

## Behandlerprognosen und Entlassungen nach zwei Jahren

### Teil III der Berliner Enthospitalisierungsstudie

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

**Zusammenfassung:** Teil III der Berliner Enthospitalisierungsstudie berichtet über die Prognosen der Behandler zum Entlassungszeitpunkt und -ort und die stationäre Weiterbehandlung im Verlauf von zwei Jahren. Langzeitpatienten mit aktuell über zweijähriger stationärer Behandlungsdauer waren zu 50% aus der Klinik entlassen, mittelfristige Patienten (6–24 Monate) zu 82%. Das Betreute Wohnen erwies sich als aufnahmefähig für gut ein Drittel der Langzeitpatienten – 42% wurden aber weiter in Krankenhäuser verlegt. Insgesamt 68% der Langzeitpatienten sind nach zwei Jahren noch nicht *enthospitalisiert* – d. h. entweder noch in vollstationärer Behandlung oder in ein Krankenhaus verlegt. Prognosen erweisen sich im Bezug auf den Zeitpunkt der Entlassungen als nicht sehr verlässlich, im Bezug auf die Platzierung im Betreuten Wohnen aber als substantiell. Dies wird als Ausdruck gelingender Zusammenarbeit zwischen stationärem und komplementärem Bereich interpretiert.

**Discharged Patients and Prognoses of Caregivers after Two Years – Part III of the Berlin Deinstitutionalisation Study:** In a two-year follow-up we report on discharges in a cohort of 422 middle-term and long-term inpatients and prognoses of their psychiatrists and psychologists concerning time of discharge and location, after. 50% long-term patients with a present stay of more than two years and 82% of middle-term patients (stay: 6–24 months) had been discharged. More than one-third of the long-term patients could be placed in sheltered accommodation, but 42% are still referred to nursing homes. All together 68% are still in institutional settings – either as inpatients or in nursing homes. Prognoses were not very reliable concerning the time of discharge but substantial with regard to placement in sheltered accommodation. This can be interpreted as a result of successful co-operation between inpatient and community-based services.

Nachdem in Teil I und II der Berliner Enthospitalisierungsstudie die klinischen Merkmale [5] und die Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung [3] der Patienten aus der Ausgangserhebung dargestellt wurden, sollen nunmehr erste Ergebnisse aus den Längsschnittuntersuchungen mitgeteilt werden. Als Bindeglied zwischen Quer- und Längsschnittdaten wird neben der Analyse der Entlassungen im Verlauf von zwei Jahren hier über die Prognosen der Be-

handler, die diese zum Zeitpunkt und Ort der Entlassung bei der Ausgangserhebung gestellt hatten, berichtet. Hinsichtlich der Entlassungen haben wir die folgenden Fragestellungen untersucht:

- Wie viele Patienten sind nach zwei Jahren aus stationärer Behandlung entlassen?
- Wie unterscheiden sich die klinikentlassenen Patienten und jene in stationärer Weiterbehandlung?
- Wie viele Langzeitpatienten wurden in die in den letzten Jahren neue entstandenen Settings des Betreuten Wohnens entlassen und wie viele wurden in Kranken- oder Pflegeheime oder andere stationäre Einrichtungen verlegt?

Behandlerprognosen sind häufig eine Grundlage für die Planung von Enthospitalisierungsprozessen. Bei ihnen soll die Analyse der Übereinstimmung mit der tatsächlichen Realität Aufschluß über ihre Brauchbarkeit dafür liefern. Hier lauteten unsere Fragestellungen:

- Für wie viele Patienten wurde eine Entlassung aus stationärer Behandlung innerhalb von zwei Jahren oder die stationäre Weiterbehandlung darüber hinaus richtig vorhergesagt?
- Wie groß ist der Anteil der Patienten, bei denen das Entlassungssetting richtig vorausgesagt wurde?

#### Stichprobe und Methoden

**Stichprobe:** Die 422 Patienten der Ausgangserhebung wurden aufgeteilt in solche mit einem mittelfristigen, aktuellen stationären Aufenthalt von sechs Monaten bis zu zwei Jahren und Patienten mit einer aktuellen, stationären Aufenthaltsdauer von zwei Jahren und mehr, die unstrittig als stationäre *Langzeitpatienten* angesehen werden können.

Die Langzeitpatienten waren etwas älter als die Patienten mit mittelfristiger stationärer Behandlungsdauer (Tab. 1). Außerdem hatte diese Gruppe im Mittel fast 10 Jahre aktuell und nahezu 15 Jahre insgesamt in psychiatrischen Krankenhäusern verbracht, wohingegen die mittlere Anzahl der stationären Aufenthalte sie von den anderen Patienten nicht unterschied. Ein deutlicher Unterschied zwischen beiden Gruppen lag des weiteren darin, daß bei Patienten mit einer aktuellen Aufenthaltsdauer bis zu zwei Jahren die Krankenkassen bei etwa  $\frac{3}{4}$  Kostenträger der stationären Behandlung waren, während dies bei den Langzeitpatienten nur für weniger als  $\frac{1}{5}$  der Fall war.

**Methoden:** Zeitpunkt und Ort der Entlassungen wurden von den stationär behandelnden Einrichtungen mitgeteilt, wobei

Tab. 1 Alter, stationäre Aufenthalte, Kostenträger.

	Patienten mit mittelfristiger stationärer Aufenthaltsdauer (6 Monate bis 2 Jahre) n = 183 (43%)	stationäre Langzeitpatienten (2 Jahre und mehr) n = 239 (57%)	p	
Alter	49,5 ± 18,1	53,8 ± 17,3	<0,05	(t = 2,45)
<i>stationäre Aufenthalte</i>				
Dauer des aktuellen Aufenthaltes <sup>1</sup>	11,8 ± 4,6	113,5 ± 96,7	<0,001	(t = 14,22)
Dauer aller stationären Aufenthalte <sup>1</sup>	37,6 ± 45,1	175,0 ± 141,9	<0,001	(t = 14,01)
Anzahl aller stationären Aufenthalte	7,8 ± 9,7	7,7 ± 9,4	n.s.	
<i>Kostenträger</i>	n	n	<0,001	( $\chi^2 = 138,0$ )
Krankenkasse	140 76%	45 18%		
Sozialamt	42 23%	189 82%		

<sup>1</sup>In Monaten

der Stichtag für die Berücksichtigung im Rahmen dieser Untersuchung der 31. Juli 1996 war. Unter den verschiedenen Settings der Entlassung (eigene Wohnung – mit und ohne zusätzliche Hilfen, Betreutes Wohnen, Wohnheim, Kranken- und Pflegeheim) werden Wohnheime soweit zum Betreuten Wohnen gezählt, wie diese Plätze im tagessatzfinanzierten „Platzkontingent“ des Betreuten Wohnens (neben Betreutem Einzelwohnen, Wohn- und Betreuungsgemeinschaften) nach der aktuellen Definition bzw. Konzession der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit enthalten sind [7]. Prognosen wurden anhand der von den Behandlern bei der Ausgangserhebung ausgefüllten Erhebungsbogen ausgewertet, auf denen im Hinblick auf die Wohnsituation unter den vier obengenannten Alternativen auszuwählen war und im Hinblick auf den Entlassungszeitpunkt fünf Alternativen von „in den nächsten vier Wochen“ bis zu „in über fünf Jahren oder nie“ bestanden. Die Behandler waren gebeten worden, die Prognosen jeweils sowohl unter Berücksichtigung der realen Gegebenheiten, als auch unter idealen Bedingungen („bei optimaler Förderung und Therapie“) zu stellen. Die Antworten wurden sowohl für die einzelnen Wohnsettings als auch für den Entlassungszeitpunkt nachträglich dichotomisiert. D.h. im Hinblick auf die Settings wurde jeweils unterschieden, ob das Setting prognostiziert wurde oder nicht und im Hinblick auf die Entlassung wurde nur danach unterschieden, ob eine Entlassung im Verlauf von zwei Jahren prognostiziert war oder nicht.

Bei der Auswertung der Prognosen wird der Prozentsatz der richtigen Klassifikation bei den Patienten angegeben, bei denen das jeweilige Prognosekriterium später auch realisiert wurde (*Entlassung im Verlauf von zwei Jahren oder Platzierung in Settings*). Da bei den Prognosen zur Entlassung innerhalb von zwei Jahren die korrekte Vorhersage sowohl bei den Entlassenen als auch bei den Nichtentlassenen von Bedeutung und praktischer Relevanz ist, wird dafür deren „prädiktiver Wert“ [1] berichtet. Dieser setzt sich zusammen aus der prozentualen Häufigkeit, mit der das Auftreten des Prognosekriteriums richtig vorhergesagt wurde („Sensitivität“) und der prozentualen Häufigkeit, mit der das Nicht-Auftreten des Prognosekriteriums richtig vorhergesagt wurde („Spezifität“). Für die Prognosen zur Platzierung in den unterschiedlichen Settings war hingegen nur die Quote der Patienten von vorrangigem Interesse, mit der die Platzierung in den entsprechenden Settings richtig vorausgesagt wurde („Sensitivität“).

Da die Mehrzahl der Langzeitpatienten keine eigene Wohnung besitzt, ist die richtige Klassifizierung des Umstandes, daß sie nicht in ihre eigene Wohnung entlassen wurden (Spezifität 99%) sowohl trivial als auch irreführend. Ebenso ist die Angabe, daß von den Patienten, die nicht ins Betreute Wohnen entlassen wurden, dies auch bei 94% richtig prognostiziert worden war, eher irreführend denn klärend. Wir haben aus diesen Gründen bei den Prognosen zur Platzierung in den Settings auf die Mitteilung der Werte für die „Spezifität“ und den zusammengesetzten „prädiktiven Wert“ verzichtet.

## Ergebnisse

### Entlassungen

Zwei Jahre nach der Ausgangserhebung waren 22 Patienten (5%) während der stationären Behandlung verstorben, davon ein Patient durch einen Suizid während eines Ausgangs. Ohne Wiederaufnahme durchgängig entlassen wurden bis zum Stichtag 217 Patienten (54%). 41 (10%) wurden nach der Ausgangserhebung z.T. mehrfach wieder aufgenommen (MW: 1,5; s: 1,3; Spannweite: 1–5), waren aber bis zum Stichtag wieder entlassen. (Anzumerken ist an dieser Stelle, daß die Wiederaufnahmeraten einen systematischen Fehler enthalten und real höher liegen dürften, da für deren Berechnung nur die Unterlagen der pflichtversorgenden Klinik – Krankenhaus Spandau – zur Verfügung standen. Mangels eines Fallregisters konnten Wiederaufnahmen in andere stationäre Einrichtungen nicht oder nur zufällig erfaßt werden.) Durchgängig weiter in stationärer Behandlung befanden sich 142 Patienten (36%). 26 (7%) waren bis zum Stichtag z.T. mehrfach entlassen gewesen (MW: 1,7; s: 1,3; Spannweite: 1–6), waren inzwischen aber erneut wieder aufgenommen worden. Differenziert man zwischen Patienten mit bei der Ausgangserhebung mittelfristiger (6–24 Monate) und langer bis sehr langer stationärer Behandlungsdauer (2 Jahre und mehr) so zeigen sich hochsignifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ,  $\chi^2 = 43,91$ ): Von den ersteren waren nach zwei Jahren 145 (82%) entlassen, von den Langzeitpatienten 113 (50%). Ähnlich deutlich war der Zusammenhang zwischen der Diagnoseverteilung und den Entlassungen ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 41,28$ ): Bei Patienten mit Suchterkrankungen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen (ICD-10: F1,3,4,6) waren über 90% der Patienten entlassen; bei

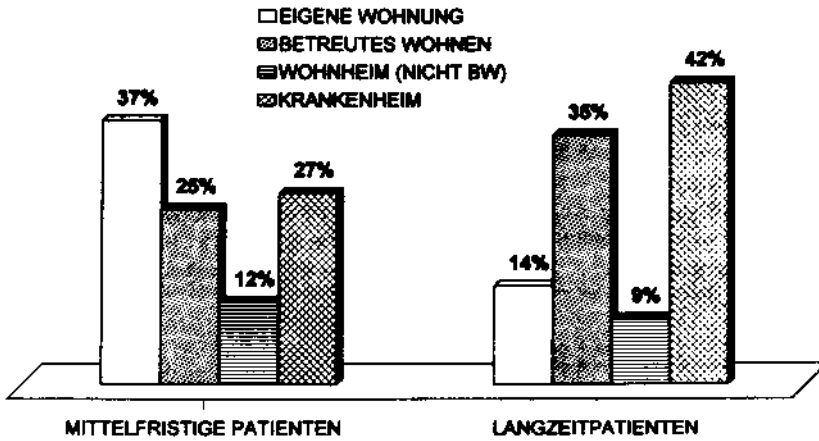


Abb. 1 Dauer des stationären Aufenthaltes und Settings der Entlassung (n = 247).

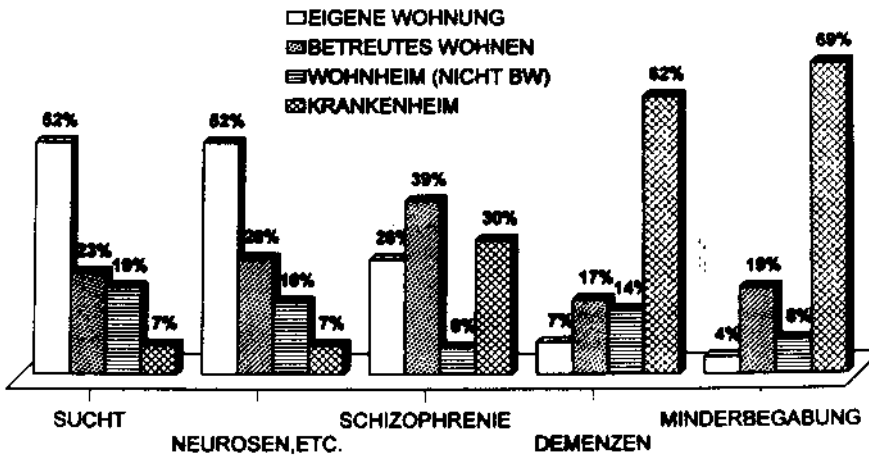


Abb. 2 Diagnosen und Settings der Entlassung (n = 247).

solchen mit einer organischen psychischen Störung (vorwiegend Demenzen) 74%, bei den Schizophrenen 57% und bei jenen mit einer Intelligenzminderung 47%. Vier Patienten wurden kassentechnisch entlassen, sieben (3%) in ein Obdach bzw. in eine „Läusepension“. In ihre eigene Wohnung, ohne zusätzliche Hilfen wurden 50 Patienten (19%) entlassen; bei 16 (6%) Entlassungen in die eigene Wohnung wurden zusätzliche Hilfen angegeben (Einzelfallhilfe, Hauspflege, tagklinische Behandlung). In das Betreute Wohnen wurden insgesamt 72 Patienten (28%) entlassen, in Wohnheimen außerhalb des Platzkontingentes im Betreuten Wohnen 26 (10%) und in Kranken- und Pflegeheimen 83 (32%).

Differenziert man auch bei den Entlassungssettings zwischen mittelfristigen und Langzeitpatienten, so ergibt sich erneut ein hochsignifikanter Unterschied ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 19,08$ ): Zwar wurden Langzeitpatienten zu gut einem Drittel in Settings des Betreuten Wohnens entlassen, der größte Anteil (42%) wurde aber nach wie vor in Kranken- und Pflegeheimen entlassen. Dabei erscheint auch der Anteil der mittelfristig behandelten Patienten, die in Kranken- und Pflegeheimen verlegt wurden (27%), relativ hoch (Abb. 1).

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Diagnosen und Settings sind die Unterschiede ebenfalls hochsignifikant ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 72,91$ ): Über 60% der Patienten mit organischen Störungen/Demenzen und einer Minderbegabung, aber

auch 30% der Schizophrenen (n = 35) wurden in Heime verlegt (Abb. 2).

Die Dauer des letzten stationären Aufenthaltes vor der Entlassung ist bei den in Krankenhäuser Entlassenen signifikant höher als bei einer Entlassung in die eigene Wohnung (Tab. 2). Zusätzlich ist die kumulative Aufenthaltsdauer bei den ins Betreute Wohnen Entlassenen größer. Patienten, die ins Betreute Wohnen entlassen wurden, haben im Einzelvergleich mit allen anderen Gruppen die im Mittel höchste Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte. (Diese signifikanten Einzelunterschiede haben allerdings nach der Bonferroni-Adjustierung der Vergleiche - x 3 - keinen Bestand mehr.)

### Prognosen

Prognosen wurden von den Behandlern für 296 Patienten der Gesamtstichprobe (74%), dabei für 160 Langzeitpatienten (72%) gestellt (abzüglich verstorbener Patienten) (Tab. 3). Im Hinblick auf den Zeitpunkt der Entlassungen („innerhalb von zwei Jahren“) war die Häufigkeit der Prognosen, mit der die real Entlassenen auch korrekt als entlassen prognostiziert worden waren, hoch bis sehr hoch. Interessanterweise war die „Trefferquote“ bei den Langzeitpatienten niedriger und ebenso relativ niedriger, wenn „reale Bedingungen“ gegenüber „idealen Bedingungen“ angenommen wurden. Die Übereinstimmung zwischen Prognose und Realität sank allerdings erheblich, wenn sowohl die Entlassenen als auch Nichtentlas-

Tab. 2 Entlassungs-Setting und stationäre Aufenthalte (n = 247).

	eigene Wohnung n = 66	Betreutes Wohnen n = 72	Wohnheim n = 26	Krankenheim n = 83	p
letzter stationärer Aufenthalt <sup>1</sup>	30,1 ± 35,7	60,1 ± 57,3	58,6 ± 88,7	76,7 ± 91,7	<0,001 <sup>2</sup> (F = 5,36)
kumulative Aufenthaltsdauer <sup>1</sup>	39,2 ± 54,5	96,2 ± 105,8	72,5 ± 113,0	102,8 ± 131,5	<0,01 <sup>3</sup> (F = 5,22)
Anzahl aller stationären Aufenthalte	6,4 ± 6,6	10,0 ± 12,6	5,0 ± 5,2	6,4 ± 8,5	<0,05 <sup>4</sup> (F = 3,12)

<sup>1</sup>Dauer in Monaten; *signifikante Mittelwertunterschiede* (Bonferroni adjustiert); <sup>2</sup>Krankenheim vs. eigene Wohnung; <sup>3</sup>Betreutes Wohnen und Krankenheim vs. eigene Wohnung; *signifikante Mittelwertunterschiede*; <sup>4</sup>Betreutes Wohnen vs. eigene Wohnung, Betreutes Wohnen vs. Wohnheim, Betreutes Wohnen vs. Krankenheim

Prognosekriterium	gesamte Stichprobe n = 296		nur Langzeitpatienten n = 160	
	zutreffende positive Prognose <sup>1</sup>	zutreffende Prognose insgesamt <sup>2</sup>	zutreffende positive Prognose <sup>1</sup>	zutreffende Prognose insgesamt <sup>2</sup>
<i>Entlassung in zwei Jahren</i>				
reale Bedingungen	87%	72%	75%	64%
ideale Bedingungen	94%	69%	88%	59%
<i>Plazierung in Settings<sup>3</sup></i>				
eigene Wohnung	55%		80%	
Betreutes Wohnen <sup>4</sup>	72%		75%	
Wohnheim <sup>5</sup>	25%		15%	
Krankenheim	61%		72%	

Tab. 3 Übereinstimmung der Prognosen und der späteren Realität.

<sup>1</sup>Sensitivität, <sup>2</sup>prädiktiver Wert, <sup>3</sup>reale Bedingungen, <sup>4</sup>ohne Wohnheime, <sup>5</sup>auch Wohnheime im Platzkontingent des Betreuten Wohnens

senen gemeinsam berücksichtigt wurden – bei den Langzeitpatienten bis auf ein Niveau, das nicht mehr sehr weit von der Trefferquote des Münzwurfs entfernt war (50%). Bei den Entlassungen in die jeweiligen Settings bewegten sich für die Gesamtgruppe nur die Prognosen zur Plazierung im Betreuten Wohnen auf einem nennenswerten Niveau. Hier waren die Werte für die Langzeitpatienten deutlich besser (mit Ausnahme der auch für die Gesamtgruppe weit unterhalb der Zufallswahrscheinlichkeit liegenden Trefferquote bei den Wohnheimen).

## Diskussion

**Entlassungen:** Die Wertung unserer Ergebnisse ist durch den Mangel an differenzierenden Vorgaben in der Planung der Enthospitalisierung in Berlin erschwert. Zwar wurde die Anzahl der zu schließenden Betten nach einer Vorgabe von zunächst 1500 [6] mit aktuell 1850 [7] unter dem immer deutlicher werdenden Kostendruck größer, es fehlen aber Angaben darüber, wie viele „alte Langzeitpatienten“ noch wie lange in stationärer Behandlung verbleiben sollen oder in vollstationäre Kranken- oder Pflegeheime verlegt werden sollen. Im Krankenhausplan 1993 [6] wird dieses Problem – analog einem schon in der US-amerikanischen Entwicklung kritisierten Mangel [8] – ignoriert und es wird implizit unterstellt, daß alle Langzeitpatienten im Betreuten Wohnen versorgt werden könnten. In der neueren Planung [6] wird von 15% der Langzeitpatienten gesprochen, bei denen weiterhin eine „vollstationäre Pflegebedürftigkeit“ gegeben sei. Diese solle ausdrücklich in nicht psychiatrisch spezialisierten Krankenhäusern, in über die Pflegekasse finanzierten stationä-

ren Krankenhausbetten und in „regional spezialisierten Kleinstheimen“ mit 20 bis 40 Plätzen erfolgen. Unsere Daten weisen demgegenüber nach zwei Jahren 68% der im Rahmen unserer Stichprobe erfaßten Langzeitpatienten als entweder noch in stationärer Behandlung (n = 116) befindlich oder als in Kranken- oder Pflegeheim verlegt (n = 46) aus. Dabei besteht auch und gerade bei letzteren hinsichtlich der Differenzierung der Versorgungsqualität dringender Forschungsbedarf. Es handelt sich aber zweifellos nicht um die in der Planung erwähnten „regional spezialisierten Kleinstheime“ [4]. Eine oft unterstellte oder befürchtete Selektion der Langzeitpatienten im bezug auf das Betreute Wohnen in dem Sinne, daß dort weniger schwer Kranke aufgenommen werden, ist aus unseren Daten im bezug auf die Chronizität der Erkrankungen nicht erkennbar. Auch hat sich diese Versorgungsform für eine erhebliche Zahl chronisch schizophrener Patienten als aufnahmefähig erwiesen. Gleichwohl werden fast ein Drittel dieser Patientengruppe und über 60% der Minderbegabten und Demenzen weiter in Pflegeheime verlegt.

**Prognosen:** Bei der Bewertung der Prognosen ist einzuräumen, daß Prognosen die Schwierigkeit beinhalten, daß einerseits Patienten bis zur Entlassung ihre Meinung zum geplanten Zeitpunkt und Ort der Entlassung ändern können, und andererseits auch Schwankungen im Krankheitsverlauf die Prognosen „über den Haufen“ werfen können. Gegenüber diesen erschwerenden Aspekten begünstigte allerdings unsere nachträgliche Vereinfachung der Kriterien die Behandler. Bei den zeitlichen Prognosen erreichen die Voraussagen für die real entlassenen Patienten insgesamt ein befriedigendes, gutes oder paradoxerweise unter dem Aspekt „idealer Bedin-