

Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten

Stefan Priebe, Karin Hoffmann, Margarete Isermann, Wolfgang Kaiser, Berlin

Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie

Zusammenfassung: Die Berliner Enthospitalisierungsstudie ist eine prospektive Untersuchung zur Evaluation eines geplanten Enthospitalisierungsprozesses in Berlin. In der Eingangserhebung wurden alle erwachsenen psychiatrischen Patienten aus zweieinhalb Bezirken untersucht, deren aktueller stationärer Aufenthalt mindestens sechs Monate betrug. Die Gesamtstichprobe umfaßt 422 Patienten, über deren Behandlungssituation und Pflegebedürftigkeit berichtet wird. 70 Patienten hatten als Hauptdiagnose gemäß ICD-10 eine organische Störung (einschließlich Korsakow-Syndrom) und 61 eine Intelligenzmindering. Bei 237 der übrigen 291 Patienten wurden Symptomatik und soziale Behinderungen genauer untersucht. Bei im Mittel mäßiggradigen Ausprägungen von psychopathologischer Symptomatik und sozialen Behinderungen wurden diese Patienten in einer Clusteranalyse drei Gruppen zugeteilt. Nur bei den beiden kleineren Gruppen (zusammen 31%) scheinen besondere protektive Maßnahmen für den Fall einer Entlassung erforderlich.

Clinical Characteristics of Long-Term Hospitalized Patients: The Berlin Deinstitutionalization Study investigates effects of the planned reduction of psychiatric hospital beds in Berlin prospectively. In the beginning cross-sectional survey all adult psychiatric patients from two and a half districts, who had been hospitalized for more than 6 months, were examined. The total sample was 422 patients. Treatment situation and needs for nursing care are reported. The primary diagnosis according to ICD-10 was organic disorder (incl. Korsakov's syndrome) in 70 patients and mental retardation in 61. Psychopathology and social disabilities were examined in 237 of the remaining 291 patients. On average, psychopathology and disabilities were moderate. A cluster analysis classified three groups. When patients should be discharged, special protective measures might be necessary only for the two smaller groups (together 31%).

Die Reformen der psychiatrischen Versorgung, die seit den 50er Jahren in den westlichen Industrieländern mit unterschiedlichem Tempo initiiert und vorangetrieben wurden, verfolgten bezüglich der stationären Versorgung vor allem zwei Ziele: Zum einen sollte die Anzahl der psychiatrischen Krankenhausbetten vermindert werden. Dies ist in verschiedenem Ausmaß nahezu überall erreicht worden; auch in Deutschland, wo das Ausgangsniveau niedriger war als in den

meisten anderen Staaten, ist die Zahl psychiatrischer Betten reduziert worden [19]. Wie weit der Bettenabbau künftig gehen soll und wie viele Betten letztlich in Verbindung mit teilstationären, komplementären und ambulanten Angeboten als optimal betrachtet werden, bleibt naturgemäß umstritten. Zum anderen sollten die Bedingungen in der stationären Versorgung selbst verbessert werden. Psychiatrische Kliniken sollten mit ausgebildetem und zahlenmäßig ausreichendem Personal und unter geeigneten baulichen Voraussetzungen qualifizierte und dem Stand des Wissens entsprechende Behandlung anbieten, anstatt Patienten in zumeist überbelegten Stationen und unter öden und inhumanen Lebensbedingungen vorrangig zu verwahren. Dieses Ziel ist – wie das erste auch – für Deutschland unter anderem in der Psychiatrie-Enquete angemahnt worden [7]. In den zwei Jahrzehnten seither hat sich eine erhebliche Verbesserung der damals kritisierten Situation ergeben; in den meisten Kliniken sind die baulichen Voraussetzungen und der Personalschlüssel günstiger geworden, und die durchschnittlichen Aufenthaltszeiten der Patienten haben sich verringert. Diese Entwicklung hat aber nicht nur die Qualität der stationären psychiatrischen Versorgung angehoben, sondern diese auch wesentlich verteuert. So sind die jetzigen hohen Kosten – neben einem möglicherweise vorhandenen Reformwillen – Anlaß dafür, daß Krankenkassen sowie Sozial- und Gesundheitspolitiker im Sinne der Kostendämpfung im Gesundheitswesen eine weitere Reduzierung der Bettenzahl verlangen. Im Bundesland Berlin sollen nach Planungen des Berliner Senats in den nächsten Jahren 1500–1800 psychiatrische Betten „abgebaut“ werden [12]. Für die wissenschaftliche Forschung stellt sich die Aufgabe, diese Veränderungen der Versorgungsbedingungen systematisch zu evaluieren.

Hinsichtlich empirischer Untersuchungen zur Bewertung bisheriger Enthospitalisierungsprozesse ist zwischen experimentellen und naturalistischen Ansätzen zu unterscheiden: So sind in den letzten zwei Jahrzehnten einige kontrollierte Studien durchgeführt worden, in denen gemeindepsychiatrische Einrichtungen hinsichtlich ihrer Effektivität mit einer sogenannten Standardbehandlung und/oder mit einer durchgehenden Krankenhausbehandlung verglichen wurden. Hierfür wurden Patientengruppen den unterschiedlichen Behandlungen in randomisierter Weise zugeteilt. Gemeindepsychiatrische Behandlungen führten zu einer gleichen oder geringeren psychopathologischen Symptomatik, zu intensiveren sozialen Kontakten und zu einer höheren Zufriedenheit der Patienten und verursachten stets geringere Kosten [3, 4, 10, 14, 21, 22, 24, 25]. Neben diesen methodisch anspruchsvollen und auf die Situation neuer Modelleinrichtungen beschränkten Untersu-

chungen sind naturalistische Evaluationsstudien dort durchgeführt worden, wo die Zahl psychiatrischer Betten den politischen Vorgaben folgend deutlich verringert wurde bzw. ganze psychiatrische Kliniken geschlossen wurden. Diese Studien haben sich vornehmlich mit der Frage beschäftigt, wo die vormals hospitalisierten Patienten später versorgt wurden und welche Merkmale sich nach der Entlassung veränderten. Sie weisen zum Teil erhebliche methodische Mängel auf und ergaben, daß sich Symptomatik und soziale Integration der entlassenen Patienten im Mittel besserte, daß diese die Veränderungen auch langfristig positiv bewerteten und daß die Versorgungskosten letztlich geringer waren, wenngleich es in einer Übergangszeit zuweilen auch zu einer Verteuerung kam [2,5,15,16,20,23]. Die Befunde sind jedoch immer vor dem Hintergrund der konkreten Lebens- und Versorgungsbedingungen der untersuchten Patienten vor und nach der Entlassung zu betrachten. In den erwähnten Studien waren die Patienten vor der Enthospitalisierung durchgehend in Kliniken, die hinsichtlich ihrer Personal- und Raumausstattung und ihrer speziellen Therapieangebote – bei allerdings auch deutlich niedrigeren Kosten – ungleich schlechter gestellt waren als die meisten deutschen Kliniken heute. Das bedeutet, daß die Ausgangsbedingungen für heute in Deutschland langzeithospitalisierte Patienten, die im Zuge von Enthospitalisierungsvorhaben entlassen werden, nicht unbedingt mit der Situation der Patienten in früheren angloamerikanischen Studien vergleichbar sind.

Bei umfangreichen Enthospitalisierungen ist deshalb neu zu prüfen, durch welche Einrichtungen die entlassenen Patienten später versorgt werden und ob bzw. in welcher Weise sie von der veränderten Versorgungssituation profitieren. Darüber hinaus ist aber eine Reihe weiterer Fragen mit der Enthospitalisierung verbunden, die durch empirische Forschung beantwortet werden sollten. Für die Versorgungsplanung wesentliche Frage sind dabei: a) Gibt es nach der Entlassung der früheren Patienten neue langzeithospitalisierte Patienten, und wie verändern sich durch die Verminderung der Bettenzahl Klientel und Aufgabe einer stationären psychiatrischen Einrichtung? b) Wo und mit welchem Effekt werden solche Patienten, die unter früheren Bedingungen mittel- oder langfristig hospitalisiert worden wären, zukünftig versorgt?

Die Beantwortung jeder dieser Fragen erfordert eine prospektive Längsschnittstudie und als Ausgangspunkt eine systematische Querschnittserhebung aller derzeit mittel- und langfristig hospitalisierten Patienten. Eine solche prospektive Untersuchung ist die Berliner Enthospitalisierungsstudie. In der Eingangserhebung dieser Studie wurden alle erwachsenen psychiatrischen Patienten aus zweieinhalb Berliner Bezirken untersucht, deren aktueller stationärer Aufenthalt mindestens sechs Monate betrug. Besonderer Wert wurde dabei auf subjektive Sichtweise der Patienten gelegt, die mit größerer Genauigkeit und Differenziertheit erfaßt wurden als in bisherigen Studien der Fall war [18]. In diesem ersten Teil berichten wir über Vorgeschichte, Diagnose, Behandlungssituation und Pflegebedürftigkeit aller Patienten sowie über die fremdbeurteilte psychopathologische Symptomatik, die subjektiv angegebenen Beschwerden und die sozialen Behinderungen einer genauer untersuchten Kerngruppe, während andere Befunde (z.B. Lebensqualität, Bedürfnisse, Prognosen und Verlauf) an späterer Stelle dargestellt werden.

Methode

Die Studie wird von der Abteilung für Sozialpsychiatrie an der Freien Universität Berlin gemeinsam mit den psychiatrischen Abteilungen des Krankenhauses Spandau (bis 31.12.1994: Nervenlinik Spandau) und Platane 19 e.V. (Verein zur Wiedereingliederung psychisch Kranker) durchgeführt und von den psychiatrischen Krankenhäusern des Deutschen Roten Kreuz in Charlottenburg sowie von der Psychiatriekoordination des Bezirksamtes Charlottenburg unterstützt. Untersucht wurden Patienten, die mindestens 18 Jahre alt waren und aktuell mindestens sechs Monate durchgehend hospitalisiert sowie vor ihrer Hospitalisierung in Charlottenburg, Spandau oder Wilmersdorf polizeilich gemeldet waren oder die seit mindestens zwei Jahren in einer stationären psychiatrischen Einrichtung in Charlottenburg oder Spandau lebten und dort polizeilich gemeldet waren (auch wenn sie vorher aus anderen Bezirken kamen). Eingeschlossen wurden alle Patienten, die diese Kriterien während des ersten Halbjahres 1994 erfüllten und sich in der Nervenlinik Spandau (632 psychiatrische Betten), der pflichtversorgenden stationären Einrichtung für die Bezirke Charlottenburg, Spandau und Wilmersdorf, in den DRK-Sonderkrankenhäusern Birkenhain [55 Betten] und Erlengrund [45], der DRK-Klinik Phönix [40] und dem Hospital Kastanienallee [41] sowie in der Nachtklinik der Abt. für Sozialpsychiatrie [12] an der FU Berlin befanden. Alle letztgenannten Häuser liegen in Charlottenburg (das mit der dortigen gerontopsychiatrischen Versorgung betraute Max-Bürger-Krankenhaus und das in Spandau gelegene Arbeiter-Samariter Bund-Krankenhaus für chronisch psychisch kranke Frauen wurden ebenfalls einbezogen, die Ergebnisse sind in der hier berichteten Analyse aber nicht berücksichtigt). Weitere stationäre Einrichtungen, die mittel- und langfristig Patienten aus dem jeweiligen Bezirk behandeln, gibt es zwar in Wilmersdorf, nicht aber in Charlottenburg und Spandau, so daß für diese beiden Bezirke eine weitgehende Vollständigkeit der Eingangserhebung angenommen werden kann. Untersucher waren klinisch erfahrene Psychologen bzw. Psychiater, die mit dem jeweiligen Behandlungssetting vertraut, aber nicht in die Behandlung selbst involviert waren. Die Angaben der Patienten wurden den verantwortlichen Behandlern nicht mitgeteilt.

Vorgeschichte und gegenwärtige Behandlungssituation wurden in einem standardisierten Erhebungsbogen erfaßt. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 [8] durch die behandelnden Ärzte gestellt. Die psychopathologische Symptomatik wurde von den Untersuchern mittels der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) beurteilt. Die Beschwerden der Patienten wurden in einer aufgrund eigener Voruntersuchungen kombinierten und 29 Items umfassenden Form der von Zerssen Beschwerdenliste (BL) erhoben [6,9]. Das Pflegepersonal beurteilte die Pflegebedürftigkeit der Patienten in einem Bogen mit 14 Items, die unterschiedliche Bereiche betreffen. Soziale Behinderungen wurden vom Pflegepersonal mittels einer gekürzten Form des Disability Assessment Schedule (DAS; Bereiche: Sorge um Selbstdarstellung, Freizeitaktivitäten, Kommunikation, Rücksichtnahme, Interessen sowie Gesamteinschätzung) beurteilt [11].

Ergebnisse

Gesamtstichprobe und diagnostische Untergruppen

Die Einschlusskriterien wurden von 422 Patienten (174 Frauen, 248 Männer) mit einem Durchschnittsalter von 51,9 Jahren (range: 18–97 Jahre, $s = 17,8$ Jahre) erfüllt. 315 Patienten befanden sich in der Nervenlinik Spandau, 101 in den DRK-Krankenhäusern in Charlottenburg und 6 in der Nachtambulanz der Abt. für Sozialpsychiatrie an der FU Berlin. Die Hauptdiagnosen gemäß ICD-10 waren organische und symptomatische psychische Störungen (57 Patienten), Störungen durch psychotrope Substanzen (48, davon 13 durch Alkohol bedingte amnestische Syndrome), Schizophrenie (193), schizotypische Störung (1), wahnhaftige Störungen (3), schizoaffektive Störung (20), bipolare affektive Störung (6), erstmalige oder rezidivierende depressive Störung (17), neurotische Störungen (3), Persönlichkeitsstörungen (9), Intelligenzminderung (61) und Verhaltensstörung mit Beginn in der Kindheit (4). Diesen Diagnosen folgend wurden die Patienten fünf Untergruppen zugeordnet: organische Störungen und Korsakow-Syndrom (F0, F10.6, 16,6%), Abhängigkeitserkrankungen ohne Korsakow-Syndrom (F1, 8,3%), Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen (F2, 51,4%), affektive neurotische und Persönlichkeitsstörungen (F3, F4, F6, F9, 9,2%) und Intelligenzminderung (F7, 14,5%).

Alter, Geschlecht, Behandlungssituation und Pflegebedürftigkeit

Alter, Geschlecht, Anzahl und Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte, Merkmale der jetzigen Behandlungssituation und die Pflegebedürftigkeit der Patienten sind für die Gesamtstichprobe und für die diagnostischen Untergruppen in Tab. 1 aufgelistet.

Geschlecht, Alter, die Anzahl stationärer Vorbehandlungen, vor allem aber die Gesamtdauer bisheriger stationärer Aufenthalte, die im Schnitt fast 10 Jahre beträgt, variiert erheblich zwischen den diagnostischen Untergruppen. Bei mehr als der Hälfte der Patienten wird die Behandlung nicht bzw. nicht mehr von einer Krankenkasse finanziert; dieser Anteil beträgt in jeder Untergruppe zumindest 20%. Unfreiwillige Behandlungen und beschränkte Ausgangsregelungen sind bei Patienten mit organischen Störungen und mit Intelligenzminderung besonders häufig und betreffen in der gesamten Stichprobe etwa 30%. Auch die Anzahl der Bereiche, in denen die Patienten als pflegebedürftig eingeschätzt wurden, variiert naturgemäß zwischen den Diagnosegruppen, wobei insgesamt am häufigsten (22%) angegeben wurde, daß die Patienten Hilfe beim Waschen benötigten. Während bei Patienten mit organischen Störungen und Intelligenzminderung eine klinisch relevante Pflegebedürftigkeit in mehr als zwei Bereichen recht häufig ist, sind auch in den anderen diagnostischen Untergruppen jeweils 5–12% der Patienten in dieser ausgeprägteren Weise als pflegebedürftig beurteilt.

Auch die angewandten psychiatrischen Therapiemaßnahmen sind in den einzelnen diagnostischen Untergruppen zum Teil unterschiedlich. Insgesamt erhielten 78% aller Patienten Psychopharmaka; 52% nahmen regelmäßig an einer Beschäftigungstherapie, 44% an einer Form von Gruppentherapie, 35% an einer Bewegungstherapie, 30% an einer Musiktherapie und

28% an einer Arbeitstherapie teil. 21% erhielten eine physikalische Therapie.

Psychopathologische Symptomatik, Beschwerden und soziale Behinderungen

Im folgenden beziehen sich die Schilderungen ausschließlich auf die Gruppen mit Störungen durch psychotrope Substanzen (F1 ohne Korsakow-Syndrom), mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) sowie mit affektiven, neurotischen und Persönlichkeitsstörungen (F3, F4, F6, F9). Diese Kerngruppe haben wir versucht, persönlich zu befragen und zu untersuchen. Sie umfaßte 291 Patienten, von denen jedoch 54 nicht oder nicht vollständig interviewt werden konnten. 18 Patienten lehnten eine Befragung von vornherein ab, bei 4 Patienten scheiterte sie aus organisatorischen Gründen. Bei 28 Patienten war die aktuelle Symptomatik zu ausgeprägt, als daß eine sinnvolle Befragung möglich gewesen wäre, bei 4 Patienten mußte die bereits begonnene Befragung deshalb abgebrochen werden. Die 54 nichtuntersuchten Patienten waren älter ($M 56,7$ versus $48,3$ Jahre, $p < 0,01$), häufiger unfreiwillig in der Klinik (28% vs. 11%, $p > 0,001$) und häufiger in mindestens drei Bereichen pflegebedürftig (22% vs. 8%, $p < 0,01$). Ihre Behandlung wurde eher über das Sozialamt finanziert (63% vs. 48%, $p < 0,05$), sie durften seltener allein die Klinik verlassen (67% vs. 88%, $p < 0,001$) und hatten tendenziell eine längere Dauer der gegenwärtigen Hospitalisierung (94,3 versus 57,8 Monate, $p < 0,10$) als die befragte Gruppe. In anderen Merkmalen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der nichtuntersuchten und der untersuchten Gruppe.

Die fremdbeurteilte psychopathologische Symptomatik und die häufigsten ($\geq 40\%$ aller untersuchten Patienten) in der BL als mäßig oder stark ausgeprägt angegebenen Beschwerden sind in Tab. 2 aufgeführt.

Die mit der BPRS erhobene Gesamtsymptomatik sowie die Subfaktoren Anergie, Denkstörungen und Feindseligkeit sind in der Gruppe der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen am stärksten ausgeprägt. Hinsichtlich der anderen Faktoren zeigen sich ebenfalls Differenzen, die zum Teil auch statistisch signifikant, aber im Ausmaß geringer und weniger spezifisch sind. Darüber hinaus klagten die Patienten mit schizophrenen Störungen insgesamt über weniger Beschwerden und speziell seltener über Grübeleien, innere Gespanntheit und Traurigkeit. Andere markante Unterschiede fanden sich zwischen den Gruppen nicht.

Die Gesamteinschätzung der sozialen Behinderungen mittels der DAS ergab für alle drei diagnostischen Untergruppen eine gute bis befriedigende soziale Anpassung bei 41–52% der Patienten. 23–45% wurden als mäßig sozial angepaßt beurteilt. Deutliche Unterschiede zeigten sich in der Häufigkeit einer geringen bis fehlenden Anpassung: Bei der Gruppe der schizophrenen Patienten wurden 29%, in den anderen Gruppen nur 14 bzw. 16% als gering bis gar nicht sozial angepaßt eingeschätzt. Tab. 3 zeigt für die drei Diagnosegruppen zusammengefaßt die Ausprägung der Behinderungen in den erfragten Bereichen.

Tab. 1 Alter, Geschlecht, Anzahl stationärer Vorbehandlungen, Gesamtdauer bisheriger stationärer Aufenthalte (einschließlich des aktuellen), Merkmale der Behandlungssituation und Pflegebedürftigkeit.

	Gesamtstich- probe (n = 422)	organische Stö- rungen einschl. alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (F0, F10,6) (n = 70)	psychische und Verhaltensstö- rungen durch psychotrope Substanzen (F1) (n = 35)	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) (n = 217)	affektive, neuro- tische und Pers- önlichkeits- störungen (F3, F4, F6, F9) (n = 39)	Intelligenz- minderung (F7) (n = 61)
<i>Geschlecht</i> (Frauen/Männer)	41%/59%	40%/60%	26%/74%	46%/54%	41%/59%	36%/64%
<i>Alter (Jahre)</i>	51,9 ± 17,8	70,2 ± 16,7	45,2 ± 8,6	50,6 ± 15,3	49,6 ± 18,8	41,2 ± 15,4
<i>Anzahl stationärer Vorbehandlungen</i>	7,7 ± 9,5	5,2 ± 8,5	4,9 ± 5,5	9,7 ± 10,4	6,6 ± 8,8	5,6 ± 7,8
<i>Gesamtdauer stationärer Aufenthalte (in Jahren)</i>	9,7 ± 10,9	5,9 ± 8,1	2,3 ± 3,7	11,0 ± 10,8	5,8 ± 8,7	16,2 ± 13,2
<i>Kostenträger</i> (Krankenkasse/Sozialamt/ andere)	44%/55%/0,4%	36%/63%/0%	80%/20%/0%	39%/60%/1%	72%/28%/0%	34%/66%/0%
<i>Behandlungsmodus</i> (freiwillige/unfr. Betr. G/ unfr. Psych. KG)	72%/27%/2%	36%/61%/3%	100%/ 0%/0%	82%/16%/2%	95%/ 5%/0%	44%/56%/0%
<i>Ausgangsregelung</i> (allein/in Begleitung/ kein Ausgang)	69%/27%/5%	28%/64%/9%	97%/ 3%/0%	82%/15%/3%	87%/ 8%/5%	41%/51%/8%
<i>Pflegebedürftigkeit</i> <i>Anzahl der Bereiche</i> <i>> 2 Bereiche</i>	1,6 ± 3 20%	5,1 ± 4,8 57%	0,6 ± 0,9 6%	0,9 ± 1,9 12%	0,5 ± 1,4 5%	1,6 ± 2,2 23%

Tab. 2 Fremdbeurteilte psychopathologische Symptomatik und häufigste in der BL als mäßig oder stark ausgeprägt angegebene Beschwerden (> = 40 % aller untersuchten Patienten).

	psychische u. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (n = 29)	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) (n = 176)	affektive, neuro- tische und Persönlich- keitsstörungen (F3, F4, F6, F9) (n = 32)	p
<i>BPRS (Summe)</i>	37,9 ± 11,4	47,2 ± 16,4	40,1 ± 11,1	< 0,001 (F = 6,6) ^a
<i>Faktoren</i>				
Angst/Depression	13,9 ± 4,7	11,8 ± 4,9	14,7 ± 5,8	< 0,01 (F = 6,0) ^b
Anergie	7,8 ± 4,4	11,0 ± 4,7	7,7 ± 3,4	< 0,001 (F = 11,9) ^{a,b}
Denkstörung	4,8 ± 1,2	9,2 ± 5,2	5,6 ± 2,3	< 0,001 (F = 16,8) ^{a,b}
Aktivierung	6,3 ± 4,1	7,9 ± 3,9	6,9 ± 3,1	< 0,10 (F = 2,8)
Feindseligkeit	5,0 ± 3,3	7,2 ± 4,0	5,2 ± 2,8	< 0,001 (F = 6,9) ^{a,b}
<i>Beschwerden (Summe)</i>	9,0 ± 6,9	7,9 ± 6,4	11,9 ± 7,1	< 0,01 (F = 5,1) ^b
Nervosität	55%	42%	53%	n. s.
Grübeleien	62%	35%	59%	< 0,001 (χ ² = 12,6)
innere Gespanntheit	55%	38%	59%	< 0,05 (χ ² = 6,9)
innere Unruhe	55%	42%	59%	n. s.
Müdigkeit	41%	47%	47%	n. s.
Traurigkeit	52%	39%	66%	< 0,01 (χ ² = 8,7)

a: multipler Mittelwertvergleich Bonferroni adjustiert (< 0,05) zwischen Gruppe 1 und 2; b: multipler Mittelwertvergleich Bonferroni adjustiert (< 0,05) zwischen Gruppe 2 und 3

Clusteranalyse

Um die Patienten nicht nur durch eine Fülle von Einzelmerkmalen zu charakterisieren, sondern auch in möglichst klinisch relevanter Weise zu gruppieren, haben wir zum Abschluß dieses ersten Teils eine Clusteranalyse nach der k-means-Metho-

de durchgeführt, wobei die Anzahl der stationären Voraufenthalte, die Gesamtdauer aller bisherigen Aufenthalte und die Ausprägung der aktuellen psychopathologischen Symptomatik (Gesamtwert der BPRS) zur Clusterbildung herangezogen wurden. Tab. 4 zeigt eine 3-Cluster-Lösung mit Merkmalen, in denen diese sich signifikant unterscheiden. In den anderen in

Tab. 3 Einschätzung der Behinderung durch das Pflegepersonal mittels der DAS für alle untersuchten Patienten (F1, F2, F3, F4, F6, F9).

	keine Störung	geringe Störung	deutliche Störung	ernste Störung
Sorge um Selbstdarstellung	45,9%	21,0%	18,5%	14,6%
Freizeitaktivitäten	33,9%	21,9%	29,7%	19,4%
Kommunikation/sozialer Rückzug	49,7%	22,6%	15,0%	22,7%
Rücksichtnahme/Konflikte	56,2%	24,0%	9,9%	9,0%
Interessen, Informationsbedürfnis und Rolle als Bürger	34,8%	27,0%	22,3%	15,9%

diesem Teil 1 der Studie dargestellten Variablen fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Die größte Gruppe (Cluster 2) weist eine mittlere Anzahl und geringe Gesamtdauer bisheriger stationärer Aufenthalte auf, hat eine relativ geringe aktuelle psychopathologische Symptomatik und weniger soziale Behinderungen und ist im Mittel jünger als die beiden anderen Gruppen. Eine weitere Gruppe (Cluster 1) zeichnet sich durch eine hohe Anzahl und mittlere Dauer bisheriger stationärer Behandlungen sowie durch eine besonders ausgeprägte psychopathologische Symptomatik aus. Eine kleine dritte Gruppe (Cluster 3) ist durch eine geringe Anzahl, aber sehr lange Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte bei mäßig ausgeprägter Symptomatik charakterisiert, zeigt häufiger eine schlechte bis fehlende soziale Anpassung und ist im Schnitt am ältesten.

Diskussion

In diesem ersten Teil der Berliner Enthospitalisierungsstudie wurden klinische Merkmale von mittel- und langfristig hospitalisierten Patienten dargestellt, die mit vorwiegend konventionellen und etablierten Methoden erhoben wurden. Die Ergebnisse der Gesamtstichprobe sind durch die relativ weiten Einschlusskriterien beeinflusst. Hätten wir z.B. nur Patienten mit einer längeren Dauer der gegenwärtigen stationären Behandlung berücksichtigt, so wären die Mittelwerte von Alter und Gesamtdauer bisheriger Hospitalisierungen deutlich höher gewesen. Gerade das weite Einschlusskriterium erschien uns aber wichtig, um spätere Verläufe und Veränderungen differenziert erfassen zu können. Der Anteil derjenigen Patienten, die in relevanter Weise pflegebedürftig sind oder sich in unfreiwilliger Behandlung befinden, mag insgesamt nicht sehr hoch sein, zeigt aber doch, daß für eine relativ kleine Gruppe der betroffenen Patienten besondere Überlegungen für die Bedingungen einer Enthospitalisierung angestellt werden müssen. Beachtenswert scheint uns der immer noch in psychiatrischen Einrichtungen befindliche, relativ hohe Anteil von Patienten mit einer Intelligenzminderung. Von Bedeutung ist die Verteilung der Kostenträger. Offenbar können nicht nur die Krankenkassen, sondern vor allem die öffentliche Hand von einer umfangreichen Enthospitalisierung auch hinsichtlich der laufenden Kosten profitieren.

Von den als „Kerngruppe“ bezeichneten Patienten, denen das Hauptaugenmerk der Studie gilt, konnten 54 Patienten – immerhin 19% – nicht hinreichend untersucht werden. Es ist zwar nicht zu belegen, aber angesichts der Befunde z.B. hinsichtlich der häufigen limitierten Ausgangsregelung zu vermuten, daß die nichtuntersuchten Patienten im Schnitt eine stärkere Symptomatik aufwiesen und zu den auch vom therapeutischen Team als besonders schwierig erlebten Patienten gehörten. Wahrscheinlich hätte diese Gruppe sich in einigen der im weiteren erhobenen Merkmale von den tatsächlich un-

Tab. 4 Befunde der Clusteranalyse mit den abhängigen Variablen (Anzahl und Gesamtdauer stationärer Behandlungen, BPRS) und Diagnose, Alter, Kostenträger und Gesamteinschätzung der sozialen Behinderung für jede Gruppe.

	Cluster 1 (n = 51)	Cluster 2 (n = 164)	Cluster 3 (n = 22)	p
Anzahl stationärer Vorbehandlungen	15,3 ± 12,9	7,3 ± 7,6	4,8 ± 3,7	< 0,001 (F = 18,4) ^{a,b}
Gesamtdauer stationärer Aufenthalte (Jahre)	14,2 ± 3,7	3,1 ± 2,3	33,2 ± 7,5	< 0,001 (F = 143,8) ^{a,b,c}
BPRS (Σ)	52,1 ± 15,9	42,3 ± 15,1	47,6 ± 15,4	< 0,001 (F = 8,4) ^a
Diagnosegruppe				
Abhängigkeit	2%	17%	–	
Schizophrenie	88%	68%	86%	< 0,01 (χ ² = 13,5)
andere	10%	15%	14%	
Alter	51,7 ± 13,0	45,2 ± 13,9	63,3 ± 10,7	< 0,001 (F = 19,7) ^{a,b,c}
Kostenträger (Krankenkasse/Sozialamt/Rentenversicherung)	18%/82%/0%	68%/32%/0%	5%/90%/5%	< 0,001 (χ ² = 66,8)
soziale Anpassung:				
gut/befriedigend	40%	49%	19%	< 0,01 (χ ² = 10,2)
mäßig	27%	29%	33%	
schlecht/fehlerhaft	33%	22%	48%	

a: multipler Mittelwertvergleich Bonferroni adjustiert (< 0,05) zwischen Gruppe 1 und 2; b: multipler Mittelwertvergleich Bonferroni adjustiert (< 0,05) zwischen Gruppe 1 und 3; c: multipler Mittelwertvergleich Bonferroni adjustiert (< 0,05) zwischen Gruppe 2 und 3

tersuchten Patienten unterschieden. Bei der Interpretation der dargestellten Ergebnisse ist diese Selektion zu berücksichtigen, wenngleich über ihren genauen Einfluß nur spekuliert werden kann.

Was auch immer der Grund dafür sein mag, daß die untersuchten Patienten sich in und nicht außerhalb der Klinik befanden, das durchschnittliche Ausmaß ihrer aktuellen psychopathologischen Symptomatik oder gar die Anzahl ihrer subjektiven Beschwerden können es – zumindest bei der Mehrzahl – nicht sein. In beiden Merkmalen weist die untersuchte Gruppe keineswegs höhere Werte auf, als sie bei nichtstationären Patienten gefunden wurden [z. B. 1, 9, 17].

Um aus den Ergebnissen praxisrelevante Folgerungen ziehen zu können, scheint es sinnvoll, die komplexen Befunde zu verdichten, wie es mit der Clusteranalyse versucht wurde. Ihre Resultate können dahingehend interpretiert werden, daß für eine kleine Gruppe (Cluster 3) mit relativ hohem Alter und sehr langer stationärer Behandlungsdauer eine Entlassung nur äußerst vorsichtig und in Richtung einer auch zukünftig in stärkerem Maß beschützten Wohnsituation geplant werden sollte. Für die größte Gruppe (Cluster 2) mit relativ geringer Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen und auch geringer Symptomatik sollten komplementäre Einrichtungen mit begrenzter institutioneller Protektion als alternative Versorgungsform ausreichen. Es bliebe dann eine dritte zahlenmäßig überschaubare Gruppe (Cluster 1) mit vielen stationären Voraufenthalten und ausgeprägter Symptomatik, die zum Teil den in der Literatur beschriebenen new-long-stay-patients entsprechen mögen und für die möglicherweise neue und auch personalintensive Formen der Betreuung in der Gemeinde zu schaffen sind.

Empirische Untersuchungen wie die Berliner Enthospitalisierungsstudie können für die Planung und Steuerung von Enthospitalisierungsprozessen u. E. eine hilfreiche Informationsquelle sein. Es hat uns deshalb überrascht, daß unsere Studie bei den verantwortlichen politischen Instanzen auf ein – vorsichtig ausgedrückt – geteiltes Echo stieß und durchaus nicht durchweg begrüßt wurde. Inzwischen haben wir erfahren, daß Wissenschaftler in anderen Ländern mit vergleichbaren Studienansätzen ähnliche Erfahrungen gemacht haben [13] und daß sich die Kooperation zwischen Wissenschaftlern und Gesundheitspolitikern in diesem Bereich häufig schwierig gestaltet. Auf diesen Umstand wollten wir abschließend hinweisen, über die möglichen Gründe hier jedoch nicht spekulieren.

Literatur

- 1 Bauer, M., S. Priebe, B. Häring, K. Adamczak: Long-Term Mental of Political Imprisonment in East Germany. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181 (1993) 257–262
- 2 Becker, T.: Die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser in England: Evaluation durch das TAPS-Projekt – Ein Literaturbericht. *Psychiatrische Praxis* 22 (1995) 50–54
- 3 Bond, G. R., L. D. Miller, R. D. Krumwied, R. S. Ward: Assertive Case Management in Three CMHCs: A Controlled Study. *Hospital and Community Psychiatry* 39 (1988) 411–418
- 4 Borland, A., J. McRae, C. Lycan: Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Management. *Hospital and Community Psychiatry* 40 (1989) 369–376
- 5 Braun, P., G. Kochansky, R. Shapiro, S. Greenberg, J. E. Gudeman, S. Johnson, M. F. Shore: Overview: Deinstitutionalization of Psychiatric Patients, a Critical Review of Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry* 138 (1981) 736–749
- 6 CIPS: Internationale Skalen der Psychiatrie. Beltz, Weinheim (1986)
- 7 Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Enquete) und Anhang hierzu. Drucksachen 7/4201, Bonn (1975)
- 8 Dilling, H., W. Mombour, M. H. Schmidt (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Huber, Bern (1991)
- 9 Gunkel, S., S. Priebe: Psychische Beschwerden nach Migration: Ein Vergleich verschiedener Gruppen von Zuwanderern in Berlin. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 42 (1992) 414–423
- 10 Hoult, J.: Community Care of the Acutely Mentally Ill. *British Journal of Psychiatry* 149 (1985) 137–144
- 11 Jung, E., B. Krumm, H. Biehl, K. Maurer, C. Bauer-Schubart: Disability Assessment Schedule – Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung. Beltz, Weinheim (1989)
- 12 Krankenhausplan 1993: Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin (1994)
- 13 Leff, J.: persönliche Mitteilung
- 14 Marks, I.: Innovations in Mental Health Care Delivery. *British Journal of Psychiatry* 160 (1992) 589–597
- 15 O'Driscoll, C.: The TAPS Project. 7: Mental Hospital Closure – A Literature Review of Outcome Studies and Evaluative Techniques. *British Journal of Psychiatry* 182 (suppl. 19) (1993) 7–17
- 16 Okin, R. L., J. F. Borus, I. Baer, A. L. Jones: Long-Term Outcome of State Hospital Patients Discharged into Structured Community Residential Settings. *Psychiatric Services* 46 (1995) 73–78
- 17 Priebe, S., T. Gruyters: Patients' Assessment of Treatment Predicting Outcome. *Schizophrenia Bulletin* 21 (1995) 87–94
- 18 Priebe, S., T. Gruyters, M. Heinze, C. Hoffmann: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis* 22 (1995) 140–144
- 19 Rössler, W., H. J. Salize, U. Biechele, A. Riecher-Rössler: Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. *Der Nervenarzt* 65 (1994) 427–437
- 20 Schulberg, H. C., E. Bromet: Strategies for Evaluating the Outcome of Community Service for the Chronically Mentally Ill. *American Journal of Psychiatry* 138 (1981) 830–935
- 21 Stein, L. I., M. A. Test: Alternative to Mental Hospital Treatment. I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37 (1980) 392–397
- 22 Test, M. A., L. I. Stein: Alternative to Mental Hospital Treatment III. Social Cost. *Archives of General Psychiatry* 37 (1980) 409–412
- 23 Thornicroft, G., P. Bebbington: Deinstitutionalisation – from Hospital Closure to Service Development. *British Journal of Psychiatry* 155 (1989) 739–753
- 24 Thornicroft, G., W. R. Breakey: The Costar Programme. Improving Social Network of the Longterm Mentally Ill with a Mobile Case Management Service. *British Journal of Psychiatry* 159 (1991) 245–249
- 25 Weisbrod, B. A., M. A. Test, L. I. Stein: Alternative to Mental Hospital Treatment, II. Economic Benefit-Cost Analysis. *Archives of General Psychiatry* 37 (1980) 400–405

PD Dr. Stefan Priebe

Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin
Platanenallee 19
D-14050 Berlin