, aus dem später die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hervorging. Im Januar 1971 gründete sich die Aktion Psychisch Kranke e.V., in der sich Politiker und Mitarbeiter der psychiatrischen Institutionen zusammenfanden, um Interessen der psychiatrischen Patienten politisch durchzusetzen (Dörner, 1975).

Dörner und Plog formulierten 1972 folgende Punkte als wesentliche Bestimmungsstücke der **Sozialpsychiatrie**, die für das Versorgungsnetz von besonderer Bedeutung sind:

- Prinzip der therapeutischen Kette in der institutionellen Praxis
- Autonome gemeindepsychiatrische Versorgung
- Integration der psychisch Leidenden in die soziale Realität

Aus dem Bedürfnis nach systematischen Veränderungen und neuen Organisationsformen heraus gründete die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Landes-

verbände und organisierte Fortbildungen für die Beschäftigten psychiatrischer Einrichtungen. Die ersten gemeindepsychiatrischen Versorgungssysteme wurden verwirklicht. Aus Mitgliedern der Aktion Psychisch Kranke e.V. bildete sich die Enquete-Kommission, die als Ergebnis ihrer Arbeit im November 1975 einen "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland", auch "Psychiatrie-Enquete" genannt, vorlegte. Darin wurde die völlig unterentwickelte ambulante Versorgung bemängelt, zu große, unübersichtliche und fernab von der Lebenswelt gelegene psychiatrische Anstalten, zu lange Verweildauer der Patienten und Fehlplatzierungen.

Aus dem Bericht gingen **Grundsätze einer Neuordnung der Versorgung** psychisch Kranker und Behinderter hervor (Finzen & Schädle-Deininger, 1979). Im einzelnen wurde gefordert:

- "bei Behandlungsbedürftigkeit (sollte) die Notwendigkeit stationärer Behandlung durch ambulante und halbstationäre Maßnahmen verringert und damit die Ausgliederung des psychisch Kranken und Behinderten aus seinen Lebensbereichen vermieden (werden)"
- "Die psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Dienste können ihren Aufgaben nur durch eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zahlreicher Berufsgruppen gerecht werden, die bei der inneren Organisation und der Leitungsstruktur der einzelnen Dienste berücksichtigt wird. Sie macht aber außerdem über den Rahmen dieser Dienste hinaus eine enge und verbindliche Zusammenarbeit mit sozialen, psychologischen und sonderpädagogischen Diensten erforderlich."

Die **Umsetzung der Forderungen** ging sehr schleppend voran. Es entstanden ambulante Einrichtungen (z.B. Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste) und eine Reihe von komplementären Diensten (Übergangseinrichtungen, Heime, beschützende Wohn- und Arbeitsplätze, Wohngruppen, Tagesstätten), die die traditionelle Kluft zwischen vollstationärer Behandlung einerseits und der nach der Gesetzeslage nur von niedergelassenen Ärzten zu leistenden ambulanten Versorgung andererseits überbrücken sollten. Vor allem mittels der teilstationären Einrichtungen (Tages- und Nachtkliniken) sollte die Dauer stationärer Behandlung verkürzt (Deutscher Bundestag, 1975, S.189) und der Übergang in die ambulante Behandlung erleichtert und beschleunigt werden. Insgesamt bedeuteten die Empfehlungen der En-

quete eine Umakzentuierung von vollstationärer auf Teilzeit-Therapie und von dieser auf baldige ambulante Behandlung (Linden & Bosch, 1986).

In unterschiedlichen Regionen gab und gibt es allerdings große Qualitätsunterschiede in der psychosozialen Versorgung.

Den Empfehlungen der Enquete-Kommission folgend, beschloß die Bundesregierung 1979, Mittel für ein **Modellprogramm** zur Verfügung zu stellen, das im Schwerpunkt die Erprobung außerklinischer Versorgungsnetze zum Gegenstand haben und den Stand der Umsetzung dokumentieren sollte. B. Cooper vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, der Mitglied der mit der Durchführung beauftragten Berater- und Expertenkommission war, legte Prinzipien, welche bereits von der Psychiatrie-Enquete gefordert wurden, als Ausgangsbasis für die Evaluation eines Versorgungssystems fest (Cooper et al., 1985): gemeindenaher Versorgung, bedarfsgerechtes Versorgungsangebot und Koordination der Dienste auf Gebietsebene, um eine fortlaufende Betreuung über aufeinander folgende Krankheitsstadien hinweg zu ermöglichen.

Durch dieses Modellprogramm wurde die Gründung und Erprobung weiterer außerstationärer Einrichtungen möglich, deren Tätigkeit durch die Begleitforschung evaluiert werden konnte. Ergebnis dieser Arbeit waren die **"Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung,"** die im November 1988 vorgelegt wurden und auf die in dieser Arbeit, vor allem im folgenden Kapitel über die Indikation der verschiedenen Versorgungseinrichtungen, Bezug genommen wird. Dabei werden die Zitate mit der Quellenbezeichnung "Expertenkommission, 1988" versehen.

Theoretische Grundlage für diese Arbeit ist die sogenannte „**Versorgungsforschung**“, neben der epidemiologischen Forschung das zentrale Thema der sozialpsychiatrischen Wissenschaft. Versorgungsforschung umfaßt die Evaluation von Behandlungsstrukturen und -formen und die Analyse subjektiver Sichtweisen der Patienten, Angehörigen und Professionellen. Ein Aspekt ist die Rehabilitationsforschung, in der die Effektivität bestimmter Institutionen, Methoden und Strategien der

Rehabilitation psychisch Kranker untersucht wird. Neuerdings zählt auch die Forschung zur Lebensqualität psychisch Kranker dazu. Hier wird die subjektive Einschätzung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit der Patienten in unterschiedlichen Behandlungssettings oder Lebensbereichen untersucht (Eikelmann, 1998).

2.2 DAS SYSTEM DER PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN UND SEINE INDIKATIONEN

Im Anschluß an vollstationäre Behandlung benötigen vor allem chronisch psychisch Kranke Unterstützung in verschiedenen Bereichen, für die hauptsächlich folgende Einrichtungen der extramuralen Versorgung zur Verfügung stehen:

- teilstationäre Einrichtungen wie Tageskliniken
- ambulante Einrichtungen wie Haus- und Nervenärzte, Sozialpsychiatrische Dienste, Institutsambulanzen
- komplementäre/rehabilitative Einrichtungen wie Wohngruppen, Übergangsheime, Wohnheime, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten

Sowohl in den USA als auch in der BRD wurde bei der Betrachtung der Indikation verschiedener Einrichtungen weniger eine pathologische Sichtweise herangezogen, als eine funktionelle, die sich auf patientenbezogene Erfordernisse konzentriert und danach fragt, mit welchen Mitteln und in welchem Umfang diese befriedigt werden können. Da die Indikationen der extramuralen Einrichtungen auch in Abgrenzung von vollstationärer Behandlung deutlich werden, soll letztere deshalb zuerst betrachtet werden. Wenn eine solch intensive Versorgung nicht mehr notwendig ist, ergibt sich daraus die Aufgabenstellung der nachfolgenden Versorgungseinrichtungen.

Ruben & Stout (1993) veröffentlichten Kriterien für Aufnahme, fortzusetzende Behandlung und Entlassung in und aus vollstationärer und teilstationärer Behandlung. Sie orientierten sich dabei an den Vorgaben amerikanischer Kostenträger für die Überweisung der Patienten zur Nachbehandlung und an einer Betrachtungsweise, die die am wenigsten restriktive Versorgungsart für den Patienten vorschlägt. Da ihre Angaben für die Indikation anderer komplementärer Einrichtungen auf das deutsche System kaum übertragbar sind, wird dazu vor allem auf die Empfehlungen der Expertenkommission (1988) Bezug genommen. Diese macht bei ihren Angaben zur

Indikation darauf aufmerksam, daß verschiedene Einrichtungen dieselbe oder ähnliche Funktion haben können. Bei der Erstellung eines Nachbehandlungsplanes muß deshalb der regionale Kontext berücksichtigt werden, denn die Funktion einer Einrichtung ist vom Umfeld abhängig. Gibt es z.B. ein gut ausgebautes Netz an ambulanten Nachsorgeeinrichtungen in einer Region, dann wird eine Tagesklinik evtl. mehr Krisenintervention übernehmen, als wenn sie weitgehend die einzige außerstationäre Einrichtung ist. Um dies bei der Weiterempfehlung berücksichtigen zu können, ist eine gute Kenntnis der regionalen Gegebenheiten und eine gute Zusammenarbeit und Koordination aller an der psychosozialen Versorgung beteiligten Einrichtungen notwendig. Die Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten ist aber in gut entwickelten Regionen schwer zu überblicken und damit mangelt es an der Grundlage für eine rationale Entscheidung zur Weiterbehandlung.

In diesem Kapitel soll deshalb ein theoretischer Überblick über die einzelnen Einrichtungen und Behandlungsmöglichkeiten gegeben werden.

2.2.1 Vollstationäre Behandlung

Ruben & Stout (1993) haben Kriterien der Krankheitsschwere und der Behandlungsintensität formuliert. Stationäre Behandlung ist notwendig, wenn mindestens jeweils eines der Kriterien der beiden Bereiche gegeben ist. Ambulante oder teilstationäre Behandlung und Betreuung reicht in diesen Fällen nicht mehr oder noch nicht aus.

Als Kriterien der **Krankheitsschwere** führen sie psychische Störungen an, die gestörtes Verhalten oder psychomotorische Erregung oder Verlangsamung verursachen oder die akute Funktionsverschlechterung, wie z.B. Verwirrtheit, schwere Gedächtnisbeeinträchtigung, Verlust der Impulskontrolle oder lebensbedrohliche Gefahr für sich selbst oder gegenüber anderen zur Folge haben. Die Störung muß mindestens so schwer sein, daß sie die Aktivitäten des täglichen Lebens stark beeinträchtigt und die Selbstversorgung nicht aufrechterhalten werden kann.

Die Kriterien der **Intensität der Behandlung** aufgrund dieser Krankheitsschwere stellen sie folgendermaßen dar: Enge und fortgesetzte Beobachtung ist notwendig, um psychotrope Medikation einzuleiten oder zu verändern; Verordnung von intramuskulärer oder intravenöser Medikation ist erforderlich; Verhaltenskontrolle, z.B. Fixierung, Einschließen und andere Suizid- oder Mordvorkehrungen, um Eigentum,

Patienten oder andere Personen zu schützen, ist notwendig; ein umfassender multidisziplinärer Behandlungsplan muß erstellt werden, der enge medizinische Beobachtung und Koordination erfordert.

Auch die Fortsetzung eines vollstationären Aufenthalts macht nach Ruben & Stout (1993) Kriterien der Krankheitsschwere und der Behandlungsintensität erforderlich: Der Patient zeigt weiterhin eine Krankheitsschwere², für die eine weniger intensive Behandlung nicht angemessen wäre; neue Probleme oder Symptome sind aufgetaucht, die schwer sind und eine Behandlungsveränderung erfordern; es besteht akute Gefahr für die eigene Person oder für andere; anhaltende schwere psychiatrische Symptome und Beeinträchtigungen trotz heftiger Interventionen wie stark beeinträchtigte Realitätsprüfung, akute Desorientierung, Gedächtnisbeeinträchtigung. Das Verhalten ist schwer dysfunktional und der Patient ist zu den Aktivitäten des täglichen Lebens nicht fähig. Die Behandlungsintensität kann nicht reduziert werden. Hospitalisierung kann nicht gerechtfertigt werden, wenn die Kriterien der Krankheitsschwere und Behandlungsintensität nicht erfüllt werden und der Patient nicht auf die Behandlung reagiert; sein Zustand sich nicht verändert; keine Unterbringungsalternative da oder geplant ist.

Entlassungskriterien aus vollstationärer Behandlung sind nach Ruben und Stout (1993):

- die Ziele der vollstationären Behandlung wurden im wesentlichen erreicht
- Folgeziele und nachstationäre Behandlungspläne wurden formuliert
- Entlassung oder Überweisung des Patienten an ein weniger intensives Versorgungsprogramm stellt keine Gefahr für den Patienten oder andere dar

2.2.2 Tagesklinik (TK)

In der Literatur werden vor allem drei mögliche **Funktionen einer Tagesklinik** genannt:

a) TK-Behandlung als Alternative zu akuter vollstationärer Behandlung

Ruben und Stout (1993) definieren diese Funktion so: Der Patient muß entweder aus spezifisch diagnostischen Gründen aufgenommen werden oder zur Sicherstellung der akuten Versorgung. Die Tagesbehandlung ist dann eine angemessene Alternative zur Vollhospitalisation, wenn

- keine körperliche Kontraindikation besteht
- keine Selbstgefährdung oder Gefährdung anderer besteht, und
- wenn es angemessene Ressourcen für die Überwachung und Unterstützung am Abend und an den Wochenenden gibt

Diese Funktion wird von Ficker & Barth (1981) auch als **Krisenintervention** bezeichnet, die die vorübergehende totale Ausgliederung und die damit verbundene Regression des Patienten verhindert und seine Eigenverantwortlichkeit aufrechterhält.

b) TK-Behandlung erleichtert die Rückkehr in die Gemeinde im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung. Ruben und Stout (1993) führen für diese Funktion folgende Bedingungen an. Der Zustand des Patienten verbesserte sich während der vollstationären Behandlung, aber die Entlassung in ambulante Behandlung ist noch nicht möglich, weil die psychologischen Funktionen schwach und labil sind und der Patient für 6-10 Stunden täglich ein strukturiertes Behandlungssetting benötigt, um die therapeutischen Erfolge, die er während der Hospitalisation erworben hat, beibehalten zu können; die Medikation muß weiter überprüft werden und die Planungen für eine Möglichkeit der Gestaltung eines strukturierten Lebensraumes sind noch nicht abgeschlossen.

c) Tagesklinik als rehabilitatives Setting für chronisch Kranke

Diese Funktion fassen Ruben und Stout (1993) folgendermaßen zusammen:

- beim Patienten wurde eine bedeutende psychiatrische Störung diagnostiziert
- der Patient ist stark geschwächt und funktional eingeschränkt, und
- die Evaluation hat beim Patienten Defizite in sozialen Funktionen, in Alltagsfunktionen, bei der Arbeitsleistung und/oder bei der Familienrolle gezeigt.

Tagesstruktur und Überwachung über einen großen Teil des Tages bieten hier angemessenen Schutz und helfen, die Funktionen des täglichen Lebens aufrechtzuerhalten.

Kreckel (1991) hält Tagesklinik besonders geeignet für Jugendliche und junge Erwachsene, die bei Ablösungsversuchen von zu Hause psychotisch dekompenziert sind. Sie brauchen Unterstützung im Reifungsprozeß. TK bietet sinnvolle Tagesstrukturierung für Patienten, die durch ihre Erkrankung die Arbeit verloren oder un-

² Erläuterung siehe weiter oben

terbrochen haben. Sie gibt dem Patienten die Gelegenheit zur Belastungserprobung. Die Expertenkommission (1988) fügt diesem rehabilitativen Aspekt noch hinzu: "TK-Behandlung dient der gezielten Behandlung der primären und sekundären Krankheitsschäden von Patienten mit schleichendem Krankheitsbeginn und chronischen psychischen Leiden. Sie kann der Vorbereitung auf weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen dienen oder auch zur Durchführung eines Heilverfahrens bei Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in ihrer Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert sind. Diese Möglichkeit bietet sich vor allem dann an, wenn eine Rehabilitationseinrichtung räumlich zu weit entfernt ist und die Rehabilitationsmaßnahme vom Gelingen der sozialen Wiedereingliederung des Betroffenen in Familie und Betrieb abhängig ist."

Die Frage, für welche **Diagnosen** Tagesklinikbehandlung angezeigt ist, beantwortet die Expertenkommission (1988) wie folgt: "Alle Formen seelischer Erkrankung, wenn auch nicht in allen Schweregraden, können in der Tagesklinik zur Diagnostik aufgenommen und behandelt werden: Psychosen, körperlich begründbare psychische Erkrankungen, Neurosen oder psychosomatische Krankheiten, reaktive Verstimmungszustände, abnorme Reaktionen und Suchterkrankungen". Eikelmann (1998) schließt lediglich akute schizophrene und manische Psychosen, schwere Depressionszustände, akute Suizidalität, schwere geistige Behinderung, hirnorganische Erkrankungen und erhebliche körperliche Erkrankungen oder Behinderungen aus. "Erheblich manische, paranoid-halluzinatorische und ... hostile Symptome (sind) mit dem aktivierenden, offenen Behandlungsstil der Tagesklinik kaum vereinbar, denn dieses ... Behandlungsmilieu führt bei den genannten Patienten zu Überstimulation und bietet zu wenig Rückzugsmöglichkeiten und entlastende Pausen" (Eikelmann, 1991). Eine spezielle Indikation tagesklinischer Behandlung, die auf Aktivitäten und Üben ausgerichtet ist, weist er für Patienten aus (Eikelmann, 1991), die "unter affektiver Verarmung, (und) depressiv-ängstlich gefärbter Verstimmung bei Einbuße von Initiative und Elan leiden".

Die Vorteile der Tagesklinik werden vor allem darin gesehen, daß sie klinische Diagnostik, Behandlung und Lebenssituation des Patienten verknüpfen kann und ermöglicht, die Probleme des Alltags kontinuierlich in die Therapie einzubeziehen. Deshalb ist die TK-Behandlung von besonderem Nutzen bei den Krankheitsbildern,

"an deren Entstehung oder Fortdauer Einflüsse der sozialen Umwelt beteiligt sind oder die in ihren Auswirkungen das Lebensumfeld des Patienten in besonderer Weise berühren" (Expertenkommission, 1988). Dies setzt voraus, daß die tägliche Auseinandersetzung mit den Problemen und deren Bearbeitung den Kranken und ihren Bezugspersonen zumutbar ist und ihnen hilft, Konfliktpotentiale abzubauen und mit der Erkrankung und ihren Rückwirkungen auf das Zusammenleben besser umzugehen. Gerade diese **Verknüpfung von Behandlung und Lebenssituation** stellt das spezifische Merkmal der Tagesklinik dar und "begründet ihre eigenständige Qualität gegenüber den vollstationären und ambulanten Versorgungsformen." (Expertenkommission, 1988)

Im Vergleich zur vollstationären Behandlung spielen die medizinischen Maßnahmen eine wesentlich geringere Rolle. Das Schwergewicht der Behandlungsangebote liegt bei soziotherapeutischen und psychotherapeutischen Vorgehens- und Verfahrensweisen. Von der ambulanten Behandlung unterscheidet sich die tagesklinische Behandlung durch die höhere Therapiedichte.

Als äußere, strukturelle Bedingungen für die Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten der Tagesklinik nennt die Expertenkommission (1988) "Art und Ausmaß der **Zusammenarbeit mit den ambulanten und komplementären Einrichtungen**, die direkt oder indirekt Einfluß auf die Behandlungsindikation bei psychisch Kranken nehmen." Als Voraussetzungen sehen sie dafür "die Einbindung der Tageskliniken in die Aufgaben der regionalen Krankenversorgung und die konsequente Ausrichtung ihrer Behandlungsprogramme auf den örtlichen Bedarf" und "ein ausreichender Informationsstand der anderen Dienste über die therapeutischen Möglichkeiten der Tagesklinik".

Zur Beschreibung der Indikation der Einrichtungen im ambulanten und komplementären Bereich wird wiederum vor allem auf die Empfehlungen der Expertenkommission (1988) und auf die darin zitierten Ergebnisse der Begleitforschung des Modellprogramms zurückgegriffen.

2.2.3 Ambulante Behandlungs- und Betreuungsformen

Nervenärzte und Allgemeinärzte:

Da sie das am dichtesten geknüpfte Netz unter allen Versorgungsformen bilden, leisten die niedergelassenen Nervenärzte einen sehr beträchtlichen Beitrag zu Versorgung psychisch Kranker. Das zeigt ein Vergleich der Anzahl der von ihnen versorgten Kranken zu den stationär versorgten (Expertenkommission, 1988). Die Zahl der von Allgemeinärzten behandelten Patienten ist allerdings nahezu doppelt so hoch wie die, die von Nervenärzten betreut werden. "Die Frage der Angemessenheit der psychiatrischen Behandlung durch Allgemeinärzte ist nicht eindeutig zu beantworten, da in den Untersuchungen über Allgemeinärzte keine Angaben zu den psychiatrischen Diagnosen vorlagen". Eine vom Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung in der BRD durchgeführte "Nervenarzt-Studie vermutet, daß eine erhebliche Zahl psychiatrisch-neurologisch Kranker auch durchaus ausreichend von Allgemeinärzten versorgt wird". Allerdings wird in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit guter Kooperation zwischen Allgemein- und Nervenärzten hingewiesen. Laut Expertenkommission gibt es außer mit Kliniken oder Ärzten keine nennenswerte Zusammenarbeit mit den sonstigen ambulanten Diensten und Einrichtungen, was sie auf "die Zurückhaltung beider Seiten, vorurteilsfrei aufeinander zuzugehen" zurückführt und auf "die mangelnde Ausbildung über Kooperationsformen mit anderen Berufsgruppen". Außerdem wird an dieser Form der ambulanten Versorgung bemängelt, daß Nervenärzte nur selten die Kompetenz ihrer Praxis durch Einstellung von nicht-ärztlichem Fachpersonal wie Pflegekräfte und Sozialarbeiter erweitern.

Die Expertenkommission definiert zwei Gruppen von Patienten, die aufgrund ihrer Bedürfnisse nicht ausreichend von Nervenärzten versorgt werden können:

- Patienten, die über das Leistungsangebot der nervenärztlichen Praxis hinaus ergänzender psychosozialer Leistungen bedürfen (z.B. an schizophrenen Psychosen erkrankte Patienten), wie z.B. Hilfen zur Alltagsgestaltung, Einbindung in übende Gruppen, Hilfen im versicherungs-, arbeits- und sozialrechtlichen Bereich, oder auch der engen und kooperativ abgesicherten Mitbetreuung durch ambulante und komplementäre Dienste. Diese Aufgaben könnten Praxen erfüllen, in denen noch ein Sozialarbeiter angestellt ist.
- Patienten, die über die psychiatrische medikamentöse oder physikalische Therapie

hinaus regelmäßig unterstützender und ergänzender psychotherapeutischer Leistungen in Einzel- oder Gruppensitzungen bedürfen und für deren Behandlung dem Nervenarzt gemeinhin weder die notwendige Zeit noch eine kostendeckende Vergütung zur Verfügung steht.

Sozialpsychiatrischer Dienst:

Die Expertenkommission (1988) hat kaum Empfehlungen für die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes abgegeben, da das Denken mehr auf die Durchsetzung des ambulanten Dienstes an psychiatrischen Krankenhäusern (Institutsambulanzen) konzentriert war. Zum anderen sind die Trägerschaften, die Personalausstattung und die Organisation und Struktur der bestehenden Dienste sehr unterschiedlich, so daß kein einheitliches Bild ihrer Tätigkeiten gegeben werden kann. In Nordrhein-Westfalen wird der Sozialpsychiatrische Dienst von kommunalen Gesundheitsämtern betrieben.

Ergebnisse der Begleitforschung des Modellprogramms der Bundesregierung haben gezeigt, daß es sich bei der Klientel zu 40% um allein lebende oder alleinstehende Personen handelt, die überwiegend arbeitslos, Sozialhilfeempfänger, Rentempfänger, Arbeitslosengeld oder -hilfeempfänger waren. Ein großer Anteil waren ältere Menschen mit niedrigem sozialem Status. Es dominierte Alkoholabhängigkeit, gefolgt von Schizophrenie und Neurosen. 41% der Klienten hatten bereits stationäre Aufenthalte von z.T. sehr langer Aufenthaltsdauer. Im Vergleich zu anderen ambulanten Diensten fand häufig eine Beratung der Angehörigen statt, und die Quote der Hausbesuche lag hoch.

Als Aufgabe wird die medikamentöse Behandlung und Beratung vorwiegend chronisch Kranker angesehen, die nicht in die Praxen niedergelassener Nervenärzte gehen und die Vermittlung schwer gestörter psychisch Kranker an Nervenärzte oder Institutsambulanzen und andere betreuende Einrichtungen. Zur Zielgruppe gehören sozial desintegrierte Personen, die sich aus Hilflosigkeit oder anderen Gründen einer möglichen Behandlung entziehen oder diese nur unzureichend wahrnehmen. Krisenhafte Zuspitzungen sollen durch beratende, vorsorgende, nachgehende und intervenierende Hilfen unmittelbar abgefangen und unnötige Hospitalisierungen vermieden werden. Wenn entsprechende spezialisierte ambulante Dienste fehlen, soll mit der Arbeitsverwaltung, den Werkstätten für Behinderte und der Rentenversicherung bezüglich beruflich-rehabilitativer Hilfen zusammengearbeitet werden. Be-

sondere Funktion kommt den Sozialpsychiatrischen Diensten bei der **Koordination der einzelnen Hilfsangebote** zu, die der Patient möglicherweise in Anspruch nimmt, um unter den beteiligten Einrichtungen einen Konsensus zu erzielen und dadurch den Maßnahmen eine einheitliche Zielsetzung geben zu können und um ein schädliches Gegeneinander der verschiedenen Aktivitäten zu vermeiden. Das macht eine gute Kooperation zwischen allen Diensten und Einrichtungen, vor allem aber zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem psychiatrischen Krankenhaus der Versorgungsregion notwendig. Diese Koordination soll die Art der Nachsorge vor der Entlassung aus vollstationärer Behandlung abklären helfen und einen Bruch zwischen Krankenhausaufenthalt und Rückkehr in das alltägliche Leben vermeiden.

Institutsambulanz:

Während in Nordrhein-Westfalen jedes Psychiatrische Krankenhaus über eine Institutsambulanz verfügt, gibt es in den anderen Bundesländern kaum solche Einrichtungen. In den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) wird die Aufgabenstellung wie folgt beschrieben:

Die Institutsambulanz soll psychisch schwer Gestörte, Rückfallgefährdete und solche Kranke, die einer besonderen Behandlungsmotivation bedürfen und die Praxen der niedergelassenen Nervenärzte nicht oder in unzureichendem Maße aufsuchen, nach der Entlassung aus dem stationären Krankenhausaufenthalt nachbehandeln. Sie bietet u.a. auch Hausbesuche und Behördengänge zur Stützung und Stabilisierung der sozialen Situation der Kranken an. Sie haben "durch Untersuchung überwiesener Patienten dafür zu sorgen, daß unnötige Hospitalisierungen verhütet oder notwendige stationäre Aufnahmen veranlaßt werden." Wichtig ist eine enge Kooperation mit dem Stationspersonal des Krankenhauses, mit den komplementären Einrichtungen der Region, mit niedergelassenen Nervenärzten bzw. Praktikern und dem zuständigen sozialpsychiatrischen Dienst, mit dem eine klare Aufgabenabgrenzung vereinbart werden muß.

Eikelmann (1998) hält sie für eine ideale Ergänzung zu Tageskliniken insofern, daß damit verschiedene Stufen der Betreuungsintensität existieren: Ambulante Behandlung, teilstationäre Therapie, wenn nötig vollstationäre Aufnahme, bei Abklingen der schweren Krankheitssymptomatik Rückführung in die Tagesklinik, von da aus Überweisung in die Institutsambulanz. "Diese Schritte beschreiben das für chronisch psychisch Kranke so wesentliche Kontinuum der Therapie." Eikelmann (1998) verweist

darauf, daß es durch die Betreuung in einer Institutsambulanz zu einer Verbesserung der sozialen Integration chronisch psychisch kranker Menschen kommt. Eine kontinuierliche Betreuung sei in der Regel mit einer Reduktion der Zahl der Krankenhausaufnahmen und Krankenhaustage verbunden.

2.2.4 Komplementäre und rehabilitative Betreuungsformen

Beschütztes Wohnen (Betreuung in eigener Wohnung, Wohngruppe, Übergangswohnheim, Heim):

Innerhalb des Versorgungssystems stellen die beschützenden Wohnangebote in erster Linie ein Instrument der nachstationären Betreuung dar. "Hauptzuweisende Instanzen sind klinische Einrichtungen." (Expertenkommission, 1988)

Darauf sind vor allem diejenigen angewiesen, "deren soziales Beziehungsgefüge brüchig geworden ist oder die den Kontakt zur 'normalen' Umwelt infolge langdauernder Hospitalisierung verloren haben". Außerdem diejenigen, denen es schwer fällt, aus eigener Kraft den Zugang zu Vermietern, Ämtern und anderen Stellen zu finden, die um Vergabe von Mitteln zu Existenzsicherung anzugehen sind. Weiterhin diejenigen, die nur in eingeschränktem Maße oder gar nicht mehr zu einer planvollen Haushaltsführung imstande sind und die ohne den Beistand Dritter zu verwahrlosen drohen." (Expertenkommission, 1988)

Es geht dabei um normale Wohn- und Lebensraumgestaltung für geistig und seelisch Behinderte, die einer ständigen Betreuung bedürfen und deren Unterbringung in einem Fachkrankenhaus aber in der Regel nicht erforderlich ist. Es kann eine Alternative zur Heimunterbringung sein. Eine beschützte Wohnung kommt aber auch den psychisch Kranken und Behinderten zugute, die für die Zeit ihrer Rekonvaleszenz einen Schon- und Rückzugsraum benötigen, denen das Wohnen zusammen mit einer Gruppe von Menschen, die das gleiche Schicksal tragen, ein soziales Lern- und Übungsfeld eröffnet, die in einem anstrengenden Wiedereingliederungsprozeß in Arbeit und Beruf eines stützenden und tragenden Hintergrundes bedürfen. Das betrifft Angehörige aller Diagnosegruppen, wobei nach Förderungsbedarf und Förderungsmöglichkeiten folgendermaßen unterschieden wird:

- psychisch Kranke jüngeren Lebensalters, deren Sozialisation und beruflicher Entwicklungsstand nicht ihrem Alter und ihren Fähigkeiten entspricht
- Erwachsene im erwerbsfähigen Alter, die beim Wiedereintritt in den Lebensalltag

sowohl eines tragfähigen sozialen Hintergrundes als auch der Hilfen zum Wiedereinstieg in das Arbeitsleben benötigen

- seelisch schwerbehinderte Erwachsene im erwerbsfähigen Alter (Langzeitkranke), die langfristig hospitalisiert sind oder waren, die zur Bewältigung der häufig vielfältigen Behinderungsauswirkungen einer besonders intensiven, umfassenden und langfristigen Förderung zum (Wieder-)Aufbau ihrer Fähigkeiten bedürfen
- psychisch Alterskranke und alt gewordene psychisch Kranke, die häufig gleichzeitig unter körperlichen Behinderungen leiden

Dabei bezeichnet die Expertenkommission das beschützte Wohnen besonders für schizophrene Kranke als eine Alternative, da sie mit dem Wohnen in der Gemeinschaft Schwierigkeiten haben und die Nähe anderer Menschen nur schwer ertragen. Alle Formen beschützten Wohnens stehen in Wechselbeziehung zu tagesstrukturierenden Angeboten, Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten sowie zu den Instrumenten beruflicher Rehabilitation. Eine Verzahnung der verschiedenen Wohngelegenheiten in einer Region untereinander und eine enge Koppelung der ambulanten, der anderen komplementären und der teilstationären sowie stationären Dienste hält sie für unumgänglich. "Anzustreben ist eine Nutzung der verschiedenen Wohnformen als Möglichkeit ... der gezielten Rehabilitation, aber auch als Mittel der Krisenintervention und als Alternative zur stationären Unterbringung."

"Die Ergebnisse des Modellprogramms haben ... bestätigt, daß eine nicht geringe Zahl psychisch Kranker und Behinderter zu ihrer Integration in gemeinschaftliche Lebensformen und auch zur beruflichen Wiedereingliederung konkreter Hilfen im Wohnbereich benötigt. Um eine volle soziale und berufliche Wiedereingliederung oder zumindest längerfristig eine optimale Entfaltung der Kranken und Behinderten in einem beschützten Rahmen zu ermöglichen, bedarf es sowohl eines gestuften Angebotes unterschiedlicher Wohnformen als auch einer flexiblen Anpassung der Betreuungsart und des Betreuungsumfanges an die Stärken und Schwächen der sozialen Fertigkeiten des Einzelnen." (Expertenkommission, 1988) Dabei sollte eine eigenständige Lebensführung als alleinlebender Wohnungsinhaber bevorzugt werden und falls das Unterstützungspotential der Familie und Freunde nicht ausreicht oder fehlt, sind die ambulanten Dienste gefordert.

"In vielen Fällen steht die mit den Hilfen im Wohnbereich erreichte psychische Stabilisierung in Frage, wenn nicht gleichzeitig für die Bereitstellung von Arbeitsplätzen

oder wenigstens Beschäftigungsmöglichkeiten gesorgt wird, für Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und Gestaltung der freien Zeit." Diese Wohnformen stehen deshalb in enger Wechselbeziehung zu aufsuchend-ambulanten Diensten als auch zu Tagesstätten und der Werkstatt für Behinderte.

Heim: Heime sind meist größere Einrichtungen ohne differenzierte Betreuungsangebote, die unterschiedliche Behinderten- und Altersgruppen betreuen. Trotz aller ambulanten Versorgungsmöglichkeiten gibt es eine Gruppe von Behinderten, die nicht stationär behandlungsbedürftig sind, aber vorübergehend oder länger institutionelle Betreuung rund um die Uhr benötigen. Nur für Schwerstbehinderte, die mit Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation nicht mehr zu erreichen sind, sollten tagesstrukturierende Maßnahmen mit Einschluß von Arbeit und Beschäftigung im Heim selbst zur Verfügung stehen.

Übergangsheime: Sie sind gedacht als Hilfen, um psychisch Kranken unter Verkürzung des vollstationären Klinikaufenthaltes die Rückkehr in ihr Wohn- und Arbeitsfeld zu erleichtern. Chronisch psychisch Kranken und Behinderten mit erheblichen Einschränkungen im sozialen Bereich soll durch zeitlich befristete Rehabilitationsmaßnahmen dazu verholfen werden, ihr Leben wieder eigenständig gestalten zu können. Allerdings besteht eine Entwicklung, Übergangsheime eher in Wohngruppen umzuwandeln, bzw. gleich solche einzurichten.

"Die Zuweisung zu den einzelnen beschützten Wohnformen (Einzelwohnungen, Wohngruppen, Wohngemeinschaften, Kleinstwohnheime) muß sich an den individuellen Fähigkeiten der Kranken und Behinderten ... ausrichten. Die Überführung langfristig stationär untergebrachter psychisch Kranker in derartige Wohnangebote bedarf sorgfältiger Vorbereitung." (Expertenkommission, 1988)

Die Zusammenarbeit der Wohneinrichtungen untereinander und mit den anderen regionalen Versorgungsdiensten ist sehr wichtig, da sie oft von unterschiedlichen Trägern verwaltet werden.

Rehabilitation:

Wenn der Verbleib des Kranken in seiner Familie oder an seinem Arbeitsplatz nicht möglich ist, dann kommen Maßnahmen der Wohn- oder Arbeitsrehabilitation in Frage. Die Ziele sind dabei: Eingliederung Behinderter oder von Behinderung Bedrohter in die Gesellschaft, insbesondere in Arbeit und Beruf, aber auch in ein Netz sozialer Beziehungen mit allen Maßnahmen, die dazu geeignet sind.

Ihr vermindertes Potential an Selbständigkeit, Selbstverfügbarkeit, Unabhängigkeit und ihre reduzierte Fähigkeit zur Aufnahme sozialer Beziehungen und zur Realisierung sozialer Aktivitäten soll abgebaut, gefördert und verbessert werden, um jeweils den größtmöglichen Grad an eigenständiger Lebensweise und Integration in die Gesellschaft bzw. in gemeinschaftliche Lebensformen zu erreichen. In Abgrenzung zur Rehabilitation bezieht sich die Aufgabe der Behandlung und Pflege eher auf zeitlich abgrenzbare oder auch chronische Krankheitsgeschehen, um Krankheitserscheinungen und ihre Folgen zu beheben, zu bessern und zu lindern. Die **medizinische Rehabilitation** dient nach Überwindung der akuten Krankheitserscheinungen der körperlichen und seelischen Stabilisierung (wie z.B. dem Aufbau der Motivation) sowie der Abklärung von Neigung und Eignung. Sie kann als Abklärungs-, Motivations- und Stabilisierungsphase bezeichnet werden. Dem Patienten soll geholfen werden, allmählich wieder selbständiger leben zu können.

Die psychiatrische **Arbeitsrehabilitation** findet im wesentlichen in Form von Arbeitstherapie, in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK), in beschützten Arbeitsplätzen in Werkstätten für Behinderte, in Betrieben und Selbsthilfefirmen oder in Sozialen Firmen statt. Die organisatorischen Strukturen dieser Einrichtungen sind unterschiedlich. Arbeitstherapie ist Bestandteil der psychiatrischen Krankenhausbehandlung. Die meisten Plätze bieten die Werkstätten für Behinderte an, die zwischen den Bereichen Arbeitstraining und Arbeit unterscheiden. Die Selbsthilfefirmen bieten ein breites Spektrum von stundenweiser Zuverdienstarbeit bis hin zu sozialversicherungspflichtigen Vollzeitarbeitsplätzen an.

"Die Entscheidung über die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen sollte erst getroffen werden, nachdem in der entsprechenden Rehabilitationseinrichtung eine angemessen lange Erprobungsphase durchlaufen worden ist", in die auch die Umwelt des Betroffenen (Familie, Wohnsituation, Arbeitsplatz) miteinbezogen wird. (Expertenkommission, 1988)

Tagesstätte

Die Expertenkommission (1988) berichtet über Untersuchungen des Modellverbundes und beschreibt das Bild dieser Einrichtungen als sehr uneinheitlich, da das was unter Tagesstätte verstanden werden soll, sich in einem Entwicklungsprozeß befindet. Die Variation bezieht sich vor allem auf unterschiedliche Angebote, organisatorische Strukturen, Personalausstattung und Konzeption. "Das Spektrum reicht von

einem reinen Treffpunkt mit Gruppenaktivitäten bis zu ausgebauten professionalisierten Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion mit Anspruch auf Versorgung eines Sektors und organisatorischen Modellen, die Verbundcharakter aufweisen."

Die Gemeinsamkeiten sind: Offenheit und Freiwilligkeit zur Teilnahme am Programm, auch bei Zuweisungen durch Ärzte oder Krankenhäuser nach Entlassung. Schwerpunkt der Arbeit sind chronifizierte psychisch Kranke mit oft längerer Hospitalisierung. Leicht Gestörte oder Personen mit lediglich sozialen Schwierigkeiten werden beraten und an geeignetere Stellen weitervermittelt. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist in der Regel gut. Die ärztlich-medizinische Behandlung wird normalerweise von niedergelassenen Nervenärzten durchgeführt.

Alle bieten Einzelberatung und Gruppenaktivitäten an (Sport, Musik, spezielle Gruppen für Frauen und Depressive, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen etc.) Normalerweise gibt es einen Besucherstamm, deren Personen den Mitarbeitern gut bekannt sind.

Zur klareren Begriffsbestimmung legt die Expertenkommission (1988) in ihren Empfehlungen fest, daß "unter Tagesstätten ... Einrichtungen verstanden werden (sollen), die bei wochentäglicher Öffnungszeit einer jeweils fest zusammengesetzten Gruppe von schwerer psychisch Kranken und Behinderten längerfristige therapeutische Programme anbieten. ... Im Unterschied zur Tagesklinik stellt die Tagesstätte keine Alternative zur akut- bis mittelfristigen Behandlung psychisch Kranker in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen dar. Sie ist funktional eher den Langzeitstationen oder dem Heim zuzuordnen."

2.3 ZUSAMMENARBEIT DER VERSCHIEDENEN EINRICHTUNGEN

Das System der psychiatrischen Versorgung in Deutschland hat mit Problemen zu kämpfen, die z.T. struktureller Art sind. In anderen Ländern ist es organisatorisch möglich, daß ein Arzt, der im psychiatrischen Krankenhaus arbeitet, den Patienten, den er dort betreut, auch weiterhin nach vollstationärem Aufenthalt teilstationär oder auch ambulant weiterbetreuen kann. Somit entsteht kein Beziehungsbruch. Diese Kontinuität ist in Deutschland nicht oder nicht immer gegeben. Die Behandlung und Betreuung der Patienten wird meist von unterschiedlichen Einrichtungen mit unter-

schiedlichen Trägern wahrgenommen.

Für die **Kombination verschiedener Hilfsangebote**, die durch die unterschiedlichen Trägerschaften oft schwer zu koordinieren ist, empfiehlt die Expertenkommission: "Die einzelnen Hilfen, die der psychisch Kranke oder Behinderte benötigt, um sich in diesen Lebensbereichen zurecht zu finden, sind ... aufeinander zu beziehen, wenngleich sie sinnvollerweise organisatorisch und räumlich deutlich voneinander getrennt sein sollten, um den Betroffenen eine Differenzierung der Lebensbereiche und den mit ihr verbundenen Rollenwechsel zu ermöglichen. Der Rollenwechsel im Zusammenhang mit unterschiedlichen sozialen Bezügen (z.B. Mitbewohner einerseits, Arbeitskollegen und Freizeitclubfreunde andererseits) ist ein wichtiges rehabilitatives Instrument, um Hospitalisierungseffekte 'totaler Institutionen' zu vermeiden".

Die in den bisherigen Ausführungen geforderten Verbesserungen der psychiatrischen Versorgung, vor allem bzgl. der Kooperation und Koordination unter den verschiedenen Diensten, führten zur Entwicklung von **neuen Modellen**. In dieser Arbeit werden zwei Modelle bzw. Lösungsansätze vorgestellt:

1. Das Prinzip der **Stufenrehabilitation** (Bauer, 1973)
2. Das aus dem Modellprogramm und der entsprechenden Begleitforschung hervorgegangene Modell des **Gemeindepsychiatrischen Verbundes**

2.3.1 Prinzip der Stufenrehabilitation

Die Abteilung für Sozialpsychiatrie an der Freien Universität Berlin hat bereits Anfang der 70-er Jahre versucht aufgrund ihrer Organisationsstrukturen ein umfassendes und gemeindenahes Versorgungssystem aufzubauen, das eine langfristige und kontinuierliche Behandlung sicherstellen sollte. Dies versuchte man mit einem hohen personellen Aufwand und einem Netz von folgenden Einrichtungen zu erreichen: eine Tagesklinik, eine Nachtklinik, eine Arbeitstherapeutische Werkstatt, ein Patientenclub, Wohngemeinschaften für Patienten, eine Nachsorgeambulanz. Über einen Trägerverein sind eine psychosoziale Kontaktstelle, eine Tagesstätte und mehrere Plätze im Betreuten Einzelwohnen angegliedert. Die Besonderheit an dieser Organisation ist die **Durchlässigkeit des Systems** durch institutionsübergreifend arbeitende therapeutische Bezugspersonen (Case-Manager), einem Arzt und

einem Sozialarbeiter. Jedem Patienten wird bei Aufnahme in die Abteilung ein Bezugstherapeutenpaar zugeordnet, das ihn unabhängig von seiner jeweiligen Platzierung in einer Teilinstitution und auch bei zwischenzeitliche Rückverlegung in einen stationären Bereich während der gesamten Zeit der Behandlung therapeutisch begleitet (Steinhart, 1993).

Das bei Dörner und Plog (1972) formulierte Prinzip der therapeutischen Kette in der institutionellen Praxis zur stufenweise Rehabilitation schwer gestörter und chronisch kranker Patienten wurde dadurch strukturell umgesetzt. Die funktionelle Grundlage dafür beschreibt Bauer (1973): Sozialpsychiatrisches Handeln schließt psychotherapeutische Methoden mit ein. Dabei ist wichtig, daß es nicht zu einer "Resozialisierung nach Innen" kommt, worunter Psychotherapie ohne den Einschluß der Außenwelt verstanden wird. Das kann nach Meinung der Autoren nur vermieden werden durch "zunehmende Rücknahme von Protektion sowie Einbau von Elementen echter Außenrealität. Voraussetzung des Gelingens einer Rehabilitation ist deshalb auch die Öffnung der Institution nach außen". Bosch stellt dieses Versorgungsprinzip graphisch so dar:

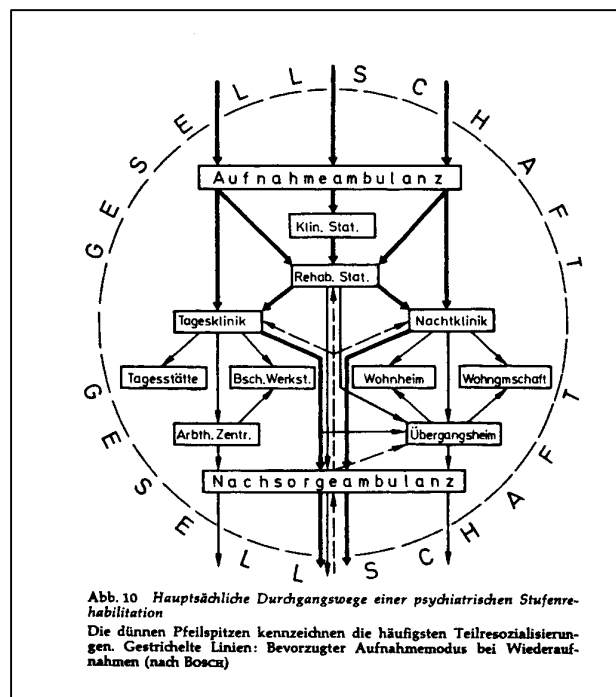


Abbildung 2-1: Hauptsächliche Durchgangswege einer psychiatrischen Stufenrehabilitation³

"Die einzelnen Institutionen eines solchen gegliederten Systems beinhalten jeweils eine Reduktion an Behandlungsintensität bei zunehmenden Anteilen 'gesunder' Au-

ßenrealität. Der intendierte Durchgang von Patienten durch solche Teilbereiche bedeutet eine stufenweise Rücknahme institutioneller Protektion bei gleichzeitiger Zunahme von Anforderungen und Eigenverantwortlichkeit des Patienten" (Linden & Bosch, 1986). Dem Modell entsprechend kann der Übergang in den teilstationären Bereich durch rehabilitativ orientierte Stationen vorbereitet werden, die ein größeres Programmangebot im Vergleich zur normalen Akutaufnahmestation bieten. Sollte danach eine direkte Entlassung in ambulante Behandlung und Wiederaufnahme der Arbeit noch nicht möglich sein, "bereiten arbeitstherapeutische Werkstätten mit erhöhten Forderungen an Zeitdauer und Konstanz von Arbeitsleistung auf die völlige Selbstbestimmung des Tagesablaufes mit idealerweise normaler Berufstätigkeit vor. Sollte dies, zumindest zunächst, nicht erreichbar sein, so kann der Weg von der Tagesklinik in eine beschützte Arbeitssituation (beschützte Werkstätte) führen. In Analogie zu dieser Kette sollte der Weg im Wohnbereich aus der stationären Behandlung zunächst in die Nachtklinik führen. Erst dort ... sollte entschieden werden, ob das Ziel selbständigen Wohnens direkt erreicht bzw. mittels eines Durchgangs durch ein Übergangwohnheim vorbereitet werden kann oder ob, bei vorläufigem Verzicht auf solche Ziele, die Platzierung in einem Wohnheim oder in einer therapeutischen Wohngemeinschaft angezeigt ist."

Dieses in vollstationäre, teilstationäre, komplementäre und ambulante Einrichtungen gegliederte System wird als Modell alternativer Versorgung begriffen, und die neuen Institutionen werden nicht nur als einer stationären Behandlung nachgeschaltete Instrumente verstanden. "Neben der Vorstellung, zumindest die teilstationären Institutionen könnten einen weiten Bereich der bisherigen vollstationären Versorgung auch primär abdecken, schien die Benutzung des gesamten Instrumentariums vor allem bei Wiedererkrankungen, Verschlimmerungen und Rückfällen von Patienten angezeigt. Bereits in ein solches Behandlungssystem integrierte, beispielsweise ambulant behandelte Patienten konnten in solchen Fällen durch 'weiche' Rücknahmen vor vollstationärer Wiederaufnahme bewahrt werden und mußten damit nicht völlig aus ihrem Umfeld herausgenommen werden" (Linden & Bosch, 1986). Das System versteht sich als Möglichkeit, "die Patienten durch flexible Vor- und Zurücknahmen unter möglichster Vermeidung vollstationärer Aufenthalte auch im Falle von Krisen und Verschlimmerungen innerhalb des Systems zu halten". "Beiden Sichtwei-

³ aus Bauer, 1973

sen, der rehabilitativen sowie der eines Rückfallmanagements, liegt die Prämisse zugrunde, daß ... die am wenigsten unselbständig machende Behandlung für den Patienten auch die beste ist. Im Einzelfall bedeutet dies, daß jeweils ein Optimum gefunden werden muß aus aktuell notwendigem Behandlungsumfang und größtmöglicher Selbständigkeit des Patienten." Allerdings wäre es utopisch zu glauben, bei chronisch Kranken durch einen "individuell abgestimmten Durchlauf einer Rehabilitationskette in einem begrenzten Zeitraum immer weitgehende Gesundheit erreichen zu können" (Linden & Bosch, 1986).

2.3.2 Modell des gemeindepsychiatrischen Verbundes

Zur Weiterentwicklung der Forderungen der Psychiatrie-Enquete schlägt die Expertenkommission (1988) den Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes vor, der aus folgenden Komponenten besteht: ein aufsuchend-ambulanter Dienst, eine Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und eine Tagesstätte für jeweils eine Population von ca. 150.000 Einwohnern (Kulenkampff & Hoffmann, 1990). Nach Ansicht der Expertenkommission ist er die ideale institutionelle Lösung zur Betreuung chronisch psychisch Kranker, in dem er niederschwellige Kontakte, Beratung, Beschäftigung und Tagesstrukturierung bietet, aber auch Hausbesuche durchführt (Eikermann, 1998). Wichtigste Aufgabe dieses Verbundes ist die Koordination der Einrichtungen, die an der Versorgung beteiligt sind. Diese Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Trägern ergibt sich nur in begrenztem Umfang von alleine. "Konkurrenzverhalten oder zumindest Abgrenzung gegeneinander, auch einfach Unkenntnis über die regionalen Versorgungspartner überwiegen. Aufgabenüberlappungen, Mehrfachbetreuungen und ähnliche die Versorgungseffizienz auch in wirtschaftlicher Hinsicht behindernde Vorgänge werden zwar häufig bemerkt; aus der Ebene der partikulär verteilten Einrichtungen läßt sich aber, vor allem in Regionen mit einer Vielzahl versprengter Anbieter, über ein meist unzureichendes pragmatisches Verfahren hinaus keine systematische Regelung erzielen. Angesichts dieser faktischen Verhältnisse wird deutlich, daß die wo auch immer verankerte bloße Verpflichtung zur Zusammenarbeit noch keine Garantie einschließt, daß auch wirklich zusammengearbeitet wird." (Expertenkommission, 1988) Der Gemeindepsychiatrische Verbund sollte deshalb eine eigene Rechtsform besitzen, um gegenüber den Kostenträgern unabhängig und selbständig agieren zu können.

Einen Anreiz für die Kooperation der Beteiligten sieht die Expertenkommission im

Informationsgewinn, der die Arbeit erleichtert, in finanziellen Vorteilen und in der Entstehung eines Bewußtseins, das zur Identifikation mit der Region und ihren Problemen und Entwicklungschancen führt.

Die einzelnen Bausteine haben folgende Funktionen (Expertenkommission, 1988):

- Ein **aufsuchend-ambulanter Dienst** soll v.a. chronisch psychisch Kranke versorgen, die dazu neigen, sich kommunikativ abzukoppeln und sich der notwendigen ärztlichen Behandlung zu entziehen. Dieser Dienst soll eine Reihe von Versorgungsleistungen funktional verknüpfen.
- Der Aufbau einer **Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion** schließt die Lücke zwischen stationärem klinischem Behandlungsangebot und ambulanter Versorgung. Das sollte ein ambulanter offener Dienst sein, der über eine bewußt niedrig gehaltene Zugangsschwelle verfügt. "Der Aufgabenkatalog umfaßt Beratung, Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung – also sogenanntes lebenspraktisches Training – , Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen und Hilfen zur Sicherung von rechtlichen und materiellen Ansprüchen."
- Das dritte Element ist die **Tagesstätte**. Sie soll schwerer gestörten chronisch psychisch Kranken und Behinderten, die nicht hospitalisiert zu werden brauchen, andererseits aber dem offenen Angebot der Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion nicht gewachsen sind, längerfristige therapeutische Programme zur Verfügung stellen.

Im Mittelpunkt stehen hier arbeits- und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen sowie Gruppenaktivitäten (Kulenkampff & Hoffmann, 1990).

Entsprechend der Vorstellungen der Expertenkommission sollen die drei Komponenten nicht einfach nur kooperieren, sondern zu so etwas wie einer **funktionalen Einheit** mit personeller Durchlässigkeit zusammenwachsen. Dabei darf der gemeindepsychiatrische Verbund nicht als Institution betrachtet werden, die man additiv anderen in der Versorgungsregion schon arbeitenden Diensten hinzufügt, sondern er sollte sich je nach den regionalen Gegebenheiten aus den dort vorhandenen Einrichtungen entwickeln, die die o.g. Funktionen übernehmen sollten.

2.4 EMPIRISCHE ERGEBNISSE DER VERSORGUNGSFORSCHUNG

2.4.1 Allgemeiner Überblick und Festlegung der Kriterien

Am Anfang der Versorgungsforschung stand die Frage, ob die Behandlung schwer und chronisch psychisch Kranker außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses überhaupt möglich ist, wie lange diese außerhalb des Krankenhauses leben können, und wann Rezidive eintreten. Häufige Kriterien für Forschung in diesem Bereich sind die Anzahl der Krankenhausaufnahmen und die Verweildauer bei Wiederaufnahme, wobei seltene und kurze Verweildauer als Erfolg gewertet werden. Als aussagekräftigeres Kriterium wertet Eikelmann (1998) demgegenüber oder zusätzlich das Verbleiben des Patienten in seiner Wohnung und Gemeinde. Seltener werden auch psychopathologische Remission, soziale Integration, Selbständigkeit beim Wohnen und Arbeiten, Belastung der Familien und der Gemeinschaft als Indikator für den Erfolg sozialpsychiatrischer und rehabilitativer Maßnahmen untersucht.

Goering et al. (1983) untersuchten allgemein die Bedeutung der Nachbehandlung. Sie berichten Rückfallquoten von 30-40% innerhalb eines halben Jahres, 36-50% nach einem Jahr und 65-75% der Patienten wurden nach 3-5 Jahren wieder in das Krankenhaus eingewiesen. Nur 10-30% der entlassenen Patienten wurden in dem untersuchten Zeitraum nicht wieder aufgenommen. Eine steigende Anzahl von Studien zeige jedoch, daß Nachbehandlungsprogramme die **Rehospitalisierungsrate** senke und die sozialen Funktionen für diese Patienten verbessere (Goering et al., 1983; Wasylenki et al., 1981 und McCranie & Mizell, 1978). Idealerweise sollten die Patienten nach vollstationärer Behandlung in eine Nachbehandlung empfohlen werden, die einen direkten und positiven Einfluß auf die Anpassung an das Leben in der Gemeinde hat. Patienten, die ohne Empfehlung zur Nachbehandlung entlassen worden waren, kehrten schneller wieder in das Krankenhaus zurück (Wasylenki et al., 1981).

In den folgenden Kapiteln werden Ergebnisse empirischer Studien zur Evaluation von poststationärer Nachbehandlung unter Berücksichtigung folgender **Kriterien** dargestellt:

- Rehospitalisierungswahrscheinlichkeiten, Arbeitsfähigkeit, Zufriedenheit

Dabei werden zunächst Ergebnisse aus Studien über ambulante und teilstationäre Nachbehandlung berichtet. Danach wird auf das Prinzip der Stufenrehabilitation eingegangen, das im Kapitel 2.3.1. vorgestellt wurde.

2.4.2 Evaluation ambulanter und komplementärer Nachbehandlung

Die Untersuchungen beschränken sich vorwiegend auf die allgemeine Effektivität von Nachbehandlung und nicht auf einzelne Betreuungsformen, wie z.B. betreutes Wohnen und Arbeitsrehabilitation.

Verschiedene ältere Studien kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen (zitiert bei Häfner & an der Heiden, 1987), was Häfner darauf zurückführte, daß die Formen der Nachbehandlung sehr verschieden, schwer vergleichbar und die Versorgungsbedürfnisse der Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen nicht homogen sind.

Aufgrund der Vielfalt von Versorgungsmustern halten Häfner et al. (1986) es nicht für möglich, typische Patientenkarrieren extramuraler Versorgung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit miteinander zu vergleichen. Somit ist es auch schwierig, Empfehlungen für die Organisation der Behandlung nach vollstationärem Aufenthalt zu geben.

Wirksamkeit quantitativer Intensität extramuraler Dienste auf Rehospitalisierung

Häfner und an der Heiden (1983) untersuchten die quantitative Intensität der Inanspruchnahme extramuraler Dienste und ihren Einfluß auf die Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit. Es zeigte sich, daß die Wahrscheinlichkeit, nach einem Jahr noch nicht wieder aufgenommen zu sein, bei Kranken mit intensivster Inanspruchnahme am höchsten war, und bei der Gruppe mittlerer Inanspruchnahme bereits deutlich niedriger. Er schloß daraus, "daß bei vorwiegend chronisch verlaufenden Schizophrenien eine intensivere Inanspruchnahme extramuraler Dienste mindestens über die Zeit eines Jahres mit geringerer Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit verbunden ist. Intensive gemeindepsychiatrische Versorgung vermag also die Häufigkeit stationärer Wiederaufnahmen und damit den sogenannten Drehtüreffekt zu vermindern."

Wirksamkeit ambulanter medizinischer Behandlung auf die Dauer einer Wiederaufnahme

In ihrer Studie von 1986 untersuchten Häfner et al. die Wirksamkeit einer Komponente der extramuralen Versorgung: die ambulante medizinische Behandlung (nie-

dergelassener Arzt oder psychiatrische Ambulanz). Er kam zu dem Ergebnis, daß "eine intensivere ambulante psychiatrische Behandlung und die Erhöhung des Anteils dieser Komponente an der Gesamtversorgung ... die Dauer von Wiederaufnahmen ins psychiatrische Krankenhaus (vermindert)." Dabei wurde als wirksamer Faktor für die Variable 'Intensität ambulanter psychiatrischer Versorgung' die bessere Compliance der in intensiverem ambulanten Kontakt stehenden Patienten angenommen. Er verglich Patienten, die in Heimen und Wohngemeinschaften lebten mit solchen, die in der Familie lebten und alleine Lebenden. Der Zusammenhang zwischen Intensität ambulanter ärztlicher Versorgung und Verminderung der Krankheitssymptome war bei den in Heimen und Wohngemeinschaften lebenden Kranken am stärksten, bei den in der Familie Lebenden deutlich schwächer und bei den Alleinlebenden nicht mehr erkennbar. "Das bedeutet, daß alleinlebende chronisch Schizophrene im Gegensatz zu gut betreuten Heimpatienten von der ärztlichen Behandlung im Mittel kaum noch profitierten. Die Wiederaufnahmedauer wird durch ein Mehr an ambulanter psychiatrischer Versorgung bei Schizophrenen in allen drei Typen von Lebensumständen dem Trend nach vermindert", was Häfner vor allem auf die bessere Therapiecompliance zurückführt. In ihrer Studie von 1987 unterteilten Häfner und an der Heiden ihre Stichprobe nochmals nach dem Ausmaß der stationären Vorbehandlung und stellten fest, daß chronisch Kranke, die also längere stationäre Vorbehandlungen hinter sich haben, von der Häufigkeit und Intensität ambulanter medizinischer Versorgung mehr profitieren als Neuerkrankte, und zwar sowohl was die Verminderung stationärer Behandlungsbedürftigkeit, als auch die Reduzierung der psychopathologischen Symptomatik betrifft.

Wirksamkeit ambulanter Nachbehandlung auf Befindlichkeit und Produktivität

Um ambulante Nachbehandlung zusammenfassend bewerten zu können, sei auf den Artikel von May & Simpson (1984) hingewiesen, in dem sie eine ganze Reihe von Studien bzgl. methodischer Qualität und Ergebnisse begutachteten. Dabei wurden vorwiegend schizophren erkrankte Patienten beobachtet. Konkrete Kriterien für den Therapieerfolg wie Dauer des stationären Aufenthaltes und Wiederaufnahmehäufigkeit werden als problematisch eingeschätzt, da sie unterschiedlich interpretiert werden können. Sie beschränkten sich auf zwei Kriterien für die Qualität und Wirksamkeit von ambulanter Nachbehandlung:

1. "die **Freiheit von** ungewöhnlichen seelischen und körperlichen **Schmerzen** mit

einer zumindest ausreichenden Genußfähigkeit und

2. ein **Mindestmaß an Produktivität** und Teilnahmefähigkeit an der den Patienten umgebenden Umwelt."

Sie kommen abschließend zu dem Ergebnis, daß ambulante Nachbetreuungs- und Rehabilitationsprogramme einen stark positiven Effekt haben, daß Psychopharmakotherapie einen wichtigen Anteil an der Behandlung hat, daß sich erfolgreiche Therapieprogramme hauptsächlich auf Problemlösung, soziale Wiedereingliederung, Wohnungsbeschaffung, Stellenvermittlung und Motivation für die Aufrechterhaltung einer Langzeitpsychopharmakotherapie konzentrieren. Allerdings könne ein ambulantes Nachsorgesystem für schizophrene Patienten nur funktionieren, wenn das "Laissez-faire-Modell ... durch ein den chronischen Patienten aktiv angehendes Versorgungssystem ersetzt (wird), um eine hinreichende Aufsicht, eine Aufrechterhaltung der Medikation und eine soziale Rehabilitation zu gewährleisten". Auf diese Forderung geht der aufsuchende Dienst innerhalb des Konzeptes des gemeindepsychiatrischen Verbundes ein, der später noch beschrieben wird.

Wirksamkeit ambulanter Arbeitstherapie auf Arbeitsfähigkeit

Zur ambulanten Arbeitstherapie berichtet Eikelmann (1998) über eine Studie in der Region Westfalen-Lippe (Reker et al., 1996) in der schizophrene Patienten, meist ledig und mit Hauptschulabschluß, über 3 Jahre prospektiv untersucht wurden. Meist waren es chronisch Kranke mit häufigen Hospitalisationen, die zu 48% in betreuten Wohnformen lebten, ein Viertel bei den Eltern und nur knapp ein Drittel wohnten selbständig. 48% der Patienten konnten so erfolgreich rehabilitiert werden, daß sie nach drei Jahren im allgemeinen und beschützten Arbeitsmarkt beschäftigt waren. Wesentliche Effekte der ambulanten Arbeitstherapie waren die erhöhte Arbeitsbelastbarkeit, eine signifikante Reduktion psychiatrischer Hospitalisierungen und eine Stabilisierung der psychischen Symptomatik. Eikelmann (1998) weist darauf hin, daß die ambulante Arbeitstherapie schon während der Krankenhausbehandlung beginnen kann, die Entlassung dadurch vereinfacht wird und unnötig lange stationäre Behandlungszeiten vermieden werden.

Wirksamkeit von Betreuung in Wohngemeinschaften auf Hospitalisierung

Hülsmeier (1986) untersuchte ein Wohngemeinschaftsprojekt mit 9 Wohnungen für 53 psychiatrische Patienten in Bern. Er verglich jüngere Erwachsene, die die Ablö-

sung von zu Hause noch nicht vollzogen hatten, mit langfristig Kranken aus dauerhafter Hospitalisierung. Für die Gruppe der klinischen Langzeitpatienten sank die durchschnittliche jährliche Hospitalisierung nach Aufnahme in das Wohngemeinschaftsprojekt von 251 Tagen auf 9 Tage pro Jahr. Bei den jüngeren Patienten mit Ablöseproblematik stieg die Rehospitalisierungsrate an, war jedoch von der Gruppe stationärer Langzeitpatienten nicht signifikant verschieden.

Er fand eine lineare Beziehung zur Dauer des Aufenthalts im Wohngemeinschaftsprojekt: Je länger der Aufenthalt desto erfolgreicher die Rehabilitation.

Wirksamkeitsvergleich von Krankenhaus, Heim und Wohngruppe auf Zufriedenheit

Simpson et al. (1989) untersuchten die Zufriedenheit chronisch Kranker im Krankenhaus, in Heimen und Wohngruppen. Die Lebensqualität der Patienten, die als subjektive Wertung der inneren Erlebnismöglichkeiten und der äußeren finanziellen, gesundheitlichen und sozialen Situation definiert wird, war in Wohngruppen am besten. Eikermann (1998) berichtet aus einer Reihe von Untersuchungen, daß die größere **Zufriedenheit** von psychisch Kranken weniger mit sichtbarem Erfolg begründet wurde, sondern vor allem mit einem höheren Maß an Selbstbestimmung innerhalb eines offenen, partnerschaftlichen und kooperativen Behandlungsstiles, bei dem Angehörige und die Patienten selbst mitwirken und mitbestimmen konnten.

2.4.3 Evaluation teilstationärer Behandlung und Nachbehandlung

Die psychiatrische Tagesklinik ist eine der am besten untersuchten Behandlungsformen. Es gibt allerdings nur wenige Studien, die die Wirksamkeit von tagesklinischer Behandlung ausdrücklich nur als Nachbehandlung nach stationärem Aufenthalt untersuchen und mit fortgesetztem stationärem Aufenthalt vergleichen. Die folgenden Untersuchungen geben zunächst einen Überblick über teilstationäre Behandlung und danach über teilstationäre Nachbehandlung. Es wird die Wirksamkeit dieser Behandlungsmodalität untersucht im Hinblick auf

- Rehospitalisierung
- Machbarkeit von Tagesbehandlung
- Zufriedenheit
- Verkürzung vollstationären Aufenthalts
- psychopathologischer Befund und Arbeitsintegration

Die meisten Studien über die Effektivität tagesklinischer Behandlung untersuchen diese als Alternative zur stationären Behandlung. May & Simpson (1984) beurteilen dies aufgrund ihrer Metaanalyse wie folgt: "Eine derartige Alternativversorgung (ist) dort, wo sie gut durchorganisiert ist, bezüglich klinischer Ergebnisse, Kosten und Rückfallverhinderung zumindest genauso gut, wenn nicht besser ... als die konventionelle stationäre Behandlung." "Der Erfolg scheint von einer weitreichenden sozialen Betreuung und einer adäquaten medikamentösen Behandlung abhängig zu sein."

Auch neuere Studien belegen diese Ergebnisse und weisen außerdem auf die Verbesserung der sozialen Kompetenz (Schene & Gersons, 1986; Hoge et al., 1992; Creed et al., 1990) und der alltagspraktischen Kompetenzen (Eikelmann & Reker, 1993; Nienhuis et al., 1994) hin.

Wirksamkeit voll- und teilstationärer Behandlung auf Rehospitalisierung

Creed et al. (1990) verglichen akut erkrankte Patienten, die er zufällig auf vollstationäre und teilstationäre Behandlung verteilte und kam zu folgendem Ergebnis: Nach drei Monaten waren zwar 33 der 48 vollstationären Patienten entlassen und nur 17 der 41 TK-Patienten. Aber nach einem Jahr waren neun der vollstationären Patienten und nur drei der TK-Patienten wieder im Krankenhaus. Aus der Zufallsverteilung und dem Erfolg nach einem Jahr schloß er, daß etwa 40% der akut erkrankten Patienten erfolgreich in einer TK behandelt werden können.

Wirksamkeit teilstationärer Nachbehandlung auf Rehospitalisierungsrate

Sheldon (1964) wertete die Wirksamkeit der Nachbetreuung von 83 frisch entlassenen Patientinnen aus. 51 von ihnen waren schizophrene. Die Patientinnen wurden nach Zufallskriterien folgenden drei Gruppen zugeordnet:

1. 38 Patienten (davon 24 schizophrene) wurden vom Allgemeinarzt weiterbehandelt
2. 21 Patienten (davon 12 schizophrene) wurden in einer Tagesklinik behandelt, wo die primäre Kontaktperson eine Schwester war
3. 24 Patienten (davon 15 schizophrene) wurden von einem Ambulatorium weiterbetreut, wo die primäre therapeutische Kontaktperson ein Psychiater war

Die schizophrenen Patienten der ersten Gruppe wurden häufiger wiederaufgenommen als die der beiden anderen Gruppen. Sie verbrachten außerdem nach der Wiederaufnahme längere Zeit im Krankenhaus als die erste Gruppe. Zwischen der

zweiten und dritten Gruppe zeigte sich kein Unterschied.

Machbarkeit von Tagesbehandlung bei gleichen Ergebnissen wie vollstationäre Behandlung

In den Niederlanden wurden in den letzten Jahren einige Studien durchgeführt (Nienhuis et al., 1994; Wiersma et al., 1995; Schene et al., 1993; Kluiters et al., 1992), die frühere methodische Probleme berücksichtigen und die oben genannten Ergebnisse bestätigen. Das Maß für erfolgreiche Behandlung bei Wiersma et al. (1995) war, ob die zufällig den Bedingungen der voll- und teilstationären Behandlungen zugewiesenen Patienten mehr als vier Nächte pro Woche außerhalb der Klinik verbrachten. Beiden Gruppen stand es offen, die Nächte in der Klinik oder zu Hause zu verbringen. 40% der TK-Patienten verbrachten die Nächte außerhalb der Klinik aber keiner aus der Gruppe der vollstationären Patienten. Beide Gruppen hatten ähnliche Ergebnisse bzgl. Psychopathologie und sozialen Funktionen. Eine Analyse nach diagnostischen Kriterien ergab, daß 40% der Patienten mit affektiven Störungen und 33% der schizophrenen Erkrankten, auch teilstationär erfolgreich behandelt werden konnten. Obwohl die schizophrenen Patienten zu Beginn der Behandlung unter schwereren Symptomen und unter stärkeren sozialen Einschränkungen litten, unterschieden sie sich nach zwei Jahren bzgl. der Psychopathologie (PSE⁴) nicht von den Patienten mit affektiven Störungen.

Sledge et al. (1996) berichten, daß ungeachtet der Diagnose sogar 83% aller Patienten, die normalerweise in vollstationäre Behandlung aufgenommen worden wären, für Tagesklinikbehandlung geeignet waren und bestätigen die Vorteile der tagesklinischen Behandlung bzgl. Symptomverbesserung, allgemeiner Funktionen und sozialer Funktionen.

Eikelmann (1998) faßt die Ergebnisse mehrerer Studien zusammen: „Die tagesklinische Behandlung reduziert die Frequenz und/oder die Dauer weiterer Hospitalisierungen und die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen überhaupt.“

Wirksamkeit im Vergleich von voll- und teilstationärer Behandlung auf Zufriedenheit

Die Tagesklinikpatienten und ihre Familien waren in der Untersuchung von Wiersma et al. (1995) mit ihrer Behandlung zufriedener als die, die vollstationär untergebracht waren und ihre Compliance war besser. Das ist insofern ein wichtiges Ergebnis, da

⁴ PSE = Present State Examination

in der früheren Literatur immer wieder Bedenken aufgetaucht waren, daß tagesklinische Behandlung die Patienten und ihre Familien zu sehr belasten würde.

Auch Schene et al. (1993) bestätigen die vergleichbaren Ergebnisse voll- und teilstationärer Behandlung bzgl. Psychopathologie und sozialer Funktionen und fügen hinzu, daß die Tagesklinikbehandlung von mehr Patienten akzeptiert und von weniger Patienten abgebrochen wurde als eine vollstationäre Behandlung, und daß die Tagesklinikpatienten zufriedener mit ihrer Behandlung waren.

Wirksamkeit voll- und teilstationärer Nachbehandlung auf Zufriedenheit

Dick et al. (1985) verglichen 83 Patienten mit Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Anpassungsreaktion, die in ihren demographischen Daten vergleichbar waren und zufällig auf zwei Gruppen verteilt wurden: Eine Gruppe setzte die begonnene vollstationäre Behandlung fort, die andere ging von vollstationärer in teilstationäre Behandlung über. Die beiden Gruppen unterschieden sich zu keinem Zeitpunkt signifikant bezüglich der Krankheitsschwere, die mit dem 'Clinical Interview Schedule' erhoben worden war und zeigten beide nach drei Wochen signifikante Verbesserungen. Die Tagesklinikpatienten hatten nach drei Wochen signifikant größere Verbesserungen aufzuweisen, nach vier Monaten unterschieden sich die Verbesserungen nicht mehr signifikant. Tagesklinikpatienten waren mit ihrer Behandlung zufriedener als die vollstationären Patienten.

Wirksamkeit teilstationärer Nachbehandlung auf die Dauer vollstationären Aufenthalts

Bolm et al. (1989) untersuchten die Auswirkung eines teilstationären Aufenthaltes, der sich direkt an den vollstationären anschloß und stellten fest, daß der vorangegangene vollstationäre Aufenthalt im Vergleich zu früheren vollstationären Aufenthalten sich nur um 12 Tage verkürzte; ein erneuter vollstationärer Aufenthalt im Anschluß an den teilstationären verringerte sich dann aber sogar um 33 Tage. Als Grund für die zunächst eher geringe Verkürzung vermuten die Autoren, daß das Stationspersonal die Patienten bis zum Abschluß einer sogenannten klinischen Behandlungsphase behalten will und "teilstationäre Behandlungen oft eher als eine rehabilitativ orientierte Anschlußbehandlung und nicht als Möglichkeit zur Verkürzung vollstationärer Aufenthalte begreift."

Wirksamkeit teilstationärer Behandlung auf psychopathologischen Befund und Arbeitsintegration

Eikelmann (1991) stellte in seiner Untersuchung an 79 Tagesklinikpatienten⁵ fest, daß sich die psychopathologische Symptomatik der Patienten reduzierte. Die Summenwerte des AMDP⁶-Befundes halbierten sich im Mittel nahezu, was für alle Symptombereiche galt. Wesentliche Verbesserungen fand er auch bzgl. der Arbeitssituation nach tagesklinischer Behandlung: Innerhalb der vier Arbeitsniveaus ohne Beschäftigung, Arbeitstherapie, zweiter Arbeitsmarkt (Selbsthilfefirma, WfB) und allgemeiner Arbeitsmarkt blieben 36 Patienten nach der Tagesklinikbehandlung auf dem initialen Arbeitsniveau, 12 verschlechterten sich und 31 Patienten verbesserten sich um mindestens eine Stufe. "Von 44 initial Unbeschäftigten fanden 20 (45,5%) zu einer strukturierten Tätigkeit, während von 14 vorher Beschäftigten nur 5 (35,7%) ihre Arbeit verloren."

2.4.4 Evaluation der Stufenrehabilitation

Linden und Bosch (1986) untersuchten in ihrer Institutionsanalyse an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin, in der die wichtigsten von der Enquete geforderten institutionellen Bausteine (Tages- und Nachtambulanz als teilstationäre Dienst, komplementäre Dienste und eine Ambulanz) des extramuralen Versorgungssystem gegeben sind, ob etablierte Systeme in der Tat die beschriebene Aufgabe der stufenweisen Rücknahme institutioneller Protektion bewältigen können und mit welchem Ergebnis. Sie beobachteten "sämtliche Bewegungen der aufgenommenen Patienten innerhalb der Gesamteinstitution ... und das Zusammenspiel der verschiedenen Teilbereiche anhand der Übergänge von Patienten aus einem Teilbereich in einen anderen und damit das Hintereinanderschalten der Teilinstitutionen." Bei den Patienten handelte es sich überwiegend um schizophrene Erkrankte und chronisch Kranke. Die Patientenströme im Anschluß an vollstationäre Behandlung stellten sich wie folgt dar: 74% wurden im Anschluß an vollstationäre Behandlung in der Tagesklinik behandelt, 10% wurden an die Nachtambulanz verwiesen, 7% an die Werkstatt zur Arbeitstherapie, 5% an die Ambulanz, 4% waren quasi-stationär (Tages- und Nachtambulanz) untergebracht.

⁵ Verteilung der Diagnosen: 66 mal Schizophrenie, 4 mal Affektpsychose, 9 Neurose

⁶ AMDP = Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie 1981

95% der Erstaufnahmen in die Klinik wurden teilstationär nachbetreut, bei den Wiederaufnahmen waren es 85%. Insofern entsprechen die tatsächlichen Patientenströme dem 'Modell der institutionellen Stufenrehabilitation', bei dem die teilstationäre Behandlung nach vollstationärem Aufenthalt eine wichtige Rolle spielt. Linden und Bosch weisen allerdings darauf hin, daß dies nicht bedeute, "daß eine tagesklinische Behandlung im Sinne einer sich aus dem Zustand des Patienten ergebenden Notwendigkeit auch immer tatsächlich erforderlich gewesen wäre." Ein wichtiges Argument für die Anschlußbehandlung in der Tagesklinik war, zu dem Patienten eine vertrauensvolle therapeutische Bindung an die Abteilung herstellen zu können, was man über die Tagesklinik leichter zu verwirklichen sah, da ein intensiverer Kontakt zu den Mitarbeitern der Abteilung besteht als in der Ambulanz. Den Unterschied in der Prozentzahl der Tagesklinikbehandlungen nach Erstaufnahme und nach Wiederaufnahme erklären die Autoren damit, daß nach Erstaufnahme mehr nach dem Schema der 'Stufenrehabilitation' gehandelt wurde, das im Anschluß an vollstationären Aufenthalt tagesklinische Behandlung vorsieht, und daß die Indikationen für Aufnahmen und Rückaufnahmen in teilstationäre Versorgungsinstitutionen präziser festgelegt werden sollten.

In einer zweiten Studie untersuchten Steinhart und Bosch (1992) 136 Neuaufnahmen in die Berliner Abteilung. Es handelte sich vorwiegend um Psychotiker (93%), zu 73% aus dem schizophrenen Formenkreis, mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren, die als chronisch bezeichnet werden können, da sie schon mehrere Voraufenthalte in psychiatrischen Kliniken hatten. 88% der zumeist alleinstehenden Patienten wurden im Anschluß an einen 3-4 monatigen stationären Aufenthalt in das Versorgungssystem der Abteilung für Sozialpsychiatrie übernommen, die übrigen Patienten waren Direktaufnahmen von außen. Dabei stellten sie fest, daß es im wesentlichen **drei "Institutionelle Verlaufstypen"** von Behandlungsmustern gab:

- das **traditionelle duale Versorgungssystem** (niedergelassener Nervenarzt vs. vollstationäre Bereiche)
- **Stufenrehabilitation** wie oben beschrieben (nach Übernahme aus vollstationärer Behandlung in fast ausschließlich teilstationärer Versorgung (Tages- und Nachtklinik, Arbeitstherapeutische Werkstatt) folgt innerhalb eines Zeitraumes von maximal 3, 6, 12 Monaten oder später eine kontinuierliche und ununterbrochene ambulante Behandlung)

- Nutzung des Systems als **alternatives Versorgungsinstrument** (der Übernahme in eine teilstationäre Behandlungsstufe folgt eine Kombination ambulanter Behandlungszeiten mit teilstationären und gegebenenfalls vollstationären Rückverlegungen)

Von den 136 beobachteten Patienten gehörten jeweils 59 zu den zwei Verlaufsmustern der 'Stufenrehabilitation' und der 'alternativen Versorgung', 10 Patienten nutzten das System als 'traditionelles Versorgungssystem' und bei 8 Patienten mißlang die 'Stufenrehabilitation', da es keinen Übergang in ambulante Behandlung gab. Bei der Behandlung im Sinne der 'Stufenrehabilitation' gelang es, daß bei der Hälfte der untersuchten Patienten schon in maximal drei Monaten von einer teilstationären in eine kontinuierliche und dann ununterbrochene ambulante Behandlung übergegangen werden konnte und nur ganz wenige Patienten hierzu länger als ein Behandlungsjahr benötigten.

Eine Bestätigung ihres Konzeptes der teilstationären und ambulanten Nachbehandlung sehen Steinhart und Bosch (1992) darin, daß "Rezidive aus der Ambulanz bei knapp der Hälfte der Fälle durch rein teilstationäre Rücknahme abgefangen werden konnten. Bei den übrigen Patienten waren Rücknahmen auf die stationäre Protektionsstufe erforderlich oder es erfolgten Kombinationen von teil- und vollstationären Behandlungen." Sowohl für die 'Stufenrehabilitation' als auch für die 'alternative Versorgung' zeigte sich, daß bei einem schnellen Erreichen der niedrigsten Protektionsstufe (ambulante Behandlung) die Prognose für den weiteren institutionellen Verlauf günstig ausfällt, was aus dem Rückgang der Zahl und Dauer der vollstationären Rücknahmen geschlossen wurde.

Bezüglich des 'traditionellen dualen Systems' fragten sich Steinhart und Bosch (1992), ob diese Patienten vielleicht kein so aufwendiges Gesamtinstrumentarium wie das der 'Stufenrehabilitation' benötigen oder auch ob eine ambulante Nachbehandlung in der Klinikambulanz nicht der nervenärztlichen Versorgung überlegen wäre. In Berlin sieht man den Vorteil der Behandlung durch die Klinikambulanz darin, daß eine personelle Kontinuität der Betreuung über die teilstationäre Versorgung bis in die Ambulanz gegeben ist und somit kein Bruch in der Behandlerkontinuität den Rehabilitationserfolg gefährden könnte. Eine Übernahme durch den Nervenarzt empfehlen sie daher erst nach erfolgreicher Stufenrehabilitation und einer Übergangszeit mit ambulanter Nachbehandlung durch die Klinikambulanz. "Die For-

schungsergebnisse bezüglich einer größeren Gruppe von aktiv in nervenärztliche Behandlung entlassener Patienten weisen darauf hin, daß eine solche Vorgehensweise sinnvoll sein kann, vom Patienten akzeptiert wird und zu einer besseren Compliance in den Praxen führen kann als eine direkte Überweisung aus den teilstationären Bereichen."

Steinhart und Bosch (1992) suchten abschließend nach demographischen **Merkmale von Patienten** mit gelungener 'Stufenrehabilitation', um mögliche Prädiktoren dafür zu finden. Sie stellten einen - statistisch allerdings nicht signifikanten - Trend fest, daß Patienten, bei denen es zu einer gelungenen 'Stufenrehabilitation' kam, eher älter und chronifizierter waren. Statistisch signifikant war, daß vor allem weibliche und verheiratete Patienten, die mit ihrer Familie zusammen wohnten, die besten Chancen für einen geradlinigen Durchgang durch das Versorgungssystem hatten. Vor allem jüngere, alleinstehende, männliche Patienten mit einer kürzeren Psychiatriegeschichte wurden im Sinne einer 'Alternativversorgung' behandelt. Bei näherer Betrachtung der Patienten, die ganz ohne vollstationäre Rückverlegungen auskamen, stellten sie fest, daß es besonders bei älteren Patienten und bei Patienten aus unteren sozialen Schichten eher zu gelingen schien, durch die Zwischenschaltung teilstationärer Bereiche, vollstationäre Einweisungen zu verhindern.

2.5 ENTLASSUNG UND EMPFEHLUNG ZUR WEITERBEHANDLUNG

Die Entwicklung eines Netzes gemeindenaher Einrichtungen zur psychiatrischen Versorgung hat neue Aufgabenstellungen hervorgebracht. Daß eine Nachbehandlung Chronifizierung reduziert, haben die Ergebnisse des vorigen Kapitels gezeigt. Stout (1993) bezeichnet Nachbehandlungsübergänge insofern als präventive Maßnahmen, als die meisten Kosten für vollstationäre Behandlung für Patienten ausgegeben würden, die rehospitalisiert werden mußten, nachdem sie die außerstationäre Nachbehandlung abgebrochen oder beendet hatten. In den USA wurde aufgrund des dramatischen Anstiegs der Gesundheitskosten der Ablauf von Behandlungen strenger kontrolliert. Darunter fällt auch die Kontrolle der Vermittlung zur Weiterbehandlung nach vollstationärem Aufenthalt.

Zunächst werden verschiedene Stadien des Überweisungsprozesses identifiziert und mögliche Probleme, die dabei auftauchen können, betrachtet. Danach werden Ergebnisse empirischer Untersuchungen zu den einzelnen Aspekten des Überweisungsprozesses berichtet.

2.5.1 Der Überweisungsprozeß

Der Überweisungsprozeß besteht nach Goering et al. (1983) aus folgenden vier Schritten:

1. Identifikation der **Patientenbedürfnisse** in den verschiedenen Lebensbereichen.

Häfner et al. (1986) bestimmten fünf Ebenen von Versorgungsbedürfnissen chronisch psychisch Kranker: psychiatrische Behandlung; Wohnen; Arbeit, Beschäftigung; soziale Kontakte; Freizeitaktivitäten. Die Deckung dieser Bedürfnisse geht nach Entlassung vom Krankenhaus auf die komplementären Einrichtungen über.

Eikermann (1998) empfiehlt zur Beurteilung der lebenspraktischen Fähigkeiten bzw. Defizite Gespräche mit den Angehörigen, Freunden und evtl. am Arbeitsplatz, um dadurch etwas über die funktionellen Kompetenzen und die sozialen Rollen des Patienten zu erfahren. Dadurch kann festgestellt werden, was fehlt und was gefördert werden sollte und wie die Familie und der Arbeitgeber den Patienten in dem Rehabilitationsprozeß unterstützen können.

2. Die **geeignete** und verfügbare weiterbehandelnde **Stelle** finden.

Häfner et al. (1986) nennen dazu entsprechend der fünf Ebenen der Patientenbedürfnisse folgende Einrichtungen: ambulante psychiatrische Versorgung (Ambulanz, niedergelassener Arzt); Heim, beschützte Wohnung, Übergangs- oder Dauerwohnheime; beschützte Werkstatt, berufliche Rehabilitation, Arbeitsplätze in Selbsthilfefirmen usw.. Die Möglichkeiten und Fähigkeiten des Programms sollten benannt werden, um sie mit den Patientenbedürfnissen abzustimmen.

3. Vorbereitende Aktivitäten, um die **Verbindung** zwischen dem Patienten und der Stelle aufzubauen. Dabei sollte dem Patienten entsprechend seiner Möglichkeiten Verantwortung für Terminvereinbarungen und Kontakte mit den Einrichtungen gegeben werden. Ruben (Ruben & Stout, 1993) schlägt außerdem vor, bei der Planung mit den Nachbehandlern klare Vereinbarungen über die Zusammenarbeit nach der Übernahme des Patienten zu treffen.

4. Der Patient tritt die **Nachbehandlung** an.

Goering et al. (1983) nannten zwei **Problembereiche** im Überweisungsprozeß:

- Diskrepanz zwischen der Identifikation der Patientenbedürfnisse und dem Aussprechen von Empfehlungen
- der Patient nimmt keinen Kontakt mit der nachbehandelnden Stelle auf

Ruben und Stout (1993) sehen folgende **Probleme** im Überweisungsprozeß: Verzögerungen der Planung, unangemessene Therapien, Rückfälle und Wiedereinweisungen, schlechte Beziehungen zwischen Therapeut und Patient. Im einzelnen führen sie auf:

- die emotionale Einstellung des Patienten der Weiterbehandlung gegenüber
- Alltagsfähigkeiten: Patienten sollten nicht entlassen werden, ohne daß sie die notwendigsten Fähigkeiten für Kommunikation, Umgang mit Geld, Zeiteinteilung und soziale Interaktion gelernt haben, da der Sprung in die Weiterbehandlung sonst eine Überlastung für den Patienten darstellen könnte
- Familiäre Probleme: Fehlende familiäre Unterstützung aufgrund ungeklärter familiärer Beziehungen, Angst vor Rückfall, Überforderung des Patienten bzgl. Arbeitsaufnahme; die Familie könnte eine Kooperation und Aufnahme des Patienten auch aufgrund früherer schlechter Erfahrungen (z.B. Gewalt) verweigern
- mangelndes Vertrauen des Patienten aufgrund früher erlebter Zurückweisung durch Freunde, Nachbarn oder Kollegen wegen seiner Erkrankung
- zu schnelle Veränderung der Medikation nach Entlassung kann zu Verunsicherung und Mißtrauen des Patienten gegenüber der vorangegangenen Medikation und Uneinstimmigkeit darüber führen
- organisatorische Probleme, mangelnde Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen

Zur Lösung solcher Übergangsprobleme nach Entlassung aus vollstationärer Behandlung schlagen Ruben & Stout (1993) folgendes vor:

- **vor Entlassung** den Patienten so gut wie möglich vorbereiten, seine Bedürfnisse ermitteln, diese und den Patienten in die Planung miteinbeziehen; mit der nachbehandelnden Stelle die Ziele für die Nachbehandlung absprechen; alle wichtigen Probleme, die nach Entlassung entstehen können, vorwegnehmen und berücksichtigen, da sonst erhöhtes Risiko für ein Rezidiv besteht
- das Stationspersonal sollte die Familie in die Entlassungsplanung einbeziehen.

Dabei wird besprochen, was der Patient kann und was er nicht kann und wie die Familienmitglieder auf das Verhalten des Patienten antworten werden. Die nachbehandelnden Therapeuten sollten darüber informiert werden und familiäre Probleme in die Behandlung miteinbeziehen können. Eikermann (1998) weist darauf hin, daß die Beeinflussung der familiären Kommunikation als ein wichtiger Teil des sozialen Feldes ebenso erfolgreich wie die Therapie des Kranken selbst sein kann. Er zitiert eine Studie von Falloon (1985) in der schizophrene Patienten und ihre Familien zu Hause Familientherapie erhielten und nach zwei Jahren nur 22% der Patienten dieser Gruppe im Vergleich zu 56% der Kontrollgruppe mit stützender Einzelpsychotherapie stationär behandelt werden mußten. Die Patienten mit Familientherapie waren außerdem sozial besser angepaßt, symptomatisch weniger auffällig und erhielten weniger Neuroleptika. Der Interaktionsstil der Familien war mehr auf Problemlösung orientiert und weniger kritisch gegenüber dem Kranken.

- **nach Entlassung** sollte die Station Kontakt mit dem Patienten und der nachbehandelnden Stelle halten, um zu überprüfen, ob der Patient die Nachbehandlung wirklich angetreten hat. Die nachbehandelnde Stelle ihrerseits sollte mit dem Team der vollstationären Behandlung in Verbindung bleiben, um sich über die Medikation abzusprechen; um Rückmeldung über den jetzigen Verlauf geben zu können, damit aus evtl. Überweisungsfehlern gelernt werden kann; um aus den Erfahrungen der vorangegangenen Behandlung zu profitieren; wenn mehrere Einrichtungen zur Nachbehandlung empfohlen werden, müssen ihre verschiedenen Rollen bei der Abdeckung der Patientenbedürfnisse koordiniert werden.

Ruben und Stout (1993) sehen die organisatorischen Barrieren im Übergangsprozeß in Zeitdruck und Organisationsklima der Personen, die an der Planung des Übergangs beteiligt sind. Um Kommunikationsprobleme zwischen den Vor- und Nachbehandlern zu vermeiden empfehlen sie soweit möglich, daß Personen mit gleichem Status in Kontakt treten.

Ohne Richtlinien für den Überweisungsprozeß bleibt nach Meinung von Ruben und Stout (1993) die Auswahl der Nachbehandlung eine subjektive Entscheidung des entlassenden Arztes. Durch die Standardisierung des Vorgehens wird der Auswahlprozeß objektiver und die Rückmeldungen tragen zur Evaluation und Entdeckung von evtl. internen Fehlern bei. Dadurch wird die Kontinuität der Versorgung gesteigert.

2.5.2 Empirische Untersuchungen zum Überweisungsprozeß

Die Studien, die zitiert werden, befassen sich mit folgenden Fragen:

- welche Bedürfnisse werden bei Patienten festgestellt
- für welche dieser Patientenbedürfnisse werden Empfehlungen ausgesprochen
- wieviele aufgrund von identifizierten Bedürfnissen zur Nachbehandlung empfohlene Patienten treten diese Behandlung an, wieviele treten sie nicht an
- welche Merkmale kennzeichnen die Patienten, die die Nachbehandlung antreten
- wie wurde der Kontakt mit der nachbehandelnden Stelle geplant
- welche Vorgehensweise des Stationspersonals führt zum Antritt der Nachbehandlung

Der Überweisungsprozeß beginnt mit der Feststellung der **Patientenbedürfnisse**. In einer Langzeitstudie interviewten Goering et al. (1983) das Stationspersonal über seine Entlassungspläne für 747 psychiatrische Patienten. Bei 96% der zu entlassenden Patienten stellten sie medizinisch-therapeutische Nachsorgebedürfnisse fest, bei 43% soziale und Freizeitbedürfnisse⁷, bei 38% berufliche, bei 22% Bedürfnisse im Wohnbereich und bei 10% Unterstützungsbedürfnisse im finanziellen Bereich. Obwohl 65% der Patienten keine Anstellung hatten, 58% die Schule nicht abgeschlossen hatten und 50% ungelernete oder angelernte Arbeiter waren, wurde nur für 38% ein Bedarf an beruflicher oder ausbildungsbezogener Nachsorge angegeben.

Ihre Untersuchung erbrachte zwei wichtige Ergebnisse:

- Nur für 61% der identifizierten Bedürfnisse wurden Empfehlungen in geeignete Nachsorgeeinrichtungen festgestellt. Im einzelnen wurden für 85% der medizinisch/therapeutischen Bedürfnisse entsprechende Empfehlungen ausgesprochen, für 70% der finanziellen, für 45% der Wohnbedürfnisse, für 42% der beruflichen und für 28% der sozialen/Freizeit-Bedürfnisse. Die häufigsten Gründe dafür, keine Empfehlung auszusprechen waren nicht, daß das Personal keine Zeit gehabt habe, sondern sie wurden dem Patienten zugeschrieben: Zu 25% "der Patient will nicht", zu 24% "der Patient ist nicht bereit" und zu 22% "Patient brach Behandlung gegen ärztlichen Rat ab". Hinter der großen Diskrepanz zwischen Empfehlungen für 85% der identifizierten medizinisch/therapeutischen Gründe und Empfehlungen für nur

⁷ für einen Patienten können mehrere verschiedene Bedürfnisse identifiziert werden und er kann aufgrund der einzelnen Bedürfnisse an verschiedene Stellen empfohlen werden

28% der identifizierten sozialen Gründe vermuten die Autoren eine größere Priorität des medizinisch orientierten Stationspersonal für die erstgenannten Gründe.

- Der Patient nimmt keinen Kontakt mit der nachbehandelnden Stelle auf. Goering et al. (1983) zitieren aus der Literatur Zahlen, daß zwischen 33% und 75% der Patienten die Behandlung antreten. Davon ist der größte Teil vermutlich aus medizinischen Gründen empfohlen worden, da nur in 30% der nicht medizinischen Fälle Kontakte aufgenommen wurden. Laut ihrer eigenen Studie nahmen 80% der Patienten einen Erstkontakt mit der nachbehandelnden Stelle auf. 93% dieser Patienten mit Erstkontakt waren aufgrund finanzieller Bedürfnisse weiterempfohlen worden, 83% aus medizinisch/therapeutischen Gründen und wegen Wohnproblemen, 72% wegen beruflicher und 48% wegen sozialer und Freizeit-Bedürfnisse. Das zeigt, daß Überweisungen aus medizinisch/therapeutischen Gründen insofern am erfolgreichsten waren, da aus diesen Empfehlungen heraus der höchste Prozentsatz an Erstkontakten⁸ resultierte.

Die Gründe, die die Patienten dafür angegeben hatten, die Nachbehandlung nicht angetreten zu haben, waren: 24% "habe nie davon gehört", 25% "ich war nicht einverstanden", 15% "praktische Probleme" und 36% anderen Gründe. Die Angabe der ersten beiden Gründe führen die Autoren darauf zurück, daß das Personal in die Planung und Vorbereitung dieser Empfehlungen wenig Zeit und Aufwand investiert habe.

Martinez Azumendí (1992) fanden heraus, daß nur 67% der nach vollstationärem Aufenthalt entlassenen Patienten innerhalb eines Monats nach Entlassung das Ambulatorium (Centro de salud mental/mental health center) kontaktierten. Betrachtet man nur die Patienten, die vorher noch gar nicht ambulant behandelt worden waren, dann reduziert sich dieser Anteil weiter auf 35%.

Der Vergleich der Patienten, die die Nachbehandlung nach jeder Empfehlung angetreten hatten, mit denen, die sie ein- oder mehrmals schon nicht begonnen hatten, brachte bezüglich der demographischen Daten (Geschlecht, ziviler Status, Beschäftigung, Schulbildung, Alter, Anstellung) oder Behandlungsdaten (Art der Aufnahme, Diagnose, Anzahl vorhergehender Aufnahmen) keine signifikanten Unterschiede (Goehring et al., 1983). Wolkon und Peterson (1980) weisen in ihrem Literaturüber-

⁸ Ein Erstkontakt sagt jedoch nichts darüber aus, ob die Betreuung weitergeführt werden konnte. Die

blick über den Zusammenhang von **Patientencharakteristika** und dem Abbruch der Nachbehandlung auf inkonsistente, sich teilweise widersprechende Befunde hin. Es ergab sich nur ein Zusammenhang zwischen dem Einhalten der Weiterempfehlungen und der Freiwilligkeit des Aufenthaltes: Patienten, die bei Entlassung freiwillig auf Station waren, hielten die Vereinbarungen für die Nachbehandlung signifikant häufiger ein.

Studien über den Zusammenhang zwischen der Entfernung des Wohnorts der Patienten zu der behandelnden Einrichtung wurden nur für Krankenhäuser festgestellt, nicht aber für extramurale Versorgung. Meise et al. (1998) stellten eine inverse Beziehung zwischen der geographischen Distanz und den Aufnahmezeiten von Krankenhäusern fest, was mehrfach repliziert wurde und als 'Jarvis'sches Gesetz' in die Literatur einging. Je größer die **Entfernung** vom Behandlungsort umso geringer ist die Inanspruchnahme. Die Rate der psychiatrisch behandelten Patienten nimmt über ein breites Spektrum von Diagnosen hinweg mit der Entfernung vom Behandlungsort ab. (Marcus et al., 1997).

Meise et al (1998) legten eine "Distanzempfindlichkeit" fest. Das ist die Zeitgrenze für eine vertretbare Reisezeit, die die Zugänglichkeit zu Versorgungseinrichtungen gewährt. Sie kamen für den stationären Bereich auf eine Anfahrtszeit von 30 Minuten mittels öffentlicher Verkehrsmittel. Ab einer Anreisezeit von 60 Minuten sinken die Inanspruchnahmedaten nicht mehr wesentlich weiter.

Tessler und Mason (1979) untersuchten in den USA 146 Patienten nach vollstationärem Aufenthalt, von denen 100 an ein Community Health Center zur Nachbehandlung empfohlen wurden. 55% dieser Patienten traten eine fortgesetzte Behandlung an. 12% wiesen die Empfehlung zurück, 21% nahmen sie an aber suchten die Einrichtung nicht auf und 11% gingen nur einmal hin. Im Vergleich zu der Studie von Goering et al. (1983) (siehe weiter oben), wo 80% der Patienten einen Erstkontakt aufnahmen, waren es hier nur 65%. Die Autoren suchten nach Zusammenhängen des **Behandlungsantritts mit soziodemographischen und klinischen Daten** und stellten fest, daß Schizophreniekranken ($p < .03$) und Verheiratete ($p < .02$) die empfohlene ambulante Weiterbehandlung mit der höchsten Wahrscheinlichkeit antraten. Ebenso diejenigen Patienten, die auf der Hilflosigkeit-Hoffnungslosigkeit-

Skala des Psychiatric Epidemiology Research Instrument von Dohrenwend und Dohrenwend hohe Werte hatten ($p < .02$) und diejenigen, die auf der Skala für Wahnvorstellungen und Halluzinationen desselben Instruments hohe Werte hatten ($p < .02$).

Häberlin et al. (1992) berichten davon, daß zwei Drittel (69%) der aus vollstationärer Behandlung entlassenen Patienten mit der Planung ihrer Nachbehandlung einverstanden waren. Bei 10% der Patienten konnte eine Nachbehandlung, z.T. wegen Verweigerung nicht geplant werden. Die restlichen wurden verlegt. 80% der entlassenen Patienten erschienen mindestens zu einer Konsultation in der nachbehandelnden Einrichtung. Zwei Drittel dieser letzteren Gruppe befanden sich nach 3 Monaten immer noch in Behandlung. 70% der Patienten, die eine Behandlung aufnahmen, suchten diejenige Institution oder Person wieder auf, die sie eingewiesen hatte. Die Autoren deuten dies in der Weise, daß die Klinik in der Kette der vorwiegend ambulanten Behandlungen eine Rolle spiele und dies dagegen spreche, daß die Einweisung die therapeutische Beziehung zum Einweisenden störe.

Den stärksten Einfluß auf die **Compliance** hatte die Art, wie der zuständige Arzt in der Klinik die erste Konsultation vorbereitet hatte. Eine bloße mündliche Abmachung mit dem Patienten führte in 70% zum Erfolg; wenn mit der nachbehandelnden Instanz ein Termin abgemacht oder sogar eine erste Konsultation bereits während des Klinikaufenthaltes durchgeführt worden war, stieg die Compliance auf fast 90%. Goring et al. (1983) kamen auf 89% Compliance, wenn für den Patienten ein Termin vor der Entlassung ausgemacht worden war und auf 92%, wenn der Arzt auf Station derselbe war, der den Patienten auch nachher noch ambulant versorgte. Wenn dem Patienten einfach nur Informationen gegeben worden waren, dann erreichten nur 60% der Patienten die zur Nachbehandlung empfohlene Stelle. 31% der Patienten hatten eine oder mehrere Empfehlungen, die sie nicht wahrgenommen hatten, 8% der Patienten hatten nie eine Empfehlungen wahrgenommen.

Wolkon und Peterson (1980) untersuchten die Vorbereitung für **erfolgreiche Empfehlungen**. Erfolg wurde definiert als wahrgenommenes erstes Treffen mit der nachbehandelnden Einrichtung. Dabei kamen sie zu folgenden Ergebnissen:

- Patienten, die vor Verlassen des Krankenhauses eine feste Verabredung mit einer Einrichtung hatten, nahmen diese zu 20% mehr wahr als Patienten, die keine feste Vereinbarung hatten

- wenn die feste Verabredung in der nachbehandelnden Einrichtung innerhalb von drei Tagen nach Entlassung stattfand, dann wurde sie von 15% mehr Patienten wahrgenommen, als wenn die Verabredung mehr als drei Tage nach Entlassung stattfand
- wenn das Treffen nicht für die drei Tage nach Entlassung geplant war, dann wurde drei Tage nach Entlassung beim Patienten oder einer anderen wichtigen Person angerufen und dazu ermutigt, den Plan für die kontinuierliche Weiterbehandlung einzuhalten und ein Angebot für etwaige andere Hilfe gemacht. Das verbesserte das Einhalten der Empfehlung um 22%.

Insgesamt hielten 75% der untersuchten Patienten ihre erste Vereinbarung ein.

Eine Literaturübersicht von Häberlin et al. (1992) bestätigt diese Trends. "Wenn die Behandlung nach Klinikaustritt so eingeleitet wird, daß Patient und nachbehandelnde Instanz eine wechselseitige Verpflichtung eingehen, dann ist die Bereitschaft, den therapeutischen Kontakt aufzunehmen, auch bei Psychosekranken sehr hoch." Diese Aussage ist deshalb wichtig, weil "aus verschiedenen Studien .. bekannt (ist), daß schizophrene Patienten nach ihrer Entlassung aus stationärer Behandlung nur zu einem geringen Prozentsatz ärztliche Nachsorgeeinrichtungen in Anspruch nehmen" (Rössler & Häfner, 1985).

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Die Entwicklung des psychosozialen Versorgungsnetzes hat dazu geführt, daß den Verantwortlichen für die Empfehlung zur Weiterbehandlung des Patienten nach vollstationärem Aufenthalt eine Reihe von verschiedenen nachbehandelnden Einrichtungen zur Auswahl steht. Die Literatur zeigt, daß die Wahl der nachbehandelnde Stelle wichtig für den weiteren Krankheitsverlauf bzw. Gesundungsprozeß ist und daß für die Entscheidung verschiedene Aspekte eine Rolle spielen können: Die Auswahl der zur Verfügung stehenden Einrichtungen und ihr Behandlungsangebot; die klinischen und demographischen Daten des Patienten sowie seine Bedürfnisse und sein bisheriger Krankheitsverlauf; die Zusammenarbeit und Erfahrung mit den nachbehandelnden Einrichtungen; der Überweisungsprozeß selbst, der mit den beiden letztgenannten Punkten in Verbindung steht.

Die aufgearbeitete Literatur zeigt Problemfelder auf, liefert empirische Ergebnisse zur Berücksichtigung der oben genannten Aspekte und bietet auf dieser Grundlage Empfehlungen für den Überweisungsprozeß.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, den Einfluß von Patientenmerkmalen, subjektiv wahrgenommenen Kriterien und Therapeutenverhalten auf die tatsächliche Empfehlung zur Weiterbehandlung nach vollstationärem Aufenthalt durch eine Befragung der weiterverweisenden Therapeuten zu präzisieren, um Hypothesen zu Strategien der Entscheidungsfindung zu entwickeln.

3 METHODIK

3.1 HYPOTHESEN

1. Die Entscheidung zur Empfehlung für die Form der poststationären Weiterbehandlung hängt ab
 - a) von den demographischen Daten des Patienten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung) und von der Entfernung seines Wohnorts vom Krankenhaus
 - b) von der Diagnose und dem Behandlungsverlauf bzw. der Krankheitsvorgeschichte (Anzahl der Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, Dauer des derzeitigen vollstationären Aufenthalts, Abstand zur letzten Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus, gesetzliche Betreuung) des Patienten

2. Die Beurteiler⁹ unterscheiden sich in der Bewertung der Wichtigkeit der einzelnen Kriterien für die Entscheidung der spezifischen weiterbehandelnden Stelle. Die Kriterien sind:

patientenbezogen: Diagnose, Art und Schwere der Erkrankung, Wunsch des Patienten, Wunsch der Familie, Zielsetzung des gesetzlichen Betreuers, mangelnde Alltagskompetenzen des Patienten, Förderung der Eigenverantwortung des Patienten

auf die weiterbehandelnde Stelle bezogen: Überzeugung über die Effektivität der Stelle, Wissen über die Indikation für die entsprechende Stelle, Koordination und Zusammenarbeit mit der Stelle, Kontakt und Erfahrungen mit der Stelle

sonstige Kriterien: Gepflogenheiten der Station, Vorgaben des Vorgesetzten, mangelnde Entscheidungshilfen

(Da die Empfehlung zur Weiterbehandlung an spezifische Stellen geht, die qualitativ unterschiedliche Behandlung oder Betreuung anbieten, ist davon auszugehen, daß die Kriterien für verschiedene Stellen unterschiedlich gewichtet werden könnten. Die Bewertung der einzelnen Kriterien ist daher nicht unabhängig von der empfohlenen Stelle zu sehen.)

⁹ Die Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter, die für die Entlassungen verantwortlich waren und die Bögen ausfüllten, werden im folgenden immer als 'Beurteiler' bezeichnet.

3.2 INSTITUTIONELLER RAHMEN DER UNTERSUCHUNG

Die Untersuchung wurde in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh (WKPPN) durchgeführt, die für die psychiatrische Pflichtversorgung der Kreise Gütersloh, Herford und Lippe (südlicher Teil) verantwortlich ist. Zur Versorgung der rund 800.000 Einwohner des Aufnahmebezirks stehen in der gesamten Klinik 372 Betten auf psychiatrischen Stationen, 60 Betten auf internistisch-psychosomatischen Stationen, 60 Betten auf neurologischen Stationen und 65 Behandlungsplätze in den drei Tageskliniken des gesamten Einzugsgebietes zur Verfügung. Statistisch bedeutet dies, daß es für je 1.000 Einwohner des Aufnahmebereichs rund 0,7 Behandlungsplätze gibt. Neben den beiden Abteilungen der Suchtkrankenbehandlung und der Gerontopsychiatrie gehören zur "Allgemeinen Psychiatrie" die beiden sektorisierten Abteilungen Klinischen Psychiatrie I (zuständig für den Kreis Gütersloh mit vier Stationen und etwa 70 Betten) und Klinischen Psychiatrie II (zuständig für den Kreis Herford und Lippe mit drei Stationen und etwa 55 Betten) mit Akutaufnahmestationen¹⁰.

Für die Nachbehandlung psychiatrischer Patienten stehen in den einzelnen Kreisen alle genannten Einrichtungen komplementärer sozialpsychiatrischer Versorgung zur Verfügung:

Gütersloh verfügt über einen außergewöhnlich intensiven Bereich ambulanter Versorgung und eine besonders geringe Bettenzahl, die die üblichen Schlüssel weit unterschreitet. Chronische Langzeitpatienten werden durch eine Kombination aus ambulanter Pflege, betreutem Wohnen etc. versorgt. Dies gelang mit Hilfe zahlreicher Vereine, die alle ursprünglich von Mitarbeitern der Klinik gegründet wurden.

In allen drei Kreisen stehen jeweils folgende Einrichtungen zur Verfügung: Je eine Tagesklinik (im Kreis Lippe und Gütersloh gehören sie zur Westfälischen Klinik), niedergelassene Nervenärzte, Sozialpsychiatrischer Dienst.

In den einzelnen Kreisen wird darüberhinaus angeboten:

Gütersloh:

Institutsambulanz der Westfälischen Klinik; die Betreuung von Wohngruppen und in eigener Wohnung wird von verschiedenen sozialpsychiatrischen Vereinen in freier

¹⁰ Die Angaben wurden dem Patientenratgeber der WKPPN "Unsere Tür ist offen!", 1995 entnom-

Trägerschaft übernommen, z. B. Förderkreis Wohnen, Arbeit, Freizeit; Zirkel e.V.; Komet und z.T. auch von der Klinik selbst in Form von ambulante psychiatrischer Pflege. Außerdem steht ein Übergangwohnheim zur Verfügung, das als Übergang nach vollstationärem Aufenthalt zum selbständigen Wohnen gedacht ist und vorübergehende vollstationäre Behandlung anbietet. Es gehört zur Westfälischen Klinik, liegt als Station aber außerhalb des Klinikgeländes. Heim: Evangelische Heime in Rheda-Wiedenbrück; Evangelische Heime in Ummeln; hier handelt es sich v.a. um Zurückverlegungen, da Überweisungen in Heime im allgemeinen nicht mehr ausgesprochen werden. Eine Tagesstätte wird ebenfalls vom Förderkreis Wohnen, Arbeit, Freizeit e.V. angeboten. Stationäre medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation findet im Hans-Peter-Kitzig-Institut statt.

Kreis Herford:

Eine (Instituts)Ambulanz gibt es im Kreis Herford nicht. Ambulante Betreuung wird auch durch die Kontaktstelle vom Verein 'Die Klinke e.V.' durchgeführt. Sämtliche Formen des Betreuten Wohnens, ob in eigener Wohnung oder in Wohngruppen, sowie eine Tagesstätte werden ebenfalls vom Verein 'Die Klinke e.V.' organisiert. Es steht auch ein Übergangwohnheim für medizinische Rehabilitation und eine Betreuung im Heim zur Verfügung. Arbeitsrehabilitation wird vom Verein 'Werkplatz e.V.' angeboten.

Kreis Lippe:

Ambulante Behandlung wird auch vom Verein 'Das Dach e.V.' angeboten, der außerdem für eine Kontaktstelle, Betreuung in eigener Wohnung und in Wohngruppen, für ein Heim und ein Übergangwohnheim verantwortlich ist. Derselbe Verein betreibt auch eine Tagesstätte in Lage und leitet berufliche, ambulante und stationäre Rehabilitation.

3.3 STICHPROBE

Die Daten zur Weiterempfehlung wurden von den Beurteilern der psychiatrischen Stationen der Klinischen Psychiatrie I und II der WKPPN Gütersloh, die für die Entlassung der Patienten verantwortlich waren, mittels Fragebogen erhoben. Bei den **Beurteiler** handelte es sich um 12 Ärzte, 3 Psychologen und 5 Sozialarbeiter, die

wie folgt auf die insgesamt sieben Stationen verteilt waren:

Station 1: Zwei Ärzte, ein Sozialarbeiter

Station 2: Zwei Ärzte, ein Sozialarbeiter

Station 3: Zwei Ärzte, ein Sozialarbeiter

Station 4: Zwei Ärzte

Station 5: ein Arzt, ein Psychologe, ein Sozialarbeiter

Station 6: zwei Ärzte, ein Psychologe

Station 7: ein Arzt, ein Psychologe, ein Sozialarbeiter

Generell war jeder Beurteiler für je eine Station verantwortlich, es gab aber auch einige wenige, die innerhalb derselben Abteilung auf zwei verschiedenen Stationen Patienten entließen. Die Stationsärzte wechselten zum Teil während des Untersuchungszeitraumes, da einige von ihnen gerade ihre Facharztausbildung zum Psychiater absolvierten. Es kann davon ausgegangen werden, daß diese Beurteiler über keine sehr lange Berufserfahrung verfügten. Psychologen oder Sozialarbeiter waren selten für die Entlassung und Weiterempfehlung verantwortlich. Die Vorgabe zum Ausfüllen des Bogens lautete, daß die für die Entlassung verantwortliche Person den Bogen beantworten sollte. Aufgrund dieser Vorgabe war es grundsätzlich auch möglich, daß das Pflegepersonal den Bogen ausfüllte.

Die Klinikleitung unterstützte die Untersuchung dadurch, daß sie in einem Schreiben alle Verantwortlichen bat, sich zu beteiligen. Die Teilnahme war somit nicht völlig freiwillig. Die Beteiligung schwankte zwischen den Stationen, nicht bei jeder Entlassung wurde ein Bogen ausgefüllt, nicht alle in Frage kommenden Beurteiler beteiligten sich an der Untersuchung.

3.4 DATENERHEBUNG

Zur Erhebung der Daten wurde ein selbstkonstruierter Fragebogen verwendet, der sich bei der Auswahl der Variablen an der zitierten Literatur orientierte und entsprechend der Wünsche und Anregungen des abteilungsleitenden Arztes der Klinischen Psychiatrie II verändert wurde. Um die in der Literatur berichteten und in der 1. Hy-

pothese aufgegriffenen Zusammenhänge zwischen den demographischen und klinischen Daten des Patienten, der Entfernung seines Wohnortes von der Klinik und der empfohlenen Stelle überprüfen zu können, wurden diese Daten am Anfang des Fragebogens unter 'Daten des Patienten' zusammengestellt und abgefragt (Muster des Fragebogens siehe Anhang). Die 2. Hypothese postuliert, daß der Entscheidungsprozeß der Beurteiler sich an subjektiven Bewertungen orientiert und die Beurteiler sich deshalb in der Bewertung der Wichtigkeit der Kriterien für die Entscheidung unterscheiden. Im Kopf des Fragebogens wurde deshalb das selbstgewählte Handzeichen des Beurteilers und sein Berufsstand abgefragt, um unter Einhaltung der Anonymität der Person eine Zuordnung der Bögen zur ausfüllenden Person zu ermöglichen und eventuelle berufsbedingte Unterschiede erfassen zu können. Damit die Variable der Diagnose beim Ausfüllen nicht übersehen wird, wurde dieses Item unter Hervorhebung mit Leuchtstift gleich am Anfang im Kopf des Fragebogens aufgeführt.

Der zweite Teil des Fragebogens führt unter Berücksichtigung der im Einzugsbereich vorhandenen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung die möglichen Empfehlungsziele auf.

Der dritte Teil des Fragebogens betraf aus der Literatur ausgewählte mögliche Kriterien für die Entscheidung, die in patientenbezogene, stellenbezogene, klinikinterne und auf das Vorgehen bezogene Kriterien geordnet wurden. Der Beurteiler sollte die Wichtigkeit der einzelnen Kriterien und ihr Einfluß auf die bereits getroffene Entscheidung nach seiner subjektiven Einschätzung auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewerten. Bei der Frage nach den Erfahrungen und dem persönlichen Kontakt mit der weiterbehandelnden Stelle hat der Beurteiler außerdem die Möglichkeit anzugeben, ob er überhaupt Erfahrungen und Kontakte mit der im zweiten Teil des Fragebogens aufgeführten weiterbehandelnden Stelle hat.

Zur Kontrolle des Rücklaufs wurden die abgegebenen Fragebögen, die vor der Verteilung stationsbezogen durchnummeriert worden waren, mit der Anzahl der entlassenen Patienten laut Entlaßbüchern der einzelnen Stationen und laut Hausstatistik verglichen.

3.5 VERSUCHSPLAN UND DURCHFÜHRUNG

Zunächst wurde das Projekt vom ärztlichen Leiter Prof.Dr.Dr. Klaus Dörner genehmigt und durch seine Unterschrift unter eine von der gesamten Klinikleitung unterzeichnete Bitte (siehe Anhang) an die Mitarbeiter um Unterstützung befürwortet. Bei der Konstruktion des Fragebogens wurden Wünsche und Anregungen der Klinik aufgenommen.

Das Projekt und der Fragebogen wurde zunächst in einer Morgenvisite der Ärzte angekündigt und dann jedem Team der sieben Stationen in einer Stationsversammlung inhaltlich entsprechend dem im Anhang aufgeführten und auf den Stationen verteilten Informationsblatt 'Zuweisungsstrategien der Ärzte/innen, Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen für die Weiterbehandlung von Patienten nach Entlassung aus vollstationärem Aufenthalt' persönlich vorgestellt und die einzelnen Punkte des Fragebogens erläutert. Bei der Vorstellung auf den Stationen wurde betont, daß nur die Stellenempfehlungen angegeben werden sollten, die schwerpunktmäßig die Weiterbehandlung übernehmen. D.h. es sollte nur der Bereich der Versorgung berücksichtigt werden, der qualifizierte Betreuung oder Behandlung anbietet, die von den Krankenkassen, Sozialämtern oder Rentenversicherungsträgern bezahlt wird. Patientenclubs und andere Einrichtungen zur Freizeitgestaltung sollten nicht berücksichtigt werden.

In Abstimmung mit dem Krankenhäuser wurde der auffallend gelbe Fragebogen an die Meldung der Entlaßdiagnose angeklammert. Das ist ein Formular, das bei jeder Entlassung ausgefüllt und an das Krankenhäuser weitergegeben werden mußte. Dort wurden die Bögen von der Entlaßmeldung getrennt gesammelt.

Der mit einem Beurteiler durchgeführte Pretest ergab keine Verständnis- und Durchführungsschwierigkeiten und dauerte 10 Minuten.

Die Untersuchung wurde vom 01.11.1996 bis 30.06.1997 durchgeführt. In diesem Zeitraum sollte für jeden Patienten bei Entlassung von dem für die Weiterempfehlung zuständigen Mitarbeiter der Station ein Fragebogen ausgefüllt werden. Die Datenerhebung wurde nach acht Monaten mit 409 abgegebenen Bögen abgeschlossen.

3.6 DATENAUSWERTUNG

3.6.1 Variablen

1. Zunächst wurden für die Auswertung die Aussagen zusammengefaßt und auf folgende Kategorien reduziert:
 - a) die **empfohlenen Stellen** wurden in fünf Kategorien zusammengefaßt: Ambulante Behandlung, teilstationäre Behandlung, ambulante und teilstationäre Betreuung, vollstationäre Betreuung, kombinierte Betreuung und Behandlung
 - b) die **Diagnosen** (nach ICD-9) in drei bzw. vier Kategorien¹¹: Schizophrene Psychosen, affektive Psychosen (diese beiden wurden später nochmals zusammengefaßt), andere Psychosen, neurotische Störungen
 - c) zur Prüfung der 2. Hypothese wurden 14 **Kriterien** in sechs Kriterienvariablen zusammengefaßt (siehe nähere Erläuterung im Ergebnisteil)

2. Anschließend wurden die Verteilungen der Antworten der Beurteiler zu diesen Kategorien und den anderen Variablen verglichen durch:
 - a) einfache Häufigkeitsverteilungen
 - von demographischen Daten: Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluß, Entfernung des Wohnorts des Patienten von der Klinik;
 - von klinischen Daten: Diagnose, Anzahl der Aufenthalte, Dauer des eben abgeschlossenen vollstationären Aufenthalts, Abstand zur letzten Entlassung aus vollstationärem Aufenthalt, gesetzliche Betreuung;
 - ausgefüllte Bögen pro Beurteiler; Stellenempfehlungen (ohne Kategorisierung); Kriterien (ohne Kategorisierung); Beteiligung an der Entscheidung; Anzahl der Tage vor Entlassung für die Entscheidung der weiterbehandelnden Stelle
 - b) Kreuztabellen/Kontingenztabellen zwischen den Stellenkategorien einerseits und den Variablen: Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluß, Entfernung, Diagnose, Anzahl der Aufenthalte, Aufenthaltsdauer, Abstand zu letzten Entlassung, gesetzliche Betreuung, Beteiligung an der Entscheidung, Anzahl der Tage vor Entlassung für die Entscheidung der weiterbehandelnden Stelle

¹¹ die Zusammenfassung erfolgte auf Grundlage der Liste ICD-9 des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, 1994

- c) einfache (nominal) logistische Regressionen für die Variablen, deren Zusammenhang mit den Stellenkategorien durch Kontingenztabellen betrachtet wurde; multiple logistische Regressionsanalyse für die Variablen, die in den eben genannten Einzelprüfungen signifikante Zusammenhänge mit den Stellenkategorien zeigten
- d) zweifaktorielle Varianzanalysen mit 'Random Factor' (siehe Nagl, 1992, S.205) und Repeated Measurement zur Prüfung des Einflusses der Beurteiler auf die Varianz der Bewertung der Kriterienvariablen

3.6.2 Statistische Verfahren

Zur Prüfung der Hypothesen wurden folgende Verfahren eingesetzt:

Einfache Häufigkeitsverteilungen zur Beschreibung:

Ein Überblick über die Daten wird zunächst durch Darstellung der Häufigkeiten, Mittelwerte, Mediane und Standardabweichungen der Variablen gegeben. Bei einigen Variablen wurden zur Darstellung der Häufigkeiten Klassen gebildet. Die Tabelle 8-1, die Auskunft über die Berufsausbildung und den zuletzt ausgeübten Beruf gibt, ist sehr detailliert und da die Daten nicht in die weitere Auswertung miteingehen, befindet sie sich im Anhang.

Kreuztabellen, einfache logistische Regressionen und multiple Regression

Entsprechend der ersten Hypothese sollte der Zusammenhang von der Diagnose, den demographischen Daten des Patienten und den Daten zum Behandlungsverlauf/ Krankheitsvorgeschichte (unabhängige Variablen) mit der Empfehlung der weiterbehandelnden Stelle (abhängige Variable) betrachtet werden. Die abhängige Variable ist jeweils die empfohlene Stelle, also eine qualitative, nominalskalierte Variable. Damit kommen als statistische Verfahren nur

- Kreuztabellen für nominalskalierte unabhängige Variable und
- logistische Regressionen für kontinuierliche unabhängige Variable

in Betracht. Beiderlei Verfahren wurden wie folgt angewendet:

Kreuztabellen wurden zur Darstellung des Einflusses der nominal-skalierten Daten auf die Stellenempfehlung in den Tabellen verwendet. Für die Variable 'Anzahl der Aufenthalte' wurden Klassen gebildet, so daß auch hier der Einfluß dieser kontinu-

ierlichen Variablen auf die Stellenempfehlungen genauer betrachtet werden konnte.

Um die Prüfgröße und die Angaben zur Wahrscheinlichkeit und Signifikanz vergleichbar zu machen, wurde für die nominalen Variablen kein Chi²-Test gerechnet, sondern für alle Variablen eine logistische Regression. Für die nominalskalierten Daten handelt es sich dann also um eine nominal logistische Regression. Der 'whole-model-Test' innerhalb dieser logistischen Regression ist allerdings analog der Varianzanalyse für kontinuierliche abhängige Variablen und der Chi²-Test darin entspricht dem F-Test.

Regressionsrechnung setzt voraus, daß die Variablen normalverteilt sind. Wegen des zentralen Grenzwertsatzes wurde auf die Prüfung auf Normalverteilung verzichtet, da das N in allen Fällen größer als 100 ist.

Mit einer multiplen logistischen Regressionsanalyse konnte dann auch die Abhängigkeit der Stellenempfehlung von allen unabhängigen Variablen gleichzeitig geprüft werden.

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Random Factor und Repeated Measurement

Mit diesem Verfahren wird die Hypothese geprüft, daß die Beurteiler sich (in Abhängigkeit der empfohlenen Stelle) in der Bewertung der Wichtigkeit der einzelnen Kriterien für die Entscheidung zu Weiterempfehlung unterscheiden. Da die Entscheidung für die Empfehlung schon gefallen war, bevor der Fragebogen (bei Entlassung des Patienten) ausgefüllt wurde, wird die empfohlene Stelle mit dem Beurteiler zusammen als unabhängige Variable eingesetzt und die einzelnen Kriterienvariablen jeweils als abhängige Variablen. Die Prüfung auf signifikante Unterschiede der Beurteiler in ihrem Urteil erfolgt in Abhängigkeit der empfohlenen Stelle.

Da die Anzahl der ausgefüllten Bögen pro Beurteiler unterschiedlich war (sie schwankte zwischen 1 und 66 Bögen), hat der einzelne Beurteiler bei der statistischen Auswertung unterschiedliches Gewicht. Es wurden diejenigen 10 der insgesamt 42 Beurteiler ausgewählt, die an mindestens vier der insgesamt fünf Stellenkategorien empfohlen hatten, um eine angemessene Varianz hinsichtlich der Kriterien für die Zuweisung zu erreichen. Um diese Reduktion der Beurteiler zu berücksichtigen und eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation halbwegs zu ermöglichen, wurde dieser Umstand in der statistischen Auswertung durch die Verfahren der Meßwiederholung und des 'Random Factors' berücksichtigt.

Der Beurteiler wird als '**Random Factor**' in die Berechnung eingegeben, da die Stufen dieses Faktors (jeder der 10 ausgewählten Beurteiler stellt eine Stufe dar) als eine Zufallsauswahl aus der Personen-Gesamtheit der Beurteiler angesehen werden (siehe Nagl, 1992).

Es kommt das Verfahren der Meßwiederholung (**Repeated Measurement**) zur Anwendung, da nicht so sehr die einzelne Person, der Effekt des einzelnen Beurteilers interessiert, sondern die Variabilität, die durch die verschiedenen Beurteiler zustandekommt.

Da es sich um zwei unabhängige Variablen handelt (Stelle und Beurteiler), wurde neben den Haupteffekten auch die Interaktion der beiden Effekte geprüft.

Auf die Prüfung der Voraussetzungen für die Varianzanalyse konnte wegen des zentralen Grenzwertsatzes verzichtet werden. Das N liegt in allen Fällen über 100.

Die Angaben zur Signifikanz werden auf dem Signifikanzniveau von 5% gemacht.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit der Version 3.1.6.2 des JMP der Universität Konstanz, eines Statistikprogramms des SAS Institute Inc..

3.6.3 Stichprobenzusammensetzung

Aufgrund ungleicher Anzahlen von Antworten ergaben sich für die dargestellten statistischen Verfahren unterschiedliche Stichprobenzusammensetzungen, die in Tabelle 3-1 in der Reihenfolge der durchgeführten Analysen dargestellt werden:

Tabelle 3-1: Stichprobenzusammensetzung für die jeweils durchgeführten statistischen Verfahren

Anzahl Bögen	statistisches Verfahren	Anmerkungen
409	-	Anzahl der abgegebenen Bögen; bei 10 Bögen fehlte die Diagnose und/oder Stellenempfehlung und/oder demographische Daten und/oder Entscheidungskriterien. Deshalb wurden diese 10 aus der Auswertung ausgeschlossen
399	Häufigkeitsverteilungen	Anzahl der zur Auswertung herangezogenen Bögen; deskriptive Auswertung;
344	logistische Regressionsanalysen; Kreuztabellen; multiple logistische Regressionsanalyse	Ausschluß weiterer 55 Bögen; die Stellenempfehlungen konnten keiner Stellenkategorie zugeordnet werden; zur Prüfung auf Zusammenhänge zwischen Patientendaten und Stellenkategorien wurden für jede einzelne Variable gerechnet; zur Darstellung der Daten; zur Prüfung der 1. Hypothese
399	multiple logistische Regressionsanalyse	Zunächst wird die Verteilung der Patienten über die Stationen und Beurteiler auf Abhängigkeit überprüft. Dazu wird der gesamte Datensatz verwendet.
220	zweifaktorielle Varianzanalysen mit Random Faktor und Repeated Measurement	Außer den 55 o.g. Bögen werden hier weitere 124 Bögen von Beurteilern ausgeschlossen, die nur an drei oder weniger Stellenkategorien empfohlen hatten; zur Prüfung der 2. Hypothese; für jede Kriterienvariable wird die Interaktion von Beurteiler und Stellenempfehlung und die Einzeleffekte gerechnet
30	Häufigkeitsverteilung	aus den 399 auswertbaren Bögen wurden diejenigen ausgewählt, die aus dem Sektor Gütersloh Empfehlungen an die Tagesklinik aussprachen; Betrachtung danach, wieviel Patienten die Behandlung antraten

Die erste Spalte nennt die Anzahl der Bögen, die jeweils in die Auswertung eingehen. Da nicht immer komplette Angaben gemacht wurden, variiert das N zusätzlich bei jeder einzelnen Variablen. Die zweite Spalte gibt an, welche statistischen Verfahren angewendet wurden. Die dritte Spalte erklärt die Reduktion der Stichprobengröße und macht Angaben zu Hypothese.

4 ERGEBNISSE

4.1 RÜCKLAUF DER FRAGEBÖGEN VON DEN STATIONEN

Zunächst soll ein Überblick über den Rücklauf der Fragebögen gegeben werden. Die Anzahl der Entlassungen von jeder Station wurde sowohl der Hausstatistik als auch den Entlaßbüchern entnommen, die auf jeder Station geführt werden und Aufschluß über die Patientenbewegungen auf dieser Station geben. Diese Zahlen wurden mit der Anzahl der ausgefüllten Bögen verglichen.

Tabelle 4-1 zeigt nach dem verschlüsselten Namen der Station die Anzahl der ausgefüllten Bögen, die von jeder Station zurückkamen. Bei jeder Entlassung eines Patienten sollte ein Bogen ausgefüllt werden. Für insgesamt 649 Entlassungen laut Entlaßbüchern wurden von den Stationen 409 Bögen ausgefüllt und abgegeben. Der Prozentsatz in der dritten Spalte zeigt den Anteil jeder Station an der Gesamtzahl der abgegebenen Bögen. Station 1 hatte im gesamten Erhebungszeitraum laut Entlaßbuch 77 Entlassungen, es kamen aber nur 45 ausgefüllte Bögen zurück, was einer Rücklaufquote von 58,4% für diese Station entspricht. Die Hausstatistik gibt für diese Station 78 Entlassungen an, was einer Rücklaufquote von 57,7% entspricht.

Tabelle 4-1: Rücklauf der Fragebögen

Station-Nr.	Ausgefüllte Bögen		Entlassungen lt. Entlaßbuch		Entlassungen lt. Hausstatistik	
	N	% an Gesamt	N	%Rücklauf	N	%Rücklauf
1	45	11,0%	77	58,4%	78	57,7%
2	80	19,6%	89	89,9%	101	79,2%
3	52	12,7%	92	56,5%	98	53,0%
4	105	25,7%	130	80,8%	130	80,7%
5	50	12,2%	86	58,1%	86	58,1%
6	66	16,1%	110	60,0%	108	61,1%
7	11	2,7%	65	16,9%	61	18,0%
gesamt	409	100%	649	63,0%	662	62,8%

Wie aus Tabelle 4-1 deutlich wird, weichen die Angaben der Entlaßbücher der einzelnen Stationen von denen der Hausstatistik für den gesamten Erhebungszeitraum voneinander ab. Gemessen an den Entlaßzahlen der einzelnen Stationen beträgt

der Rücklauf der Fragebögen 63%. Läßt man die Station 7, deren Rücklauf sehr niedrig war, außer Betracht, dann ergibt sich bei 398 ausgefüllten Bögen gegenüber 584 Entlassungen laut Entlaßbüchern ein Rücklauf von 68,2%.

Von den 409 im Erhebungszeitraum von 01.11.1996 bis 30.06.1997 abgegeben Bögen konnten 10 aus folgenden Gründen in der Auswertung nicht berücksichtigt werden: Drei Bögen waren ohne Angabe der Diagnose und darüberhinaus ohne Empfehlung an eine Stelle oder ohne Kriterien für die Entscheidung wegen eigenmächtiger Entlassung oder ohne demographische Daten. Sieben Bögen hatten zwar eine Diagnose aber keine Stellenempfehlung oder Entscheidungskriterien.

Von den 399 auswertbaren Bögen waren nicht alle vollständig ausgefüllt, weshalb sich für verschiedene Fragestellungen ein unterschiedliches N in der Ergebnisdarstellung ergibt.

4.2 DESKRIPTIVE AUSWERTUNG

In diesem Kapitel werden die Häufigkeitsverteilungen beschrieben für:

- die demographischen Daten der Patienten und für die Entfernung ihres Wohnorts von der Klinik
- die Diagnosen
- den Behandlungsverlauf und die gesetzliche Betreuung der Patienten
- die ausgefüllten Bögen pro Beurteiler
- die weiterbehandelnden Stellen
- die Kriterien und die Einschätzung ihrer Wichtigkeit für die Stellenempfehlung
- weitere Angaben zu den Empfehlungen

4.2.1 Demographische Daten

Tabelle 4-2 zeigt die Geschlechtsverteilung der Patienten, den Familienstand und den Schulabschluß soweit sie angegeben wurden. Tabelle 4-3 stellt die Altersverteilung und die Entfernung des Wohnorts der Patienten vom Krankenhaus dar.

Tabelle 4-2: Geschlecht, Familienstand und Schulabschluß

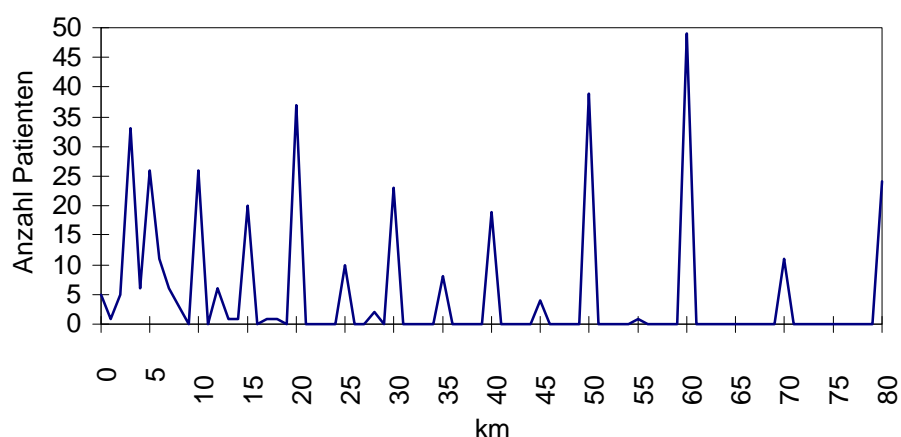
Geschlecht ¹²	Frauen: 170	Männer: 229			N = 399
Familienstand	ledig: 244	verheiratet: 93	geschieden: 53	verwitwet: 4	N = 394
Schulabschluß	keinen: 62	Hauptsch.: 107	Mittl.Reife: 68	Abitur: 31	N = 268

Die Berufsausbildung wurde auf 273 Bögen angegeben, 104 Patienten hatten keine Berufsausbildung. Das Feld 'zuletzt ausgeübter Beruf' wurde auf 280 Bögen ausgefüllt, 12 Patienten waren arbeitslos, 31 hatten keinen Beruf. Die Liste der Angaben über die Berufsausbildung und des zuletzt ausgeübten Berufs befindet sich im Anhang (Tabelle 8-1). Aufgrund der Vielzahl der Daten wurde auf eine nähere Analyse dieser Information verzichtet.

Tabelle 4-3: Alter und Entfernung der Klinik vom Wohnort des Patienten

Variable	Ausprägung	Mittelwert	Median	SD	Maximum	Minimum	N
Alter	Jahre	37,7	36	10,3	62	16	399
Entfernung	km	35,7	25	43,3	450	0	389

Nur die Hälfte der Patienten (189) hatte mit bis zu 25 km einen relativ kurzen Anfahrtsweg zum Krankenhaus. 39 Patienten wohnten 50km vom Krankenhaus entfernt, 49 Patienten hatten einen Anfahrtsweg von 60km, 24 einen Weg von 80km. Dadurch ergibt sich der Mittelwert von 35,7 km. Abbildung 4-1 berücksichtigt die Angaben von 379 Patienten. Die Daten der zehn Patienten, die zwischen 100 und 450 km vom Krankenhaus entfernt wohnten, wurden nicht in die Graphik aufgenommen.

**Abbildung 4-1:** Entfernung des Wohnorts des Patienten

¹² Die Geschlechtsverteilung ergab keine signifikanten Unterschiede über die verschiedenen Variablen hinweg, sodaß auf eine getrennte Darstellung verzichtet wurde.

4.2.2 Klinische Daten

Insgesamt wurden auf 396 Bögen 69 verschiedene **Diagnosen** nach ICD-9 vergeben, die für die statistische Auswertung zu Kategorien zusammengefaßt wurden. Die Zuordnung der Diagnosen zu den Kategorien geht aus Tabelle 4-4 hervor. Tabelle 4-5 zeigt die prozentuale Verteilung dieser Kategorien.

Tabelle 4-4: Kategorisierung der Diagnosen (N = 396)

ICD-9 Nrn	Bezeichnung	N
290.0 - 295	andere Psychosen	12
295.0 - 296	schizophrene Psychosen	203
296.0 - 297	affektive Psychosen	36
297.0 - 300	andere Psychosen	30
300.0 - 317	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen	110
317.0 - E950.3	Oligophrenien und Suizid wurden aus inhaltlichen Gründen und wegen geringer Anzahl in der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt.	5

Tabelle 4-5: Prozentuale Verteilung der Diagnosekategorien

Kategorie	Art der Diagnose	Anzahl	Prozentanteil
1	schizophrene Psychosen	203	50,8%
2	affektive Pschosen	36	9,0%
3	andere Psychosen	42	10,5%
4	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische Störungen	110	27,5%

Die Hälfte der Diagnosen entfallen auf schizophrene Psychosen. In Tabelle 4-6 werden alle Einzeldiagnosen mit Häufigkeit und Prozentanteil, sowie der Kategoriennummer aufgeführt:

Tabelle 4-6: Verteilung der Einzeldiagnosen und Zuordnung zu Kategorien

ICD-9-Nr.	Diagnose	N	in %	Kategorie
290.0	einfache senile Demenz	4	1,0	3
291.3	Alkoholhalluzinose	2	0,5	3
292.1	drogeninduzierte paranoide und/oder halluzinatorische Zustandsbilder	2	0,5	3
292.9	nicht näher bezeichnete Drogenpsychose	1	0,2	3
293.9	vorübergehende organische Psychose	1	0,2	3
294.9	n.n.b. (chronische) organische Psychose	2	0,5	3
295	schizophrene Psychose	6	1,5	1
295.0	Schizophrenia simplex	4	1,0	1
295.1	hebephrene Form der Schizophrenie	6	1,5	1
295.2	katatone Form der Schizophrenie	1	0,2	1
295.3	paranoide Form der Schizophrenie	138	34,8	1
295.4	akute schizophrene Episode	2	0,5	1

ICD-9-Nr.	Diagnose	N	in %	Kategorie
295.5	latente Schizophrenie	4	1,0	1
295.6	schizophrene Rest- und Defektzustände	5	1,2	1
295.7	schizo-affektive Psychose	36	9,0	1
295.9	n.n.b. Schizophrenieform	1	0,2	1
296.0	endogene Manie, bisher nur monopolar	3	0,7	2
296.1	endogene Depression, bisher nur monopolar	3	0,7	2
296.2	Manie bei zirkulärer Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	19	4,7	2
296.3	Depression bei zirkulärer Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	8	2,0	2
296.4	Mischzustand bei zirkulärer Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	2	0,5	2
296.5	zirkuläre Form einer manisch-depressiven Psychose ohne Zustandsangabe	1	0,2	2
297	Paranoides Syndrom	1	0,2	3
297.0	einfache paranoide Psychose	20	5,0	3
297.1	Paranoia	1	0,2	3
297.8	anderes paranoides Syndrom	1	0,2	3
297.9	n.n.b. paranoides Syndrom	2	0,5	3
298	andere nichtorganische Psychose	1	0,2	3
298.0	reaktive depressive Psychose	3	0,7	3
298.3	akute paranoide Reaktion	1	0,2	3
300	Neurose	1	0,2	4
300.0	Angstneurose	4	1,0	4
300.1	hysterische Neurose	3	0,7	4
300.2	Phobie	1	0,2	4
300.3	Zwangsneurose	3	0,7	4
300.4	neurotische Depression	21	5,3	4
300.6	neurotisches Depersonalisationsyndrom	2	0,5	4
300.8	andere Neurose	2	0,5	4
300.9	n.n.b. Neurose	2	0,5	4
301.1	zyklothyme (thymopathische) Persönlichkeit	1	0,2	4
301.3	erregbare Persönlichkeit	2	0,5	4
301.7	Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend soziopathischem oder asozialem Verhalten	8	2,0	4
301.8	andere Persönlichkeitsstörung	7	1,7	4
301.9	n.n.b. Persönlichkeitsstörung	4	1,0	4
303	Alkoholabhängigkeit	5	1,2	4
303.0	Alkoholabhängigkeit	1	0,2	4
304.7	Polytoxikomanie, einschließlich des Morphintyps	1	0,2	4
305.4	Mißbrauch von Barbituraten und Tranquilizern ohne Abhängigkeit	1	0,2	4
307.1	Anorexia nervosa	2	0,5	4
307.9	andere und n.n.b. spezifische Symptome oder Syndrome, nicht anderweitig klassifiziert	1	0,2	4
308.0	akute Belastungsreaktion mit vorherrschender emotionaler Störung	16	4,0	4
308.3	andere akute Belastungsreaktionen	2	0,5	4
309	psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	1	0,2	4
309.0	kurzdauernde depressive Reaktion	2	0,5	4
309.1	längerdauernde depressive Reaktion	3	0,7	4
309.2	Anpassungsstörung mit vorwiegend emotionaler Symptomatik	4	1,0	4
309.3	Anpassungsstörung vorwiegend im Sozialverhalten	2	0,5	4
309.8	andere Anpassungsstörung	1	0,2	4
310.8	andere spezifische nichtpsychotische Störungen nach Hirnschädigungen	1	0,2	4
311	anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	3	0,7	4
312.3	Störungen des Sozialverhaltens mit emotionaler			

ICD-9-Nr.	Diagnose	N	in %	Kategorie
	Symptomatik	1	0,2	4
313.8	andere oder Mischformen spezifischer emotionaler Störungen des Kindes- und Jugendalters	1	0,2	4
313.9	n.n.b. spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters	1	0,2	4
317	leichter Schwachsinn	1	0,2	0
317.0	leichter Schwachsinn	1	0,2	0
317.1	leichter Schwachsinn	1	0,2	0
318.0	deutlicher Schwachsinn	1	0,2	0
E950.3	Suizid und selbstzugefügte Vergiftung durch Tranquillizer und andere psychotrope Mittel	1	0,2	0

Die häufigsten Einzelnennungen waren:

- 34,8% (= 138) entfallen auf die Diagnose 'paranoide Schizophrenie'
- 9% (= 36) auf 'schizoaffektive Psychose'
- 4,7% (= 19) auf 'Manie, zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose'
- 5% (= 20) auf 'einfache paranoide Psychose'.
- 5,3% (= 21) auf 'neurotische Depression'
- 4% (= 16) auf 'akute Belastungsreaktion mit vorherrschender emotionaler Störung'

Abbildung 4-2 stellt diese Verteilung graphisch dar:

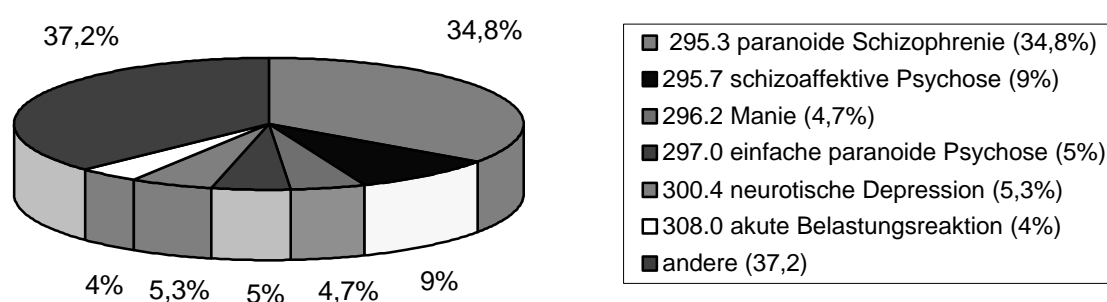


Abbildung 4-2: Diagnosenverteilung

Tabelle 4-7 zeigt, wie viele **Aufenthalte** einschließlich des jetzigen die Patienten in ihrem bisherigen Krankheitsverlauf in psychiatrischen Kliniken verbracht haben. Insgesamt wurden 358 Angaben gemacht. Für 94 Patienten war es der Erstaufenthalt, 45 befanden sich zum zweitenmal in Behandlung, 38 zum drittenmal und 21 zum viertenmal. Danach nehmen die Häufigkeiten stark ab. 160 Patienten, also fast die Hälfte derer, für die eine Angabe gemacht wurde, waren bereits fünf Mal oder öfter in psychiatrischen Kliniken.

Tabelle 4-7: Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken insgesamt (N = 358 = 100%)

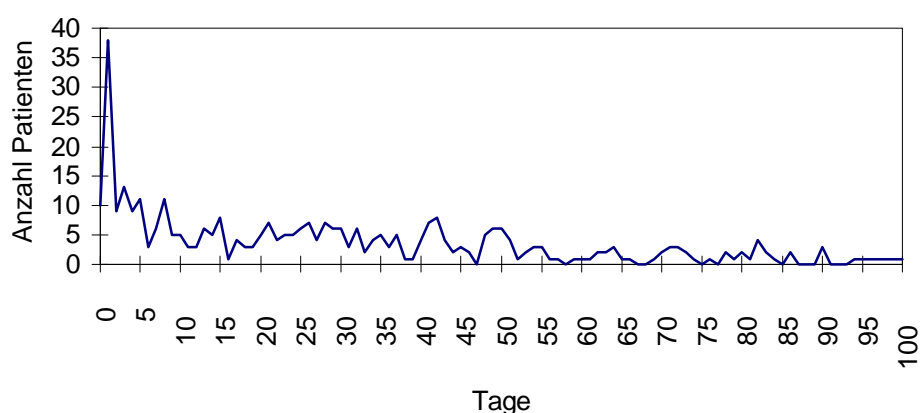
Anzahl der Aufenthalte	1	2	3	4	5 und mehr
Häufigkeit	94	45	38	21	160
Anteil in %	26,2	12,5	10,6	5,8	44,6

Aus Aufnahme- und Entlaßdatum ergibt sich die **Aufenthaltsdauer** des derzeitigen stationären Aufenthalts. Die Kennwerte der Verteilung der Aufenthaltsdauer und des **Abstandes zur letzten Entlassung** faßt Tabelle 4-8 zusammen. Beim Abstand zur letzten Entlassung gab es nur 318 Angaben. Weitere 94 Bögen gingen nicht in die Berechnung ein, da es sich um Erstaufnahmen handelte. Dadurch reduzierte sich das N auf 224.

Tabelle 4-8: Aufenthaltsdauer und Abstand zur letzten Entlassung

Variable	Ausprägung	Mittelwert	Median	SD	Maximum	Minimum	N
Aufenthaltsdauer	Tage	44,9	28	72,4	986	0	399
Abstand zur letzten Entlassung	Monate	14,6	4	30,5	204	0,01	224

Abbildung 4-3 zeigt die Verteilung der **Aufenthaltsdauer** des derzeitigen vollstationären Aufenthaltes bis zu 100 Tagen. Über 100 Tagen Aufenthaltsdauer lagen die Häufigkeiten jeweils nur bei einer Nennung und wurden nicht mehr in die Graphik aufgenommen. 19 Patienten blieben zwischen 101-150 Tagen, 21 Patienten verließen die Klinik nach 151-986 Tagen.

**Abbildung 4-3:** Aufenthaltsdauer

10 Patienten meldeten sich am selben Tag schon wieder ab. Der Modalwert der Aufenthaltsdauer liegt mit 38 Nennungen bei einem Tag. 90 Patienten verließen die Klinik innerhalb der ersten 5 Tage. Am achten Tag gingen elf Patienten. Danach gibt es keine besonderen Auffälligkeiten mehr.

Tabelle 4-9 gibt Auskunft über Rückfälle oder Wiedereinweisungen anhand des **Abstandes zur letzten Entlassung**¹³ in Monaten. Die Häufigkeiten wurden pro Monat zusammengefaßt. 63 Patienten waren innerhalb eines Monats nach der letzten Entlassung erneut aufgenommen worden. Davon hatten elf nur eine Woche außerhalb der Klinik verbracht und 10 nur zwei Wochen. Die häufigste Einzelnennung von 29 lag bei vier Wochen. Über 20 Monate handelte es sich nur noch um einzelne Patienten.

Tabelle 4-9: Abstand zur letzten Entlassung

Monate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	19	20
Häufigkeit	63	27	19	17	9	5	4	5	4	3	1	11	3	3	4	1	2	0	2

Eine Angabe über **gesetzliche Betreuung** wurde für 395 Patienten gemacht. 259 hatten keine Betreuung, 136 hatten eine gesetzliche Betreuung.

¹³ berechnet wurde der Zeitraum zwischen dem Aufnahmedatum des derzeitigen Aufenthaltes und dem Entlassungsdatum des vorangehenden stationären Aufenthaltes

4.2.3 Verteilung der ausgefüllten Bögen relativ zu den ausfüllenden Beurteilern

Tabelle 4-10 zeigt, wie viele Beurteiler Bögen ausgefüllt hatten, wie viele Bögen jeder ausfüllte und welche Funktion bzw. Beruf jeder hatte. Die Handzeichen der Beurteiler wurden verschlüsselt, um Anonymität zu wahren.

Tabelle 4-10: Häufigkeiten der ausgefüllten Fragebögen relativ zu den ausfüllenden Beurteilern (N = 337)

Beurteiler	Funktion	Anzahl	Beurteiler
1	s	1	
2	t	3	
3	a	45	ging in die weitere statistische Auswertung ein
4	a	3	
5	s	4	
6	t	3	
7	s	1	
8	a	1	
9	a	34	ging in die weitere statistische Auswertung ein
10	a	23	ging in die weitere statistische Auswertung ein
11	t	2	
12	a	9	
13	t	3	
14	t	5	
15	t	1	
16	a	1	
17	a	1	
18	a	2	
19	t	1	
20	a	1	
21	-	1	
22	a	1	
23	a	8	ging in die weitere statistische Auswertung ein
24	a	5	ging in die weitere statistische Auswertung ein
25	a	1	
26	t	2	
27	a	1	
28	s	26	ging in die weitere statistische Auswertung ein
29	a	1	
30	a	7	
31	a	1	
32	t	1	
33	p	15	
34	a	6	
35	a	66	ging in die weitere statistische Auswertung ein
36	a	13	ging in die weitere statistische Auswertung ein
37	-	1	
38	s	8	ging in die weitere statistische Auswertung ein
39	s	1	
40	a	2	
41	t	1	
42	p	25	ging in die weitere statistische Auswertung ein

a = Arzt; s = Sozialarbeiter; p = Psychologe; t = Team

Insgesamt wurden 337 Bögen mit 42 verschiedenen Handzeichen versehen. 24 Ärzte, 1 Psychologe, 5 Sozialarbeiter und zehn Mitglieder des Pflegepersonals füllten die Bögen aus. Zwei Beurteiler gaben keinen Beruf an. Viele Beurteiler füllten nur wenige Bögen aus. Für die statistische Prüfung auf Unterschiede zwischen den Beurteilern wurden die zehn ausgewählt, die an mindestens vier der insgesamt fünf verschiedenen Stellenkategorien¹⁴ empfohlen hatten, um eine angemessene Varianz hinsichtlich der Kriterien für die Zuweisung zu erreichen. Dadurch konnten die Beurteiler Nr. 12, 30 und 34 nicht in die Auswertung aufgenommen werden, obwohl sie mehrere Bögen ausfüllten.

4.2.4 Empfohlene Stellen und Einteilung in Kategorien

Die Beurteiler kreuzten auf dem Fragebogen an, an welche von elf möglichen Stellen der Patient schwerpunktmäßig¹⁵ zur poststationären Weiterbehandlung empfohlen wurde. Mehrfachempfehlungen waren möglich.

Wie in Tabelle 14-11 deutlich wird, gab es aufgrund der elf möglichen Stellen und ihrer Kombinationen untereinander viele verschiedene Empfehlungsarten, die für die Analyse zu Kategorien zusammengefaßt wurden. Richtlinie für die Kategorisierung war die Art und Intensität der weiteren Versorgung und deren zeitlicher Umfang.

Unterschieden wurde bezüglich

- a) der Intensität der Nachbehandlung in Behandlung¹⁶ und Betreuung¹⁷ und bzgl.
- b) des zeitlichen Umfangs in ambulante, teilstationäre, vollstationäre Versorgung

¹⁴ die Kategorisierung der Stellen wird in Kapitel 4.2.4. vorgenommen

¹⁵ zur Erläuterung siehe Kapitel 3.5 Versuchsplan und Durchführung: Es sollte nur qualifizierte Behandlung oder Betreuung genannt werden, keine Laieninitiativen oder Patientenclubs

¹⁶ Behandlung bedeutet, daß eine akute Erkrankung vorliegt, bei der ärztliche Versorgung einen Schwerpunkt darstellt. Der sozialtherapeutische Aspekt wird entsprechend des Abklingens der Akutsymptomatik in teilstationärer Behandlung stärker miteinbezogen als in vollstationärer Akutbehandlung. Behandlung wird in der Regel von den Krankenkassen bezahlt (pers. Mitt. AOK Gütersloh)

¹⁷ Schwerpunkt ist die soziale Indikation, vor allem bei chronischen Patienten, bei denen es sich nicht um eine akute Erkrankung handelt, sondern eher um eine stetige Gegebenheit. Die medizinische Behandlung kann nebenher laufen. Betreuung wird in der Regel vom Rentenversicherungsträger oder dem Sozialamt bezahlt (pers. Mitt. AOK Gütersloh)

Entsprechend der abgegebenen Empfehlungen wurden folgende Kategorien aufgestellt¹⁸:

- ambulante Behandlung
- teilstationäre Behandlung
- ambulante (und teilstationäre) Betreuung
- vollstationäre Betreuung¹⁹
- eine Kombination aus ambulanter Behandlung und ambulanter Betreuung

Kategorie 0 (N = 55): In dieser Kategorie wurden die zehn Bögen ohne Empfehlungen und die drei- und vierfachen Empfehlungen, die sich inhaltlich den Kategorien nicht zuordnen ließen (45 Bögen) zusammengefaßt. Diese 55 Bögen wurden nur in der deskriptiven Auswertung des Kapitels 4.2. berücksichtigt, aus der darüberhinausgehenden statistischen Auswertung in den weiteren Kapiteln wurden sie ausgeschlossen.

Kategorie 1 (N = 148): ambulante Behandlung: Ambulanz, Hausarzt, Nervenarzt

Kategorie 2 (N = 52): teilstationäre Behandlung: Tagesklinik

Kategorie 3 (N = 61): ambulante und teilstationäre Betreuung: Betreuung in eigener Wohnung oder in einer Wohngruppe, Sozialpsychiatrischer Dienst, Tagesstätte und die Kombinationen untereinander

Kategorie 4 (N = 40): vollstationäre Betreuung: Heim, Rehabilitation, Übergangswohnheim

Kategorie 5 (N = 43): Kombination aus Behandlung und ambulanter Betreuung: das schließt die Kombination von Ambulanz mit Betreuung in eigener Wohnung, in der Wohngruppe oder im Übergangswohnheim als auch mit dem Sozialpsychiatri-

¹⁸ alle Kategorien an die nach Abklingen der Akutsymptomatik zur Nachbehandlung empfohlen werden kann, stellen eine weniger intensive Versorgung dar, als die derzeitige vollstationäre Behandlung

¹⁹ weitere vollstationäre *Behandlung* kommt nicht in Frage, da es in Gütersloh keine Langzeitstationen mehr gibt. Sie kommt nur im Sinne einer Verlegung z.B. in ein dem Wohnort des Patienten näher gelegenes Psychiatrisches Krankenhaus vor. Dann handelt es sich allerdings nicht um eine Entlassung, sondern um eine Verlegung. In dieser Arbeit werden aber nur Entlassungen zur Nachbehandlung in eine weniger intensive Versorgungsart betrachtet.

schen Dienst und der Tagesstätte ein, sowie die Kombination der Tagesklinik mit Betreuung in eigener Wohnung und durch den Sozialpsychiatrischen Dienst.

Die Kategorien 2-5 schließen außer der Zuweisung an die angegebenen Einrichtungen oft eine gleichzeitige Empfehlung an den Haus- und/oder Nervenarzt ein. Dies wird als Ergänzung der empfohlenen Betreuung durch medizinische Behandlung und als Information des Vorbehandlers verstanden. Als Schwerpunkt wird deshalb immer die genannte Einrichtung angesehen.

Tabelle 4-11 gibt einen Überblick aller Empfehlungen und Empfehlungskombinationen, ihrer Häufigkeiten und nennt die Nummer der Kategorie, der sie zugeordnet wurden. Der Inhalt des Feldes "Sonstige Empfehlungen", das nach Bedarf offen ausgefüllt werden konnte, wird im Anschluß an die empfohlene(n) Stelle(n) aufgeführt.

Tabelle 4-11: Überblick über die empfohlenen Stellen

Kategorie	N	empfohlene Stelle	Sonstige Empfehlung
0	10	(keine Empfehlung)	
0	1		Betreuer
0	1		Blindenwohnheim
0	1		Chirurgie
0	1		Forensik Eickelborn
0	1		Intensiv
0	3		Kinder-und Jugend-Psychiatrie
0	6		andere psych.Klinik, Verleg.
0	1		Krisendienst
0	1		Langzeitth. f.Doppeldiagnosen
0	2		Psychosomatische Klinik
4	1		Rehaklinik unter den Ulmen
0	1		Suchtkrankenstation
0	1		Therapeutische Wohngruppe
1	1		Verhaltenstherapie
0	1		Verleg. i.Gehörlosenabteilung
0	1		Verleg. nach Gilead, Bielefeld
0	1		Wohnstätte Detmold
0	1		alle Aufnahmestationen
0	1		eigenmächtige Entlassung
0	2		in JVA Weiterbehandlung
0	1		ohne festen Wohnsitz
0	2		stationäre Psychotherapie
3	6	Wohngruppe	
2	34	Tagesklinik	
1	51	Nervenarzt	
1	1	Nervenarzt	Bewährungshelfer
1	1	Nervenarzt	Psychotherapie
1	1	Nervenarzt	Selbsthilfegruppe Sucht
0	1	Nervenarzt	stationärer Aufenthalt

Kategorie	N	empfohlene Stelle	Sonstige Empfehlung
3	2	Nervenarzt, Wohngruppe	
2	6	Nervenarzt, Tagesklinik	
2	1	Nervenarzt, Tagesklinik	Betroffenenbewegung
2	1	Nervenarzt, Tagesklinik	psychoth. Einzeltherapie
1	15	Hausarzt	
1	1	Hausarzt	Drogenberatung
1	2	Hausarzt	Psychotherapie
0	1	Hausarzt	Verlegung nach Gilead IV
3	2	Hausarzt, Wohngruppe	
2	4	Hausarzt, Tagesklinik	
1	17	Hausarzt, Nervenarzt	
1	1	Hausarzt, Nervenarzt	Krisendienst
1	1	Hausarzt, Nervenarzt	Psychosegruppe
4	5	Übergangswohnheim	
3	3	SPD	
5	1	SPD	ambulante Psychotherapie
3	1	SPD	ambulante psychiatr. Pflege
3	6	SPD, Nervenarzt	
3	1		Ausländerbeauftragter ASD
3	1		Klinken-Treff
0	1		Psychosomatische Klinik
5	1	SPD, Nervenarzt, Tagesklinik	
3	4	SPD, Hausarzt	
3	1	SPD, Hausarzt	Drogenberatung
3	1	SPD, Hausarzt	durch Betreuer
0	1	SPD, Hausarzt	neurologische Klinik
3	3	SPD, Hausarzt, Nervenarzt	
3	6	Betreuung in eigener Wohnung	
3	1	Betreuung in eigener Wohnung, Wohngruppe	
5	1	Betreuung in eigener Wohnung, Tagesklinik	
3	8	Betreuung in eigener Wohnung, Nervenarzt	
5	1	Betreuung in eigener Wohnung, Nervenarzt,TK	
3	1	Betreuung in eig. Wohnung, Hausarzt, Förderkreis	Wohnen, Arbeit, Freizeit
3	1	Betreuung in eigener Wohnung, HARzt,NArzt	
5	1	Betreuung in eigener Wohnung, HARzt,NArzt,TK	
3	2	Betreuung in eigener Wohnung, SPD, NArzt	
3	1	Betreuung in eigener Wohnung, SPD, NArzt	Begleitung durch Betreuer
3	3	Tagesstätte	
3	1	Tagesstätte, Nervenarzt	Familienpflege
3	1	Tagesstätte, SPD, Hausarzt	
3	3	Tagesstätte, Betreuung in eigener Wohnung	
3	2	Tagesstätte, Betreuung in eig. Wohnung, NArzt	
4	12	Rehabilitation	
4	4	Rehabilitation, Nervenarzt	
4	1	Rehabilitation, HARzt, NArzt	
0	1	Rehabilitation, SPD, HARzt, Wohngruppe	
0	1	Rehabilitation, Betreuung in eigener Wohnung	
0	1	Rehabilitation, Betreuung in eig. Wohnung, NArzt	
0	1	Rehabilitation, Betreuung in eig. Wohnung, HARzt	
4	10	Heim	
4	1	Heim	Rückverlegung
4	1	Heim	für psychisch kranke Mütter
4	4	Heim, Nervenarzt	
4	1	Heim, Hausarzt	
1	48	Ambulanz	
1	1	Ambulanz	Angehörige
1	1	Ambulanz	Krisendienst
5	1	Ambulanz	Werkstatt für Behinderte
0	1	Ambulanz	alle Aufnahmestationen
5	1	Ambulanz	ambulante Arbeitstherapie

Kategorie	N	empfohlene Stelle	Sonstige Empfehlung
5	2	Ambulanz	ambulante psychiatr. Pflege
5	4	Ambulanz, Wohngruppe	
2	6	Ambulanz, Tagesklinik	
0	1	Ambulanz, TK, Wohngruppe	
1	1	Ambulanz, Nervenarzt	
1	4	Ambulanz, Hausarzt	
1	1	Ambulanz, Hausarzt	nach Hause
5	1	Ambulanz, Übergangswohnheim	ambulante Psychotherapie
5	1	Ambulanz, SPD	Asylbewohnerwohnheim
5	16	Ambulanz, Betreuung in eigener Wohnung	
5	1	Ambulanz, Betreuung in eigener Wohnung	Lebenshilfe
5	1	Ambulanz, Betreuung in eigener Wohnung	ambulante psychiatr. Pflege
5	1	Ambulanz, Betreuung in eigener Wohnung	ambulante Ergotherapie
5	4	Ambulanz, Betr.eig. Wohnung, Wohngruppe	
0	1	Ambulanz, Betr.eig. Wohnung, TK	
5	1	Ambulanz, Betr.eig. Wohnung, NArzt	
5	1	Ambulanz, Betr.eig. Wohnung, NArzt, Wohngruppe	ambulante Arbeitstherapie
5	1	Ambulanz, Betr.eig. Wohnung, HArzt	
5	1	Ambulanz, Tagesstätte	
5	1	Ambulanz, Tagesstätte, Wohngruppe	
0	1	Ambulanz, Rehabilitation, Übergangswohnheim	
0	1	Ambulanz, Rehabilitation, Betr.eig. Wohnung	
0	1	Ambulanz, Reha, Betr.eig. Wohnung, Wohngruppe	
0	1	Ambulanz, Heim	

399

Erläuterung der Abkürzungen siehe Abkürzungsverzeichnis

Die häufigsten Einzelnennungen waren: Nervenarzt (51), Ambulanz (48), und Hausarzt (15), die alle zur Kategorie der ambulanten Behandlung gehören, und die Tagesklinik mit 34 Einzelnennungen.

4.2.5 Entscheidungskriterien

Im dritten Teil des Fragebogens sollten die Beurteiler auf einer 5-stufigen Likert-Skala einschätzen ob es zutraf, daß die aufgeführten Kriterien einen Einfluß auf die Entscheidung hatten. Es handelte sich um drei verschiedene Bereiche:

- **patientenbezogene** Kriterien
- Wissen über die schwerpunktmäßig weiterbehandelnde **Stelle**
- **sonstige** Kriterien

Um Mittelwert, Median und Standardabweichung (Standard Deviation/SD) errechnen zu können, wurden die Urteile wie folgt verschlüsselt: trifft sehr zu = 1; trifft etwas zu = 2; unentschieden = 3; trifft kaum zu = 4; trifft nicht zu = 5.

Tabelle 4-12 stellt die Ergebnisse dar. Das unterschiedliche N wird jeweils für jedes Kriterium angegeben.

Tabelle 4-12: Wichtigkeit der Kriterien für die Stellenempfehlung

Kriterium	N	Mittelwert	Median	SD
patientenbezogenen Kriterien:				
Diagnose	396	1,95	2	1,21
Art (z.B. Chronizität und Schwere) der Erkrankung	397	1,74	1	1,21
Wunsch des Patienten	398	1,82	1	1,28
mangelnde Alltagskompetenzen des Patienten	398	3,42	4	1,53
Wunsch bzw. Entlastung Familie	395	3,81	5	1,56
Zielsetzung des gesetzlichen Betreuers	389	4,15	5	1,49
Förderung der Eigenverantwortung d. Patienten	398	2,26	2	1,45
Wissen über die schwerpunktmäßig weiterbehandelnde Stelle:				
Überzeugung über Effektivität/Qualität der Stelle	389	1,84	1	1,20
Wissen über die Indikation für die entsprechende Stelle	387	1,72	1	1,11
gute Koordination und Zusammenarbeit mit der Stelle	387	2,01	1	1,35
Erfahrungen mit der Stelle:				
nur diejenigen mit Erfahrungen (399 - 112 = 287)	287	1,72	1	1,09
alle ("habe keine" (N = 112) entspricht Wert 5)	399	2,64	2	1,74
persönlicher Kontakt mit der Stelle:				
nur diejenigen mit Kontakt (399 - 97 = 302)	302	1,89	1	3,02
alle ("habe keine" (N = 97) entspricht Wert 5)	399	2,65	2	2,94
Sonstige Kriterien:				
Gepflogenheiten der Station	385	4,19	5	1,27
Vorgaben des Vorgesetzten	385	4,22	5	1,30
mir fehlen Entscheidungshilfen	379	4,68	5	0,78
ich war mir bei der Entscheidung sicher	389	1,75	1	1,06

Die 'Diagnose', die 'Art (z.B. Chronizität und Schwere) der Erkrankung' und der 'Wunsch des Patienten' spielten bei den **patientenbezogenen Kriterien** die größere Rolle (trifft eher zu) als die 'Zielsetzung des Betreuers' und der 'Wunsch bzw. Entlastung der Familie'. Interessant erscheint, daß die 'mangelnden Alltagskompetenzen des Patienten' und die 'Förderung der Eigenverantwortung des Patienten' eher keinen deutlichen Einfluß hatten.

Der Einfluß der **weiterbehandelnden Stelle** läßt sich wie folgt zusammenfassen: Die 'Überzeugung über die Effektivität und Qualität der Stelle' ebenso wie das 'Wissen über die Indikation der Stelle' sind wesentlich und die 'gute Koordination und Zusammenarbeit mit der Stelle' hat noch etwas Einfluß auf die Entscheidung. Bei der

Bewertung dieser Aussagen muß berücksichtigt werden, daß 28% (=112) der Beurteiler mit der Stelle keine Erfahrungen hatten und 24% (= 97) keinen Kontakt hatte. In diesen Fällen wurden die Beurteilungen für diese Kriterien mit "trifft nicht zu" = 5 bewertet. Dadurch ergibt sich im Schnitt über alle Beurteiler die Aussage, daß dem Einfluß der 'Erfahrungen' und 'Kontakt mit der Stelle' kaum noch Bedeutung beigemessen wurde. Berechnet man den Mittelwert nur für diejenigen, die Kontakt und Erfahrungen mit der Stelle hatten, ergibt sich für die 'Erfahrungen mit der Stelle' der höchste Mittelwert (gemeinsam mit dem 'Wissen über die Indikation der Stelle') und dem 'Kontakt mit der Stelle' wurde ebenfalls noch eine große Bedeutung für die Weiterempfehlung beigemessen. Bei denjenigen, die Kontakt mit der empfohlenen Stellenangaben, fällt die große Varianz der Urteile auf.

Die **sonstigen Kriterien** wie 'Gepflogenheiten der Station' oder die 'Vorgaben des Vorgesetzten' spielten aus Sicht der Beurteiler bei der Entscheidung kaum eine Rolle. Am eindeutigsten abschlägig mit einem Mittelwert von 4,68 wurde die Frage beantwortet, ob Entscheidungshilfen fehlten, was auch in der Sicherheit der Entscheidung zum Ausdruck kam, die relativ groß war. (1 = trifft sehr zu, 2 = trifft etwas zu).

4.2.6 Weitere Angaben zu den Empfehlungen

Am Schluß des Fragebogens wurde gefragt, wer an der Entscheidung beteiligt war, wieviele Tage vor der Entlassung die weiterbehandelnde Stelle feststand und welche Art der Weiterbehandlung/Betreuung die Beurteiler im Falle dieses Patienten für optimal gehalten hätten.

Zur **Beteiligung an der Entscheidung** für die empfohlene Weiterbehandlung sah der Fragebogen folgende Antwortmöglichkeiten vor: Team, Einrichtung, Betreuer, Angehörige, allein. Zusätzlich wurden von den Beurteilern der Patient, der Arzt vom Dienst (AvD), der Oberarzt und das Gericht genannt. Tabelle 4-13 zeigt im Überblick, wer an der Entscheidung zur Weiterbehandlung beteiligt war und wie diese Angaben kombiniert wurden.

Tabelle 4-13: Einzelnennungen der Beteiligung an der Entscheidung (N = 399)

Anzahl	beteiligte Personen oder Instanzen	in %
4	keine Angabe	1,0
2	Gericht	0,5
3	Oberarzt	0,7
2	Arzt vom Dienst	0,5
7	Patient	1,7
16	allein (Beurteiler)	4,0
1	allein und Patient	0,2
2	Angehörige	0,5
1	Angehörige und Patient	0,2
3	Angehörige und allein	0,7
3	Betreuer	0,7
1	Betreuer und Angehörige	0,2
4	Einrichtung	1,0
1	Einrichtung und allein	0,2
1	Einrichtung und Angehörige	0,2
1	Einrichtung und Betreuer	0,2
169	Team	42,3
1	Team und Gericht	0,2
8	Team und Patient	2,0
4	Team und allein	1,0
47	Team und Angehörige	11,7
1	Team, Angehörige und allein	0,2
15	Team und Betreuer	3,7
2	Team, Betreuer und Patient	0,5
2	Team, Betreuer und allein	0,5
14	Team, Betreuer und Angehörige	3,5
27	Team und Einrichtung	6,7
1	Team, Einrichtung und allein	0,2
24	Team, Einrichtung und Angehörige	6,0
1	Team, Einrichtung, Angehörige und Patient	0,2
18	Team, Einrichtung und Betreuer	4,5
13	Team, Einrichtung, Betreuer und Angehörige	3,2
399		100%

Es gab 32 verschiedene Kombinationen. Viermal wurde keine Angabe gemacht. Nur 16 mal (4%) entschied der Beurteiler alleine, in 169 Fällen (42,3%) war außer ihm das Team an der Entscheidung beteiligt, in weiteren 47 (11,7%) außer dem Team noch die Angehörigen, in 27 Fällen (6,7%) das Team und die Einrichtung und in 24 (6%) das Team, die Einrichtung und die Angehörigen.

Wie oft die einzelnen Personen oder Einrichtungen insgesamt an den Entscheidungen beteiligt waren und deren prozentuale Verteilung zeigt die Tabelle 4-14: Insgesamt wurde das Team 347 mal genannt, was einem prozentualen Anteil von 87% entspricht und auf einen sehr team-orientierten Entscheidungsstil auf den Stationen schließen läßt. Auffallend ist, daß die Einrichtung nur in 22,8% der Fälle einbezogen wurde, obwohl in 75,7% der Empfehlungen ein bestehender Kontakt angeführt wurde²⁰, und er dann ein wichtiges Argument für diese Entscheidung war.

²⁰ siehe Kapitel 4.2.5.

Der 'Wunsch des Patienten' wurde als wichtiges Kriterium für die Entscheidung bezeichnet, der Patient entschied aber nur in 5% der Fälle mit. Die Wünsche der Betreuer und Angehörigen spielten bei den Kriterien eher keine Rolle für die Entscheidung, immerhin waren die Angehörigen aber zu 27% und die gesetzlichen Betreuer zu 17% an der Entscheidung beteiligt.

Tabelle 4-14: Beteiligung an der Entscheidung zur Weiterempfehlung insgesamt

Instanz	Team	Einrichtung	Betreuer	Angehörige	allein	Arzt v. Dienst	Oberarzt	Gericht	Patient
Anz.d.	347	91	69	108	16	2	3	3	20
Bet. /%	87,0%	22,8%	17,3%	27,1%	4,0%	0,5%	0,7%	0,7%	5,0%

Anz.d.Bet./% = Beteiligung an der Entscheidung in Anzahl und Prozenten vom Gesamt

Die **weiterbehandelnde Stelle** stand im Mittel 17,5 Tage vor der Entlassung fest, was sich aus N = 326 Angaben ergibt. (Median = 13, SD = 24,3)

Tabelle 4-15 und Abbildung 4-4 zeigen die Verteilung, wobei in der Graphik zum Vergleich die Aufenthaltsdauer mit dargestellt wird.

Tabelle 4-15: Entscheidungsfindung in Tagen vor der Entlassung (N = 326)

Tage	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60
Häufigkeit	106	52	65	16	21	27	4	0	7	4	1	8

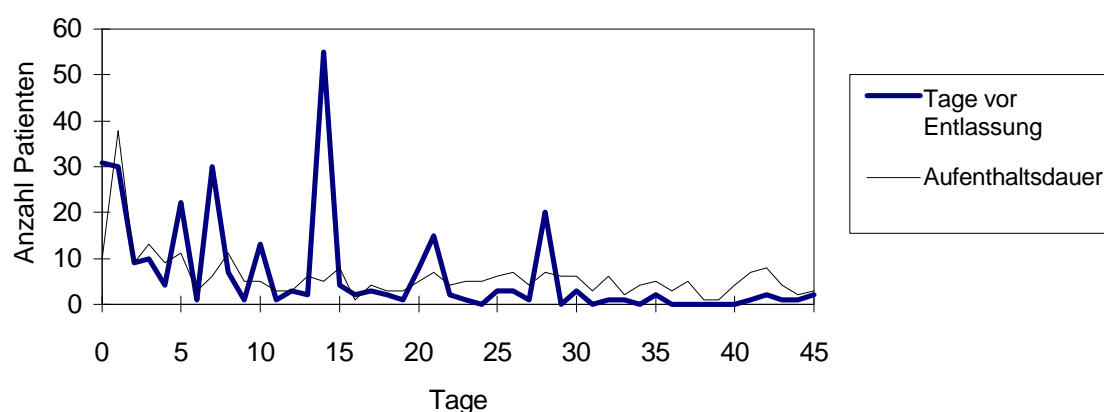


Abbildung 4-4: Tage vor Entlassung, Aufenthaltsdauer

Auffallend ist, daß für 31 Patienten am Tag der Entlassung entschieden wurde, wohin sie empfohlen wurden, für 29 Patienten einen Tag vor Entlassung, für 22

fünf Tage vorher. Diese Angaben stehen in enger Verbindung zur Aufenthaltsdauer. Für 106 Patienten wurde die Entscheidung innerhalb von fünf Tagen vor Entlassung getroffen und 90 verließen die Klinik innerhalb der ersten fünf Tage. Danach klaffen die beiden Linien weiter auseinander.

Für die meisten Patienten (Modalwert: 55) wurde die Entlassung 2 Wochen vorher geplant, für 30 Patienten sieben Tage vor der Entlassung, für 15 Patienten wurde drei Wochen vorher entschieden und für 20 sogar vier Wochen vorher.

Für etwa die Hälfte der Patienten stand die weiterbehandelnde Stelle mindestens zwei Wochen vor Entlassung oder schon länger fest.

Auf Wunsch der Klinik wurde die Frage aufgenommen, welche Weiterbehandlung der Beurteiler bei dem jeweiligen Patienten für optimal gehalten hätte, falls eine solche **optimale Weiterbehandlung** aus irgendwelchen Gründen nicht zur Verfügung stand. Hier nur die am häufigsten genannte: Die Tagesklinik wurde 26 Mal als optimale weiterbehandelnde Stelle genannt, wobei in zwölf dieser Fälle tatsächlich der Nerven- und/oder Hausarzt empfohlen wurde. Als Erklärung fügten die Beurteiler auf vier dieser Fragebögen hinzu, daß der Patient die Tagesklinikempfehlung ablehnte. (Die Tabelle 8-2 mit allen Einzelangaben befindet sich im Anhang.)

4.3 DER EINFLUSS AUF DIE EMPFEHLUNGEN

4.3.1 Demographische Daten und Entfernung des Wohnorts

In diesem Kapitel werden nur die Patientenbögen berücksichtigt, die sich den Empfehlungskategorien 1-5 zuordnen ließen, also der ambulanten oder teilstationären Behandlung, der ambulanten (und teilstationären) Betreuung, der vollstationären Betreuung und der Kombination aus Betreuung und Behandlung. Auswertungsgrundlage waren damit 344 Bögen. Die folgenden Tabellen 4-16, 4-17 und 4-18 zeigen die möglichen Einflüsse demographischer Daten wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulbildung und Entfernung des Krankenhauses vom Wohnort des Patienten auf die Empfehlungen zur Weiterbehandlung.

Tabelle 4-16: Variable "Empfehlungskategorie": Demographische Daten

Empf.kat.	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	Gesamt
Anzahl = %	148 = 43,0	52 = 15,1	61 = 17,7	40 = 11,6	43 = 12,5	344 = 100%
x Alter	37,7	34,0	41,3	38,2	37,3	37,8 *
Frauen	65 = 42,5	21 = 13,7	26 = 17,0	18 = 11,7	23 = 15,0	153 = 100%
Männer	83 = 43,4	31 = 16,2	35 = 18,3	22 = 11,5	20 = 10,4	191 = 100%
Fam.stand						339 = N *
ledig	70 = 34,5	30 = 14,8	40 = 19,7	28 = 13,8	35 = 17,2	203 = 100%
verheiratet	50 = 58,8	16 = 18,8	11 = 12,9	5 = 5,9	3 = 3,5	85 = 100%
gesch./verw.	24 = 42,1	6 = 10,5	9 = 15,8	7 = 12,3	5 = 8,8	51 = 100%
Schulbildg.						235 = N*
k.Schulabs	22 = 44,0	2 = 4,0	9 = 18,0	9 = 18,0	8 = 16,0	50 = 100%
Hauptsch.	35 = 36,1	13 = 13,4	23 = 23,7	16 = 16,5	10 = 10,3	97 = 100%
mitt.Rei/Abi	33 = 48,5	23 = 33,8	12 = 17,6	10 = 14,7	10 = 14,7	88 = 100%
mittl. Entf.	29,2	31,2	43,5	60,4	28,0	337 = N 35,7 *

* = signifikant

Empf.kat. = Empfehlungskategorie, amb. Beh. = ambulante Behandlung, teilst. Beh. = teilstationäre Behandlung, a. + t. Betr. = ambulante und teilstationäre Betreuung, vollst. Betr. = vollstationäre Betreuung, Betr. + Beh. = ambulante Betreuung und Behandlung

x Alter: = Angabe der Mittelwerte des Alters pro Empfehlungskategorie

Fam.stand = Familienstand, gesch./verw. = geschieden oder verwitwet (es gab nur vier Verwitwete, die wurden in die Kategorie der Geschiedenen mit hereingenommen)

Schulbildg. = Schulbildung, k.Schulabs. = kein Schulabschluß, Hauptsch. = Hauptschulabschluß, mitt.Rei/Abi = mittlere Reife (68 Patienten) oder Abitur (31 Patienten)

mittl Entf. = mittlere Entfernung des Wohnorts des Patienten vom Krankenhaus

In Tabelle 4-16 werden neben der Anzahl auch die Prozentsätze der Patienten angegeben, die an die entsprechenden Stellen empfohlen wurden. Die Prozentangaben summieren sich in jeder Zeile auf 100%, dadurch wird der Vergleich innerhalb einer Spalte z.B. zwischen Männern und Frauen möglich. Wenn auf den Bögen Angaben fehlten, wie z.B. bei der Schulbildung, ist das N entsprechend niedriger.

Weil sich die **Geschlechter** über die Empfehlungskategorien hinweg nicht signifikant unterschieden, wurde auf eine nach Männern und Frauen differenzierte Analyse verzichtet ($\chi^2 = 1,866$; DF = 4; p = 0,7603).

Wie Tabelle 4-16 demonstriert, sind Patienten, die in teilstationäre Behandlung empfohlen wurden jünger ($x = 34,0$); diejenigen, die in ambulante und teilstationäre Betreuung empfohlen wurden sind am ältesten ($x = 41,3$). Die **Altersverteilung** über die Empfehlungskategorien hinweg erwies sich hoch signifikant: ($\chi^2 = 14,528$; DF = 4; p = 0,0058).

Wegen geringer Zellbesetzung wurden die 4 Verwitweten beim statistischen Vergleich mit zu den Geschiedenen hineingenommen. Bereits bei Betrachtung der Prozentsätze zeigen sich Auffälligkeiten, die aus der Kreuztabelle mit den beobachteten und den erwarteten Werten (Tabelle 4-17) noch deutlicher werden: Ledige wurden wesentlich seltener als erwartet nur ambulant behandelt, sondern befanden sich stattdessen mehr als erwartet gleichzeitig in ambulanter Betreuung und Behandlung. Verheiratete hingegen wurden viel häufiger als erwartet nur ambulant oder teilstationär behandelt und seltener als erwartet gleichzeitig ambulant betreut und behandelt. Für die Geschiedenen ergab sich kein auffallender Effekt. Der Effekt des **Familienstandes** auf die Empfehlungen ist signifikant ($\chi^2 = 26,188$; DF = 8; p = 0,0010).

Tabelle 4-17: Kreuztabelle für Familienstand und Empfehlungskategorie

Empf.kat.	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	
ledig	70 / 86,2	30 / 31,1	40 / 35,9	28 / 23,9	35 / 25,7	203
verheiratet	50 / 36,1	16 / 13,0	11 / 15,0	5 / 10,0	3 / 10,8	85
geschieden	24 / 21,6	6 / 7,8	9 / 9,0	7 / 6,0	5 / 6,5	51
	144	52	60	40	43	339

Da es sehr wenige Abiturienten gab, sind die Zellbesetzungen zu gering, um einen Test zuverlässig zu rechnen. Nachdem die **Schulabschlüsse** Abitur und mittlere Reife zusammengefaßt wurden, wurde das Ergebnis signifikant ($\chi^2 = 16,85$; $DF = 8$; $p = 0,0317$). Beim Vergleich der beobachteten Werte mit den Erwartungswerten (siehe Tabelle 4-18), fallen die Abweichungen für die Empfehlungen zur teilstationären Behandlung auf. Von den insgesamt 38 Empfehlungen an teilstationäre Behandlung, für die auch die Schulabschlüsse angegeben waren, hatten nur zwei keinen Schulabschluß (bei Unabhängigkeit wären 8 zu erwarten) und 23 hatten mittlere Reife/Abitur (bei Unabhängigkeit wären 14 zu erwarten).

Tabelle 4-18: Kreuztabelle für Schulabschluß und Empfehlungskategorie

Empf.kat.	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	Gesamt
k.Schulabs.	22 / 19,1	2 / 8,08	9 / 9,36	9 / 7,4	8 / 5,9	50
Hauptschul.	35 / 37,1	13 / 15,6	23 / 18,1	16 / 14,4	10 / 11,5	97
mitt.Rei/Abi	33 / 33,7	23 / 14,2	12 / 16,4	10 / 13,1	10 / 10,5	88
	90	38	44	35	28	235

k. Schulabschluß = kein Schulabschluß; Hauptschul. = Hauptschulabschluß;
mitt.Rei/Abitur = mittlere Reife/Abitur

Die Patienten, die in 'ambulante' und 'teilstationäre Behandlung' und in 'kombinierte Behandlung und Betreuung' empfohlen wurden, wohnten am nächsten zum Krankenhaus. Bei den Empfehlungen für 'vollstationäre Betreuung' gab es wesentlich größere **Entfernungen**. Die Unterschiede sind signifikant $\chi^2 = 16,786$; $DF = 4$; $p = 0,0021$.

Um zu prüfen, ob die Entscheidungen zur Empfehlung für die poststationäre Weiterbehandlung aus den demographischen Daten und der Entfernung des Wohnorts des Patienten vorausgesagt werden können, wurden nominal logistische Regressionen gerechnet mit den demographischen Daten als unabhängigen Variablen und der empfohlenen Stelle als abhängiger Variablen.

Die **Nullhypothese** - es besteht kein Zusammenhang zwischen den demographischen Daten und der Entfernung und der Stellenempfehlung - konnte für folgende Variablen verworfen werden:

- die Altersverteilung wird hoch signifikant ($p = 0,0058$)
- der Familienstand wird hoch signifikant ($p = 0,0010$)
- der Schulabschluß wird signifikant ($p = 0,0317$)
- die Entfernung des Wohnortes des Patienten von der Klinik zeigt einen signifikan-
ten Einfluß auf die Empfehlung für die poststationäre Weiterbehandlung
($p = 0,0021$)

Die Geschlechtsverteilung zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit der Stellenempfehlung, die Hypothese konnte nicht bestätigt werden ($p = 0,7603$).

4.3.2 Diagnose, Behandlungsverlauf und gesetzliche Betreuung

Die Verteilung der vier **Diagnosekategorien** ('schizophrene Psychosen', 'affektive Psychosen', 'andere Psychosen' und 'Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen', siehe Tabelle 4-19) über die Empfehlungskategorien hinweg wird nur in der Tendenz signifikant: $\chi^2 = 19,56$; $DF = 12$; $p = 0,0757$. Schließt man allerdings die 'affektiven Psychosen' in die Kategorie 'andere Psychosen' ein, dann wird das Ergebnis signifikant: $\chi^2 = 17,50$; $DF = 8$; $p = 0,0253$. Die Diagnose beeinflusst also die Empfehlung zur Weiterbehandlung.

Tabelle 4-19 zeigt die Kreuztabelle für die beiden Variablen Diagnosekategorie und Empfehlungskategorie mit den beobachteten und den erwarteten Häufigkeiten:

Tabelle 4-19: Kreuztabelle für Diagnosegruppe und Empfehlungskategorie (N = 338)

Empf.kat.	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	
4 Diagn.gr.						
schiz.Psych.	67 = 37,2	23 = 12,8	40 = 22,2	19 = 10,5	31 = 17,2	180 = 100%
affekt. Psych	15 = 48,4	6 = 19,3	4 = 12,9	4 = 12,9	2 = 6,4	31 = 100%
and. Psych.	24 = 61,5	6 = 15,3	4 = 10,2	2 = 5,1	3 = 7,7	39 = 100%
neurot. Stör.	41 = 46,6	17 = 19,3	12 = 13,6	11 = 12,5	7 = 7,9	88 = 100%
3 Diagn.kat.						
schiz.Psych.	67 / 78,2	23 / 27,7	40 / 31,9	19 / 19,1	31 / 22,9	180
and. Psych.	39 / 30,4	12 / 10,8	8 / 12,4	6 / 7,4	5 / 8,9	70
neurot. Stör.	41 / 38,2	17 / 13,5	12 / 15,6	11 / 9,3	7 / 11,1	88
	147	52	60	36	43	338

Diagn.gr. = Diagnosegruppe, schiz. Psych. = schizophrene Psychose, affekt. Psych. = affektive Psychose, and. Psych. = andere Psychose, neurot. Stör. = Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen

Patienten mit der **Diagnose** einer schizophrenen Psychose wurden weniger als erwartet in die 'ambulante' und 'teilstationäre Behandlung' empfohlen, aber mehr als erwartet in 'ambulante und teilstationäre Betreuung' und in die 'Kombination aus Betreuung und Behandlung'. Bei den anderen Psychotikern war es umgekehrt: Sie wurden mehr in 'ambulante Behandlung' empfohlen und weniger in 'ambulante und teilstationäre Betreuung' und in die 'Kombination aus Behandlung und Betreuung'. Patienten mit 'Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen nichtpsychotischen psychischen Störungen' wurden mehr als erwartet in 'ambulante Behandlung', in 'teilstationäre Behandlung' und in 'vollstationäre Betreuung' verwiesen und weniger in 'ambulante und teilstationäre Betreuung' und in die 'Kombination aus Betreuung und Behandlung'. Die Abweichungen der beobachteten Werte von den Erwartungswerten sind für die 'anderen Psychosen' und für die 'neurotischen und Persönlichkeitsstörungen' allerdings nicht so stark wie für die 'schizophrenen Psychosen'.

Tabelle 4-20 gibt Aufschluß über den Zusammenhang des **Behandlungsverlaufs** mit den Empfehlungen. Es werden die Variablen 'Anzahl der Aufenthalte', 'mittlere Aufenthaltsdauer des derzeitigen vollstationären Aufenthaltes', 'Abstand zur letzten Entlassung' und die 'gesetzliche Betreuung' betrachtet.

Tabelle 4-20: Variable "Empfehlungskategorie": Aufenthaltsdauer, letzte Entlassung und gesetzliche Betreuung

Empf.kat.	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	Gesamt
Anz.Aufent						310 = N *
Erstaufent.	41 = 50,6	22 = 27,1	10 = 12,3	4 = 4,9	4 = 4,9	81 = 100%
2-4 Aufent	51 = 54,2	17 = 18,0	11 = 11,7	6 = 6,3	9 = 9,5	94 = 100%
5 und mehr	44 = 32,5	6 = 4,4	32 = 23,7	25 = 18,5	28 = 20,7	135 = 100%
mittl.Auf.da	28,5	33,4	44,5	120,2	46,2	344 = N 45,0 *
letzte Entl.	22,1	7,0	12,0	9,1	13,4	190 = N 14,6
ges. Betr.						343 = N *
ohne	117 = 51,1	46 = 20,1	36 = 15,7	14 = 6,1	16 = 7,0	229 = 100%
mit	31 = 27,2	6 = 5,2	25 = 21,9	25 = 21,9	27 = 23,7	114 = 100%

* signifikantes Ergebnis

Anz.Aufent. = mittlere Anzahl der Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern insgesamt

Erstaufent. = Empfehlungen für die Patienten, die sich zum ersten Mal in vollstationärem Aufenthalt befinden

mittl.Auf.da = mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen beim derzeitigen vollstationären Aufenthalt

letzte Entl. = vor wieviel Monaten wurde der Patient das letzte Mal entlassen (Mittelwert)

ges. Betr. = gesetzliche Betreuung

Aus den Prozentsätzen der Tabelle 4-20 und den beobachteten und erwarteten Häufigkeiten der **Anzahl der Aufenthalte** in Tabelle 4-21 geht hervor, daß signifikant mehr Empfehlungen in 'teilstationäre Behandlung' an solche Patienten ausgesprochen wurden, die zum Zeitpunkt der Befragung zum erstenmal in vollstationärem Aufenthalt im Krankenhaus waren als an jene, die schon mehr als fünf Aufenthalte hatten. Besonders auffallend ist auch die Verteilung der "Drehtürpatienten" (mehr als 5 Aufenthalte): Sie wurden viel weniger als erwartet in 'ambulante' oder 'teilstationäre' Behandlung empfohlen, sondern stattdessen häufiger dorthin, wo Betreuung durchgeführt wurde, sowohl ambulante, stationäre, als auch in Kombination mit Behandlung. Behandlung allein schien für sie weniger angezeigt zu sein. Die Unterschiede sind hoch signifikant: $\chi^2 = 56,926$; DF = 8; $p < 0,0001$.

Tabelle 4-21: Kreuztabelle für Anzahl der Aufenthalte und Empfehlungskategorie

Empf.kat	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	Gesamt
Erstaufenth.	41 / 35,5	22 / 11,7	10 / 13,8	4 / 9,1	4 / 10,7	81
2-4 Aufenth.	51 / 41,2	17 / 13,6	11 / 16,1	6 / 10,6	9 / 12,4	94
5 u. mehr A.	44 / 59,2	6 / 19,5	32 / 23,1	25 / 15,2	28 / 17,8	135
	136	45	53	35	41	310

Erstaufenth. = Erstaufenthalt; 2-4 Aufenth. = 2-4 Aufenthalte; 5 u. mehr A. = 5 und mehr Aufenthalte

Die mittlere **Aufenthaltsdauer** der Patienten im derzeitigen vollstationären Aufenthalt vor der Weiterempfehlung, ist für die zur 'ambulanten Behandlung' Empfohlenen mit 28,5 Tagen und für die in 'teilstationäre Behandlung' Empfohlenen mit 33,4 Tagen signifikant kürzer als für diejenigen, die zur 'vollstationären Betreuung' empfohlen wurden ($x = 120,2$ Tage; $\chi^2 = 51,031$; DF = 4; $p < 0,0001$).

Der mittlere **Abstand zum vorausgehenden Aufenthalt** (wann wurde der Patient zum letztenmal entlassen?) betrug 14,6 Monate (Median = 4, SD = 30,5). Von den 344 Bögen, die in diese Auswertung eingingen, wurde auf 272 Bögen eine Angabe gemacht. In 82 Fällen war es der erste Aufenthalt, so daß in diese Berechnung der Patienten, die schon mehr als einmal stationär untergebracht waren, nur ein N = 190 eingeht. Die Empfehlungen in 'teilstationäre Behandlung' wurden für Patienten ausgesprochen, deren letzter Aufenthalt am kürzesten zurücklag ($x = 7,0$ Monate).

Die Unterschiede sind mit $\chi^2 = 7,717$; DF = 8; $p = 0,1025$ allerdings nur tendenziell signifikant.

Patienten mit **gesetzlicher Betreuung**, wurden fast nie in 'teilstationäre Behandlung' empfohlen und auch wesentlich weniger in 'ambulante Behandlung' als zu erwarten wäre. Sie wurden stattdessen auffallend häufig in 'vollstationäre Betreuung' und 'kombinierte Behandlung und Betreuung' verwiesen. Patienten ohne gesetzliche Betreuung wurden signifikant häufiger in 'ambulante' und 'teilstationäre Behandlung' empfohlen, aber wesentlich weniger in 'vollstationäre Betreuung' und 'kombinierte Betreuung und Behandlung' ($\chi^2 = 56,817$; DF = 4; $p < 0,0001$).

Um zu prüfen, ob der Behandlungsverlauf bzw. die Krankheitsvorgeschichte des Patienten einen Einfluß auf die Entscheidung zur Empfehlung für die poststationäre Weiterbehandlung hatte, wurden logistische Regressionen gerechnet. Die **Nullhypothese**, daß die Stellenempfehlung nicht aus dem Behandlungsverlauf vorhergesagt werden kann, konnte für folgende Variablen **verworfen** werden:

- bei Zusammenfassung der Diagnosen in drei Klassen (schizophrene Psychosen; affektive und andere Psychosen; Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen) zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Stellenempfehlung ($p = 0,0253$)
- es ergibt sich ein hoch signifikanter Zusammenhang ($p < 0,0001$) zwischen der Aufenthaltsdauer des derzeitigen stationären Aufenthaltes und der Empfehlung für die poststationäre Weiterbehandlung
- die Anzahl der Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken insgesamt unterscheidet hoch signifikant ($p < 0,0001$) zwischen den Stellenempfehlungen
- ob der Patient einen gesetzlichen Betreuer hat oder nicht, steht in hoch signifikantem Zusammenhang ($p < 0,0001$) mit der Weiterempfehlung zur Behandlung

Für folgende Variable konnte die Nullhypothese nicht verworfen werden:

- der Abstand zum vorausgehenden Aufenthalt zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit der Weiterempfehlung ($p = 0,1025$)

4.3.3 Weitere Angaben zur Entscheidung und ihr Zusammenhang mit den Empfehlungen

Betrachtet werden schließlich die Antworten auf die Zusatzfragen am Ende des Fragebogens. Tabelle 4-22 zeigt in Abhängigkeit der empfohlenen Stelle, bei wieviel Entscheidungen die empfohlene Einrichtung beteiligt war. Es werden die beobachteten und die bei Unabhängigkeit zu erwartenden Häufigkeiten gezeigt.

Tabelle 4-22: Variable "Empfehlungskategorie": Beteiligung der Einrichtung an der Entscheidung

Empf.kat.	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	Gesamt
Einr.beteil.	12/ 33,9	15 / 11,9	20 / 14,0	18 / 9,2	14 / 9,8	79
nicht beteil.	136/ 114,0	37 / 40,0	41 / 47,0	22 / 30,8	29 / 33,1	265
	148	52	61	40	43	344

Einr. Beteil. = Einrichtung an der Entscheidung beteiligt
nicht beteil. = Einrichtung an der Entscheidung nicht beteiligt

Nur in 12 von 148 Empfehlungen an 'ambulante Behandlung' wurden diese Einrichtungen (Ambulanz, Nerven- und Hausarzt) an der Entscheidung beteiligt, was weit unter den bei Unabhängigkeit zu erwartenden Werten liegt. Die 'teilstationären Behandlungseinrichtungen' und die 'ambulanten Betreuungseinrichtungen' wurden jeweils in einem Drittel der Fälle in die Entscheidung miteinbezogen. Die höchste Beteiligung gab es bei den Empfehlungen an 'vollstationäre Betreuung'. In der Kategorie der kombinierten Empfehlung an ambulante Betreuung und Behandlung, wurden diese Einrichtungen in 32% der Fälle kontaktiert ($\chi^2 = 38,455$; DF = 4, $p < 0,0001$).

Wieviele Tage vor der Entlassung die weiterbehandelnde Stelle feststand, kann nicht unabhängig von der Aufenthaltsdauer betrachtet werden. Tabelle 4-23 zeigt deshalb beide Variablen in Abhängigkeit der empfohlenen Stellen.

Tabelle 4-23: Variable "Empfehlungskategorie": Wie viele Tage vor Entlassung stand die weiterbehandelnde Stelle fest

Empf.kat.	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	Gesamt
Miwe Tage	12,8	14	16	40	20,6	17,5 *
mittl.Auf.da	28,5	33,4	44,5	120,2	46,2	45,0

* signifikant

Miwe Tage = Anzahl der Tage vor Entlassung (Mittelwert)
mittl.Auf.da. = mittlere Aufenthaltsdauer zum Vergleich

Im Mittel stand 12,8 bzw. 14 Tage vor Entlassung aus vollstationärer Behandlung fest, daß der Patient in ambulante bzw. teilstationäre Behandlung weiterempfohlen wurde. Dies sind die kurzfristigsten Entscheidungen, die allerdings auch mit den kürzesten Aufenthaltsdauern dieser Patienten übereinstimmen. Entsprechend der längsten Aufenthaltsdauer von 120,2 Tagen für die Patienten, die im Anschluß in vollstationäre Betreuung verwiesen wurden, stand hier die Entscheidung schon 40 Tage vor Entlassung fest ($\chi^2 = 27,18$; DF = 4; $p < 0,0001$).

4.3.4 Zusammenfassung

Folgende demographische und klinische Daten haben einen signifikanten Einfluß auf die Empfehlungen für die verschiedenen Nachsorgeeinrichtungen: Alter, Familienstand, Schulabschluß, Entfernung des Wohnortes von der Klinik, Diagnose, Anzahl der Aufenthalte, Aufenthaltsdauer, gesetzliche Betreuung.

Von den fünf Empfehlungskategorien für die Weiterbehandlung ausgehend läßt sich dies wie folgt beschreiben:

In ambulante Behandlung werden häufiger empfohlen:

- Patienten die verheiratet sind; geringe Entfernung des Wohnorts haben; an anderen Psychosen Erkrankte und Neurosekranke oder Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und anderen nichtpsychotischen Störungen; es handelt sich eher um Erst- und Zweitaufnahmen und eher weniger um "Drehtürpatienten"; die Patienten haben die kürzeste Aufenthaltsdauer auf Station vor der Weiterempfehlung, kaum gesetzliche Betreuung; die letzte Entlassung ist am längsten her. Mit diesen Einrichtungen wird wegen der Weiterbehandlung eher selten Rücksprache gehalten.

In teilstationäre Behandlung werden häufiger empfohlen:

- junge Patienten, Verheiratete, sie haben höheren Schulabschluß und wohnen in geringer Entfernung der Klinik; sie sind mehr an Neurosen erkrankt und an affektiven Psychosen; für die Hälfte der Empfohlenen ist es der erste Aufenthalt auf Station; sie haben eine kürzere Aufenthaltsdauer, ihr letzter Aufenthalt liegt am kürzesten zurück, und sie haben selten gesetzliche Betreuung. Mit dieser Einrichtung wird etwas häufiger Rücksprache gehalten.

In ambulante und teilstationäre Betreuung werden häufiger empfohlen:

- es handelt sich um die ältesten Patienten, sie sind eher ledig und wohnen in geringer Entfernung von der Klinik; es handelt sich vor allem um schizophrene Psychotiker; die schon mehrere Aufenthalte hatten. Nur in einem Drittel der Fälle wird hier Rücksprache mit der Einrichtung gehalten.

In vollstationäre Betreuung werden häufiger empfohlen:

- kaum Verheiratete, sie haben die größten Entfernungen zur Klinik, mehrere Aufenthalte in Kliniken; sie haben sehr lange Aufenthaltsdauer auf Station und häufig gesetzliche Betreuung. Fast in der Hälfte der Empfehlungen wird Rücksprache mit der Einrichtung gehalten.

In die kombinierte ambulante Betreuung und Behandlung werden häufiger empfohlen:

- fast keine Verheirateten, sondern Ledige; geringste Entfernung zur Klinik, sind häufiger an schizophrener Psychose erkrankt und waren schon häufiger im Krankenhaus; sie haben häufig gesetzliche Betreuung. In einem Drittel der Fälle wird Rücksprache mit einer oder mehreren der empfohlenen Einrichtungen gehalten.

4.3.5 Gemeinsame Betrachtung aller Variablen

Alle Variablen, für die die Einzelprüfung signifikante Ergebnisse ergab, wurden gemeinsam mittels multipler logistischer Regressionsanalyse überprüft, um die Effekte auf die Stellenempfehlung unter Konstanzhaltung der jeweils anderen Variablen betrachten zu können. Es konnten hierzu nur die Bögen herangezogen werden, auf denen für alle diese Variablen Angaben vorlagen. Dadurch verringerte sich das N auf 212. Die Signifikanzprüfung für das gesamte Modell ergab $\chi^2 = 143,42$; DF = 48; $p < 0,0001$. Unter Konstanzhaltung jeweils aller anderen Variablen blieben nur noch folgende Effekte signifikant: Alter, Entfernung, Dauer, gesetzliche Betreuung. Die Prüfung für Familienstand, Schulbildung, Diagnose (3 Kategorien), und Anzahl der Aufenthalte führte zu keinen signifikanten Ergebnissen.

Deshalb wurde eine erneute Analyse durchgeführt, in die nur die oben genannten signifikanten Effekte aufgenommen wurden. Es ergab sich folgendes Ergebnis:

Für das ganze Modell: $\chi^2 = 125,26$; DF = 16, $p < 0,0001$. Alle Effekte blieben signifi-

kant. Reduzierung der Entropie: 12,78%. Das N erhöhte sich auf 336 auswertbare Bögen. Tabelle 4-24 zeigt die einzelnen Ergebnisse unter Konstanthaltung der anderen Effekte:

Tabelle 4-24: Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse (N = 336)

abhängige Variable	unabhängige Variablen	df	χ^2	p
Stellenempfehlung	gesetzliche Betreuung	4	39,69	0,0000
	Aufenthaltsdauer	4	28,90	0,0000
	Entfernung	4	13,47	0,0092
	Alter	4	13,58	0,0087

Den größten Effekt auf die Stellenempfehlung hatten also die gesetzliche Betreuung und die Aufenthaltsdauer, die als Ausdruck der Chronifizierung der Erkrankung angesehen werden können. Das Alter des Patienten und die Entfernung des Wohnorts haben ebenfalls noch hoch signifikante Effekte auf die Stellenempfehlung.

4.3.6 Prüfung der Patientenverteilung über Stationen und Beurteiler

Um die Auswirkung möglicher anderer Einflüsse auf die gefundenen Zusammenhänge zu überprüfen, wurde nochmals eine multiple logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Diesmal sollte berücksichtigt werden, ob die Patientenverteilung über die Stationen und Beurteiler²¹ einen Einfluß auf das bisherige Ergebnis haben könnte, ob es sich also um selektierte Patientengruppen handelt. Die Einzelprüfung der Effekte ergab signifikante Abhängigkeiten der Entfernung des Patientenwohnorts vom Krankenhaus, der Diagnose, der Aufenthaltsdauer und der Empfehlungskategorie von der **Station**. Die Patienten verteilten sich also bezüglich dieser Merkmale nicht zufällig über die Stationen und die Empfehlung für die poststationäre Weiterbehandlung war auch nicht unabhängig von der Station. Nach der Prüfung dieser Einzeleffekte wurde eine multiple logistische Regressionsanalyse durchgeführt, um die Abhängigkeit der Empfehlung sowohl von der Station als auch von den anderen Variablen untersuchen zu können. Unter Konstanthaltung der jeweils anderen Effekte ergab sich ein signifikanter Zusammenhang der Station mit der Empfehlungskategorie ($\chi^2 = 40,72$; DF = 24 und p = 0,0178). Die Empfehlungen waren also nicht

²¹ Die Beurteiler sind meist einer bestimmten Station zugeteilt.

unabhängig davon, von welcher Station der Patient kommt. Unter Konstanthaltung der Station wurde die Entfernung und die Diagnose nicht mehr signifikant. Die Effekte dieser beiden Variablen lagen also offenbar mehr an der ungleichen Verteilung über die Stationen hinweg. Bei der Entfernung ist die Sektorsierung zu berücksichtigen. Lediglich die gesetzliche Betreuung ($\chi^2 = 31,0$; DF = 5; $p = 0,0000$), die Aufenthaltsdauer ($\chi^2 = 24,12$; DF = 5; $p = 0,0002$) und das Alter ($\chi^2 = 15,6$; DF = 5; $p = 0,0080$) zeigten bei Konstanthaltung der Station noch signifikante Effekte hinsichtlich der Empfehlungskategorie. Diese Variablen waren also für die Empfehlung von größerer Bedeutung als die Station.

Tabelle 4-25 zeigt die Verteilung der Empfehlungen über die Stationen hinweg mit den beobachteten und den bei Unabhängigkeit zu erwartenden Werten.

Tabelle 4-25: Verteilung der Empfehlungen über die Stationen

Abt.	Station	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	Gesamt
2	1	8 / 15,9	2 / 5,5	6 / 6,5	5 / 4,3	16 / 4,6	37
2	2	19 / 28,3	10 / 9,9	22 / 11,7	14 / 7,6	1 / 8,2	66
1	3	17 / 18,9	9 / 6,6	8 / 7,8	4 / 5,11	6 / 5,5	44
1	4	53 / 35,7	11 / 12,5	8 / 14,7	3 / 9,6	8 / 10,3	83
2	5	16 / 19,3	10 / 6,8	9 / 7,9	5 / 5,2	5 / 5,6	45
1	6	29 / 24,9	9 / 8,7	8 / 10,2	6 / 6,7	6 / 7,2	58
1	7	6 / 4,7	1 / 1,6	0 / 1,9	3 / 1,2	1 / 1,3	11
gesamt		148	52	61	40	43	344

Weder die Empfehlungen an teilstationäre Behandlung, noch die der Stationen 3, 5, 6, und 7 weisen besondere Auffälligkeiten auf. Station 1 und 2 aus Abteilung II, also zuständig für die weiter weg gelegenen Kreise Herford und Lippe, empfahlen wesentlich weniger an ambulante Behandlung. Station 2 empfahl dafür mehr an ambulante und teilstationäre Betreuung und an vollstationäre Betreuung, hingegen fast gar nicht an die kombinierte Betreuung und Behandlung. In diese Versorgungsform wurden vor allem sehr viele Patienten der Station 1 entlassen. Die Station 4 aus Abteilung I sprach sehr viele Empfehlungen an ambulante Behandlung aus und sehr wenige an ambulante Betreuung und vollstationäre Betreuung. Die Unterschiede der Stationen sind signifikant ($\chi^2 = 79,4$; DF = 24; $p < 0,001$).

Die Überprüfung der Abhängigkeit der Effekte von den **Beurteilern** führte zu signifikanten Zusammenhängen mit der Aufenthaltsdauer und der Entfernung. Die Patienten waren also bezüglich dieser beiden Variablen nicht gleichmäßig über die Beurteiler verteilt. Ob diese Abhängigkeit das Gesamtergebnis beeinflusst, zeigt die multiple logistische Regressionsanalyse in Tabelle 4-26:

Tabelle 4-26: Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse mit Beurteilern (N = 283)

abhängige Variable	unabhängige Variablen	df	χ^2	p
Stellenempfehlung	gesetzliche Betreuung	4	28,27	0,0000
	Aufenthaltsdauer	4	19,69	0,0006
	Alter	4	13,16	0,0105
	Diagnosegruppe	8	16,80	0,0322
	Entfernung	4	4,06	0,3978
	Beurteiler	140	39,17	1,0000

Es wird deutlich, daß die Stellenempfehlung vom Alter, der Diagnose, der Aufenthaltsdauer und der gesetzlichen Betreuung abhängig war, aber nicht vom Beurteiler. Der Effekt der Entfernung ergab sich möglicherweise durch die Sektorsierung. Die Gesamtanalyse bestätigt das Ergebnis im vorangehenden Kapitel 4.3.5 für die Effekte des Alters, der Aufenthaltsdauer und der gesetzlichen Betreuung. Diese drei Variablen hatten über alle Analysen hinweg einen Einfluß auf die Stellenempfehlung, unabhängig von der Station.

4.4 UNTERSCHIED DER BEURTEILER IN DER BEWERTUNG DER KRITERIEN

Als 2. Hypothese wurde postuliert, daß sich die Beurteiler in der Bewertung der Wichtigkeit der Kriterien bezüglich der Stellenempfehlung unterschieden. Da die weiterbehandelnden Stellen qualitativ in der Behandlung oder Betreuung der Patienten voneinander abweichen und deshalb von den Beurteilern unterschiedlich bewertet werden könnten, kann die Variabilität der Beurteiler in der Bewertung der Wichtigkeit nur in Abhängigkeit dieser Stellen durchgeführt werden. Insgesamt gab es 42 Beurteiler, die aber zum großen Teil nur an ein oder zwei Stellen empfohlen hatten. In den nachfolgenden Analysen wurden deshalb nur die 10 Beurteiler be-

rücksichtigt, die mindestens an vier der insgesamt fünf verschiedenen Stellenkategorien empfohlen hatten. Außerdem wurden auch die Empfehlungen außer Acht gelassen, die unter der Kategorie 0 zusammengefaßt worden waren, also Empfehlungen, die gleichzeitig an vier oder mehr verschiedene Stellen ausgesprochen wurden und damit inhaltlich nicht interpretierbar waren. Dadurch reduzierte sich der Datensatz auf 220 auswertbare Bögen.

Da diese Arbeit nicht mehr als einen ersten Überblick über die Daten liefern kann, wurden die 14 Kriterien in sechs Variablen zusammengefaßt.

4.4.1 Zusammenfassung der Kriterien in sechs Kriterienvariablen

Aufgrund inhaltlicher Überlegungen wurden die Kriterien in sechs Variablen zusammengefaßt:

1. Erkrankung:

'Diagnose' und 'Art der Erkrankung' als notwendig zu berücksichtigende Kriterien

2. Selbständigkeit des Patienten:

'mangelnde Alltagskompetenzen des Patienten' und 'Förderung der Eigenverantwortung des Patienten' als nützlich zu berücksichtigende Kriterien

3. Wünsche Betroffener:

'Wunsch des Patienten', 'Wunsch bzw. Entlastung der Familie' und 'Zielsetzung des gesetzlichen Betreuers' als wünschenswert zu berücksichtigende Kriterien

4. Eignung der Stelle:

'meine Überzeugung über die Effektivität/Qualität der Stelle' und 'Wissen über die Indikation für die entsprechende Stelle'

5. Interaktion mit der Stelle:

'gute Koordination und Zusammenarbeit mit der Stelle', 'Erfahrungen mit der Stelle' und 'persönlicher Kontakt mit der Stelle'

6. Stationsroutine

'Gepflogenheiten der Station/Stationsroutine' und 'Vorgaben des Vorgesetzten'

Die einzelnen Kriterien waren von den Beurteilern auf einer Skala von "trifft sehr zu" (= 1), "trifft etwas zu" (= 2), unentschieden (= 3), "trifft kaum zu" (= 4) und "trifft nicht zu" (= 5) in ihrem Einfluß auf die Stellenempfehlung eingeschätzt worden und wurden entsprechend der Zahlen in Klammern verschlüsselt. Für die Kriterienvariablen

wurden jeweils wie oben beschrieben einzelne Kriterien zusammengefaßt und die Mittelwerte gebildet.

4.4.2 Zusammenhang zwischen Beurteilern, empfohlenen Stellen und Kriterien

Die Beurteiler wurden im Moment der Entlassung des Patienten gefragt, was ihre bereits getroffene Entscheidung für die Weiterempfehlung beeinflußt haben könnte. Abgefragt wurde die subjektive Einschätzung der Wichtigkeit der vorgegebenen Kriterien. Die Kriterien, die auf dem Fragebogen zur Bewertung vorgeschlagen und in sechs Variablen zusammengefaßt wurden, werden in Abhängigkeit der Beurteiler und der empfohlenen Stelle betrachtet. Um zu überprüfen, ob sich die Beurteiler (in Abhängigkeit der empfohlenen Stelle) in der Bewertung der Kriterien unterschieden, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Meßwiederholung für jede der sechs Kriteriumsvariablen durchgeführt. Dabei wurden die Beurteiler in jeder Analyse als 'Random Factor' (Nagl, 1992) berücksichtigt.

Im vorangehenden Kapitel wurde deutlich, daß die Stellenempfehlung unter Konstanzhaltung der anderen Variablen nicht vom Beurteiler abhängig war. Um eine angemessene Aussage über die Haupteffekte machen zu können, wurde gleichzeitig überprüft, ob es eine Interaktion zwischen Beurteiler und empfohlener Stelle bezüglich der Kriterien gab. Auch in der Interaktion wurde der Beurteiler als Random Factor berücksichtigt. Tabelle 4-27 zeigt die Ergebnisse der einzelnen Varianzanalysen.

Tabelle 4-27: Interaktionen und Haupteffekte zwischen Beurteiler und empfohlener Stelle in ihrer Bedeutung für die Kriterien

abhängige Variable	unabhängige Variablen	df	MS	F	p
Kriterienvariable 1: Erkrankung (N = 219)	Beurteiler	6	1,27	1,41	0,2177
	Stellenempfehlung	1	1,02	1,13	0,2882
	Beurteiler x Stellenempf.	33	0,89	0,99	0,4829
Kriterienvariable 2: Selbständigkeit d.Pat. (N = 220)	Beurteiler	6	2,66	2,55	0,0271
	Stellenempfehlung	1	3,35	3,67	0,0568
	Beurteiler x Stellenempf.	33	1,18	1,44	0,0705
Kriterienvariable 3: Wünsche Betroffener (N = 215)	Beurteiler	5	0,87	1,23	0,3037
	Stellenempfehlung	0	.	.	.
	Beurteiler x Stellenempf.	31	0,76	1,23	0,2028
Kriterienvariable 4: Eignung der Stelle (N = 215)	Beurteiler	6	1,72	1,82	0,1077
	Stellenempfehlung	1	0,18	0,22	0,6349
	Beurteiler x Stellenempf.	33	1,05	1,37	0,1020
Kriterienvariable 5: Interaktion m. d. Stelle (N = 216)	Beurteiler	6	6,92	3,21	0,0059
	Stellenempfehlung	1	4,71	1,82	0,1778
	Beurteiler x Stellenempf.	33	1,70	0,59	0,9583
Kriterienvariable 6: Stationsroutine (N = 214)	Beurteiler	6	8,66	16,87	<0,0001
	Stellenempfehlung	1	2,75	5,87	0,0164
	Beurteiler x Stellenempf.	33	0,56	1,30	0,1424

Für keine Kriterienvariable wurde die Interaktion zwischen Beurteiler und empfohlener Stelle signifikant. Das bedeutet, daß die Unterschiede in der Kriterienbewertung über die Stellen hinweg etwa gleichartig sind.

Es können also die beiden Haupteffekte betrachtet werden.

Für die Kriterienvariablen '**Erkrankung**', '**Wünsche der Betroffenen**' und '**Eignung der Stelle**' werden auch die Haupteffekte **nicht signifikant**. Die Beurteiler stimmten in ihren Urteilen weitgehend überein, was den Einfluß dieser Aspekte für die Weiterempfehlung anbelangt. Bei den 'Wünschen der Betroffenen' gab es aufgrund fehlender Daten in Fragebögen eine Reduzierung der Freiheitsgrade, so daß der Haupteffekt der empfohlenen Stellen nicht berechnet werden konnte.

Signifikanten Einfluß hatte der Beurteiler auf die Bewertung der '**Selbständigkeit des Patienten**', der '**Interaktion mit der Stelle**' und der '**Stationsroutine**'. Bezüglich dieser drei Variablen unterschieden sich die Beurteiler **signifikant** in ihren Urteilen. Es bestand keine Einigkeit unter den Beurteilern, inwieweit die 'Selbständigkeit des Patienten', die 'Interaktion mit der Stelle' und die 'Stationsroutine' bei der Entscheidung für die weiterbehandelnde Stelle eine Rolle spielten. Bei der 'Interaktion mit der Stelle' mag das darauf zurückzuführen sein, daß ein Drittel der Beurteiler keine Erfahrungen und keinen Kontakt mit der weiterbehandelnden Stelle hatten und daß diejenigen, die diesen Kontakt hatten, ihn als wichtigstes Argument für diese Empfehlung bewerteten. (siehe Kapitel 4.2.5.) Dabei spielte die empfohlene Stelle keine Rolle.

Die Variabilität der Urteile bei der 'Stationsroutine' war sowohl auf die Beurteiler, als auch auf die unterschiedlichen Stellen zurückzuführen. Die Urteile zwischen den Beurteilern gingen weit auseinander, waren aber auch abhängig von der empfohlenen Stelle. Hier muß berücksichtigt werden, daß die Verteilung der Patienten über die Stationen nicht zufällig war. (siehe Kapitel 4.3.6)

Die Urteile über die 'Selbständigkeit des Patienten' sind nur noch tendenziell abhängig von den verschiedenen Stellen.

In der folgenden Tabelle 4-28 und den Graphiken werden keine Angaben pro Beurteiler und Stelle gemacht, da die Interaktionen für keine Variable signifikant wurden. Deshalb werden nur die Mittelwerte pro Stelle und Kriterium, die Standardabweichungen und das N angegeben. Die Abbildungen 4-5 bis 4-10 zeigen pro Kriterien-

variable in Form von Balkendiagrammen die Mittelwerte der Ausprägung ihrer Wichtigkeit für jede Stellenkategorie.

Tabelle 4-28: Wichtigkeit der einzelnen Kriterienvariablen für die Stellenempfehlung

Empfkat.	amb. Beh.	teilst. Beh.	a.+ t. Betr.	vollst. Betr.	Betr. + Beh	Gesamt
Kriterium	Mittelwert / Standardabweichung					
1	1,86 / 1,09	1,55 / 0,71	2,13 / 1,10	1,64 / 0,66	1,66 / 0,93	1,81
2	3,09 / 0,97	2,66 / 0,91	2,67 / 1,13	2,07 / 1,16	2,46 / 0,62	2,74
3	3,24 / 0,71	3,53 / 0,58	3,16 / 1,01	2,77 / 0,90	3,00 / 0,87	3,18
4	1,90 / 1,13	1,13 / 0,33	2,02 / 1,04	1,48 / 0,70	1,38 / 0,68	1,68
5	2,82 / 2,29	1,38 / 0,78	2,32 / 1,23	2,49 / 1,36	1,57 / 0,88	2,30
6	4,45 / 0,96	4,70 / 0,66	4,51 / 0,75	3,96 / 1,14	4,11 / 1,22	4,39

Kriterium = Kriterienvariable

1 = Erkrankung, 2 = Selbständigkeit des Patienten, 3 = Wünsche Betroffener, 4 = Eignung der Stelle, 5 = Stationsroutine

Bewertungen: 1 = trifft sehr zu; 2 = trifft etwas zu; 3 = unentschieden; 4 = trifft kaum zu; 5 = trifft nicht zu

Kriterienvariable 1: Erkrankung

Es gab keine signifikanten Effekte. Die Urteile der Beurteiler unterschieden sich nicht signifikant. Auch über die Stellen hinweg gab es keine signifikant unterschiedliche Bewertung der Wichtigkeit dieses Kriteriums für die Entscheidung. Der Mittelwert über alle Antworten liegt bei dieser Variablen bei 1,81. Das Kriterium ist das zweitwichtigste für die Entscheidung über alle Variablen hinweg. Alle Beurteiler räumen der 'Erkrankung' einen positiven Einfluß auf ihre Entscheidung ein. Die 'Erkrankung' wird mit einem Mittelwert von 1,55 für teilstationäre Behandlung am wichtigsten.

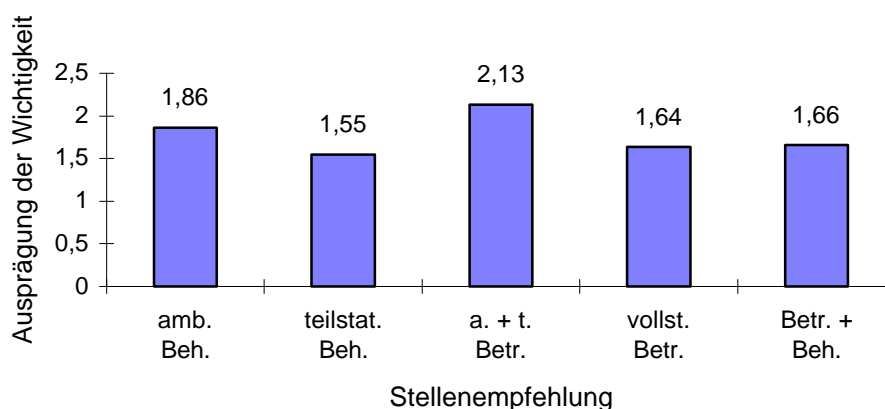


Abbildung 4-5: Kriterium 1: Erkrankung

Kriterienvariable 2: Selbständigkeit des Patienten

In der Beurteilung der Wichtigkeit der Selbständigkeit des Patienten für die Entscheidung waren sich die Beurteiler nicht so einig, die Unterschiede in den Urteilen sind signifikant. Diese Unterschiede waren auch von den Stellen abhängig, dieser Einfluß wird tendenziell signifikant. Der Mittelwert über alle Stellen hinweg liegt bei 2,74. Für die Empfehlung in vollstationäre Betreuung wurde diesem Kriterium mit einem Wert von 2,07 noch eine Bedeutung beigemessen, für die anderen Stellen wurde eher mit "unentschieden" geurteilt.

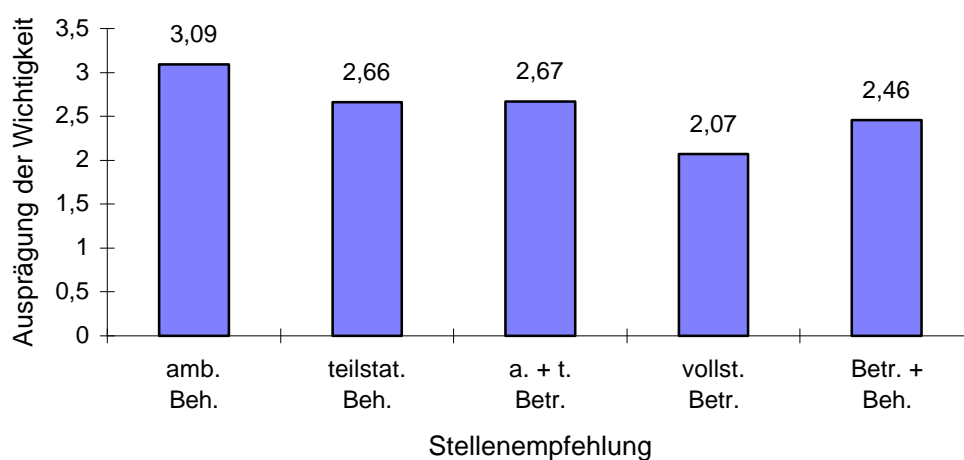


Abbildung 4-6: Kriterium 2: Selbständigkeit des Patienten

Kriterienvariable 3: Wünsche Betroffener

Die Unterschiede in den Urteilen wurden nicht signifikant. Wegen Datenausfällen konnte die Berechnung für den Einfluß der Stellen auf die Variabilität nicht berechnet werden. Die Mittelwerte bewegen sich um den Wert 3 herum, also "unentschieden". Den Wünschen der Betroffenen gaben die Beurteiler keine eindeutige Bedeutung.

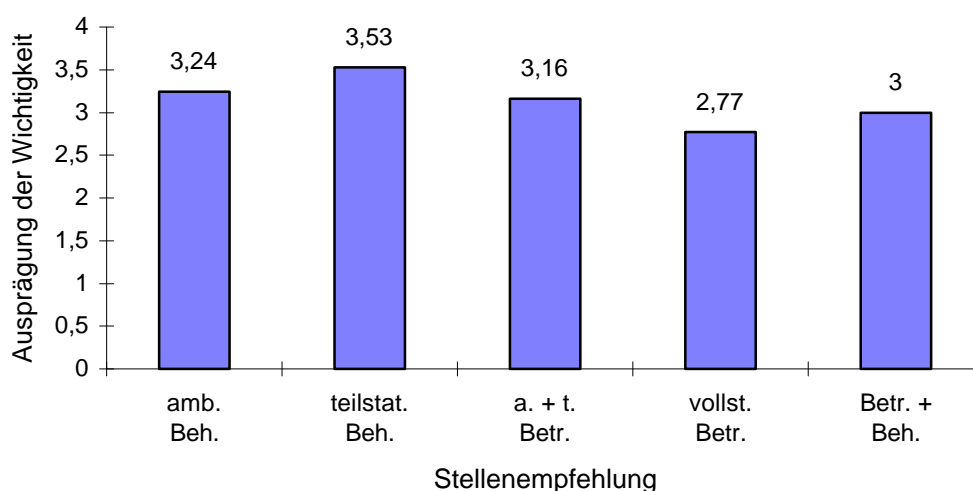


Abbildung 4-7: Kriterium 3: Wünsche der Betroffenen

Kriterium 4: Eignung der Stelle

Keiner der Haupteffekte wurde signifikant, die Urteile unterschieden sich nicht überzufällig. Die 'Eignung der Stelle' wurde relativ einheitlich beurteilt und war mit einem Gesamtmittelwert von 1,68 für diese 10 Beurteiler am wichtigsten überhaupt für ihre Entscheidung. Am wichtigsten wird dieses Kriterium für die Entscheidung zur Weiterempfehlung in teilstationäre Behandlung und erreicht mit diesem Wert von 1,13 gleichzeitig die höchste Bewertung unter allen Kriterien und Stellen überhaupt. Wenn also an die TK empfohlen wurde, dann waren die Beurteiler besonders überzeugt davon, daß es die geeignete Stelle war.

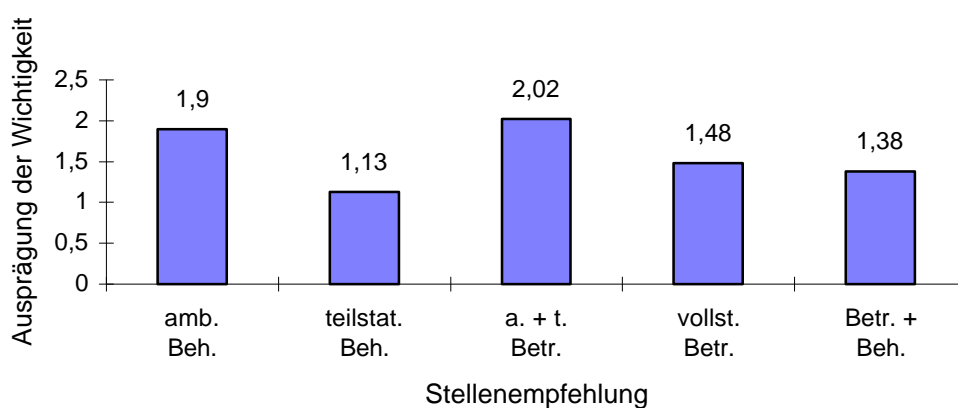


Abbildung 4-8: Kriterium 4: Eignung der Stelle

Kriterium 5: Interaktion mit der Stelle

Die Unterschiede der Urteile sind hoch signifikant, die Beurteiler unterschieden sich stark in ihren Urteilen. Der Einfluß der Stellen wurde nicht signifikant, das Urteil hing also nicht davon ab, an welche Stelle empfohlen wurde. Der Gesamtmittelwert liegt bei 2,3, das Kriterium spielte also insgesamt noch eine Rolle für die Entscheidung. Am wichtigsten wurde es wiederum für die Empfehlung in die TK.

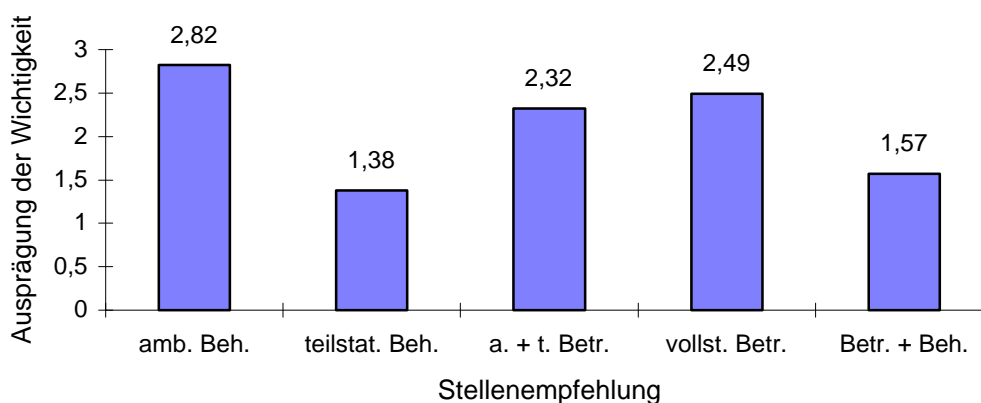


Abbildung 4-9: Kriterium 5: Interaktion mit der Stelle

Kriterium 6: Stationsroutine

Die Beurteiler unterschieden sich sehr stark in ihren Urteilen. Der Effekt der Stelle wurde ebenfalls signifikant, es gab also auch Unterschiede über die Stellen hinweg, die mehr als zufällig waren. Der Gesamtmittelwert liegt bei 4,39. Die Beurteiler gaben diese Kriterium für die Entscheidung keine Bedeutung. Da alle Mittelwerte für die einzelnen Stellen bei 3,96 und darüber liegen, gilt dies für alle Empfehlungen.

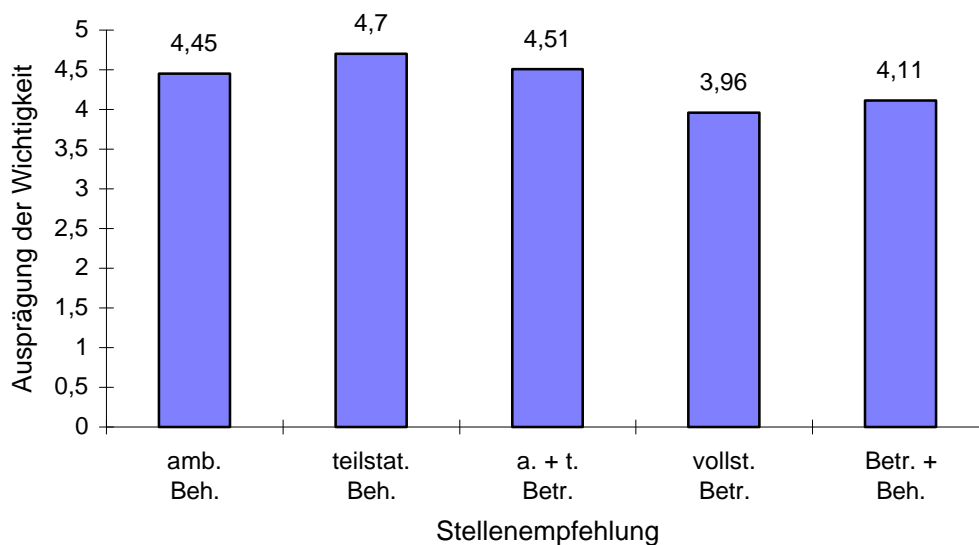


Abbildung 4-10: Kriterium 6: Stationsroutine

4.5 COMPLIANCE DER TAGESKLINIKEMPFEHLUNGEN

Insgesamt wurden 58 Patienten in die Tagesklinik empfohlen. 28 Empfehlungen davon kamen von Stationen, die im Rahmen der Sektorisierung den Bereich Herford und Lippe versorgten. Wenn in diesen Fällen Empfehlungen an die Tagesklinik ausgesprochen wurden, dann galten diese für die Tageskliniken in Bünde und in Detmold. Da hier nur betrachtet wird, welche Patienten die Behandlung in der Tagesklinik Gütersloh antraten, wurden diese 28 Empfehlungen ausgeschlossen. Es bleiben also noch 30 Empfehlungen aus dem Bereich Gütersloh.

Von diesen 30 an die TK Gütersloh empfohlenen Patienten traten 20 die Behandlung an, also zwei Drittel. Diese Patienten wurden in eine Gruppe zusammengefaßt und mit der Gruppe derer verglichen, die die Behandlung nicht antraten. Die Variablen Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluß, Entfernung, Diagnose, Anzahl der Aufenthalte in Kliniken insgesamt, Dauer des Aufenthaltes, Abstand zur letzten Entlassung, Handzeichen des Beurteilers und die Station zeigten in χ^2 -Tests keine signifikanten Zusammenhänge damit, ob ein Patient die Behandlung in der Tagesklinik antrat oder nicht. Auch ob der Beurteiler Kontakt und Erfahrungen mit der Stelle hatte oder nicht ergab keinen signifikanten Zusammenhang damit, ob der Patient mit der TK-Behandlung begann.

Aus dem Vergleich der Patienten, die die Behandlung in der Tagesklinik antraten mit denen, die sie nicht antraten, ließen sich bezüglich demographischer und klinischer Daten der Patienten keine überzufälligen Zusammenhänge ablesen. Auch der Beurteiler und die Station standen nicht in Zusammenhang mit der Compliance der Patienten.

Tabelle 4-29 zeigt detailliert das Verhalten der Patienten, die in die Gütersloher Tagesklinik empfohlen worden waren:

Tabelle 4-29: Compliance der Tagesklinikempfehlungen

Patient lehnte die Empfehlung ab	1	3,3%
Patient nahm die Empfehlung an; kein Vorstellungsgespräch vereinbart	5	16,6%
Vorstellungsgespräch vereinbart; Patient erschien aber nicht	3	10,0%
Vorstellungsgespräch durchgeführt; Patient trat die Behandlung aber nicht an	1	3,3%
Patient trat die Behandlung in der Tagesklinik an	20	66,6%
	30	100%

Nur ein Patient lehnte die Empfehlung von vornherein ab. Es muß berücksichtigt werden, daß im Zusammenhang mit der Frage nach der optimalen Weiterbehandlung 26 Mal die Tagesklinik genannt wurde, aber tatsächlich an eine andere Stelle empfohlen wurde. In vier Fällen gaben die Beuteiler an, daß der Patient die Tagesklinikempfehlung ablehnte. (siehe auch Tabelle 8-2 im Anhang).

Es gab fünf Empfehlungen, für die kein Vorstellungsgespräch vereinbart wurde. Ein Patient kam zum Vorstellungsgespräch, trat die Behandlung aber nicht an. Es blieb unklar, ob die Tagesklinik ihn ablehnte oder es die Entscheidung des Patienten war.

5 DISKUSSION

Vor der Diskussion der Ergebnisse soll auf ein methodisches Problem eingegangen werden, das in diesem Zusammenhang von Bedeutung sein könnte. Die vorliegende Arbeit wurde in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh durchgeführt. Es wurden sehr viele Daten erhoben, die eine Reihe weiterer Analysen möglich hätten, was aber den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde. Um einen Überblick zu geben, wurde zunächst rein deskriptiv ausgewertet. Diese Auswertung hat vor allem für die Klinik informativen Wert und soll hier nicht diskutiert werden.

Für die Prüfung der Hypothese 1, die den Einfluß verschiedener Daten auf die Stellenempfehlung postuliert, mußten 55 Bögen ausgeschlossen werden, deren Stellenempfehlung keiner Kategorie zugeordnet werden konnte, da mehrere Stellen gleichzeitig empfohlen wurden, deren Kombination nicht sinnvoll erschien. Da die Beurteiler zu ihrer Empfehlung nicht weiter befragt wurden, konnte auch nicht geklärt werden, welche Absicht hinter diesen Empfehlungen stand. durch den Ausschluß dieser 55 Bögen könnte evtl. ein selektiver Effekt entstanden sein, der das Ergebnis verändert haben könnte.

Bei der Prüfung der Hypothese 2, die einen Unterschied zwischen den Beurteilern in der Bewertung des Einflusses verschiedener Kriterien auf die Entscheidung postuliert, kam ein weiteres Problem zum Tragen: Es gab viele Beurteiler, die nur sehr wenige Bögen ausgefüllt hatten oder nur an wenige verschiedene Stellen zur Weiterbehandlung empfahlen. Diese konnten nicht berücksichtigt werden, da Unterschiede über die Stellenkategorien hinweg nur gepüft werden konnten, wenn auch an mehrere Stellen empfohlen wurde. Aus den insgesamt 42 Beurteilern, die Bögen ausgefüllt hatten, waren deshalb nur 10 ausgewählt worden, die mindestens an vier der fünf Stellenkategorien empfohlen hatten. Obwohl dieser Umstand durch die statistischen Methoden (Random Factor und Repeated Measurement) berücksichtigt wurde, kann auch hier ein selektiver Effekt nicht ausgeschlossen werden. Es könnte sein, daß durch den Ausschluß dieser Beurteiler Varianz in der Bewertung der Kriterien verloren ging, die das Ergebnis verändert hätte. Dadurch fielen auch die übrigen Berufsgruppen außer den Ärzten ganz aus der Auswertung heraus. Da die Beurteiler anonym bleiben sollten, konnte auch nicht geklärt werden, ob es sich bei den Beurteilern, die wenig Bögen ausfüllten, gerade um diejenigen handelte, die z.B.

wenig oder viel Erfahrung hatten, die schon länger in der Klinik arbeiteten oder nur zur Vertretung auf der Station waren. Diese Aspekte könnten einen Einfluß haben, da anzunehmen ist, daß längere Berufserfahrung sich auf die Planung der Entlassung und auf die Entscheidungsfindung auswirkten.

Die Ergebnisinterpretation muß in diesem Zusammenhang gesehen und diskutiert werden und Rückschlüsse auf die gesamte Ärzteschaft können nur vorbehaltlich gezogen werden.

Es ist außerdem zu berücksichtigen, daß es sich um ein selbstentwickeltes, nicht geprüftes und validiertes Instrument handelt. Das Ziel der Arbeit war nicht die Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes, sondern explorative, hypothesengenerierende Datenerhebung. Deshalb wurde auf eine Prüfung der Gütekriterien verzichtet.

Im folgenden werden die zu den Hypothesen ermittelten Ergebnisse, sowie einige Nebenergebnisse diskutiert.

5.1 DISKUSSION DER ERGEBNISSE ZUR 1. HYPOTHESE

Die Entscheidung zur Empfehlung für die Form der poststationären Weiterbehandlung hängt von den demographischen Daten des Patienten, von seiner Diagnose und dem Behandlungsverlauf bzw. der Krankheitsvorgeschichte und vom Wissen der Therapeuten über die weiterbehandelnde Stelle und ihrem Kontakt mit dieser Stelle ab.

Hypothesenkonform zeigte sich eine Abhängigkeit der Empfehlung an die weiterbehandelnde Stelle vom Alter, der Entfernung, der Aufenthaltsdauer und der gesetzlichen Betreuung.

Zunächst werden die Ergebnisse zu diesen Zusammenhängen diskutiert. Danach soll auf die Diagnose, die Anzahl der Aufenthalte, den Familienstand und den Schulabschluß eingegangen werden, die in der Gesamtanalyse keine signifikanten Zusammenhänge mehr zeigten, wohl aber in den Einzelanalysen. Zum Abschluß wird die Beteiligung an der Entscheidung zur Nachbehandlung durch andere Personen, die Verteilung der Stellenempfehlungen überhaupt und die Bedeutung der Kriterien für die Empfehlung erörtert.

Die jüngsten Patienten mit einem **Durchschnittsalter** von 34 Jahren wurden in die Tagesklinik zur Nachbehandlung empfohlen. Die Patienten, die in ambulante und teilstationäre Betreuung empfohlen wurden, waren mit 41 Jahren im Durchschnitt die ältesten. Dieser Befund entspricht den Angaben der Expertenkommission (1988) zu Patientencharakteristika von TK-Patienten, die ein Durchschnittsalter von 33 Jahren feststellte.

Die Auswahl der nachbehandelnden Einrichtung sollte sich an den Ergebnissen erfolgreicher Nachbehandlungsformen für bestimmte Patientengruppen orientieren.

Steinhart und Bosch (1992) stellten in Berlin für die 'Stufenrehabilitation', die im Anschluß an vollstationären Aufenthalt teilstationäre Behandlung zwischenschaltet und die Patienten dann in ambulante Nachsorge entläßt, einen Zusammenhang zwischen dem Alter und erfolgreicher Behandlung fest. Eine gelungene 'Stufenrehabilitation', bei der die Patienten ohne vollstationäre Rückverlegungen auskamen, fan-

den sie vor allem bei älteren und chronifizierten Patienten. Aber gerade die Patienten mit einer größeren Anzahl von Aufenthalten in Krankenhäusern, die von daher als chronifiziert eingeschätzt werden können, und auch die älteren Patienten werden in Gütersloh sehr selten in die TK, sondern häufiger in ambulante und teilstationäre Betreuung empfohlen.

Aus diesem Empfehlungsmuster könnte man schließen, daß im Gütersloher Krankenhaus die Auffassung besteht, daß tagesklinische Behandlung besonders für jüngere Patienten mit kürzeren Krankengeschichten geeignet ist. Inwiefern das mit dem Konzept der Gütersloher Tagesklinik übereinstimmt, kann hier nicht geklärt werden, zumindest widerspricht dieser Befund den Erfahrungen erfolgreicher Nachbehandlung nach vollstationärem Aufenthalt in Berlin. Steinhart und Bosch (1992) und auch Eikelmann (1998) weisen darauf hin, daß Tagesklinik gerade für schwer Kranke und auch ältere Patienten von besonderem Wert ist beim Übergang von vollstationärer in ambulante Behandlung, um ihnen diesen Übergang zu erleichtern und langsam das evtl. belastende soziale Umfeld wieder in den Lebensalltag miteinzubeziehen.

Die **Entfernung** des Wohnorts des Patienten von der Klinik zeigte einen Zusammenhang mit der Empfehlung zur Nachbehandlung. Die Patienten mit der größten Durchschnittsentfernung von 60 km wurden auffallend oft in vollstationäre Betreuung empfohlen. Die Institutsambulanz und die Tagesklinik liegen für den Gütersloher Bereich direkt bei der Klinik und haben damit dieselbe Entfernung zum Wohnort des Patienten. Für Empfehlungen in ambulante Behandlung, teilstationäre Behandlung und in kombinierte Betreuung und Behandlung, die durch die Kontakte mit mehreren Stellen eine relativ zeitintensive ambulante Versorgung darstellen wird, werden niedrige Durchschnittsentfernungen von 30 km angegeben.

Dieser Effekt der Entfernung fiel allerdings weg unter Konstanthaltung der Station. Die Station muß also in der Diskussion berücksichtigt werden.

Möglicherweise spielt die Sektorisierung hier eine Rolle. Wenn aus den drei Stationen der Abteilung II Empfehlungen zur Nachbehandlung ausgesprochen wurden, dann mußte dabei das Angebot der Versorgung in den Landkreisen Herford und Lippe berücksichtigt werden. Wie aus der Beschreibung des institutionellen Rahmens für diese Untersuchung hervorgeht, gibt es Unterschiede in den Kreisen. In den Kreisen Herford und Lippe gibt es z.B. keine Institutsambulanz, alle drei Kreise verfügen jedoch über eine Tagesklinik, Sozialpsychiatrischen Dienst, Übergangs-

wohnheime und medizinische Rehabilitation. Betrachtet man die Empfehlungen der einzelnen Stationen genauer, dann zeigt sich, daß es nur drei Stationen gibt, die von den bei Unabhängigkeit zwischen Entfernung und Empfehlung erwarteten Zahlen abweichen. Die Stationen 1 und 2 der Abteilung II, die für Herford und Lippe zuständig sind, empfahlen wesentlich weniger an ambulante Behandlung. In diesem Fall kann es sich nur noch um Empfehlungen an den Haus- und Nervenarzt handeln, da es in diesen beiden Kreisen keine Institutsambulanz gibt. Station 2 empfahl dafür mehr an ambulante und teilstationäre Betreuung und an vollstationäre Betreuung, hingegen fast gar nicht an die kombinierte Betreuung und Behandlung. In diese Versorgungsform wurden vor allem sehr viele Patienten der Station 1 entlassen. Die Station 4 aus Abteilung I sprach dagegen sehr viele Empfehlungen an ambulante Behandlung aus und sehr wenige an ambulante Betreuung und vollstationäre Betreuung. Der Effekt der Entfernung auf die Empfehlungskategorie hängt möglicherweise damit zusammen, daß in den Kreisen Lippe und Herford keine Institutsambulanz zur Verfügung steht und deshalb weniger Empfehlungen in ambulante Behandlung ausgesprochen werden. Für die Station 4 dagegen stand die Institutsambulanz zur Verfügung und war der Schwerpunkt für die Nachbehandlung.

Damit läßt sich allerdings noch nicht begründen, warum so viele Patienten, die weiter weg von der Klinik lebten, in vollstationäre Betreuung empfohlen wurden. Man kann vermutlich davon ausgehen, daß diese Betreuungsart entsprechend der genannten Indikation für Übergangswohnheime und Heime (Expertenkommission, 1988) für Patienten empfohlen wurde, die z.B. durch lange Hospitalisierung den Kontakt zur Außenwelt teilweise verloren haben. Das wird durch die lange Aufenthaltsdauer dieser Patienten im Krankenhaus untermauert. Die Einschränkungen in der Alltagsbewältigung dürften so groß gewesen sein, daß sie alleine kaum zu planvoller Haushaltsführung in der Lage waren, sonst würde eine solche Empfehlung kaum ausgesprochen werden. Schwere und Chronizität der Erkrankung dürften also nicht unerheblich gewesen sein. Für Rehabilitation gelten ähnliche Kriterien. Sollte es sich um Arbeitsrehabilitation handeln, dann standen die Patienten vermutlich in keinem geregelten Arbeitsverhältnis mehr. Erstaunlich ist nun, warum gerade auffällig häufig Patienten in diese Einrichtungen empfohlen wurden, die weiter weg von der Klinik wohnten. Eine Erklärungsmöglichkeit könnte sein, daß in der Nähe eines großen psychiatrischen Krankenhauses die Akzeptanz psychiatrischer Erkrankung

und deren Behandlung größer sein dürfte. Kleinere Einrichtungen der ambulanten Betreuung und teilstationären Behandlung sind in den Kreisen Herford und Lippe vorhanden, es ist aber unklar wie bekannt und akzeptiert sie sind. Möglicherweise nehmen Personen aufgrund der größeren Entfernung zur Klinik und damit evtl. schlechterer Akzeptanz Behandlungsangebote erst an, wenn ihr psychischer Zustand schon schlechter ist. Schwere Symptomatik kann längere Aufenthaltsdauer bedingen. Die Patienten, die im Anschluß an den vollstationären Aufenthalt in vollstationäre Betreuung empfohlen wurden, hatten eine lange durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 120 Tagen. Der längere Aufenthalt in der Klinik, mögliche Verluste an Kontakten, Arbeit und selbständiger Lebensführung könnten dann zu dieser Nachbehandlungsempfehlung geführt haben.

Hier zeigt sich, daß der Einfluß des 'Jarvis'schen Gesetzes' (Meise et al., 1998), das eine inverse Beziehung zwischen der geographischen Distanz und den Aufnahme-raten von Krankenhäusern postuliert, sich auch auf die Empfehlungen zur Nachbehandlung auswirken könnte.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit wäre ein unterschiedlicher Stil der Stationen bzgl. der Nachbehandlungsempfehlungen. Dem steht allerdings entgegen, daß die Beurteiler auf Nachfrage der 'Stationsroutine' keinen Einfluß auf ihre Entscheidung einräumten.

Die **Dauer** des derzeitigen vollstationären **Aufenthaltes** kann als Ausdruck der andauernden Schwere der Symptomatik betrachtet werden. Patienten, die an vollstationäre Betreuung empfohlen wurden, hatten mit einem Durchschnittswert von 120 Tagen die längste, diejenigen, die in ambulante Nachbehandlung empfohlen wurden, mit 28,5 Tagen die kürzeste Aufenthaltsdauer auf den Stationen.

In der Empfehlung scheint sich die Auswirkung der anhaltenden Symptomatik als Ausdruck der Schwere der Erkrankung auf die Intensität der Nachbehandlung widerzuspiegeln. Vollstationäre Betreuung kann als die intensivste Form der Nachsorge angesehen werden und ambulante Behandlung, in der es vor allem um die medizinische Nachsorge geht, dürfte zu den am wenigsten intensiven Nachsorgemöglichkeiten zählen. Der 'Art und Schwere der Erkrankung' messen die Beurteiler große Wichtigkeit für ihre Entscheidung zur Weiterempfehlung bei, was in Übereinstimmung mit dem Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und Empfehlung gesehen werden kann.

Die Aufenthaltsdauer betrug im Mittel 44,9 Tage, sie variiert stark. Bei dieser starken Streuung fallen vor allem die sehr langen und sehr kurzen Zeiten auf. Nach internationaler Gepflogenheit werden psychisch Kranke, die länger als ein Jahr hospitalisiert sind, als Langzeitpatienten eingestuft (Jakubaschk et al., 1980). Nach dieser Definition sind zwei Patienten betroffen, die sich seit 986 und 460 Tagen auf den Stationen befinden. Bei Überprüfung stellte sich heraus, daß die Station, auf der sich ein Patient bereits 986 Tage befand, eher als rehabilitative Station betrachtet werden muß, denn als Akutaufnahmestation. Drei weitere Patienten waren zwischen 300 und 400 Tagen auf Station. Diese Stationen waren allerdings Akutaufnahmestationen. Daß immerhin 21 Patienten mehr als 150 Tage auf Station waren, 19 zwischen 100 und 150 Tagen und 64 zwischen 50 und 100 Tagen, wirft die Frage auf, ob es sich hier um sinnvolle Plazierungen auf Akutaufnahmestationen handelt.

Dieselbe Frage stellt sich auch für die 70 Patienten, die die Stationen bereits am selben Tag, am folgenden Tag nach Aufnahme oder innerhalb von drei Tagen wieder verlassen hatten. Eine akute psychiatrische Erkrankung kann in so kurzer Zeit wohl kaum zur Remission gebracht werden, die Medikamente können in dieser kurzen Zeit ihre Wirkung noch kaum entfaltet haben. Wenn dieser kurze Aufenthalt aber ausreichend gewesen sein sollte, fragt sich, ob stationäre psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen hatte. Vielleicht wäre außerstationäre Behandlung ausreichend gewesen, für die verschiedene Autoren eine größere Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung, bessere Compliance und weniger Abbruch der Behandlung feststellten (Simpson et al., 1989; Schene et al., 1993; Wiersma, 1995; Eikelmann, 1998).

Patienten mit **gesetzlicher Betreuung** wurden häufiger in 'vollstationäre Betreuung' und zur 'kombinierten Betreuung und Behandlung' empfohlen. Die gesetzliche Betreuung kann als Ausdruck der Chronizität der Erkrankung und der mangelnden Eigenverantwortlichkeit des Patienten angesehen werden, je nach Umfang des Betreuungsbereichs. Das schlug sich offenbar in der höheren Anzahl von Empfehlungen an diese beiden Empfehlungskategorien für Patienten mit gesetzlicher Betreuung nieder. Es stimmt insofern mit den Angaben zur Indikation der unter 'vollstationärer Betreuung' zusammengefaßten Einrichtungen überein, als diese, wie unter der Aufenthaltsdauer weiter oben schon angedeutet, für schwer und chronisch erkrankte Patienten ausgewiesen werden.

Die 10 ausgewählten Beurteiler maßen der 'Selbständigkeit des Patienten' für die Entscheidung zur 'vollstationären Betreuung' die größte Bedeutung zu. Diese Variable setzte sich aus den Einzelkriterien 'mangelnde Alltagskompetenzen des Patienten' und 'Förderung der Eigenverantwortung des Patienten' zusammen. In 'vollstationärer Betreuung' sahen sie vermutlich die größten Förderungsmöglichkeiten für die Selbständigkeit des Patienten.

Die Empfehlungen für diesen Patientenkreis scheinen auch ein Beleg dafür zu sein, das chronische Patienten besonders von den außerstationären ambulanten Nachsorgeeinrichtungen (kombinierte Betreuung und Behandlung), die erst im Zuge der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Forderungen entstanden, profitierten. Diese Empfehlungen stehen auch in Übereinstimmung mit den Befunden von Häfner & an der Heiden (1983), die feststellten, daß die quantitative Intensität der Inanspruchnahme extramuraler Dienste einen positiven Einfluß auf eine geringe Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit hat. Diesen positiven Effekt bestätigten sie vor allem für chronisch verlaufende Schizophrenien. Bei diesen Empfehlungen wurde offenbar die Vielfalt der Bedürfnisse chronischer Patienten (Häfner et al., 1986) berücksichtigt, deren Deckung nach Entlassung aus dem Krankenhaus auf verschiedene komplementäre Einrichtungen übergeht.

Die **Diagnose** zeigte zwar in der abschließenden Analyse unter Konstanthaltung der anderen Variablen keinen signifikanten Effekt mehr auf die Empfehlung. Bei der gleichzeitigen Überprüfung dieser Variablen mit dem Beurteiler, bei der viele Bögen aus der Analyse herausfielen (N = 283), da nicht für alle Variablen Angaben gemacht wurden, war die Diagnosegruppe aber doch wieder signifikant. Deshalb sollen die Diagnosen, die in der Einzelprüfung zu spezifischen Empfehlungen führten, hier diskutiert werden. So wie die Entfernung kann die Diagnose nicht unabhängig von der Station betrachtet werden, da die Patienten bzgl. der Diagnosen nicht gleichmäßig über die Stationen verteilt waren. Den 'Stationsgepflogenheiten' und 'Vorgaben des Vorgesetzten' räumten die Beurteiler keine Bedeutung für ihre Weiterempfehlung ein, so daß der Einfluß der Station vermutlich mehr mit der Patientenverteilung zusammenhing.

Schizophrene Psychosen wurden für 203 der 399 untersuchten Patienten angegeben, was einem Anteil von 50,8% entspricht. Auch Häfner et al. (1986) weist die schizophrenen Patienten als überwiegenden Anteil der komplementär zu Versor-

genden aus. Deshalb soll vor allem diese Patientengruppe hier berücksichtigt werden. Bei der Verteilung der Diagnosen fällt auf, daß weniger Schizophrenieerkrankte als erwartet in ambulante und teilstationäre Behandlung empfohlen wurden. Dies steht, wie im Zusammenhang mit dem Alter bereits diskutiert, im Widerspruch zu den Befunden von Eikelmann (1991) und Sheldon (1964), die der tagesklinischen Behandlung gerade für schizophren Erkrankte Wirksamkeit bzgl. psychopathologischem Befund und Reshospitalisierungsrate bescheinigten und sie als Hauptklientel für diese Behandlungsform auswiesen. Diese Patientengruppe wurde in dieser Untersuchung weniger in Behandlung empfohlen, in der auch therapeutisch mit den Patienten gearbeitet wird, sondern häufiger in ambulante und teilstationäre Betreuung und vor allem in die kombinierte Betreuung und Behandlung. Das letztgenannte Empfehlungsmuster läßt sich so deuten, daß die Beurteiler für diese Patienten Behandlung nicht als ausreichend ansahen und eine begleitende Betreuung im Alltag für erforderlich hielten.

Auffallend ist auch, daß Patienten mit neurotischen Störungen überhaupt vollstationärer Betreuung bedurften und sogar zu einem größeren Anteil als zu erwarten wäre.

Auch die **Anzahl der Aufenthalte** in psychiatrischen Krankenhäusern zeigte in der Einzelprüfung einen Zusammenhang mit der Empfehlungskategorie. Bei Konstanzhaltung der anderen Variablen war dieser Effekt nicht mehr signifikant. Der Einfluß der Anzahl der Aufenthalte auf die Empfehlung war also unter Berücksichtigung der anderen Variablen nicht so stark. Dennoch soll er entsprechend der Kreuztabelle betrachtet werden.

Patienten mit ein bis vier Aufenthalten in psychiatrischen Krankenhäusern wurden vor allem in ambulante und teilstationäre Behandlung empfohlen. Patienten mit fünf und mehr Aufenthalten, die immerhin 44,6% der gesamten Patientenclientel ausmachen, wurden häufiger in Betreuung (sowohl ambulante, teilstationäre als auch vollstationäre) und in kombinierte 'Betreuung und Behandlung' empfohlen. Obwohl diese Anzahl von vollstationären Aufenthalten nicht automatisch auf Chronizität schließen läßt, sei auf die Untersuchung von Häfner und an der Heiden (1983) hingewiesen, die nachwies, daß die quantitative Intensität der Nachversorgung, wie sie bei der kombinierten Betreuung und Behandlung gegeben war, vor allem bei chronisch Kranken zu geringerer Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit führte.

Die Patienten mit fünf und mehr Aufenthalten wurden auffallend selten in die Tagesklinik empfohlen. Hier seien nochmals die Befunde von Steinhart und Bosch (1992) und auch Eikermann (1998) erwähnt, die Tagesklinik gerade für chronisch Kranke Patienten beim Übergang von vollstationärer in ambulante Behandlung für wertvoll erachten, um ihnen diesen Übergang zu erleichtern und langsam das evtl. belastende soziale Umfeld wieder in den Lebensalltag miteinzubeziehen. Für eine genauere Einschätzung dieser Empfehlungen müsste allerdings der bisherige Krankheits- und Behandlungsverlauf detaillierter betrachtet werden.

Von den 135 Patienten, die fünf und mehr Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken hatten, wurden 44 in ambulante Behandlung (Ambulanz, Nervenarzt, Hausarzt) empfohlen. Hier taucht die Frage auf, ob diese Behandlung für diese Patienten ausreichend ist, da vor allem bei Behandlung durch den Haus- oder Nervenarzt Betreuungsmaßnahmen zur Alltagsbewältigung wegfallen. Aber auch hier müßten für eine bessere Beurteilung die Diagnosen, die Alltagsbewältigungsfähigkeiten des Patienten und seine Bereitschaft für weitergehende Betreuung genauer betrachtet werden.

Für den **Familienstand** und die **Schulbildung** gilt dasselbe wie für die Diagnose und die Anzahl der Aufenthalte: Die Zusammenhänge mit der Empfehlung waren nicht so stark, sodaß sie bei der multiplen Regressionsanalyse nicht mehr signifikant wurden. Andere Einflüsse waren bestimmender. Hier werden die Ergebnisse der Einzelprüfungen diskutiert: In der Kreuztabelle fällt vor allem auf, daß ledige Patienten weniger in 'ambulante Behandlung' empfohlen wurden, sondern häufiger in die kombinierte 'Behandlung und Betreuung'. Für Verheiratete galt gerade das Gegenteil: Sie wurden häufiger in 'ambulante Behandlung' empfohlen und selten in kombinierte 'Behandlung und Betreuung'. Vermutlich wurde bei der Empfehlung berücksichtigt, ob ein Partner da ist, der dann evtl. Betreuungsfunktionen übernehmen konnte. Die Beurteiler bezogen die Angehörigen nach eigenen Angaben allerdings nur in 27% der Fälle in die Entscheidung zur Nachbehandlung ein. Ruben und Stout (1993) geben die Empfehlung, die Familie grundsätzlich in die Planung zur Anschlußbehandlung einzubeziehen. Es konnte hier nicht geprüft werden, ob bei Empfehlungen in ambulante und teilstationäre Behandlung die Angehörigen evtl. mehr miteinbezogen wurden, als bei Empfehlungen in die verschiedenen Betreuungsformen, an die mehr Ledige empfohlen werden. Diese Unterscheidung wäre interessant, da bei Empfehlungen in Behandlung davon ausgegangen werden kann,

daß die Angehörigen mehr gefordert werden, vor allem wenn sie mit dem Patienten zusammenleben. Ob diese z.B. mit der Familie zusammenwohnen, wurde in dem Fragebogen nicht abgefragt, so daß dieser Aspekt auch nicht überprüft werden kann. Tessler und Mason (1979) stellten fest, daß Schizophreniekranken und Verheiratete die empfohlene ambulante Weiterbehandlung mit der höchsten Wahrscheinlichkeit antraten. Möglicherweise motiviert die Familie zum Antritt der Nachbehandlung, was ein weiteres Argument dafür ist, die Angehörigen in die Planung und Entscheidung miteinzubeziehen.

Das einzige auffallende Ergebnis bzgl. des **Schulabschlusses** ist, daß fast keine Patienten ohne Schulabschluß in die Tagesklinik empfohlen wurden und daß sehr viele Tagesklinikpatienten mittlere Reife oder Abitur hatten. Möglicherweise ist mit einer tagesklinischen Behandlung die Idee verbunden, daß diese aufgrund der psychotherapeutischen Behandlungsanteile intellektuell fordernder ist und Patienten ohne Schulabschluß überfordert sein könnten. Wenn man annimmt, daß der Schulabschluß ein Hinweis auf die soziale Schicht ist, dann wäre dieser Gedanke durch den Befund von Steinhart und Bosch (1992) entkräftet, die zeigten, daß es besonders bei älteren Patienten und bei Patienten aus unteren sozialen Schichten eher zu gelingen schien, durch die Zwischenschaltung teilstationärer Bereiche beim Übergang in ambulante Behandlung vollstationäre Einweisungen zu verhindern.

Bemerkenswert ist, daß auf 347 von insgesamt 399 Fragebögen angegeben wurde, daß das Team **an der Entscheidung beteiligt** war. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 87% und läßt auf einen sehr team-orientierten Entscheidungsstil auf den Stationen schließen. Weiterhin fällt auf, daß die Einrichtung nur in 22,8% der Fälle einbezogen wurde, obwohl für 75,7% der Empfehlungen Kontakt zur nachbehandelnden Einrichtung bestand²². Diejenigen Beurteiler, die Kontakt mit der nachbehandelnden Stelle hatten, bewerteten dieses Kriterium als sehr wichtig für ihre Entscheidung. Ob fallbezogen bzgl. der Nachbehandlung eines bestimmten Patienten Kontakt mit der Stelle aufgenommen wurde ist unklar. Ruben und Stout (1993) empfehlen diesen Kontakt bzw. den Einbezug der nachbehandelnden Stelle in die Entscheidung, damit Ziele für die weitere Behandlung abgesprochen werden können und damit Rückmeldung über die Entwicklung des Patienten gegeben werden kann, um ggf. Fehler in der Empfehlung oder der Planung erkennen und korri-

²² siehe Kapitel 4.2.5.

gieren zu können.

Die Wünsche der Betreuer und Angehörigen spielten bei den Kriterien eher keine Rolle für die Entscheidung, immerhin waren die Angehörigen aber zu 27% und die gesetzlichen Betreuer zu 17% an der Entscheidung beteiligt.

Der 'Wunsch des Patienten' wurde als wichtiges Kriterium für die Entscheidung bezeichnet, der Patient entschied aber nur in 5% der Fälle mit. Das ist ein sehr geringer Prozentsatz. Interessant wäre, inwieweit er sich beim Antritt der Nachbehandlung auswirkte. Die Zahlen dazu liegen nur für die Tagesklinik vor: 66,6% der Patienten, die in die Tagesklinik empfohlen wurden, traten die Behandlung dort auch an. Das ist im Vergleich zu der Untersuchung von Tessler und Mason (1979) mit 55% ein gutes Ergebnis. Allerdings ist diese Studie schon relativ alt. Ruben und Stout (1993) zeigten, daß die Einbeziehung aller Beteiligten in den Überweisungsprozeß in den USA, nicht zuletzt aufgrund des Drucks der Kostenträger auf erfolgreiche Nachbehandlung, inzwischen eine große Bedeutung hat und vielleicht auch Auswirkung auf den Planungsprozeß zur Nachbehandlung gehabt hat.

Die Entscheidung zur Weiterbehandlung stand im Schnitt zwei Wochen vor Entlassung fest. Generell bleibt also genügend Zeit zur Vorbereitung der Entlassung.

Die hohe Anzahl der **Stellenempfehlungen** an ambulante Behandlung (43%) läßt vermuten, daß man ihr eine zentrale Rolle in der Nachbehandlung einräumte. Dabei wurde die Institutsambulanz selbst 55 Mal (= 13,8%) als einzige Stelle genannt, 27 Mal war die Empfehlung mit Betreuung in eigener Wohnung oder/und dem Haus- und Nervenarzt kombiniert. Schließt man alle Kombinationen ein, wurde die Ambulanz sogar 106 Mal genannt. Linden und Bosch (1986) ermittelten in Berlin einen Anteil von 5% der Patienten, die im Anschluß an vollstationäre Behandlung in der Ambulanz behandelt wurden. Dort lag das Schwergewicht mit 74% auf der tagesklinischen Nachbehandlung²³, in Gütersloh sind es 15,1%. Linden und Bosch geben allerdings selbst zu bedenken, daß hier mehr nach einem Konzept vorgegangen wurde und die tagesklinische Indikation überdacht werden müßte. Auffallend bleibt trotzdem der große Unterschied und das andere Schwergewicht, was auf einen anderen Ansatz für die Nachbehandlung im Anschluß an vollstationären Aufenthalt hinzudeuten scheint. Zum Vergleich sei noch eine Zahl aus Mannheim genannt: Am

²³ Dreiviertel davon wurden im Anschluß an die tagesklinische Behandlung an die Ambulanz weiterverwiesen

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit schätzte der Leiter der dortigen Tagesklinik den Prozentsatz der Patienten, die im Anschluß an vollstationäre Behandlung in die Tagesklinik empfohlen werden auf 75% (pers.Mitt. Dr. Dressing).

Ein ähnlicher Trend zwischen Berlin und Gütersloh zeigt sich, wenn man die Erstaufnahmen mit den Wiederaufnahmen vergleicht: Sowohl in Berlin (95%)²⁴ als auch in Gütersloh (27%) wurden Erstaufnahmen in der Klinik häufiger teilstationär nachbetreut als Wiederaufnahmen. Bei den Wiederaufnahmen waren es in Berlin 85% und in Gütersloh 10%.

In Bezug auf die Tagesklinikempfehlungen fällt außerdem auf, daß einerseits die Compliance der Patienten beim Antritt der Behandlung im Vergleich zur Literatur recht hoch war. Bei der Frage nach der optimalen Stelle für die Weiterbehandlung ("falls diese von der tatsächlichen gewählten abweicht und nicht verfügbar ist"; siehe Fragebogen) wurde 26 Mal die Tagesklinik genannt. Warum es nicht zu dieser Empfehlung kommen konnte, ging nur aus vier Fragebögen hervor, in denen vermerkt wurde, daß der Patient nicht in der Tagesklinik behandelt werden wollte. Hier wäre interessant zu klären, in welcher Form diese Empfehlungen vorbereitet wurden und wie die Gründe der anderen Absagen gegenüber der TK aussahen.

19 Empfehlungen wurden ausschließlich an den Hausarzt, 55 ausschließlich an den Nervenarzt ausgesprochen und 19 an beide zugleich. Zusammen ergaben sich damit 93 Empfehlungen an den Haus- und/oder Nervenarzt, was einem Viertel aller Empfehlungen entspricht. Diese Patienten können dort über eine psychiatrische medikamentöse Therapie hinaus in der Regel keine Unterstützung finden und die Kontakte dieser Ärzte zu den übrigen ambulanten und komplementären Betreuungseinrichtungen sind laut Expertenkommission (1988) eher schlecht. Schließt man aus den Empfehlungen auf die Bedürfnisse der Patienten, so ergibt sich, daß für Dreiviertel der Patienten Bedürfnisse festgestellt und Empfehlungen ausgesprochen wurden, die über eine rein medikamentöse Versorgung hinausgehen. Ein Vergleich mit anderen Untersuchungen ist schwer möglich, da Goering (1983) z.B. Prozentsätze für die einzelnen Bedürfnisse einschätzte, aber nicht für die über die medizinischen hinausgehenden zusammen.

55 Empfehlungen wurden aus der Auswertung herausgenommen, da gleichzeitig

²⁴ aus Berlin liegen für die Unterscheidung in Erst- und Wiederaufnahmen nur Gesamtzahlen für Tages- und Nachtambulanz vor; der Prozentsatz nur für die Tagesambulanz liegt also etwas niedriger

mehrere Empfehlungen ausgesprochen worden waren, die sich inhaltlich nicht zu vereinbaren schienen. Hier stellt sich die Frage, inwieweit die Empfehlungen an die verschiedenen Einrichtungen aufeinander abgestimmt worden waren und ob die Kontaktaufnahme und Koordination der verschiedenen Einrichtungen, die sich z.T. in ihren Betreuungsfunktionen überlappen, dem Patienten überlassen wurde. Bei genauerer Betrachtung der Empfehlungen, die außer der Tagesklinik auch noch andere Einrichtungen gleichzeitig empfahlen, stellte sich heraus, daß keiner dieser Patienten die Behandlung in der TK antrat.

In den Hypothesen wurden lediglich Unterschiede unter den verschiedenen Beurteilern in der Bewertung der **Kriterien** postuliert. Ein Zusammenhang zwischen den Kriterien und der Stellenempfehlung wurde nicht in die Hypothesen aufgenommen. Für den möglichen Einfluß der vorgegebenen Kriterien auf die Entscheidung der Beurteiler wurde deshalb auch keine statistische Zusammenhangsprüfung durchgeführt. Es handelte sich um subjektive Bewertungen, die *nach* der Entscheidung abgefragt wurden. Selbst wenn der Beurteiler einem Kriterium eine große Wichtigkeit für die Entscheidung einräumte, kann dadurch nicht ausgesagt werden, daß diese Bewertung wirklich handlungsleitend war. Die Bewertung der Kriterien soll hier im Zusammenhang mit dem Einfluß der demographischen und klinischen Daten auf die Empfehlung diskutiert werden.

Die größte Wichtigkeit unter den **patientenbezogenen Kriterien** gaben die Beurteiler der 'Art (z.B. Chronizität und Schwere) der Erkrankung'. Das steht in Übereinstimmung zu den weiter oben diskutierten Ergebnissen zur Aufenthaltsdauer und gesetzlichen Betreuung, die als Ausdruck der Chronizität der Erkrankung angesehen werden können und einen signifikanten Einfluß auf die Stellenempfehlung hatten. Die etwas niedrigere Bewertung der 'Diagnose' könnte als konform zum geringeren Einfluß der Diagnose auf die Stellenempfehlung interpretiert werden. Auch die Angaben zu den Indikationen der verschiedenen Einrichtungen (Expertenkommission, 1988; Ruben und Stout, 1993) scheinen die Symptomatik und die Chronizität des Patienten wichtiger einzuschätzen als die Diagnose. Wie weiter oben ebenfalls schon angedeutet, überrascht die hohe Bewertung des Wunsches des Patienten, da er nur in 5% der Fälle an der Entscheidung beteiligt war. Diese Abweichung könnte evtl. auf soziale Erwünschtheit zurückgeführt werden oder auch darauf, daß man sich

die Wünsche des Patienten zwar anhört, dann aber doch ohne ihn entschied. Erstaunlich bleibt dann aber, daß den Angehörigen und auch dem gesetzlichen Betreuer mehr Beteiligung an der Entscheidung eingeräumt wurde als dem Patienten, in der Bewertung der Kriterien wurde ihnen aber eine geringere Bedeutung als dem 'Wunsch des Patienten' zugemessen. Ihr Einfluß war dort eher als indifferent oder unbedeutend eingestuft worden.

In Anbetracht dessen, daß Häfner et al. (1986), Goering et al. (1983) und Ruben und Stout (1993) die Bedeutung und Ermittlung der Bedürfnisse und lebenspraktischen Fähigkeiten (Eikermann, 1998) des Patienten als wichtig für die Entscheidungsfindung zur Nachbehandlung betonten, überrascht es, daß den 'mangelnden Alltagskompetenzen' eine so indifferente bzw. unbedeutende Rolle zugesprochen wurde. Außer der Möglichkeit, daß diesem Kriterium tatsächlich keine große Bedeutung beigemessen wurde und einer möglichen Antworttendenz zur Mitte, könnte auch die Formulierung unklar gewesen sein. Die Antwort ist nicht eindeutig interpretierbar: Es könnte sein, daß dem Patienten wirklich Alltagskompetenzen mangelten, dies aber keine Rolle für die Entscheidung spielte; oder Alltagskompetenzen mangelten ihm nicht oder es war unklar, ob sie vorhanden waren und deshalb wurde mit "trifft eher nicht zu" oder "unentschieden" geantwortet. Für dieses Kriterium ergab sich auch eine noch größere Standardabweichung in den Antworten. Im Vergleich dazu wurde der 'Förderung der Eigenverantwortung des Patienten' schon eher ein Einfluß auf die Entscheidung zugesprochen.

Gegenüber den patientenbezogenen Kriterien wurde den **stellenbezogenen Kriterien** größere Wichtigkeit eingeräumt²⁵. Das 'Wissen über die Indikation der Stelle' erhielt den höchsten Wert²⁶, gefolgt von der Überzeugung über die Effektivität. Die Beurteiler zeigten sich gut informiert und überzeugt von ihrer Entscheidung, was durch den hohen Punktwert bei der Frage nach der Sicherheit der Entscheidung und durch die Beantwortung zu den Entscheidungshilfen untermauert wird. Obwohl die Untersuchung anonym gehalten war, kann bei der Beantwortung soziale Erwünschtheit nicht ganz ausgeschlossen werden, denn es zeigt sich sicher niemand gerne uninformatiert.

²⁵ dieser Unterschied wurde statistisch nicht auf Signifikanz überprüft

²⁶ gleiche Bewertung wie für 'Erfahrungen mit der Stelle'

Das vielleicht wichtigste und interessanteste Ergebnis dieser Untersuchung dürfte die Bewertung des Kontaktes und der Erfahrungen mit der weiterbehandelnden Stelle sein. Die Ergebnisse wurden separat ausgewertet für diejenigen, die Kontakt und Erfahrungen mit der nachbehandelnden Stelle hatten gegenüber denjenigen, die dies nicht hatten. Waren Erfahrungen mit der empfohlenen Stelle vorhanden, dann spielte dies nach Angaben der Beurteiler überhaupt die größte Rolle für die Entscheidung²⁷. War keine Erfahrung vorhanden, dann trat dieses Kriterium in seiner Bedeutung für die Entscheidung weit zurück und die Uneinigkeit darüber stieg an. Ähnlich liegen die Ergebnisse für den Kontakt mit der Stelle, die Uneinigkeit über die Bedeutung liegt allerdings wesentlich höher. Etwa Dreiviertel der Beurteiler hatten Erfahrungen oder Kontakt mit der nachbehandelnden Stelle und sie bewerteten diesen Umstand auch als sehr wichtig für ihre Entscheidung. Es kann keine Aussage darüber gemacht werden, ob sie die Stelle vorwiegend aus diesem Grund auswählten und ob sie mit anderen Stellen keine Erfahrungen hatten. Da immer nur zu der empfohlenen Stelle gefragt wurde, ist auch nicht klar, ob sie nur über diese eine Stelle so gut informiert waren, oder wie ihr Informationsstand über alle Versorgungsangebote der Region aussah. Dazu könnte eine detailliertere Analyse der Beurteiler, von denen Empfehlungen an alle Stellen vorlagen, schon etwas mehr aussagen.

Dieses Ergebnis stützt die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete und auch die der Expertenkommission, die eine bessere Kooperation und Zusammenarbeit unter den Versorgungseinrichtungen forderten und als Lösungsansatz für die fortdauernden Probleme in diesem Bereich die Errichtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes vorschlugen. Gerade in einer Region, in der die extramurale Versorgung gut entwickelt ist (wie in Gütersloh), scheint das die wichtigste Forderung für die Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung zu sein. Interessant ist, daß die Beurteiler aus ihrer alltäglichen Arbeit heraus, diesem Kriterium den Vorrang vor allen anderen gaben und dadurch mit den allgemeinen Empfehlungen und Bestrebungen der Planer übereinstimmten.

²⁷ gleiche Bewertung wie für 'Wissen über die Indikation für die entsprechende Stelle'

Die Forderungen der Sozialpsychiatrie schließen die Kontinuität der Behandlung mit ein. Es stellt sich die Frage, ob diese Kontinuität gefährdet ist, wenn kein Kontakt zur nachbehandelnden Stelle vorhanden ist. Ohne Kontakt zur nachbehandelnden Stelle fiel dieses Argument für die Empfehlung weg. Die nachbehandelnde Stelle wurde darüberhinaus eher selten in die Entscheidung miteinbezogen.

5.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE ZUR 2. HYPOTHESE

Die Beurteiler unterscheiden sich in der Bewertung der Wichtigkeit der einzelnen Kriterien für die Entscheidung der spezifischen weiterbehandelnden Stelle.

Die Ergebnisse bestätigen die in der Hypothese postulierten Unterschiede der Beurteiler bzgl. der Bewertung der drei Kriterienvariablen 'Selbständigkeit des Patienten', 'Interaktion mit der Stelle' und 'Stationsroutine'. Für 'Selbständigkeit des Patienten' und 'Stationsroutine' war die Varianz in den Bewertungen zusätzlich auf die Unterschiedlichkeit der Stellen zurückzuführen. Die Interaktion zwischen Beurteiler und Stelle wurde für keine der sechs Kriterienvariablen signifikant.

Es gab zwar Unterschiede in den Urteilen, die auch signifikant sind, aber diese Unterschiede sind im Sinne einer Interaktion nicht so groß, daß man daraus schließen dürfte, daß die Beurteiler über die Stellen hinweg in ihren Urteilen keinerlei Ähnlichkeiten aufwiesen. Aus den signifikanten Ergebnissen der vorliegenden Arbeit kann deshalb geschlossen werden:

- Es gibt subjektive Unterschiede der Beurteiler darin, worauf sie sich in ihrer Empfehlungsentscheidung berufen.
- Es gibt Übereinkünfte darin, welche Kriterien in welchem Ausmaß einen Einfluß auf die Entscheidung zur Empfehlung an die verschiedenen Stellen haben.

Im dritten Teil des Fragebogens wurden die Beurteiler zu ihrer subjektiven Einschätzung befragt, welche Überlegungen und Argumente bei ihrer Empfehlungsentscheidung handlungsleitend waren. Vierzehn der vorgegebenen Kriterien waren für einen ersten Überblick bei der Auswertung in Kriterienvariablen zusammengefaßt worden. Bei der Interpretation der Bewertungen der Kriterien muß berücksichtigt werden, daß keine Evidenz dafür vorliegt, daß diese Kriterien bestimmend für die Entscheidung waren. Es wurde nachträglich ein subjektives Konstrukt erfaßt. Es bleibt unklar, inwieweit die Beurteiler ihre Überweisungsstrategien reflektiert hatten und inwieweit sie ggf. durch die Befragung zu einer Reflexion angeregt wurden.

Aufgrund der Bewertungen von 10 ausgewählten Beurteilern wurde versucht, für alle 42 eine Aussage zu machen. Die statistische Grundlage zur Prüfung auf Unter-

schiedlichkeit und zur Übertragung der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation ist eine Varianzanalyse mit Random Faktor. Da es nicht darum ging, das Überweisungsverhalten eines bestimmten Beurteilers zu betrachten, wurde durch dieses statistische Vorgehen der persönliche Effekt eines einzelnen Beurteilers konstant gehalten bzw. "herauspartialisiert". Damit kann, vorbehaltlich der Einschränkungen zu Beginn der Diskussion, eine Aussage über das Überweisungsverhalten in dieser Klinik und unter diesen Rahmenbedingungen gemacht werden.

Wenn im folgenden Aussagen über die Höhe des Einflusses gemacht werden, muß dabei berücksichtigt werden, daß die Unterschiede des Einflusses und die Reihenfolge der Wichtigkeit der Argumente keiner statistischen Prüfung unterzogen wurden. Die Aussagen werden allein aufgrund der Mittelwerte pro Stellenkategorie und pro Kriterium gemacht.

Das Ergebnis zeigt, daß es keine signifikante **Interaktion** zwischen Beurteiler und der Stelle gab. Das heißt, daß die Beurteiler keine subjektiv gefärbten, je nach Stelle ausgeprägt persönlichen Einstellungen bzgl. der Bewertung der Kriterien hatten. Das läßt auf gewisse Übereinkünfte über die Unterschiedlichkeit der Stellen und die Bewertung der Kriterien für ihre Empfehlung schließen. Bzgl. dreier Kriterienvariablen unterscheiden sich die Beurteiler signifikant in der Bewertung der Wichtigkeit. Es gibt also einen persönlichen Einfluß, der im Sinne einer Interaktion aber nicht gleichzeitig von der Stelle abhängig ist.

Für drei Kriterienvariablen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilern in den Bewertungen. Die Einigkeit unter den Beurteilern ist für die 'Erkrankung', für die 'Wünsche der Betroffenen' und für die 'Eignung der Stelle' hoch. Die Variable '**Erkrankung**', setzt sich aus den Kriterien 'Diagnose' und 'Art (z.B. Chronizität und Schwere) der Erkrankung' zusammen. Wie schon unter der ersten Hypothese diskutiert, scheint die Chronizität und Schwere der Erkrankung sowohl in der Literatur als auch in dieser Untersuchung eine wichtige Rolle für die Empfehlung zur Weiterbehandlung zu haben, worüber unter den Beurteilern weitgehend Einigkeit bestand. Die Empfehlungen in die Tagesklinik werden in ganz starkem Maße auf die Überlegungen zur Art der Erkrankung zurückgeführt. Daß für die Empfehlung in 'ambulante und teilstationäre Betreuung' die Erkrankung eine etwas geringere Rolle spielt, scheint plausibel, da es sich hier um die am wenigsten intensive Form der

Nachsorge handeln dürfte.

Die Beurteiler unterschieden sich ebenfalls nicht signifikant in den Urteilen über den Einfluß der '**Wünsche der Betroffenen**' auf die Entscheidung. Diese Variable setzt sich zusammen aus dem 'Wunsch des Patienten', dem 'Wunsch bzw. Entlastung der Familie' und der 'Zielsetzung des gesetzlichen Betreuers'. Die Urteile deckten sich darin, daß die Betroffenen einen undefinierten Einfluß auf die Entscheidung hatten.

Ähnlich waren sich die Urteile auch bei der Bewertung der '**Eignung der Stelle**', die aus den Einzelkriterien 'meine Überzeugung über die Effektivität/Qualität der Stelle' und 'Wissen über die Indikation für die entsprechende Stelle' besteht. Übereinstimmend wurde diesen beiden Aspekten der größte Einfluß auf die Entscheidungen zugestanden²⁸, die höchsten Werte unter den einzelnen Stellenkategorien gab es für die tagesklinische Behandlung²⁹. Von der Eignung der Tagesklinik schienen die Beurteiler bei diesen Empfehlungen also sehr überzeugt gewesen zu sein. Wie weiter oben bereits diskutiert, könnte sich auf die Einigkeit der Beurteiler soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung der Fragen ausgewirkt haben.

Signifikante Unterschiede gab es unter den Beurteilern bei der Bewertung der '**Selbständigkeit des Patienten**'. Dies umfaßt die einzelnen Kriterien 'mangelnde Alltagskompetenzen des Patienten' und 'Förderung der Eigenverantwortung des Patienten'. In der Beurteilung der Wichtigkeit dieser Faktoren bestand keine Übereinstimmung. Bei diesen beiden Kriterien geht es im weitesten Sinne um Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten, die bei der Entlassungsplanung berücksichtigt werden sollten (Ruben & Stout, 1993). Abgesehen von den Problemen, die durch die Formulierung bzgl. der Alltagskompetenz entstanden sein könnten, wie weiter oben bereits diskutiert, läßt dieses Ergebnis vermuten, daß die Bestimmung der Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten und ihr Einfluß auf die Weiterempfehlung kein Aspekt der Überweisungsplanung war, für den es Übereinkünfte bzw. Übereinstimmung gab. Der Einfluß der Stelle auf die Variabilität der Urteile und auch die Interaktion zwischen Beurteiler und Stelle verpaßten nur knapp die Signifikanz, so daß die Urteile auch in Bezug auf die einzelnen Stellen keine große Übereinstimmung

²⁸ siehe Mittelwert der Tabelle 27

²⁹ Daß die Urteile für teilstationäre Behandlung einheitlicher sind, könnte sich auch daraus erklären, daß in dieser Kategorie keine verschiedenen Stellen zusammengefaßt wurden. Bei teilstationärer Behandlung handelt es sich fast ausschließlich um alleinige Empfehlungen in die Tagesklinik.

zeigten. Für die Empfehlung in vollstationäre Betreuung wurde diesem Kriterium im Durchschnitt eine Bedeutung gegeben. In Bezug auf die anderen Stellen blieb das Urteil eher indifferent. Das ist insofern erstaunlich, als auch bei den Indikationen der anderen Stellen die Förderung der Selbständigkeit des Patienten genannt wurde. Die Beurteiler schienen dieses Kriterium nur dann als einflußreich zu bewerten, wenn es um die intensivste Nachbetreuung geht, deren Empfehlung vermutlich schon eine starke Einschränkung der Fähigkeiten des Patienten voraussetzte. Dabei waren sie sich aber besonders uneinig.

Die Unterscheidung derjenigen, die Erfahrungen und Kontakt mit der weiterbehandelnden Stelle hatten von denjenigen, die dies nicht hatten, könnte dafür verantwortlich sein, daß es bei der Bewertung der '**Interaktion mit der Stelle**' hoch signifikante Unterschiede zwischen den Beurteilern gab. Allein daraus läßt sich aber vermutlich die starke Variabilität der Urteile nicht erklären, da es auch schon unter der Gesamtpopulation der 42 Beurteiler, die Kontakte mit der nachbehandelnden Stelle hatten, sehr große Uneinigkeit in der Einschätzung der Bedeutung dieses Kriteriums gab. Diejenigen Beurteiler, die zwar Kontakt hatten, ihn aber nicht als bedeutsam einschätzten, scheinen mit den Bestrebungen der Sozialpsychiatrie, die den Kontakt und die Kooperation zwischen den verschiedenen Einrichtungen zum Wohle des Patienten fordern, nicht konform zu gehen.

Die allergrößte Uneinigkeit unter den Beurteilern besteht bzgl. der Rolle der '**Stationsroutine**'. Betrachtet man die Mittelwerte der Einzelkriterien 'Gepflogenheiten der Station' und 'Vorgaben des Vorgesetzten', so wurde diesen Aspekten keine Bedeutung für die Entscheidung eingeräumt. Allerdings schwankten die Urteile stark. Bei genauerer Betrachtung stellte sich heraus, daß ca. 12% der Beurteiler jedem der beiden Kriterien eine Bedeutung für die Entscheidung beimaßen³⁰ und daß 75% der Beurteiler beiden Kriterien mit der Bewertung "trifft nicht zu" eine klare Absage erteilten. Zusätzlich wurde die Varianz der Bewertungen auch durch die Variabilität der Stellen beeinflusst. Die Urteile unterschieden sich auch stark über die Stellen hinweg.

Eine andere Erklärungsmöglichkeit wäre aber auch hier die Formulierung. Bedeutet eine abschlägige Bewertung, daß es keine 'Stationsroutine' und keine 'Vorgaben

³⁰ durch die Beurteilungen "trifft sehr zu" und trifft etwas zu"

des Vorgesetzten' gab, oder gab es sie, und sie spielten keine Rolle? Das läßt sich bei einer unentschiedenen bis ablehnenden Haltung nicht klären. Einige wenige Beurteiler sind der Meinung, daß es solche Routinen gibt und sie auch einen Einfluß haben, zumindest bei manchen Stellen.

5.3 AUSBLICK

Aufgrund des großen Datenumfangs konnte diese Arbeit neben einem Überblick über die Ergebnisse nur wenige etwas detailliertere Analysen leisten. Gerade der Zusammenhang zwischen der Empfehlung in vollstationäre Betreuung und großer Entfernung des Patientenwohnorts von der Klinik bedürfte einer genaueren Analyse. Unklar bleibt, um welche Patienten es sich dabei handelte, welche Diagnosen sie hatten, ob und wenn ja wie oft und in welcher Form sie schon vorher psychiatrisch behandelt wurden, wo diese Patienten genau wohnten, und wie die Versorgungsstruktur in dieser Region genau aussieht.

Die Zusammenfassungen in Stellenkategorien läßt keine genauere Betrachtung der Empfehlungen an einzelne Stellen zu, was vielleicht noch mehr Aufschluß über einzelne Zusammenhänge geben könnte. Auch wäre eine Betrachtung nach der Behandlungs- oder Betreuungsintensität der einzelnen Empfehlungen sicher interessant. Dadurch könnten spezifischere Aussagen darüber gemacht werden, wer wohin empfohlen wurde.

Interessant wäre auch, die Merkmale bestimmter Patienten genauer zu betrachten, z.B. derjenigen, die bereits am selben oder nächsten Tag nach Aufnahme die Klinik schon wieder verließen oder die eine besonders lange Aufenthaltsdauer auf der Station hatten.

Auch die Zusammenfassung der Kriterien in Variablen kann nur ein grobes Bild über den Einfluß auf die Entscheidungen geben. Darüberhinaus wurde keine statistische Prüfung vorgenommen, ob sich die Kriterien in ihrer Wichtigkeit signifikant unterscheiden.

Diese Untersuchung könnte dazu anregen, sich den Prozeß der Entlassung genauer

anzuschauen und zu überprüfen inwieweit die Empfehlungen von Ruben und Stout (1993) und Goering et al. (1983) sinnvoll und übertragbar sind. Unklar ist, in welcher Form die Empfehlungen gegeben wurden, ob von der Klinik aus ein Kontakt mit der empfohlenen Stelle hergestellt wurde, ob Termine vereinbart wurden und wenn ja in welcher Form (telefonisch, Besuch). Deutlich wurde durch diese Anregungen dieser Autoren und durch die Ergebnisse der Untersuchungen, daß die entlassenden Therapeuten auf den Stationen eine wichtige Funktion haben und ihre Entscheidung für die Weiterbehandlung wesentlichen Einfluß auf den weiteren Krankheits- oder Gesundheitsprozeß der Patienten haben kann.

Wie die Zusammenarbeit und Kooperation der Klinik mit den verschiedenen extramuralen Diensten aussieht, wurde in dieser Arbeit nicht untersucht. Die Arbeit belegt aber, daß der Kontakt mit diesen Diensten für einen Teil der entlassenden Therapeuten ein sehr wichtiges Argument bei der Planung und Empfehlung zur Nachbehandlung war.

Es bleibt unklar, mit wievielen und welchen Einrichtungen Kontakt besteht und wie eng die einzelnen Institutionen zusammenarbeiten.

Ein guter Kontakt und gute Zusammenarbeit ermöglichen Rückmeldungen an das Stationspersonal über erfolgreiche Weitervermittlungen und den weiteren Werdegang des Patienten, was zu deren Motivation und ggf. notwendigen Korrektur des Entlassungsverhaltens beitragen kann.

Ziel kann nicht sein, eine Versorgungstechnokratie zu entwickeln, die für jede Krankheitsgruppe genau das richtige Nachsorgekonzept parat hat, sondern die Entscheidungen bei der Planung und Durchführung der Entlassung bewußter zu machen und (falls nicht oder zu wenig vorhanden) Information über das weitverzweigte und vielfältige Angebot der Weiterbehandlung und Nachsorge und über einen erfolgreichen Überweisungsprozeß in die Ausbildung des Personals aufzunehmen.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieser Untersuchung war es, die in der Literatur genannten Einflüsse demographischer und klinischer Daten des Patienten auf die Stellenempfehlung zur Nachbehandlung nach vollstationärem Aufenthalt zu überprüfen. Einfluß auf die Art der Nachbehandlung hatten vor allem das Alter und die Entfernung des Wohnortes des Patienten vom Krankenhaus, in geringerem Maße aber auch die Schulbildung und der Familienstand. Unter den klinischen Daten beeinflussten besonders die Aufenthaltsdauer des derzeitigen vollstationären Aufenthaltes, die gesetzliche Betreuung und die Diagnose, aber auch die Anzahl der Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern insgesamt. Ein persönlicher Einfluß des Beurteilers auf die Empfehlung konnte ausgeschlossen werden.

Dieses Ergebnis ist insofern erstaunlich, als in einer so gut versorgten Region wie Gütersloh, Herford und Lippe, trotzdem ein Einfluß der Entfernung auf die Weiterempfehlung zu beobachten war. Da diese Arbeit die umfangreichen Daten nur überblicksmäßig auswerten konnte, bleibt eine genauere Betrachtung detaillierteren Auswertungen vorbehalten, und es kann nur vermutet werden, daß die Nähe eines Großkrankenhauses Einfluß auf die Akzeptanz psychiatrischer Erkrankungen und damit auch auf die Inanspruchnahme von Unterstützung bei Erkrankung hat.

Ohne bleibt nach Meinung von Ruben und Stout (1993) die Auswahl der Nachbehandlung eine subjektive Entscheidung des entlassenden Arztes. Durch die Standardisierung des Vorgehens würde der Auswahlprozeß objektiver.

Die signifikanten Zusammenhänge des Alters, des Familienstandes, der Entfernung, der Diagnose, der Aufenthaltsdauer, der Anzahl der Aufenthalte und der gesetzlichen Betreuung mit den Stellenempfehlungen zeigen, daß diese Variablen die Empfehlung beeinflussten. Aus diesen Ergebnissen kann also geschlossen werden, daß es Standards für die Empfehlungen gibt. Inwieweit sie mit den Ergebnissen empirischer Befunde übereinstimmen, hat die Diskussion gezeigt.

In bisher veröffentlichten Studien war zwar untersucht worden, in welchem Umfang wichtige Bedürfnisse des Patienten (Häfner et al., 1986) diagnostiziert worden waren, und ob sie zu Weiterempfehlungen führten (Goering et al., 1983). Es war auch

betrachtet worden, welche Vorgehensweise bei der Weiterempfehlung eine möglichst hohe Compliance des Patienten beim Antritt der Nachbehandlung bewirken könnte (Wolkon & Peterson, 1980). Über die Kriterien für die Entscheidungsfindung der entlassenden Therapeuten liegen aber eher vage Vermutungen oder Andeutungen vor, wie z.B. persönliche Stile (Ruben & Stout, 1993), die in dieser Arbeit nicht weiter aufgeführt und diskutiert wurden.

Eine weitere Absicht dieser Untersuchung war deshalb, Hypothesen über mögliche Einflüsse auf den Entscheidungsprozeß zu generieren und anhand einiger vorgegebener Einflußfaktoren zu überprüfen, ob die entlassenden Therapeuten in der Bewertung des Einflusses übereinstimmten oder ob es persönliche Stile bei der Entscheidungsfindung gab. Weitgehende Einigkeit zeigte sich hinsichtlich des Einflusses der Erkrankung, der Wünsche des Patienten, der Angehörigen und des gesetzlichen Betreuers, und der Eignung der Stelle auf die Entscheidung. Am wichtigsten wurde die Eignung der Stelle und die Erkrankung eingeschätzt, die Frage nach dem Einfluß der Wünsche der Betroffenen auf die Entscheidung wurde insgesamt indifferent beantwortet.

Große Unterschiede bestanden darin, inwieweit vorhandener Kontakt und Erfahrungen mit der weiterbehandelnden Stelle, Vorgaben und Routinen auf der Station oder Fähigkeiten des Patienten bei Entlassung, wie Alltagskompetenzen oder Eigenverantwortung, die Art der Weiterbehandlung mitbestimmten. Ein Einfluß der Fähigkeiten des Patienten wurde bei aller Uneinigkeit am ehesten auf die Empfehlung in vollstationäre Betreuung gesehen, für die anderen Stellen blieb er indifferent. Nur wenige Therapeuten gaben einen Einfluß der Stationsroutinen auf die Entscheidung an, meistens wurde hier abschlägig geantwortet. Etwa Dreiviertel gaben an, Kontakte oder Erfahrungen mit der nachbehandelnden Stelle zu haben. Obwohl diesen Kriterien neben zwei weiteren der größte Einfluß überhaupt zugeschrieben wurde, waren sich die Therapeuten über das Ausmaß des Einflusses sehr uneinig. Für diejenigen, die keine Kontakte und Erfahrungen hatten, konnte dieser Umstand keine Rolle für die Empfehlung spielen, da nur betrachtet wurde, was sich positiv auf die Entscheidung auswirkte. Es konnten somit auch keine Aussagen darüber gemacht werden, warum andere Möglichkeiten der Weiterbehandlung als die gewählte nicht in Betracht kamen.

Ein Teil der entlassenden Therapeuten scheint durch die hohe Bewertung des Kontaktes mit der nachbehandelnden Stelle die Forderung der Sozialpsychiatrie nach enger Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungseinrichtungen und die Bestrebungen der Umsetzung durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu unterstützen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Bauer, M., Psychiatrie. Spezielle Behandlungs- und Versorgungstechniken, Thieme, Stuttgart, 1973

Bennett, D.H., The day hospital. In: Petrilowitsch, N., Flegel, H. (Hrsg.), Social Psychiatry, 1969, 9, 4-18

Bierer, J., The day hospital. An experiment in social psychiatry and syntho-analytic psychotherapy. London: Lewis, 1951

Bolm, W., Bosch, G., Lehmkuhl, D., Zur Reduktion vollstationärer Behandlung durch ein System teilstationärer, ambulanter und komplementärer Dienste. Psychiatrische Praxis, 1989, 16, 199-206

Bosch, G., Hauptsächliche Durchgangswege einer psychiatrischen Stufenrehabilitation. In: Bauer, M., Psychiatrie. Spezielle Behandlungs- und Versorgungstechniken, Thieme, Stuttgart, 1973

Bosch, G., Steinhart, I., Entwicklung und gegenwärtiger Stand der tagesklinischen Behandlung in der BRD. In: Bosch, G., Veltin, A. (Hrsg.): Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung, Köln, 1983

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung in psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn, 1988

Conwell, M., The first national survey of psychiatric day - night services. In: Epps, R.L. & Hnes, L.D.: Day care of psychiatric patients. Springfield, Illinois: Thomas, 1964, 106-115

Cooper, B., Dilling, H., Kanowski, S., Remschmidt, H., Die wissenschaftliche Evaluation psychiatrischer Versorgungssysteme: Prinzipien und Forschungsstrategien. Nervenarzt, 1985, 56, 7, 348-358

Cooper, B., Morgan, H.G., Epidmiologische Psychiatrie. Fortschritte der Sozialpsychiatrie 3. Urban & Schwarzenberg, München, 1977

Creed, F., Black, D., Anthony, P., Osborn, M., Thomas, P., Tomenson, B., Randomised controlled trial of day patient versus in-patient psychiatric treatment. British Medical Journal, 1990, 300, 1033-1037

Deutscher Bundestag, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Enquete) und Anhang hierzu. Drucksachen 7/4201, Bonn 1975

Dick, P., Ince, A., Barlow, M., Day Treatment: Suitability and Referral Procedure. British Journal of Psychiatry, 1985, 147, 250-253

Dick, P., Cameron, L., Cohen, D., Barlow, M., Ince, A., Day and full time psychiatric

- treatment: A controlled comparison. *British Journal of Psychiatry*, 1985, 147, 246-250
- Dörner, K., *Diagnosen der Psychiatrie*. Campus, Frankfurt 1975
- Dörner, K., Plog, U., (Hrsg.) *Sozialpsychiatrie. Psychisches Leiden zwischen Integration und Emanzipation*. Luchterhand, 1972
- Eikermann, B., *Gemeindenaher Psychiatrie. Tagesklinik und komplementäre Einrichtungen*. Urban & Schwarzenberg, 1991
- Eikermann, B., Reker, T., *Die psychiatrische Tagesklinik - Übersicht bisheriger Erfahrungen und eigener Ergebnisse*. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 1993, 61, 71-76
- Eikermann, B., *Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart, Enke, 1998
- Engelke, W., *Gegenwärtiger Stand der tagesklinischen Versorgung*. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 1984, 1, 5-11
- Expertenkommission, 1988 (siehe: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit)
- Falloon, I.R.H., *Family management of schizophrenia*. London, The Johns Hopkins Press, 1985
- Ficker, F., Barth, M., *Einweisung in eine psychiatrische Tagesklinik - Abgrenzung der Indikation*. *Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie*, 1981, 33, 9, 558-564
- Finzen, A., Schädle-Deininger, H., *Unter menschenunwürdigen Umständen. Die Psychiatrie-Enquete*. Psychiatrie Verlag, 1979
- Goering, P., Wasylenki, D.A., Lancee, W.L., Fischer, L., Freeman, S., *Successful aftercare referrals: Patient motivation or staff motivation?* *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 1983, 5, 249-252
- Häberlin, B., Ernst, C., Ernst, K., *Wie erreicht man Compliance? - Zur Nachbehandlung Psychischkranker nach dem Klinikaustritt*. *Nervenarzt*, 1992, 63, 442-443
- Häfner, H., an der Heiden, W., *The impact of a changing system of care on patterns of utilization by schizophrenics*. *Social Psychiatry*, 1983, 18, 153-160
- Häfner, H., an der Heiden, W., Buchholz, W., Bardens, R., Klug, J., Krumm, B., *Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener*. *Nervenarzt*, 1986, 57, 214-226
- Häfner, H., an der Heiden, W., *Psychiatrische Versorgungsforschung - ein Beitrag zur Evaluation extramuraler Versorgung bei Schizophrenen*. *Nervenheilkunde*, 1987, 6, 1-6
- Hoge, M.A., Davidson, L., Hill, W.L., Turner, V.E., Ameli, R., *The promise of partial*

- hospitalization: A reassessment. *Hospital and community psychiatry*, 1992, 43, (4), 345-354
- Hülsmeier, H., Erfahrungen mit Wohngemeinschaften für psychisch Kranke. *Psychiatrische Praxis*, 1986, 13, 144-152
- Jakubaschk, J., Böker, W., Pauchard, J.-P., Fehlplatzierung - ein Problem der psychiatrischen Versorgung. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 1980, 127, 129-144
- Kluiter, H., Giel, R., Nienhuis, F., Rüphan, M., Wiersma, D., Predicting Feasibility of Day Treatment for Unselected Patients Referred for Inpatient Psychiatric Treatment: Results of a Randomized Trial. *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149, 9, 1199-1205
- Kreckel, M., Die bestmögliche Behandlung für jeden Patienten. Tageskliniken im Spektrum der psychiatrischen Behandlungskette. *Psycho*, 1991, 17, 454-459
- Kulenkampff, C., Hoffmann, U., (Hrsg.), *Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission. Tagungsbericht*, Rheinland-Verlag GmbH, Köln, 1990
- Linden, E.B., Bosch, G., Patientenströme in einem sozialpsychiatrischen Behandlungsmodell, *Psychiatrische Praxis*, 1986, 13, 159-165
- McCranie, E.W., Mizell, T.A., Aftercare for psychiatric patients: Does it prevent re-hospitalization? *Hospital and community psychiatry*, 1978, 29, 584-587
- Marcus, S.C., Fortney, J.C., Okfson, M., Ryan, N., Travel distance to outpatient treatment for depression. *Psychiatric Services*, 1997, 48, 8, 1005
- Mann, F., *Psychiatrie ohne Mauern. Zu einer neuen psychosozialen Praxis*. Campus Verlag, Frankfurt, 1979
- Martinez Azumendi, O., Beitia, M., Ballesteros, J., Ingreso psiquiátrico. Análisis del tiempo de hospitalización y flujos entre CSM y hospital. *Psiquis*, 1992, 13, 57-62
- May, P., Simpson, G., Schizophrenie: Beurteilung des Behandlungserfolges. In: Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Peters, U.H. (Hrsg.), *Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. I: Schizophrenie, affektive Erkrankungen, Verlust und Trauer*. Stuttgart, Thieme, 1984
- Meier, R., The collaborative model in transitioning patients from the hospital to day treatment. *International Journal of Partial Hospitalization*, 1982, 1, 3, 279-285
- Meise, U., Kemmler, G., Kurz, M., Psychiatrische Versorgung - Aspekte der Raum- und Regionalplanung. In: Meise, U., Hafner, F., Hinterhuber, H. (Hrsg.) *Gemeindepsychiatrie in Österreich*, Wien, Verlag Integrative Psychiatrie, 1998
- Nagl, W., *Statistische Datenanalyse mit SAS*. Campus, 1992
- Nienhuis, F.J., Giel, R. Kluiter, H., Rüphan, M., Wiersma, D., Efficacy of psychiatric

day treatment. Course and outcome of psychiatric disorders in a randomised trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1994, 244, 73-80

Rebell, C., *Sozialpsychiatrie in der Industriegesellschaft*. Campus, Frankfurt/New York, 1976

Reker T.H., Eikermann, B., Hagenbrock, M., Inhester, M.L., Soggeberg, C., Spangenberg, J., Wethkamp, B., *Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranke und Behinderte*. Abschlußbericht Bonn: Nomos, 1996

Rössler W., Häfner, H., *Psychiatrische Versorgungsplanung*. *Neuropsychiatrie*, 1985, 1, 8-17

Rössler, W., Salize, H.J. (Hrsg.), *Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker - Daten, Fakten, Analysen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77, Baden-Baden, Nomos, 1996

Ruben, D.H., Stout, C.E. (Hrsg.), *Transitions. Handbook of managed care for inpatient to outpatient treatment*. Westport, Praeger Publishers, 1993

Schene, A.H., Gersons, B.P., *Effectiveness and application of partial hospitalization*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1986, 74, 335-340

Schene, A.H., van Wijngaarden, B., Poelijoe, N.W., Gersons, B.P.R., *The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 87, 427-436

Schmitt, W., *Sozialpsychiatrische Konzepte in älterer und neuer Zeit*. In: *Sozialpsychiatrie vor der Enquete*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997

Sheldon, A., *An evaluation of psychiatric after-care*. *British Journal of Psychiatry*, 1964, 110, 662

Simpson, C.J., Hyde, C.E., Faragher, E.B., *The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life*. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 143, 77-82

Sledge, W.H., Tebes, J., Rakfeldt, J., Davidson, L., Lyons, L., Druss, B., *Day hospital/Crisis Respite care versus inpatient care, Part I: Clinical Outcomes*. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153, 8, 1065-1073

Statistisches Bundesamt, *Fachserie 12, Reihe 6.1.*, 1997

Steinhart, I., *Kontinuität in psychiatrischen Versorgungsstrukturen: Ergebnisse aus der Modellinstitution*. In: Bergold, J.B., Filsinger, D. (Hrsg.), *Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie*. Weinheim und München, Edition Soziale Arbeit, Juventa Verlag, 1993

Steinhart, I., Bosch, G., *Verlaufsmodalitäten institutioneller Protektion - "Patientenkarrerien" in einem gegliederten gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem*. *Psychiatrische Praxis*, 1992, 19, 194 - 200

Stout, C.E., When are patients ready für transition? Ethical, legal and economic considerations. In: Ruben, D.H., Stout, C.E. (Hrsg.), Transitions. Handbook of managed care for inpatient to outpatient treatment. Westport, Praeger Publishers, 1993

Tessler, R., Mason, J.H., Continuity of care in the delivery of mental health services. American Journal of Psychiatry, 1979, 136, 1297-1301

Wasylenki, D.A., Goering, P., Lancee, W., Fischer, L., Freeman, S., Psychiatric aftercare: Identified needs versus referral patterns. American Journal of Psychiatry, 1981, 138, 1228-1231

Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F.J., Rüphan, M., Giel, R., Costs and Benefits of Hospital and Day Treatment with Community Care of Affective and Schizophrenic Disorders. British Journal of Psychiatry, 1995, 166, 52-59

Wolkon, G.H., Peterson, C.L., Characteristics of clients, staff interventions, and the continuum of care. Journal of Community Psychology, 1980, 8, 256-260

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), Liste ICD-9: Gesamtbestand, Köln, 1994

8 ANHANG

8.1 VERZEICHNIS DER TABELLEN NACH KAPITELN

Tabelle 3-1: Stichprobenzusammensetzung für die jeweils durchgeführten statistischen Verfahren	59
Tabelle 4-1: Rücklauf der Fragebögen	60
Tabelle 4-2: Geschlecht, Familienstand und Schulabschluß	62
Tabelle 4-3: Alter und Entfernung der Klinik vom Wohnort des Patienten	62
Tabelle 4-4: Kategorisierung der Diagnosen	63
Tabelle 4-5: Prozentuale Verteilung der Diagnosekategorien	63
Tabelle 4-6: Verteilung der Einzeldiagnosen und Zuordnung zu Kategorien	63
Tabelle 4-7: Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken insgesamt	66
Tabelle 4-8: Aufenthaltsdauer und Abstand zur letzten Entlassung	66
Tabelle 4-9: Abstand zur letzten Entlassung	67
Tabelle 4-10: Häufigkeiten der ausgefüllten Fragebögen relativ zu den ausfüllenden Beurteilern	68
Tabelle 4-11: Überblick über die empfohlenen Stellen	71
Tabelle 4-12: Wichtigkeit der Kriterien für die Stellenempfehlung	74
Tabelle 4-13: Einzelnennungen der Beteiligung an der Entscheidung	76
Tabelle 4-14: Beteiligung an der Entscheidung zur Weiterempfehlung insgesamt	77
Tabelle 4-15: Entscheidungsfindung in Tagen vor der Entlassung	77
Tabelle 4-16: Variable "Empfehlungskategorie": Demographische Daten	79
Tabelle 4-17: Kreuztabelle für Familienstand und Empfehlungskategorie	80
Tabelle 4-18: Kreuztabelle für Schulabschluß und Empfehlungskategorie	81
Tabelle 4-19: Kreuztabelle für Diagnosegruppe und Empfehlungskategorie	82
Tabelle 4-20: Variable "Empfehlungskategorie": Aufenthaltsdauer, letzte Entlassung und gesetzliche Betreuung	83
Tabelle 4-21: Kreuztabelle für Anzahl der Aufenthalte und Empfehlungskategorie	84
Tabelle 4-22: Variable "Empfehlungskategorie": Beteiligung der Einrichtung an der Entscheidung	86
Tabelle 4-23: Variable "Empfehlungskategorie": Wie viele Tage vor Entlassung stand die weiterbehandelnde Stelle fest	86
Tabelle 4-24: Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse	89
Tabelle 4-25: Verteilung der Empfehlungen über die Stationen	90
Tabelle 4-26: Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse mit Beurteilern	91
Tabelle 4-27: Interaktionen und Haupteffekte zwischen Beurteiler und empfohlener Stelle in ihrer Bedeutung für die Kriterien	93
Tabelle 4-28: Wichtigkeit der einzelnen Kriterienvariablen für die Stellenempfehlung	95
Tabelle 4-29: Compliance der Tagesklinikempfehlungen	100
Tabelle 8-1: Berufsausbildung und zuletzt ausgeübter Beruf	IV
Tabelle 8-2: Verschlüsselung der Stellenempfehlungen	IX
Tabelle 8-3: Angaben dazu, welche Weiterbehandlung im Falle dieses Patienten optimal gewesen wäre, mit gleichzeitiger Angabe von Bemerkungen	IX

8.2 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

a. + t. Betr.	Ambulante und teilstationäre Betreuung
ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme
Amb.	Ambulanz
amb.	ambulant
and.	andere
AT	Arbeitstherapie
AvD	Arzt vom Dienst
Azubi	Auszubildender
Betr.	Betreuung
Betr. eig. Wohnung	Betreuung in eigener Wohnung
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DD	Doppeldiagnose
disziplinar.	disziplinarisch
eig.	eigener
Empf.	Empfehlung
Empf.kat.	Empfehlungskategorie
Entl.	Entlassung
evtl.	eventuell
EU	Erwerbsunfähigkeitsrente
f.	für
Gehör.l.abt.	Gehörlosenabteilung
HARzt	Hausarzt
JVA	Jugendvollzugsanstalt
Kin.- u. Jugend-Psychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Langzeitth.	Langzeittherapie
lt.	laut
NARzt	Nervenarzt
n.n.b.	nicht näher bezeichnet
Nr.	Nummer
o.g.	oben genannte
Pat.	Patient
PDL	Pflegedienstleitung
psych.	psychiatrisch
psychiatr.	psychiatrisch
psychosom.	Psychosomatisch
psychoth.	psychotherapeutisch
Reha	Rehabilitation
RPK	Rehabilitation psychisch Kranker
SPD	Sozialpsychiatrischer Dienst
teilst.	teilstationär
therap.	therapeutisch
TK	Tagesklinik
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
Verleg.	Verlegung
vollst.	vollstationär

Vorst.gespr.
werd.
WfB
Wohngr.
WGr.
WG
WKPPN

z.B.
z.T.

Vorstellungsgespräch
werdende
Werkstatt für Behinderte
Wohngruppe
Wohngruppe
Wohnung
Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psycho-
therapie, Psychosomatik und Neurologie,
Gütersloh
zum Beispiel
zum Teil

8.3 ANHANG 1: TABELLE ÜBER BERUF UND BERUFSAUSBILDUNG

Tabelle 8-1: Berufsausbildung und zuletzt ausgeübter Beruf

Anzahl	Berufsausbildung	zuletzt ausgeübter Beruf
3	keine	arbeitslos
6	keine	
4		Hausfrau
4	keine	Hausfrau
3		Rentner
2		Rentnerin
27		Verkäufer
6	keine	keiner
3	keine	Arbeiter
	keine	berentet
6		arbeitslos
	keine	Aushilfstätigkeiten
		keiner
3	keine	Hilfsarbeiter
2	keine	Verkäufer
		Arbeiterin
		ohne
	Arbeiter	arbeitslos
	keine	ungelernter Arbeiter
	Tierpfleger	EDV-Gehilfe
	kaufmännische Angestellte	kaufmännische Angestellte
		arbeitslos, Asylbewerber
		Praktikum Röntgenabteilung
	Kinderkrankenschwester	Kinderkrankenschwester
	Kraftfahrer	Kraftfahrer
	Schlosser	Verpacker
	Auszubildender	Auszubildender
	Friseurin	Hausfrau
	Erzieher	Erzieher
	Maschinenschlosser	Maschinenschlosser
	Industriemechanikerin	Industriemechanikerin
		Heilerziehungshelferin
		Brenner in Ziegelei
		Berufsschulbegleiter
		Gemüsebauer, Rentner
	Laborarbeiterin	Putzfrau
	Kauffrau	Kauffrau
	kaufmännische Angestellte	Verkäuferin
	Beamtin	Beamtin/Telekom
	Autoschlosser	arbeitslos
	Kosmetikerin	
		Hausarbeiterin
		Packerin
	Diakon	Diakon
	Kfz-Mechaniker	Kfz-Mechaniker
		keinen, Asylbewerber
	Lackierer	Lackierer
		Metallarbeiter
	Landschaftsgärtner	Landschaftsgärtner
	keine	Hilfsarbeiter
		in der Küche
	Weber	Schlosser
	Molkereifachfrau	Molkereifachfrau
	Erzieherin	Raumpflegerin
	Tischler	

Anzahl	Berufsausbildung	zuletzt ausgeübter Beruf
	Industriekaufmann	Handelsvertreter
	abgebrochene Lehre	Bürogehilfin Tischlerlehre Friseurin Hausangestellte Hilfsarbeiter, Lebenshilfe LKW-Fahrer
	Maurer, Landwirt Krankenschwester	Landwirt keiner, Mutterschutz Handwerker
	keine Arzthelferin	Maschinenführer keiner
	Maschinenführer	Verlagsangestellte Maschinenführer ABM-Maßnahme Fleischer
	Fleischer Maurer	
	Klempner Krankenschwester keine keine Friseurin keine keine keine keine Maurer keine keine Azubi Werkzeugmacher	WfB Detmold Klempner Weiterbildung zu PDL Verkäuferin Aushilfe Pizzeria Schaustellerin angelernter Arbeiter/Textil Reinigungskraft Arbeiter Holzbereich Rentner WfB Datenerfasserin Azubi Werkzeugmacher Hilfsarbeiter Sozialhilfeempfänger
	keine Verkäuferin keine keine Hauswirtschafterin Fußpfleger Maler Tischler keine keine Malergeselle Friseurin Gärtner Friseurin Schriftsetzer Schlosser Elektriker Bergmann Bäcker abgebrochen	Gelegenheitsarbeiten Verkaufsaushilfe arbeitslos Hilfsarbeiter AT im Blindenheim geschützter Verkaufsplatz Maler Arbeiterin Gärtner Friseurin Lehre abgebrochen
	Elektriker	Betriebselektriker Rentner
	Rechtsanwaltsgehilfin	Büroangestellte Elektriker Hilfsarbeiter Rechtsanwaltsgehilfin WfB Altenpflegerin Arbeiterin
	keine keine	Warenannahme, Lagerist Friseurlehrling

Anzahl	Berufsausbildung	zuletzt ausgeübter Beruf
	Tischler	Tischler
	Elektriker	Elektriker
	Maurer	Sicherheitsdienst
	Kosmetikerin	Kosmetikerin
	Einzelhandelskauffrau	arbeitslos
	keine	Hilfsarbeiter in Fleischerei
	keine	selbständig
	Maurer	Maurer
	Zimmermann	berentet
	Buchbinderin	Hausfrau
	Werkzeugmacher	Landwirt
	Erzieher, Schlosser	Erzieher
	Elektroinstallateur	in Zuverdienst
	Sekretärin	Hausfrau
	keine	Putzhilfe
	Metzger	
	Metzger	Metzger
	Kulturpädagoge	Maler
	Drucker	Jobs
	Metallarbeiter	Metallarbeiter
	Verkäuferin	
	Bäcker	
	Dreher	Angestellter der Bundesbahn
		Lagerarbeiter
	Näherin	arbeitslos, Rente
	EDV-Techniker	arbeitslos
	Kolpingbildungswerk	
	ungelernt	WfB Herford
		Umschulung Bürokauffrau
	Einzelhandelskaufmann	Kaufmann, Verkäufer
		Bierbrauer
	keine	WfB
	Landwirtsch.Beton	Landwirtsch. Arbeiter
	keine	Druckereihelfer
	Kfz-Mechaniker	
		selbst. Kaufmann
	keine	Schüler
		Hilfsarbeiterin
		Arbeiter
	Hilfsarbeiter	
	Dreher	Dreher
	Busfahrer	EU-Rente
	Maschinenbautechniker	EU-Rente
	Näherin	EU-Rente
	keine	WfB
	Maschinenschlosser	Schreinergehilfe
	Bäcker	Hilfsarbeiter
	Näherin	keinen
	Bürogehilfin	Raumpflegerin
	keine	Blindenwerkstatt, Schraub
	Krankenpflegehelferin	berentet
	Hauswirtschaft	Hauswirtschafterin
	Kaufmann	Autohändler
	Laborantin	Laborantin, arbeitslos
	Altenpflegerin	Altenpflegerin
	Kindergärtnerin	
	Kaufmann	KFZ-Angestellter
	Lehre	Malerlehrling
	Maurermeister	Maurer

Anzahl	Berufsausbildung	zuletzt ausgeübter Beruf
	Bäcker	Bäcker
	Apothekenhelferin Sekretärin	Schreibkraft Sekretärin
	Maurermeister Maurermeister Dentaltechniker Dekorateur abgebrochen Soldat Bürokaufmann	Mechanikerin in WfB Maurer Maurer Dentaltechniker Dekorateur
	Kaufmann Facharbeiter Apothekenhilfe Verkäuferin Lackiererin keine	selbständiger Gastwirt Kaufmann Facharbeiter Apothekenhilfe Verkäuferin Lackiererin Schüler Verwaltungsangestellte Geschäftsführer Metallfirma Buchhalterin dto. vor ca. 10 Jahren Bedienung Cafe Hotelfachfrau arbeitslos Altenpfleger Kellner arbeitslos Bandarbeiter Miele Krankenschwester kaufmännische Angestellte Ausfahrer Krankenschwester
	Finanzbuchhalter keine Hotelfachfrau Elektriker Altenpfleger Hotelfachmann Hotelfachmann	Bürogehilfin Altenpflegehelferin Finanzbuchhalterin
	Krankenschwester kaufmännische Angestellte Maler, Lackierer Krankenschwester Maler Bürogehilfin Arzthelferin Finanzbuchhalterin kaufmännische Angestellte Altenpfleger Krankenschwester Finanzbuchhalterin Einzelhandelskaufmann Hauswirtschafterin Maler Postbeamter Bäcker, Konditor Ingenieur Studium Medizin Pharmareferent Ingenieur Chemie-Studium Lehrer keine/Studium Schüler Erzieher Buchhalterin Studium Jura-Studium abgebrochen Metallfacharbeiter	Ausbildung Altenpflegerin Arbeiter Hauswirtschafterin/Mutter Teppichbodenleger, selbständig Hausfrau Garten- u. Landschaftsbau Ingenieur Ärztin Pharmareferent Ingenieur Referendar Hilfsarbeiter Arzt gelegentliche Aushilfsjobs Metallfacharbeiter

Anzahl	Berufsausbildung	zuletzt ausgeübter Beruf
	Bauzeichnerin	Bauzeichnerin
	keine	Bürogehilfin
	Journalist	Journalist
	Lehrer	Redakteur
	Diplom-Sozialpädagogin	
	keine	Studentin Jura
	Studentin	Jura
	Journalist	Journalist
	Kunstmaler	Kunstmaler
		Arbeitstherapeanb.
	Diplom-Sozialpädagoge	
	Bankkaufmann	arbeitslos
	Universität	wissenschaftliche Assistentin, Uni
	Bankkaufmann	Sozialhilfe
	Gärtner	Rentner
	Verwaltungsbeamter	Verwaltungsbeamter
	Kauffrau	Studentin

8.4 ANHANG 2: TABELLE DER STELLENEMPFEHLUNGEN

In der Tabelle 8-3 werden alle Stellenempfehlungen mit allen Mehrfachempfehlungen bei gleichzeitiger Angabe der Stelle, die optimal gewesen wäre, an die aus irgendwelchen Gründen aber nicht empfohlen werden konnte, aufgeführt. Um dies gleichzeitig darstellen zu können, wurden die tatsächlichen Empfehlungen verschlüsselt wiedergegeben:

Der Schlüssel besteht aus 11 Stellen, jede Stelle verschlüsselt eine der im Fragebogen aufgeführten Empfehlungsmöglichkeiten. Ist an einer Stelle eine 0 angegeben, wurde diese Stelle nicht empfohlen, bei einer 1 wurde sie empfohlen.

Tabelle 8-2: Verschlüsselung der Stellenempfehlungen

Empfehlung 123456789 (Stelle des Codes)	empfohlene Stelle
1000000000	Ambulanz
0100000000	Heim
0010000000	Rehabilitation
0001000000	Tagesstätte
0000100000	Betreuung in eigener Wohnung
0000010000	Sozialpsychiatrischer Dienst
0000001000	Übergangwohnheim
0000000100	Hausarzt
0000000010	Nervenarzt
0000000001	Tagesklinik
0000000000	Wohngruppe

Tabelle 8-3: Angaben dazu, welche Weiterbehandlung/Betreuung im Falle dieses Patienten optimal gewesen wäre, mit gleichzeitiger Angabe von Bemerkungen

Empfehlung 123456789	Anz.	optimal	Bemerkungen
0000000010	1	Ambulanz	
1000000000	1	Ambulanz	
0100000000	1	Ambulanz	
0000000010	1	Ambulanz der Klinik	
0000100001	1	Anbindung an Arbeit fehlt, kein Vorstellungsgespräch in TK	
0000000010	1	Betr.in eig. Wohnung, disziplinar. Entlassung, Entl. war nicht vorgesehen	
0000000010	1	Betr. in eigener Wohnung, Patientin geht in Frauenhaus in anderer Stadt	
0000000100	1	Entlassung in Familie des Bruders nicht möglich wegen Asylverfahren	
0000000100	1	Entwöhnungstherapie, Verlegung nach Station C in Gilead IV	
0000010100	1	Familientherapie	
0000100100	1	Förderkreis Wohnen, Arbeit, Freizeit/SPD	
0000000000	1	Gespräch	
1000100100	1	Heim	
0000000000	1	Innere Medizin, Verlegung	
0000000000	1	Kinder- und Jugend-Psychiatrie	
0000000100	1	Psychotherapie	
1000000000	1	Psychotherapie	
0010100010	1	Rehabilitation	
0000000000	1	Rehabilitation im Hans-Peter Kitzig-Institut beantragt	
0000000010	1	Rehabilitation, Patient lehnt Rehabilitation ab	

Empfehlung 123456789	Anz.	optimal	Bemerkungen
00000001000	1	Rehabilitationseinrichtung	
10000000000	1	Rehabilitationsmaßnahme	
00000001100	1	Sucht-Selbsthilfe-Gruppe für psychoseerfahrene Cannabiskonsumenten	
00000101100	1	SPD, Betreuer	
10000001000	1	Sozialpsychiatrischer Dienst	
00000001000	1	Sozio-Milieu-Therapie	
00000000000	1	Stationen	
00000000100	1	Suchtambulanz	
10001000000	2	Tagesklinik	
00000001100	5	Tagesklinik	
10000000000	3	Tagesklinik	
00000000000	2	Tagesklinik	
00000001000	1	Tagesklinik	
00000000110	1	Tagesklinik, Pat. kam zu Vorst.gespr. in TK, zog aber TK-Anmeldung zurück	
00000000100	1	Tagesklinik, Umzug in andere Stadt	
00000101000	1	Tagesklinik	
10000000000	1	Tagesklinik, Oberarzt entschied	
00000000110	1	TK, Arzt gab gute Empfehlung, Patient wollte nicht in TK	
00000100110	1	TK, dann SPD, Pat. lehnte alle Empf. ab, kein Vorst.gespr.in TK	
00001000110	1	TK, eigene WG ohne Eltern,TK-Empf. lehnt Pat. ab, kein Vorst.gespr.in TK	
00000000100	1	TK/Ambulanz	
00000000100	5	Tagesklinik	
00000001010	1	TK + amb. Psychotherapie, Patient war zur Behandlung in TK	
00000000000	1	Verbleib hier	
00000000000	1	WG, kein fester Wohnsitz, Betreuer (keine and. Möglichkeit da keine WG)	
00000000100	1	Werkstatt für Behinderte, betreute Beschäftigung	
00000100100	1	Wohnbetreuung, Patient lehnt ab	
00000000000	1	Wohngruppe, davor chirurgische Behandlung (Verlegung)	
00001000100	1	Wohngruppe	
10000000000	1	Wohngruppe	
00001000000	1	Wohngruppe	
00000001100	1	Wohngruppe	
01000000000	1	Wohnheim für psychisch Kranke, in dem nicht gearbeitet werden muß	
10000000000	1	Wohnung, Betreuung dort, Patient ist wohnsitzlos	
00000000100	1	ambulante Arbeitstherapie, Patient lehnt aber ab, Betreuung angeregt	
10000000000	1	ambulante Behandlung	
00000101000	1	ambulante Psychotherapie, Eheberatung	
00000000100	1	ambulante Psychotherapie	
00010000000	1	ambulante Psychotherapie	
00000001000	1	ambulante Psychotherapie, wohnsitzlos	
00000000000	1	ambulante psychiatrische Behandlung, guter Kontakt zum Betreuer	
10000000000	1	ambulante	
10000000000	1	ambulante Behandlung	
10000000000	1	ambulante Pflege, Gruppentherapie, Bewährungsaufgabe	
00000101000	1	ambulante Psychotherapie, Patient war in TK	
00000001000	1	ambulante psychiatrische Pflege	
00000000010	1	ambulante Therapie	
10001000000	1	andere WG	
00000001100	1	anderer Nervenarzt	
01000000000	1	betreutes Wohnen Nähe Ursprungsfamilie	
11000000000	1	betreutes Wohnen mit Erfahrungen mit Doppeldiagnosen	
00011000100	1	betreute WG	
00001000000	1	betreutes Wohnen	
10000000000	2	betreutes Wohnen	
00000001001	1	dichtere Betreuung in der WG	
01000000000	1	eigene Wohnung und Betreuung	
10000000000	1	festen Wohnsitz bekommen, Patient ist ohne festen Wohnsitz	
00000000000	1	fraglich	
00000000010	1	gute ambulante Behandlung, kein Vorstellungsgespräch in TK	

Empfehlung 123456789	Anz.	optimal	Bemerkungen
01000000100	1	häusliche Pflege	
00000000100	1	langfristige therapeutische Behandlung	
00000001010	1	langfristige Psychotherapie, kein Vorstellungsgespräch in TK	
00000000100	1	längerer Krankenhaus-Aufenthalt	
10001000001	1	längerer stationärer Aufenthalt	
00000100100	1	noch ca. 3 Wochen Klinik	
00001000100	1	noch längerer stationärer Aufenthalt	
00000000100	1	noch weitere stationäre Behandlung	
10000000000	1	offene Krankenhaus-Behandlung	
10000000000	1	offene Station	
00000000010	1	psychosom.Klinik Bad Pyrmont; war in TK, wurde vom Hausarzt überwiesen	
00000001000	1	regelmäßige ambulante Behandlung	
00000001100	1	stationäre Behandlung/keine Kooperation	
00000100000	1	stationäre Behandlung	
10000000000	1	stationäre Krisenintervention	
00000000100	1	stationäre Psychotherapie	
00001000100	1	stationär, aus eigenmächtigem Entweichen entlassen	
00000001100	1	stationär psychiatrisch	
00000001000	1	stationär, diagnostische Abklärung, Betreuung beantragt	
00000000000	2	weiter stationär	
10000000000	2	weiter stationär	
00000000100	1	weitere stationäre Behandlung	
00000101000	1	weitere stationäre Behandlung	
00000000100	1	weitere stationäre Heilstat. Behandlung	
00000000000	1	weitere stationäre Therapie, eigenmächtige Entlassung	
00100000100	1	zuerst stationär, dann Rehabilitation	
00000001000	1	zusätzliche Beschäftigung, Tagesstätte	
00000000000	1	Übergangsheim	
00000101000	1	Übergangwohnheim	
00000100100	2	Übergangwohnheim	
00000000100	1	Übergangwohnheim	
00000001000	1	Übernahme in Suchtbereich	

8.5 ANHANG 3: INFORMATION FÜR DAS STATIONSPERSONAL

Zuweisungsstrategien der Ärzte/innen, Psychologen/-innen und Sozialarbeiter/innen für die Weiterbehandlung von Patienten nach Entlassung aus vollstationärem Aufenthalt

Die Universität Konstanz, Fachgruppe Psychologie, unter der Leitung von Frau Prof.Dr. Brigitte Rockstroh untersucht im Rahmen einer Diplomarbeit, durchgeführt von Frau Gudrun Antelmann, durch eine Befragung, an welchen **Kriterien** sich die o.g. Mitarbeiter bei Ihrer Entscheidung orientieren, wenn sie die Patienten nach ihrem vollstationären Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik zur Weiterbehandlung/-betreuung an verschiedene Stellen der psychiatrischen Versorgungskette weiterleiten.

Wir möchten Sie bitten, einen kurzen **Fragebogen** auszufüllen, der nach folgenden Daten fragt:

a) Kopfdaten des Bogens:

- Nr. des Bogens (wird vorgegeben)
- persönliches Handzeichen des für die Entlassung verantwortlichen Mitarbeiters. Es sollen nicht die Anfangsbuchstaben des Namens gewählt werden, da die Person anonym bleiben soll. Bitte wählen Sie ein anderes, immer gleichbleibendes Zeichen.
- ICD-Diagnoseschlüssel des Patienten: Bitte vermerken Sie, nach welcher ICD-Einteilung (9 oder 10) diagnostiziert wurde. Mehrfachnennungen sind möglich. Diese Daten erleichtern die Organisation und helfen festzustellen, wieviele Bögen von jedem Arzt kommen.

b) Daten zum Patienten:

- Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Beruf und -ausbildung des Patienten
- Tag der Aufnahme und der Entlassung; evtl. Tag der vorhergehenden Entlassung
- Anzahl der Aufenthalte in Psychiatrischen Kliniken
- Wohnort/ungefähre Entfernung in km von der Klinik
- liegt eine gesetzliche Betreuung vor, wenn ja für welche Bereiche?

c) Stelle, an die der Patient schwerpunktmäßig zur Weiterbehandlung empfohlen wurde

(Können evtl. noch ergänzt werden)

d) Kriterien für die Entscheidung:

zum Patienten:

- Diagnose, Art (Chronizität und Schwere) der Erkrankung; Wunsch des Patienten; die familiäre Situation; seine Alltagskompetenzen; evtl. Zielsetzung d. Betreuers

weiterbehandelnde Stelle:

- Meinung über die weiterbehandelnde Stelle und die Indikation dafür
- Kontakt und Zusammenarbeit mit dieser Stelle

sonstige Kriterien:

- Gepflogenheiten der Station; evtl. Vorgaben des Vorgesetzten
- evtl. fehlende Entscheidungshilfen; evtl. Beteiligung an der Entscheidung
- seit wann stand die Art der Weiterbehandlung/-betreuung fest?
- optimale Weiterbehandlung; Sicherheit der Entscheidung

All diese Daten werden nicht zu Kontrollzwecken abgefragt, sondern um abzuschätzen, inwieweit sie als Kriterium in die Entscheidungsbildung eingeflossen sind.

Durchführung:

Mit der Befragung soll am 01.11.1996 begonnen werden. Alle Patienten, die innerhalb der darauffolgenden 9 Monate entlassen werden, sollen erfaßt werden. Der Fragebogen, der an der Meldung der Entlaßdiagnose an das Krankenbüro angehängt ist, soll bei jeder Entlassung eines Patienten ausgefüllt werden. Er soll von dem Mitarbeiter ausgefüllt werden, der hauptsächlich die Entscheidung zur Weiterempfehlung getroffen hat

Der Fragebogen wird an alle Stationen der Klinischen Psychiatrie I und der Klinischen Psychiatrie II verteilt. Soweit die Hausstatistiken der empfohlenen Stellen zugänglich sind, wird verglichen, wieviele der empfohlenen Patienten dort die Behandlung/Betreuung angetreten haben.

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Gudrun Antelmann

Schwaketenstraße 58, 78467 Konstanz, Tel. 07531-75474

8.6 ANHANG 4: SCHREIBEN DER KLINIKLEITUNG

Gütersloh, 15.10.1996

An die
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
der Abteilungen Klinische Psychiatrie I + II
sowie Patientenangelegenheiten der Verwaltung

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

In der Zeit vom 01.11.1996 bis 31.10.1997 wird eine Untersuchung über

ZUWEISUNGSSTRATEGIEN DER ÄRZTE/-INNEN, PSYCHOLOGEN/-INNEN UND SOZIALARBEITER/-INNEN

für die Weiterbehandlung von Patienten nach Entlassung aus vollstationärem Aufenthalt in unserem Hause auf den Stationen der Abteilungen Klinische Psychiatrie I + II durchgeführt.

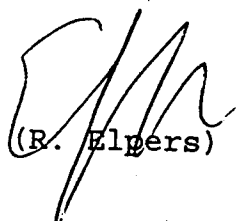
Verantwortlich für die Untersuchung ist die Universität Konstanz. Damit beauftragt ist Frau Gudrun Antelmann im Rahmen ihrer Diplomarbeit.

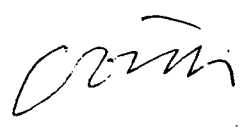
Seitens der Betriebsleitung sind methodische und datenschutzrechtliche Fragen abgeklärt worden, so daß von der hiesigen Klinik grünes Licht für die Untersuchung gegeben worden ist.

Da die Klinik Interesse an der Untersuchung und ihren Ergebnissen hat, werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beiden Abteilungen ebenso wie die der Abt. für Patientenangelegenheiten gebeten, Frau Antelmann bei der Durchführung ihrer Untersuchung zu unterstützen.

Der von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erwartete Arbeitsaufwand wurde bei der Planung und der Durchführung so gering wie möglich gehalten!


(H. Voßhenrich)


(R. Elpers)


(Prof. Dr. Dr. K. Dörner)

_____ Nr. des Bogens

Entlassung durch (Handzeichen): _____

_____ Entlassdiagnose ICD-Nr.

Arzt ___ Sozialarb. ___ Psychologe ___ Sonst. ___

Befragung zu Zuweisungs- und Überweisungsmodalitäten

Daten zum Patienten: (bitte jeweils ankreuzen bzw. eintragen)

Alter: _____ Geschlecht: w ___ m ___ Familienstand: ledig ___ verh. ___ gesch. ___ verw. ___

Schulbildung: kein Schulabschluß ___ Hauptschulabschluß ___ mittl. Reife ___ Abitur ___

Berufsausbildung: _____ zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Tag der Aufnahme: _____ Tag der Entlassung: _____

wann wurde der Patient zum letztenmal entlassen: _____

Anzahl der Aufenthalte in Psychiatrischen Kliniken insgesamt: _____

Wohnort/ungefähre Entfernung in km von der Klinik: _____

gesetzliche Betreuung: ja ___ nein: ___ Bereich: _____

Der Patient wurde zur weiteren Behandlung schwerpunktmäßig an folgende Stelle empfohlen: (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ambulanz | <input type="checkbox"/> Betreuung in eigener Wohnung | <input type="checkbox"/> Hausarzt |
| <input type="checkbox"/> Heim | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Nervenarzt |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Sozial-psychiatr. Dienst | <input type="checkbox"/> Tagesklinik |
| <input type="checkbox"/> Tagesstätte | <input type="checkbox"/> Übergangswohnheim | <input type="checkbox"/> Wohngruppe |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

Folgende Kriterien haben meine Entscheidung für diese Empfehlung beeinflusst

Patientenbezogene Kriterien:

	trifft sehr zu	trifft etwas zu	unent- schieden	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art (z.B. Chronizität und Schwere) der Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunsch des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mangelnde Alltagskompetenzen d. Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunsch bzw. Entlastung der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zielsetzung des gesetzlichen Betreuers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der Eigenverantwortung des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wissen über die schwerpunktmäßig weiterbehandelnde Stelle:

meine Überzeugung über die Effektivität/Qualität der Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissen über die Indikation für die entsprechende Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute Koordination und Zusammenarbeit mit der Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(folgende 2 Fragen bitte nur dann abgestuft ankreuzen, wenn Erfahrungen/Kontakt/Austausch vorhanden. Sonst bitte „habe keine“ ankreuzen)

Erfahrungen mit dieser Stelle	(<input type="checkbox"/> habe keine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlicher Kontakt mit der Stelle	(<input type="checkbox"/> habe keinen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Kriterien:

Gepflogenheiten der Station/Stationsroutine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben des Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir fehlen Entscheidungshilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wer war an d. Entscheidung beteiligt? Team ___ Einrichtung ___ Betreuer ___ Angehörige ___ allein ___

wieviele Tage vor d. Entlassung stand für Sie die o.g. weiterbehandelnde/betreuende Stelle fest: _____

welche Art v. Weiterbehandl./Betreuung hielten Sie i. Falle d. Patienten f. optimal: _____

(falls diese von der tatsächlichen gewählten abweicht und nicht verfügbar ist)

ich war mir bei der Entscheidung sicher