

## Behandlungsdauer und Fallkosten in unterschiedlichen stationären psychiatrischen Einrichtungen in Berlin

Dieter Scheytt, Pascal Kaiser, Stefan Priebe, Berlin

**Zusammenfassung:** Ausgehend von einer Gesamterhebung der psychiatrischen Krankheitsfälle der AOK-Berlin-West werden die Unterschiede in der Behandlungsdauer und den Fallkosten zwischen drei verschiedenen psychiatrischen Kliniktypen, den Fachabteilungen und den Fachkrankenhäusern jeweils mit Pflichtversorgung für einen bestimmten Bezirk und den Fachabteilungen ohne eine solche Versorgungsverpflichtung untersucht. Neben dem Kliniktyp haben die Diagnose, der Aufnahmeweg und das Alter der Patienten Einfluß auf die Behandlungsdauer und die Kosten. Die psychiatrische Fachabteilung mit Pflichtversorgung hat insgesamt die kürzeste Behandlungsdauer und vor allem die günstigsten Fallkosten. Diese Differenz besteht unabhängig vom Alter, Geschlecht, Aufnahmeweg und von der Diagnose der Patienten. Darüber hinaus wird das Ausmaß der jeweiligen Einflüsse auch quantifiziert.

**Length of Stay and Costs in Different Psychiatric Hospitals in Berlin:** In this study length of stay and costs per case were examined in three different types of psychiatric hospitals: Psychiatric departments in general hospitals and psychiatric hospitals each liable to provide in-patient care for a defined catchment area, and psychiatric departments in general hospitals without such liability. Data basis were all hospital treated cases in Berlin West that are covered by general insurance. Length of stay and costs differed significantly depending on the type of psychiatric hospital as well as on diagnoses, way of referral and age of patients. Psychiatric departments with catchment area have the shortest length of stay and lowest costs per case. This is independent of age, gender, way of referral and diagnosis of the patients. Influence of each factor is quantified.

In den zurückliegenden drei Jahrzehnten gab es weitreichende Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Seit dem Erscheinen der Psychiatrie-Enquete im Jahre 1975 setzte verstärkt ein Reformprozeß ein, der weg vom psychiatrischen Großkrankenhaus und hin zur gemeindenahen psychiatrischen Versorgung führen sollte. Die psychiatrischen Großkrankenhäuser wurden verkleinert, und die Gesamtzahl psychiatrischer Betten reduziert. Gleichzeitig wurden psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern aufgebaut [5]. Die stationäre psychiatrische Versorgung findet heute hauptsächlich in drei – hinsichtlich ihrer Struktur

und ihres Auftrags – unterschiedlichen Krankenhaustypen statt: a) den psychiatrischen Fachkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung für einen bestimmten Sektor, b) den ebenfalls pflichtversorgenden psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und c) den psychiatrischen Fachabteilungen ohne eine solche Versorgungsverpflichtung. Während die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer von 97,4 Tagen im Jahr 1978 auf 57,2 Tagen im Jahr 1992 kontinuierlich zurückging, stiegen die Fallzahlen und die Fallkosten erheblich an [3,8]. Diese hohen Steigerungsraten sind nun Anlaß für besondere Bemühungen zur Kostendämpfung im Bereich der stationären Versorgung. Ausgangspunkt hierfür sollten Untersuchungen sein, die differenziert erfassen, welche Gelder für die Behandlung welcher Patienten in welchen Typen von Kliniken gezahlt werden und dabei neben der Diagnose auch Alter, Geschlecht und Zuweisungsmodus der Patienten berücksichtigen. Eine solche Studie haben wir in Berlin durchgeführt.

Berlin hat im bundesdeutschen Vergleich im stationären psychiatrischen Bereich eine besondere Versorgungsstruktur mit einer hohen Bettendichte (1,56 pro 1000 Einw.) und langer Behandlungsdauer von durchschnittlich 74,5 Tagen im Jahr 1992 [17,18,19]. In der vorliegenden Arbeit wurden folgende Fragen untersucht:

- Wie unterscheiden sich Klientel, Aufenthaltsdauer und Fallkosten zwischen definierten Kliniktypen?
- Beeinflußt der Krankenhaustyp Behandlungsdauer bzw. Fallkosten unabhängig vom Einfluß der Faktoren Alter, Geschlecht, Aufnahmeweg und Diagnose der Patienten, und wie groß ist dieser Einfluß?

### Methodik

Die verwendeten Daten stammen aus der von der AOK Berlin geführten Dokumentation, welche u.a. auf den Meldungen der Krankenhäuser über die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung an die Krankenkassen beruht. Die Datenbasis war die Gesamtheit aller Krankheitsfälle der AOK Berlin-West (n = 186 555), die im Zeitraum vom 1.1.1993 – 31.10.1994 sowohl begonnen als auch beendet wurden. Die Beschränkung auf das Teilgebiet West erfolgte deshalb, weil die AOK Berlin in die zwei eigenständigen Bereiche Ost und West aufgeteilt war, die erst zum 1.1.1995 vereinigt wurden. Aus dieser Gesamtdatenbasis West wurden alle Patienten ausgewählt, die 18 Jahre und älter waren und eine psychiatrische Erstdiagnose nach ICD-9 hatten [7]. Die Kosten jedes Behandlungsfalles wurden mittels der exakten Pflegesätze der einzelnen Kliniken berechnet. Neben dem behandelnden Krankenhaus, der Erstdiagnose, der

Behandlungsdauer und den Fallkosten wurden als weitere Variablen das Geschlecht und das Alter der Patienten sowie der Aufnahmeweg (d.h. wie die Krankenhausaufnahme erfolgte, ob als Notfall, Einweisung oder Verlegung) in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt wurden die stationären psychiatrischen Einrichtungen West-Berlins. 11 Kliniken wurden den 3 Kliniktypen psychiatrisches Fachkrankenhaus mit Pflichtversorgung (Typ A: Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Nervenklinik Spandau, Krankenhaus Spandau ö.B. Havelhöhe, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk), psychiatrische Fachabteilung mit Pflichtversorgung (Typ B: Krankenhaus Neukölln, Krankenhaus am Urban, Krankenhaus Moabit, Wenckebach-Krankenhaus) und psychiatrische Fachabteilung ohne Pflichtversorgung (Typ C: Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Schloßpark-Klinik, Universitätsklinikum Rudolf Virchow Standort Charlottenburg) zugeordnet.

## Ergebnisse

### Basisdaten und Unterschiede zwischen den Kliniktypen

Insgesamt wurden 7102 psychiatrische Krankenhausbehandlungen analysiert, wovon 45% Frauen und 55% Männer betrafen. Die Altersspanne der Patienten reicht von 18–97 Jahren mit einem Mittelwert von 48,2 Jahren ( $s = 17,9$ ). Frauen sind mit durchschnittlich 52 Jahren älter als Männer mit 45 Jahren ( $t = 17,6$ ;  $p < 0,001$ ). Tab. 1 zeigt die Verteilung der Diagnosen insgesamt und für die einzelnen Kliniktypen.

Mit 36% sind Schizophrenie und andere nichtorganische Psychosen zusammen die häufigsten Diagnosen, gefolgt von Alkohol-/Drogenabhängigkeit und Neurosen/Persönlichkeitsstörungen. Frauen haben einen signifikant höheren Anteil an den nichtorganischen Psychosen und den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen, während bei den Männern dies bei Alkohol-/Drogenabhängigkeit der Fall ist ( $\chi^2 = 608,9$ ;  $p < 0,001$ ). Das mittlere Alter der einzelnen Diagnosegruppen unterscheidet sich signifikant ( $F = 60,9$ ;  $p < 0,05$ ). Patienten mit Oligophrenie sind mit durchschnittlich 33 Jahren die jüngste Gruppe, gefolgt von Patienten mit Alkohol-/Drogenabhängigkeit (45 J.), Patienten mit Schizophrenie (46 J.), Patienten mit Neurosen/Persönlichkeitsstörungen (48 J.), Patienten mit sonstigen nichtorganischen Psychosen (51 J.) und den Patienten mit organischen Psychosen (57 J.). Bei 69% war der Aufnahmeweg ein Notfall, 23% wurden über einen Kassenarzt eingewiesen, und 8% der Fälle lag eine Verlegung zugrunde. Als Notfall aufgenommene Patienten haben einen Altersdurchschnitt von 48 Jahren, eingewiesene Patienten von 49 Jahren und verlegte Patienten von 52 Jahren ( $F = 19,8$ ,  $p < 0,05$ ). Verlegt wurden mehr Fälle mit der Diagnose Schizophrenie und nichtorganische Psychosen und weniger Alkohol-/Drogenabhängigkeit, während Kassenarzteinweisungen häufiger bei Neurosen/Persönlichkeitsstörungen und seltener bei nichtorganischen Psychosen vorkamen ( $\chi^2 = 146,5$ ;  $p < 0,001$ ).

49% der Patienten wurden in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus mit Pflichtversorgung (Typ A), 40% in einer psychiatrischen Fachabteilung mit Pflichtversorgung (Typ B) und 11% in psychiatrischen Fachabteilungen ohne Versorgungsverpflichtung (Typ C) behandelt. In der psychiatrischen Fachabteilung ohne Pflichtversorgung (C) wurden relativ mehr Frauen und weniger Männer behandelt, während dies im psychia-

trischen Fachkrankenhaus mit Pflichtversorgung (A) umgekehrt ist ( $\chi^2 = 103,0$ ;  $p < 0,001$ ). Der Altersdurchschnitt der Patienten unterscheidet sich bei den einzelnen Krankenhaustypen nicht signifikant. Aus Tab. 1 sind die Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen innerhalb der drei Krankenhaustypen zu ersehen. Die Unterschiede der Häufigkeitsanteile sind für jede diagnostische Gruppe statistisch signifikant.

**Tab. 1** Prozentuale Verteilung der Diagnosen (ICD-9) insgesamt und für die einzelnen Kliniktypen.

	gesamt	Typ A	Typ B	Typ C
organische Psychosen (290–294)	5,8%	5,0%	7,5%	3,0%
Schizophrenie (295)	3,8%	4,8%	2,6%	4,3%
andere nichtorganische Psychosen (296–299)	32,6%	39,1%	24,6%	32,4%
Neurosen/Pers. (300–302/306–316)	25,6%	18,8%	29,6%	40,8%
Alkohol/Drogenabhängigkeit (303–305)	31,8%	32,0%	35,1%	19,1%
Oligophrenien (317–319)	0,4%	0,3%	0,6%	0,4%
alle Diagnosen		48,8%	40,1%	11,1%

Bei Typ A stellen die nichtorganischen Psychosen, bei Typ B die Alkohol-/Drogenabhängigkeiten und bei Typ C die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen den jeweils größten Anteil an den behandelten Fällen. Dagegen deutlich unter dem Durchschnitt liegt Typ A bei den Neurosen/Persönlichkeitsstörungen, Typ B bei den nichtorganischen Psychosen und Typ C bei den Alkohol-/Drogenabhängigkeiten. Der Aufnahmeweg differiert zwischen den drei Kliniktypen ( $\chi^2 = 258,8$ ;  $p < 0,001$ ). Typ C hat weniger Notfälle (8%), dafür mehr Einweisungen (19%) und Verlegungen (17%). Dagegen gibt es bei Typ B mehr Notfälle (44%) und deutlich weniger Verlegungen (19%), und Typ A hat mehr Verlegungen (64%) als beide anderen Typen.

### Behandlungsdauer

17% der psychiatrischen Krankenhaufälle bleiben nur einen Tag, weitere 19% sind bis zu einer Woche in Behandlung, und nach fünf Wochen sind 75% wieder aus der Klinik entlassen. In Tab. 2 ist die mittlere Behandlungsdauer für die gruppierten Diagnosen aufgeführt.

Die diagnosespezifischen Behandlungszeiten unterscheiden sich ( $F = 77,2$ ;  $p < 0,05$ ). Die Alkohol-/Drogenabhängigkeiten zeigen mit im Mittel 18 Tagen die kürzeste und die Oligophrenien mit 58 Tagen die längste Aufenthaltsdauer. Die psychiatrische Fachabteilung mit Pflichtversorgung (B) hat insgesamt mit durchschnittlich 20 Tagen die kürzeste Behandlungsdauer und unterscheidet sich diesbezüglich signifikant von den beiden anderen Kliniktypen. Die mittlere Behandlungsdauer ist für jede Diagnosegruppe – mit Ausnahme der organischen Psychosen – in der pflichtversorgenden Fachabteilung (B) am kürzesten.

### Kosten

Was für die Aufenthaltsdauer gesagt wurde, gilt im Prinzip auch für die Kosten. Die durchschnittlichen Pflegesätze unter-

**Tab. 2** Durchschnittliche diagnosespezifische Behandlungsdauer in Tagen insgesamt und für die einzelnen Kliniktypen.

	gesamt	Typ A	Typ B	Typ C	p
organische Psychosen (290–294)	24	33	18	13	< 0,05 <sup>1,2</sup>
Schizophrenien (295)	49	53	34	61	< 0,05 <sup>1</sup>
andere nichtorganische Psychosen (296–299)	42	46	32	46	< 0,05 <sup>1,3</sup>
Neurosen/Pers. (300–302/306–316)	32	39	22	45	< 0,05 <sup>1,3</sup>
Alkohol-/Drogenabhängigkeit (303–305)	18	26	9	18	< 0,05 <sup>1,2,3</sup>
Oligophrenien (317–319)	58	99	30	67	< 0,05 <sup>1</sup>
alle Diagnosen	31	38	20	40	< 0,05 <sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> signifikanter Unterschied im Einzelvergleich Typ A und Typ B; <sup>2</sup> signifikanter Unterschied im Einzelvergleich Typ A und Typ C; <sup>3</sup> signifikanter Unterschied im Einzelvergleich Typ B und Typ C.

scheiden sich und betragen im Mittel für den Krankenhaustyp A DM 358,- (296,- bis 517,-), für den Typ B DM 483,- (465,- bis 516,-) und den Typ C DM 556,- (381,- bis 633,-). In der Gruppe C mit dem höchsten Pflegesatz von DM 556,-, der psychiatrischen Fachabteilung ohne Pflichtversorgung, befindet sich das Universitätsklinikum der FU Berlin, das wesentlich zu diesem hohen mittleren Tagessatz beiträgt. Die Kosten pro Behandlungsfall variieren entsprechend von DM 296,- bis 285 104,- bei einem mittleren Fallwert von DM 12 786,- und Gesamtausgaben von 90,8 Mio DM. Tab. 3 zeigt die für die einzelnen Diagnosen gruppierten Fallkosten und die durchschnittlichen Fallkosten pro Kliniktyp.

**Tab. 3** Fallkosten in DM für die einzelnen Diagnosegruppen in den drei Kliniktypen.

	gesamt	Typ A	Typ B	Typ C	p
organische Psychosen	9 865,-	11 690,-	8 704,-	7 143,-	< 0,05 <sup>1</sup>
Schizophrenien	19 931,-	17 806,-	16 779,-	37 071,-	< 0,05 <sup>2,3</sup>
andere nichtorganische Psychosen	17 341,-	16 486,-	15 801,-	26 085,-	< 0,05 <sup>2,3</sup>
Neurosen/Persönlich.	13 796,-	13 291,-	10 799,-	22 620,-	< 0,05 <sup>1,2,3</sup>
Alkohol-/Drogenabhängigkeit	6 817,-	8 844,-	4 222,-	9 074,-	< 0,05 <sup>1,3</sup>
Oligophrenien	25 635,-	37 714,-	15 037,-	41 889,-	n.s.
alle Diagnosen	12 786,-	13 322,-	9 741,-	21 380,-	< 0,05 <sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> signifikanter Unterschied im Einzelvergleich Typ A und Typ B; <sup>2</sup> signifikanter Unterschied im Einzelvergleich Typ A und Typ C; <sup>3</sup> signifikanter Unterschied im Einzelvergleich Typ B und Typ C.

In fünf der sechs Diagnosegruppen – Ausnahme sind wieder die organischen Psychosen – hat die pflichtversorgende Fachabteilung (Typ B) die niedrigsten und die Fachabteilung ohne Pflichtversorgung (Typ C) die höchsten Fallkosten. Insgesamt wurden in Fachkrankenhäusern 49% der Fälle behandelt und 51% der Kosten verursacht. In pflichtversorgenden Fachabteilungen entstanden 31% der Kosten für 40% der Behandlungsfälle. In Fachabteilungen ohne Versorgungsverpflichtung wurden nur 11% der Patienten behandelt, wofür die AOK jedoch 19% ihrer Leistungen zahlte.

### Quantifizierung der Einflußgrößen

In zwei Varianzanalysen wurden die unabhängigen Einflüsse der Faktoren Kliniktyp, Diagnose, Geschlecht und Aufnahmeweg jeweils auf die abhängigen Variablen Behandlungsdauer und Fallkosten geprüft, wobei das Alter der Patienten als Covariante einging. Kliniktyp, Diagnose, Aufnahmeweg (höchste Behandlungsdauer bzw. Kosten bei Verlegungen, niedrigste bei Notfällen) und Alter (höhere Dauer und Kosten bei älteren Patienten) beeinflussten unabhängig voneinander sowohl Behandlungsdauer als auch Fallkosten, während das Geschlecht der Patienten – bei Kontrolle der anderen Merkmale – in beiden Fällen ohne Bedeutung blieb.

In einem letzten Schritt wurden, um die Größe der unterschiedlichen Einflüsse aufzuzeigen zu können, multiple Regressionsanalysen (stepwise forward) mit der Behandlungsdauer und den Kosten pro Behandlungsfall als abhängigen Variablen durchgeführt. Mit dieser Berechnung wurde geprüft, welchen Einfluß die einzelnen Faktoren auf Behandlungsdauer und Kosten haben und in welchem Ausmaß sie diese – rein rechnerisch – positiv oder negativ verändern. Die in den Ergebnissen aufgeführten Werte drücken die geschätzte Behandlungsdauer in Tagen bzw. den Betrag in DM aus, um den die Behandlung länger oder kürzer bzw. teurer oder billiger wird, wenn das jeweilige Merkmal gegeben ist. Als Referenzwert dient eine fiktive Grundkonstante, die durch die hier berücksichtigten Faktoren nicht weiter erklärt werden kann. Diese Grundkonstante hat bei der Behandlungsdauer einen Wert von 53,4 Tagen und bei den Kosten von DM 5962,-. In Tab. 4 sind die signifikanten Faktoren mit der geschätzten durchschnittlichen Veränderung für die Verkürzung und Verlängerung der Behandlungsdauer in einer Rangfolge aufgeführt ( $F = 93,7$ ;  $p < 0,05$ ). Tab. 5 zeigt die gleiche Berechnung für die Kosten ( $F = 87,0$ ;  $p < 0,05$ ).

**Tab. 4** Geschätzte durchschnittliche Veränderung der Behandlungsdauer in Tagen durch den Einfluß des jeweiligen Merkmals im Vergleich zur Grundkonstante von 53,4 Tagen.

Faktor	Verlängerung in Tagen	Verkürzung in Tagen
Alkohol-/Drogenabhängigkeiten		29,5
organische Psychosen		24,8
Aufnahmeweg Notfall		16,7
Neurosen/Persönlichkeitsstörungen		14,1
Fachabteilung mit Pflichtversorgung (B)		13,0
Aufnahmeweg Einweisung Kassenarzt		7,4
andere nichtorganische Psychosen		6,6
Alter pro Lebensjahr	0,24	
Oligophrenie	17,3	

Die Tatsache, daß ein Patient die Diagnose Alkohol-/Drogenabhängigkeit hat, ist im Schnitt mit einem im Vergleich zur Grundkonstante um 29,5 Tage kürzeren Aufenthalt verbunden, die Diagnose Oligophrenie mit einem um 17,3 Tage verlängerten Aufenthalt. Unabhängig von den anderen Faktoren beeinflusst auch der Krankenhaustyp die Aufenthaltsdauer. Patienten in Fachabteilungen mit Pflichtversorgung haben eine um 13 Tage kürzere Behandlungszeit unabhängig davon, welche Diagnose sie haben, wie alt sie sind, oder auf welchem Weg sie eingewiesen wurden. Auch bezüglich der Kosten zeigt

**Tab. 5** Geschätzte durchschnittliche Veränderung der Kosten in DM durch den Einfluß des jeweiligen Merkmals im Vergleich zur Grundkonstante von DM 5962,-.

Faktor	Erhöhung in DM	Reduzierung in DM
Oligophrenie	18 345,-	
Schizophrenie	10 356,-	
Fachabteilung ohne Pflichtvers. (C)	8 778,-	
andere nichtorganische Psychosen	7 757,-	
Alter pro Lebensjahr	90,-	
Neurosen/Persönlichkeitsstörungen	3 963,-	
Aufnahmeweg Verlegung	2 456,-	
Fachkrankenhaus mit Pflichtversorgung (A)	1 524,-	
Alkohol-/Drogenabhängigkeit		2 346,-
Aufnahmeweg Notfall		4 387,-

sich ein von den anderen geprüften Faktoren unabhängiger Einfluß des Krankenhausstyps. Bei Fachabteilungen ohne Versorgungsverpflichtung ist die Behandlung bei gleicher Diagnose etc. im Schnitt um DM 8778,- und bei Fachkrankenhäusern mit Pflichtversorgung um DM 1524,- teurer als die Grundkonstante, von der die Kosten in pflichtversorgenden Fachabteilungen hingegen nicht signifikant abweichen.

## Diskussion

Die Typisierung der Kliniken erfolgte nach ihrer institutionellen Struktur und ihrem Versorgungsauftrag. Dabei wurden Einrichtungen zu einem Typ zusammengefaßt, die sich in anderer Hinsicht, z. B. in ihrem Selbstverständnis und ihrer therapeutischen Orientierung teilweise erheblich unterscheiden. Zu erwarten war demnach eine große Varianz aller Merkmale bereits innerhalb der Kliniktypen, was das Aufzeigen signifikanter Unterschiede zwischen ihnen erschwert. Angesichts der großen Zahl der berücksichtigten Fälle konnte aber doch gezeigt werden, daß die Klientel in den drei Kliniktypen statistisch signifikant differiert. Die Verteilung von Diagnosen, Geschlecht und Aufnahmeweg unterscheidet sich demnach in den drei Kliniktypen mit unterschiedlichem Versorgungsauftrag in einer Großstadt. Dieser Umstand, daß in den verschiedenen Kliniktypen z.T. andere Patienten behandelt werden, erklärt jedoch nicht oder zumindest nicht vollständig die z.T. deutlichen Unterschiede in der jeweiligen durchschnittlichen Behandlungsdauer und in den Fallkosten. So ist die Aufnahme eines Patienten in einer Fachabteilung mit Versorgungsverpflichtung unabhängig von den sonstigen in dieser Studie erhobenen Merkmalen in signifikanter Weise eher mit einer kürzeren Behandlungsdauer und mit niedrigeren Fallkosten verbunden. Soweit die Befunde vergleichbar sind mit den Ergebnissen anderer Studien, sind sie mit diesen konsistent [2, 3, 12, 13, 15]. Bei ihrer Interpretation sind jedoch einige methodische Aspekte zu berücksichtigen.

Durch die Einschlusskriterien sind die nicht-AOK-versicherten Patienten und alle längerfristig hospitalisierten Patienten ausgeschlossen worden [16]. Daraus resultiert eine im Vergleich zum Durchschnitt aller psychiatrischen Krankenhausbehandlungen in Berlin-West (durchschnittliche Behandlungsdauer 1993: 75,4 Tage) deutlich verkürzte Aufenthaltsdauer, die jedoch ungefähr der vom Bundesministerium für Gesundheit

angegebenen mittleren Behandlungsdauer aller GKV-Versicherten im alten Bundesgebiet entspricht (1990: 33,8 Tage) [1, 4, 17]. Die Ausschlusskriterien führen also dazu, daß sich die im Vergleich zum Bundesschnitt längere stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten in Berlin, die sich aus der relativ großen Anzahl von Betten ergibt, in dieser Studie nicht widerspiegelt. Neben der hohen Bettendichte können auch andere regionale Besonderheiten die Befunde mitbestimmt haben. So mag der hohe Anteil anderer (d.h. ohne Schizophrenie) nichtorganischer Psychosen durch ortsspezifische Traditionen der Diagnosestellung bedingt sein, die eine psychotische Erkrankung relativ häufig als reaktive Psychose (insgesamt 24% aller Patienten hatten die ICD-9-Diagnose 298) klassifizieren.

Da nur wenige Merkmale für jeden Patienten in dieser Studie erhoben wurden, bleibt offen, ob die differenzierte Untersuchung weiterer soziodemographischer und klinischer Merkmale die gefundenen Unterschiede zwischen den Kliniktypen besser erklärt hätte [11, 12, 13, 20]. Diese Unterschiede sind bezüglich der Kosten ebenso prägnant wie hinsichtlich der durchschnittlichen Behandlungsdauer [10, 14]. Die kürzere Aufenthaltsdauer in Fachabteilungen mit Pflichtversorgung gleicht den im Vergleich zu den Fachkrankenhäusern höheren Pflegesatz aus und führt zu signifikant geringeren Fallkosten. Besonders teure Angelegenheiten scheinen Fachabteilungen ohne Versorgungsverpflichtung zu sein, bei denen die durchschnittliche Behandlungsdauer in etwa denen der Fachkrankenhäuser entspricht, die Fallkosten jedoch signifikant höher sind, wobei das Ausmaß der in dieser Studie gefundenen Differenz von gesundheitsökonomischer Relevanz ist. Diese Abteilungen haben zwar dadurch, daß sie Patienten auswählen können, die Möglichkeit, spezialisierte Angebote für bestimmte Patientengruppen zu entwickeln, z.B. für die in ihnen besonders häufig behandelten Patienten mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Das hat jedoch nicht dazu geführt, daß die Behandlung irgendeiner Diagnosegruppe – mit Ausnahme der organischen Psychosen – in solchen Häusern besonders kurz oder kostengünstig wäre. Bei der Betrachtung der Kosten ist jedoch zu bedenken, daß ihre Berechnung durch die Summierung der Tagessätze erfolgte. Diese Tagessätze differieren innerhalb einer Einrichtung interindividuell nicht, so daß ein höherer Aufwand für bestimmte Patienten nicht differenziert berücksichtigt werden kann. Darüber hinaus sind die Sätze (noch) nicht abteilungsspezifisch, sondern gelten einheitlich für das gesamte jeweilige Krankenhaus und sind so ausgehandelt worden, daß sie die Ausgaben aller – unterschiedlich teuren – Abteilungen insgesamt decken sollen.

Studien wie die vorliegende sagen nichts über die Qualität einer Versorgung oder einer Einrichtung aus. Sie geben aber Hinweise, welche strukturellen Maßnahmen für eine Kostendämpfung in der psychiatrischen Versorgung sinnvoll sein könnten [6]. Da die Patienten mit funktionellen Psychosen die diagnostisch größte Einzelgruppe stellen und da für ihre Behandlung pro Fall (mit Ausnahme der Oligophrenien) das meiste Geld gezahlt wird, scheinen der weitere Ausbau und/oder die inhaltliche Optimierung komplementärer und ambulanter Angebote speziell für diese Patienten indiziert [9]. Und eine weitere Veränderung der stationären psychiatrischen Versorgung in Richtung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung wird durch das Argument der Kostendämpfung eher unterstützt als behindert.

## Literatur

- <sup>1</sup> AOK Berlin: Krankheitsartenstatistik der AOK Berlin (1990/91) Teil II
- <sup>2</sup> Bauer, M.: Psychiatrie am Allgemeinkrankenhaus – zwischen Krise und Chronizität. *Psychiat. Prax.* 14 (1987) 47–51
- <sup>3</sup> Bruns, G.: Drei Typen der stationären psychiatrischen Versorgung – ein statistischer Vergleich. *Öff. Gesundh.-Wes.* 51 (1989) 17–20
- <sup>4</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens Ausgabe 1993 Band 25 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Baden-Baden (1993)
- <sup>5</sup> Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit: Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn (1988)
- <sup>6</sup> Dauwalder, J. P.: Kosten und Nutzen Gemeindepsychiatrischer Alternativen. In: Dörner, K. (Hrsg.), *Aus leeren Kassen Kapital schlagen*. J. van Hoddiss Gütersloh (1994)
- <sup>7</sup> Degwitz, R. et al. (Hrsg.): *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (ICD 9. Revision)*. Springer, Berlin (1980)
- <sup>8</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): *Zahlen, Daten Fakten 94/95* (1994)
- <sup>9</sup> Dick, P. H., I. K. Crombie, T. Durham, C. McFee, M. Primrose, S. Mitchell: Unnecessary hospitalisation in a psychiatric rehabilitation unit. *BMJ* 304 (1992) 1544
- <sup>10</sup> Dinkel, R. H., E. Görtler: Der Verweildauerrückgang in bundesdeutschen Akutkrankenhäusern zwischen 1980 und 1989 in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. *Öff. Gesundh.-Wes.* 53 (1991) 757–761
- <sup>11</sup> Herr, B. E., H. D. Abraham, W. Anderson: Length of stay in a General Hospital Psychiatric Unit. *Gen. Hosp. Psychiatry* 13 (1991) 68–70
- <sup>12</sup> Huxley, P., W. Braude: Acute admission to psychiatric care: Factors related to length of stay. *Journal of Mental Health* 3 (1994) 377–386
- <sup>13</sup> Jakubaschk, J., D. Waldvogel, O. Würmler: Differences between long-stay and short-stay and short-stay inpatients and estimation of length of stay. A prospective study. *Soc. Psychiatry and Psychiatr. Epidemiol.* 28 (1993) 84–90
- <sup>14</sup> Lawrence, R. E., J. R. Copas, P. W. Cooper: Community Care: Does it Reduce the Need for Psychiatric Beds? A Comparison of Two Different Styles of Services in Three Hospitals. *British Journal of Psychiatry* 159 (1991) 334–340
- <sup>15</sup> Rössler, W., H. J. Salize, U. Biechle, A. Riecher-Rössler: Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Ein europäischer Vergleich. *Nervenarzt* 65 (1994) 427–437
- <sup>16</sup> Senat von Berlin: Einzelplan 11 – Gesundheit; Psychiatrieplanung/Enthospitalisierung (1994)
- <sup>17</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit: Jahresgesundheitsbericht Berlin (1993)
- <sup>18</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit: Krankenhausplan (1993)
- <sup>19</sup> Statistisches Bundesamt: *Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen 1992*, Fachserie 12, Reihe 1, Wiesbaden (1993)
- <sup>20</sup> Werner, B.: Analyse und Bewertung der Krankenhausverweildauer durch den medizinischen Dienst. *Gesundh.-Wes.* 54 (1992) 11–18

## BUCHBESPRECHUNG

## Soziale Phobie: Verhaltenstherapie

Das vorliegende Buch steht in der Tradition des seit 15 Jahren in der Literatur berichteten sozialen Kompetenztrainings. Nach der Darstellung der definitorischen Grundlagen werden im zweiten Kapitel die klinischen Bilder beschrieben, differenzialdiagnostische Überlegungen angestellt und Prävalenzdaten mitgeteilt. Kapitel 3 beinhaltet grundsätzliche Überlegungen zu verhaltenstherapeutischen Expositionsverfahren. Anschließend werden das Therapiekonzept, seine Kontraindikationen und bisherige Effektivitätsstudien resümiert. Das umfangreiche fünfte Kapitel enthält einen verhaltenstherapeutischen Therapieleitfaden für ein fünftägiges In-vivo-Expositionstraining für Gruppen, auch mit Hinweisen zum Umgang mit speziellen Symptomen (z.B. Schreibhemmung) und zur Anwendung in der Einzeltherapie. Im Abschlußkapitel werden Informationen zur Bildung von Selbsthilfegruppen gegeben.

Hinsichtlich des verhaltenstherapeutischen Paradigmas dürfte das vorliegende Buch auch aufgrund der klaren, kompakten und aktuellen Darstellung eine interessierte Leserschaft finden. Bedauerlicherweise wagt der Autor an keiner Stelle einen Blick über den verhaltenstherapeutischen Tellerstand hinaus zu anderen theoretischen und therapeutischen Positionen – insbesondere nicht in Richtung einer allgemeinen und integrativen Psychotherapie. Gernot Lauer, Heidelberg

Wlazlo, Z.: **Soziale Phobie**. Eine Anleitung zur Durchführung einer Exposition in vivo. 1995. XII, 128 S., 2 Tab. (Karger-Verlag, Basel, Freiburg, Paris, London, New York, New Delhi, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney.) DM 48,-.

Dipl.-Psych. Dieter Scheytt

Abteilung für Sozialpsychiatrie  
Freie Universität Berlin  
Platanenallee 19  
D-14050 Berlin