

# Patientenmerkmale, Behandlungsdauer und Kosten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell

Eine Analyse über 23 Jahre

Thomas F. Dielentheis<sup>1</sup>  
Stefan Priebe<sup>2</sup>

## *Patient Characteristics, Length of Treatment and Costs in a Model Institution of Community Mental Health Care An Analysis Over 23 Years*

### Zusammenfassung

**Anliegen:** Im Berliner Bezirk Charlottenburg wurde seit den 70er Jahren eine gemeindepsychiatrische Modellinstitution mit ambulanten, komplementären und teilstationären Einrichtungen betrieben. Die Studie evaluiert, inwieweit die Institution dem Anspruch entsprach, schwer und chronisch Kranke langfristig und kostengünstig zu versorgen, und untersucht Prädiktoren für den Behandlungsverlauf. **Methode:** Anhand von Langzeitdaten von 1194 Patienten über 23 Jahre werden Patientenmerkmale, Behandlungszeiten und direkte Behandlungskosten entsprechend den Sätzen von 1996 dargestellt. Die Vorhersage von Behandlungsdauer und Kosten wurde mit Regressionsanalysen getestet. **Ergebnisse:** Im Mittel betrug die Behandlungsdauer 2,4 Jahre und die Kosten pro Jahr ca. 57 000,- DM (€ 29 000,-). Patienten mit kurzen und langen Behandlungsdauern unterschieden sich nur in wenigen soziodemographischen und klinischen Merkmalen. Als Prädiktoren für die Kosten im Langzeitverlauf waren von 20 soziodemographischen und klinischen Variablen die Parameter „Pflegschaft/Betreuung“ und „Kosten im 1. Behandlungsjahr“ statistisch bedeutsam. Insgesamt konnten nur 18% der Varianz der Kosten nach dem ersten Jahr vorhergesagt werden. **Schlussfolgerung:** Die Befunde zeigen, dass gemeinde-nahe Institutionen wie die hier untersuchte wahrscheinlich nicht alle psychisch schwer kranken Patienten erreichen, dass die Idee einer lebenslangen Behandlung in diesen Institutionen zumeist nicht der Realität entspricht, dass die direkten gemeindepsychiatrischen Behandlungskosten bei 40% der vollstationären Kosten liegen, aber dennoch recht hoch sind, und dass die üblicherweise dokumentierten Patientenmerkmale als Prädiktoren des Langzeitverlaufs kaum geeignet sind.

### Abstract

**Aim:** Since the 1970s, a model institution for community mental health care with three partial hospitalisation programmes and various out-patient services was run in the Berlin district Charlottenburg. The study evaluates, to what extent the institution fulfilled its aim to provide long-term care for severely and chronically ill patients at relatively low costs. It also identified predictors of outcome. **Method:** Case register data of 1194 patients who were treated within a period of 23 years were analysed. Patient characteristics, length of care and treatment costs are presented. Costs were calculated on the basis of daily rates as paid to care providers in 1996. Regression analyses were computed for predicting length of care and costs after the first year. **Results:** On average, length of care was 2.4 years and costs per year were 57 000,- German Marks (€ 29 000,-). Patients with shorter and longer duration of care differed in only a few of the recorded sociodemographic and clinical characteristics. Significant predictors for long-term costs were the legal status of being under a care order and costs in the first year. However, only 18% of the variance of costs after the first year were explained. **Conclusions:** The findings suggest that a) community mental health care in the studied form may not reach all patients with severe mental illness, b) in most cases, the notion of a lifelong treatment in such care systems does not reflect reality, c) the paid costs are lower than for long-term in-patient care, but still rather high, and d) the usually recorded patient characteristics are of little value for predicting long-term outcome.

#### Institutsangaben

<sup>1</sup> Psychiatrische Klinik, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

<sup>2</sup> Unit for Social & Community Psychiatry, Barts and the London School of Medicine, London

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Stefan Priebe · Barts and the London School of Medicine · West Smithfield · London EC1A 7BE, UK · E-mail: S.Priebe@qmw.ac.uk

#### Bibliografie

Psychiat Prax 2002; 29: 186 – 193 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0303-4259

Seit den 50er Jahren haben Reformen der psychiatrischen Versorgung in praktisch allen westlichen Industrieländern zur Reduzierung von Bettenzahlen und zum Aufbau gemeindepsychiatrischer Einrichtungen geführt. In Deutschland wurde diese Entwicklung nachhaltig von den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages beeinflusst [1]. Komplementäre und ambulante Einrichtungen in der Gemeinde sollten eine bedarfsgerechte und umfassende Versorgung auch von Patienten mit schweren und chronischen Erkrankungen leisten und die frühere Dauerhospitalisierung vieler solcher Patienten ersetzen [2]. Dabei war davon auszugehen, dass eine große Zahl der Patienten – in Analogie zur vormaligen lebenslangen Hospitalisierung – über sehr lange Zeiträume in der gemeindepsychiatrischen Versorgung verbleiben würde. Die Praxis der deutschen gemeindepsychiatrischen Versorgung, wie sie sich pragmatisch entwickelt hat, unterscheidet sich signifikant von den Systemen in angloamerikanischen Ländern und ist zudem von deutlichen regionalen Unterschieden und vielen lokalen Besonderheiten gekennzeichnet.

Empirische Evaluationsstudien zu Nutzungsmustern, Hospitalisierungsparametern und insbesondere Kosten gemeindepsychiatrischer Versorgung sind in Deutschland rar, wobei die Gründe hierfür vielfältig sind. U.a. machen es die Fragmentierung der Versorgung mit unterschiedlichen Trägern in derselben Region und enge datenschutzrechtliche Bestimmungen schwer, vollständige Daten über Behandlungsverläufe zu erheben und institutionsübergreifende Fallregister zu betreiben. Ein entsprechendes Fallregister in Mannheim musste deshalb auf wenige Jahre (1973–1981) beschränkt bleiben [3,4]. Selbst Basisdaten, wie z.B. die Aufenthaltsdauer in gemeindepsychiatrischen Versorgungssystemen, sind deshalb wenig publiziert. Auch international sind langfristige Evaluationstudien selten (z.B. [5–7]), obwohl der Verlauf vieler schwerer psychischer Erkrankungen eigentlich Datenerhebungen über lange Zeiträume erfordert [8].

Trotz einiger Publikationen zu den Kosten psychiatrischer Versorgung in Deutschland [9–13] gibt es weiterhin einen deutlichen Mangel an empirischen Kostenevaluationen insbesondere in der Gemeindepsychiatrie [12], obwohl bereits in der Psychiatrie-Enquete auf die Notwendigkeit solcher Untersuchungen hingewiesen wurde.

In der vorliegenden Studie wird ein modellhaftes gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem mit teilstationären, komplementären und ambulanten Einrichtungen evaluiert, wie es von 1974–1996 im Berliner Bezirk Charlottenburg von der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin und einem Verein („Platane 19 e.V.“) betrieben wurde. Zum System gehörten eine Tagesklinik mit 20 Plätzen, eine ebenfalls als Tagesklinik betriebene arbeitstherapeutische Werkstatt für 15–20 Patienten, eine Nachtklinik – bis Ende 1995 – mit 12 Plätzen, verschiedene Einrichtungen des Betreuten Wohnens, eine psychosoziale Kontaktstelle, eine Tagesstätte und eine Institutsambulanz. Die vollstationäre Versorgung erfolgte durch kooperierende Kliniken. Alle Patienten wurden von einem multiprofessionellen Team versorgt, wobei ein Arzt und ein Sozialarbeiter/Krankenpfleger als Bezugstherapeuten einrichtungsübergreifend für einen Patienten zuständig waren und den Patienten, soweit erforderlich, durch das System begleiteten. Die Betreiber hatten stets erklärt, die Versorgung von Patienten zwischen 18 und 65 Jahren

im Bezirk mit Ausnahme von Patienten mit primären Abhängigkeitserkrankungen verpflichtend zu übernehmen, obwohl eine gesetzliche Verpflichtung solcher Art nie bestand [14–16].

Eine besondere vertragliche Verbindung der Träger ermöglichte eine umfassende Routedokumentation aller Behandlungsepisoden im Sinne eines de facto Fallregisters über den gesamten Zeitraum von 23 Jahren. Dieses Register ist in der Vergangenheit mehrfach im Rahmen begrenzter Untersuchungen zu spezifischen Fragestellungen genutzt worden [17–21]. Die vorliegende Arbeit ist aber die erste Studie, in der dieses in Deutschland einmalige Datenmaterial vollständig im Sinne der ursprünglichen Konzeption ausgewertet wurde. Zur Evaluation des beschriebenen Versorgungssystems werden im Einzelnen folgende fünf Fragen untersucht:

1. Wie sind die soziodemographischen und klinischen Merkmale der Patienten?
2. Wie lange werden Patienten im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem behandelt?
3. Welche Patientengruppen haben eine längere Behandlungsdauer, d.h. welche Patienten werden länger als 1 Jahr bzw. länger als 5 Jahre behandelt?
4. Wie hoch sind die direkten Behandlungskosten im Sinne der von den Kostenträgern aufbrachten Leistungen, und wie verändern sich die Kosten mit der Aufenthaltsdauer?
5. Welche soziodemographischen und klinischen Patientenmerkmale bei Aufnahme prädictieren die Kosten?

## Material und Methoden

Vom 1.1.1974 bis zum 31.12.1996 wurden 1196 Patienten aufgenommen. Routinemäßig wurden von allen Patienten soziodemographische und klinische Parameter zum Zeitpunkt der Aufnahme dokumentiert und die Zeiten aller Behandlungsepisoden in den Einrichtungen des Systems selbst und in vollstationären Einrichtungen erfasst. Daten standen von 1194 Patienten zur Verfügung. Die Diagnose basierte über viele Jahrgänge auf der ICD-9, wurde dann für alle Patienten in die Klassifikation der ICD-10 [22] transformiert.

Unter „Kosten“ werden in dieser Studie diejenigen direkten Kosten verstanden, die von den Kostenträgern – in der Regel Krankenkassen oder Sozialhilfeträger – für ambulante, komplementäre, teil- und vollstationäre Behandlung aufgebracht wurden. Nicht berücksichtigt wurden solche direkten Kosten, die durch ambulante haus- oder fachärztliche Leistungen sowie durch den sozialpsychiatrischen Dienst entstanden. Kosten durch vollstationäre Aufenthalte in somatischen Abteilungen wurden dagegen einbezogen. Die Kosten wurden für alle Jahre auf der Basis der Kostensätze vom 31.12.1996 berechnet, um Verzerrungen durch inflationsbedingte und andere Kostensteigerungen über die Zeit zu vermeiden. Die Kostensätze der Institutionen im gemeindepsychiatrischen System selbst sind in Tab. 1 dargestellt. Sie wurden für voll- und teilstationäre Aufenthalte einer Zusammenstellung der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Berlin [23] entnommen. Bei unterschiedlichen Kostenträgern (Sozialamt, Krankenkasse) zum selben Zeitpunkt addieren sich die einzelnen Kosten. Die Berechnung der Kosten und die weitergehenden Analysen erfolgte in DM. Die angegebenen Euro-Beträge basieren auf dem späteren Umrechnungskurs.

Tab. 1 Kostensätze teilstationärer, komplementärer und ambulanter Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems in Berlin-Charlottenburg sowie Kostensätze der kooperierenden Kliniken am 31. 12. 96.

Institution	Tagessatz in DM (EURO)	Kostenträger	Anmerkungen*
Ambulanz	4,60 (2,35)	Krankenkasse	DM 420,- pro Quartal
Betreute WG; Betr. Einzelwohnen	83,81 (42,85)	Sozialamt	
Tagesstätte	108,65 (55,55)	Sozialamt	5/7* von 152,11
Nachtklinik	371,76 (190,08)	Krankenkasse	teilstat. Satz
Werkstatt, Tagesklinik	265,54 (135,77)	Krankenkasse	5/7* vom teilstationären Satz
psychiatr. Uni-Klinik	558,68 (285,65)	Krankenkasse	
Nervenkl. Spandau	394,46 (201,68)	Krankenkasse	
Schlossparkklinik	403,15 (206,13)	Krankenkasse	
psychiatrische Abteilungen/Krankenhäuser	418,04 (213,74)	Krankenkasse	Durchschnittswert

\* Bei Einrichtungen, die nur werktags geöffnet sind und bezahlt werden, wurden 5/7 des Tagessatzes angesetzt, da die Aufenthaltsdauern auf der Basis aller Tage zu berechnen waren

Die Teststatistik erfolgte im Statistikpaket SPSS [24]. Mittelwertvergleiche erfolgten mit dem t-Test für unabhängige Stichproben. Lineare multiple Regressionsanalysen (Methode „forward“) wurden mit soziodemographischen und klinischen Parametern zum Aufnahmezeitpunkt als unabhängige Variablen und den Kosten als abhängige Variable berechnet. Die abhängige Variable Aufenthaltsdauer ist dichotom (< 1 vs. > 1 Jahr, < 5 vs. > 5 Jahre), daher wurde für sie eine logistische Regression gerechnet. Bei den unabhängigen Variablen handelte es sich um: Geschlecht, Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Pflegschaft/Betreuung, Wohnsitz, Lebenssituation, Schulabschluss, Berufsausbildung, höchsterreichter Beruf, jetziger Beruf, jetzige Berufssituation, Differenz jetziger/erlernter Beruf, Anzahl früherer stationärer Aufenthalte, Dauer seit erster stationär-psychiatrischer Behandlung, Einweisungsmodus, ärztliche Einweisung und Diagnosegruppe.

Die Prädiktion von Kosten wurde mittels multipler Regressionsanalysen analysiert. Bei den meisten Patientencharakteristika handelt es sich um Daten auf Nominalskalenniveau, die zuvor in binäre Variablen umgewandelt werden mussten. Die Daten waren relativ normal verteilt. Es bestand keine Autokorrelation der Residualwerte.

## Ergebnisse

Soziodemographische Parameter und klinische Daten, die die Gesamtgruppe beschreiben, sind in Tab. 2 dargestellt. Von den 1194 Patienten befanden sich zum Erhebungszeitpunkt am 31.12.1996 noch 213 in Behandlung. Das Geschlechtsverhältnis war ausgeglichen, und das Durchschnittsalter lag bei 34,2 Jahren. Nur 11 % waren ohne Schulabschluss, 47% aber ohne abgeschlossene Berufsausbildung. 10% waren noch nie in stationärer Behandlung gewesen, 47% hatten 1–2 stationäre Aufenthalte und

Tab. 2 Ausgewählte soziodemographische und klinische Merkmale der Patienten.

Parameter	n (%)
<b>Geschlecht</b>	
1 = Männer	612 (51,3)
2 = Frauen	582 (48,7)
<b>Alter in Jahren</b>	34,2 (± 9,6)
<b>Familienstand</b>	
1 = ledig	751 (62,9)
2 = verheiratet	179 (15,0)
3 = getrennt	55 ( 4,6)
4 = geschieden	191 (16,0)
5 = verwitwet	15 ( 1,3)
6 = ohne Angaben	3 ( 0,3)
<b>Staatsangehörigkeit</b>	
1 = Deutscher	1095 (91,7)
2 = Ausländer	98 ( 8,2)
3 = ohne Angaben	1 ( 0,1)
<b>Pflegschaft/Betreuung</b>	
1 = ja	131 (11,0)
2 = nein	969 (81,2)
3 = ohne Angaben	94 ( 7,9)
<b>Wohnsitz</b>	
1 = Privatwohnung	1088 (91,1)
2 = Institution (z. B. Heim, betreute WG)	70 ( 5,9)
3 = ohne festen Wohnsitz	32 ( 2,7)
4 = ohne Angaben	4 ( 0,3)
<b>Lebenssituation</b>	
1 = allein lebend	611 (51,2)
2 = nicht allein lebend	546 (45,7)
3 = ohne Angaben	37 ( 3,1)
<b>Schulabschluss</b>	
1 = kein Abschluss	131 (11,0)
2 = Hauptschule	387 (32,4)
3 = Mittlere Reife	265 (22,2)
4 = (Fach-)Hochschulreife	326 (27,3)
5 = ohne Angaben	85 ( 7,1)
<b>Berufsausbildung</b>	
1 = keine	561 (47,0)
2 = Lehre, abgeschlossen	483 (40,5)
3 = FH/Uni, abgeschlossen	106 ( 8,9)
4 = ohne Angaben	44 ( 3,7)
<b>höchsterreichter Beruf</b>	
1 = Auszubildender	168 (14,1)
2 = un-, angelernter Arbeiter	282 (23,6)
3 = Facharbeiter, einfacher Angestellter, Beamter	331 (27,7)
4 = mittlerer Angestellter, unselbst. Handwerker	260 (21,8)
5 = höh. Angest., gehob. Dienst, selbst. Handw.	67 ( 5,6)
6 = höh. Dienst, Akademiker, freier Beruf	30 ( 2,5)
7 = sonstiges (Hausfrau; noch nicht berufstätig)	44 ( 3,7)
8 = ohne Angabe	12 ( 1,0)
<b>jetziger Beruf</b>	
1 = Auszubildender	176 (14,7)
2 = un-, angelernter Arbeiter	385 (32,2)
3 = Facharbeiter, einfacher Angestellter, Beamter	277 (23,2)
4 = mittlerer Angestellter, unselbst. Handwerker	193 (16,2)
5 = höh. Angest., gehob. Dienst, selbst. Handwerker	57 ( 4,8)
6 = höh. Dienst, Akademiker, freier Beruf	30 ( 2,5)
7 = sonstiges (Hausfrau; noch nicht berufstätig)	65 ( 5,4)
8 = ohne Angabe	11 ( 0,9)
<b>zur Zeit tätig</b>	
1 = arbeitet zur Zeit	90 ( 7,5)
2 = arbeitet zur Zeit nicht	1104 (92,5)
<b>frühere stationäre Aufenthalte</b>	
1 = 0 Aufenthalte	116 ( 9,7)
2 = 1–2 Aufenthalte	566 (47,4)
3 = 3–5 Aufenthalte	332 (27,8)
4 = > 5 Aufenthalte	180 (15,1)

Tab. 2 Fortsetzung

Parameter	n (%)
<b>erste stationär-psychiatrische Behandlung</b>	
1 = 0 – 1 Jahr	537 (45,0)
2 = 2 – 5 Jahre	278 (23,3)
3 = 6 – 10 Jahre	174 (14,6)
4 = > 10 Jahre	205 (17,2)
<b>Einweisungsmodus</b>	
1 = freiwillig	520 (43,6)
2 = unfreiwillig	244 (20,4)
3 = ohne Angabe	430 (36,0)
<b>ärztliche Einweisung</b>	
1 = and. psych. Amb, Poliklinik, niedergel. Nervenarzt	232 (19,4)
2 = sonstiger Arzt	24 ( 2,0)
3 = (teil-)stationäre Einrichtung	736 (61,6)
4 = sozialpsych. Dienst, Arzt and. öffentl. Stellen	104 ( 8,7)
5 = ohne ärztliche Einweisung	98 ( 8,2)
<b>Diagnosegruppe</b>	
1 = F4, F5, F6	154 (12,9)
2 = F2	771 (64,6)
3 = F3	221 (18,5)
4 = F0, F1, sonstiges	48 ( 4,0)

angegeben ist die Anzahl der Patienten (% bzw.  $\pm$  SD),  $n = 1194$ ,  $\chi^2$  (Pearson) jeweils berechnet ohne Item „ohne Angaben“, bei fehlenden Voraussetzungen für den asymptotischen Test wurde der zugehörige exakte Test (Fisher's = FE) angewandt. Mittelwerte wurden mit dem t-Test für zwei unabhängige Stichproben geprüft, n. s. = nicht signifikant, SD = Standardabweichung.

43% mehr Aufenthalte in der Vorgeschichte. Bei 45% der Patienten lag der erste stationäre Aufenthalt weniger als ein Jahr zurück. 20% aller Patienten waren bei einem vorherigen stationären Aufenthalt zwangseingewiesen worden. Die Patienten wurden überwiegend aus einer anderen stationären bzw. teilstationären Einrichtung übernommen. Bei 65% der Patienten wurden Schizophrenien und verwandte Störungen diagnostiziert, wobei der Anteil schizoaffektiver Psychosen unter 5% lag. Affektive Störungen folgten mit 18,5%, die übrigen Diagnosegruppen waren in deutlich geringerer Häufigkeit vertreten.

In Abb. 1 ist die Aufenthaltsdauer in Jahren, jeweils für den Gesamtaufenthalt, sowie nur für die Erstaufnahme dargestellt. Jeweils mindestens die Hälfte der Patienten war nach einem Jahr bereits wieder aus dem Versorgungssystem entlassen. Die anderen hatten eine Aufenthaltsdauer von in Einzelfällen bis zu 23 Jahren. Die durchschnittliche Dauer der Erstaufnahmen betrug 858 Tage (2,4 Jahre), die der Wiederaufnahmen 635 Tage (1,7 Jahre). Erstaufnahme und sämtliche Wiederaufnahmen pro Patient zusammengenommen, ergeben eine Gesamtaufenthaltsdauer von durchschnittlich 1055 Tagen (2,9 Jahre).

Die Ergebnisse der logistischen Regression in Bezug auf die Aufenthaltsdauer sind in Tab. 3 zusammengefasst, wobei nur die signifikanten Variablen dargestellt sind: Einen signifikanten Einfluss darauf, länger (positiver Regressionskoeffizient) als ein Jahr Patient im gemeindepsychiatrischen Verbund zu bleiben,

Tab. 3 Logistische Regression der Aufenthaltsdauer in Abhängigkeit von soziodemographischen und klinischen Patientenmerkmalen – dargestellt sind nur die signifikanten Merkmale.

unabhängige Variablen	Aufenthaltsdauer			
	1 vs. > 1 Jahr		< 5 vs. > 5 Jahre	
	B	Sig	B	Sig
unter Pflegschaft (D)	+ 0,72	< 0,001	+ 0,53	0,036
zur Zeit tätig (D)	+ 0,02	0,947	- 1,10	0,037
stationäre Einweisung (D)	+ 0,70	< 0,001	+ 0,96	< 0,001
Schizophrenie (D)	+ 0,25	0,062	+ 0,40	0,046

D: „dummy“-Variable: 1: ja, 0: anderes; B: Regressionskoeffizient, Sig: Signifikanzniveau, +: mehr Patienten in der länger bleibenden Gruppe (> 1, > 5 Jahre), -: mehr Pat. in der kürzer bleibenden Gruppe (< 1, < 5 Jahre)

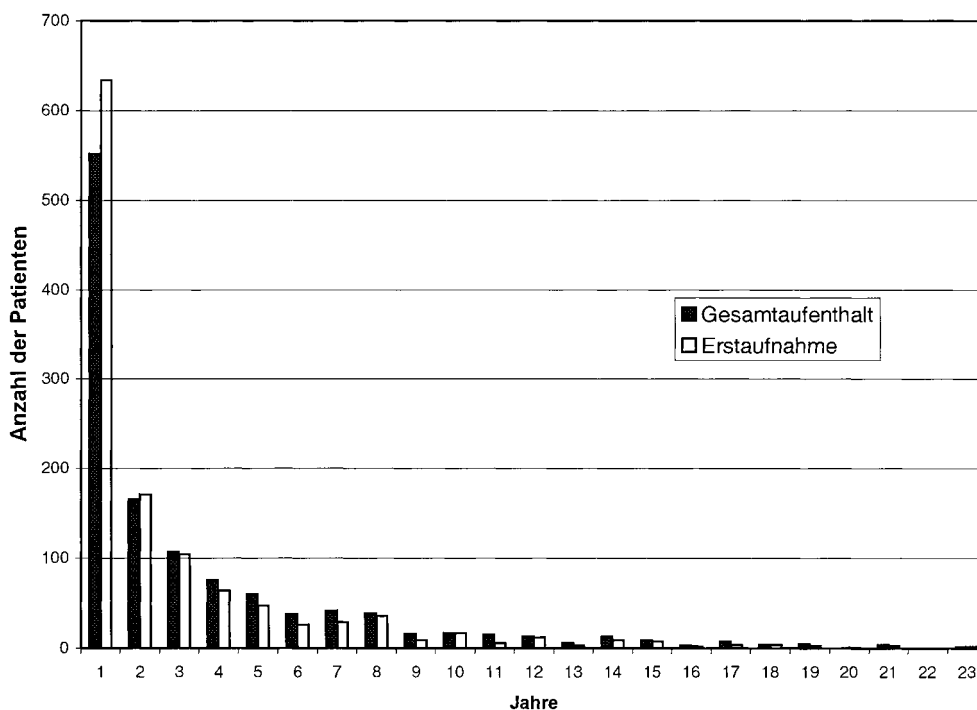


Abb. 1 Aufenthaltsdauer in Jahren.

hatten die Prädiktorvariablen stationäre Einweisung und vorhandene Pflugschaft/Betreuung. Der Anteil der korrekten Prädiktionen der Aufenthaltsdauer (länger bzw. kürzer als 1 Jahr) in der Abteilung lag bei 60,4%. Länger als fünf Jahre behandelt wurden signifikant mehr Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt die Diagnose Schizophrenie, eine Betreuung/Pflugschaft, eine stationäre Einweisung oder keine aktuelle berufliche Beschäftigung bei Aufnahme hatten. Der Anteil der korrekten Prädiktionen der Aufenthaltsdauer (länger bzw. kürzer als 5 Jahre) betrug 85,4%.

Während des Gesamtaufenthaltes und der Erstaufnahme fielen durchschnittliche Kosten von ca. DM 155 (ca. € 80,-) pro Tag an (s. Tab. 4). Hochgerechnet entspräche dies Jahreskosten von ca. DM 57 000,- (ca. € 29 000,-). Bei längerer Dauer des Aufenthaltes sind die durchschnittlichen auf den Tag bezogenen Kosten geringer: Bei Patienten, die weniger als 1 Jahr bzw. weniger als 5 Jahre behandelt wurden, waren die Tageskosten etwa doppelt so hoch als bei der jeweiligen Vergleichsgruppe (> 1 Jahr, > 5 Jahre). Diese hohen durchschnittlichen Kosten sind durch relativ viele tagesklinische Behandlungstage bedingt.

Tab. 4 Durchschnittskosten pro Tag sowie Kosten in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer im Vergleich zwischen Subpopulationen mit unterschiedlicher Dauer des ersten Aufenthalts (< 1 Jahr vs. > 1 Jahr bzw. < 5 Jahre vs. > 5 Jahre) im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem.

	Kosten pro Tag in DM, Mittelwert ± SD (EURO)	
	Erstaufenthalt	Gesamtaufenthalt (alle Aufnahmen)
gesamter Aufenthalt (über alle Jahre)	158,42 ± 127,66 (81,00)	153,85 ± 123,60 (78,66)
< 1 Jahr (n = 634)	205,58 ± 135,57 (105,11)	198,96 ± 132,32 (101,73)
statistischer Unterschied	t = 16,7, df = 1077,3, p ≤ 0,001	t = 16,1, df = 1081,1, p < 0,001
> 1 Jahr (n = 560)	97,79 ± 84,63 (50,00)	97,27 ± 83,18 (49,73)
< 5 Jahre (n = 1020)	167,75 ± 130,15 (85,77)	163,33 ± 126,49 (83,51)
statistischer Unterschied	t = 13,8, df = 467,5, p ≤ 0,001	t = 13,3, df = 449,6, p ≤ 0,001
> 5 Jahre (n = 174)	80,48 ± 63,65 (41,15)	80,54 ± 63,69 (41,18)

Verglichen werden sowohl Werte des ersten Aufenthaltes wie des Gesamtaufenthaltes für die beiden Patientengruppen. Die statistische Testung der Variablen erfolgte mit t-Tests für 2 unabhängige Stichproben. Varianzen wurden vorher mit Levene-Test für Varianzunterschiede geprüft – bei signifikant unterschiedlichen Varianzen ( $p < 0,05$ ) wurde der t-Test für ungleiche Varianz, bei gleicher Varianz (gekennzeichnet mit\*) der t-Test für gleiche Varianz gewählt

Aufgrund deutlicher Differenzen zwischen Kosten jedes einzelnen Patienten im 1. Behandlungsjahr (DM 180/d = € 92/d) versus nach dem 1. Jahr (2.–23. Jahr: DM 60–87/d = € 30–45/d) wurde eine zusammenfassende Regressionsanalyse nicht für die Kosten insgesamt, sondern nur für die Zeit nach dem 1. Jahr gerechnet, wobei weiterhin stets die Kosten pro Behandlungstag berücksichtigt wurden. Wie in Tab. 5 dargestellt, erbrachte die Analyse nur relativ wenige signifikante Ergebnisse: Das Vorhandensein einer Pflugschaft prädierte die Kosten nach dem ersten Jahr signifikant positiv, (hohes) Alter, das Vorhandensein einer Privat-

Tab. 6 Regression der Kosten nach dem 1. Behandlungsjahr in Abhängigkeit von soziodemographischen und klinischen Parametern sowie von Verlaufsparemtern (Kosten im 1. Jahr und HI im 1. Jahr).

unabhängige Variablen	B	Sig
Alter (C)	- 1,00	0,017
unter Pflugschaft (D)	+ 35,66	0,001
Kosten im 1. Jahr (C)	+ 0,37	< 0,001

Adjustiertes  $R^2 = 0,18$ ,  $F = 41,9$ ,  $p < 0,001$ . Dargestellt sind nur die signifikanten Merkmale; C: kontinuierliche Variable, D: „dummy“-Variable: 1: ja, 0: anderes; B: Regressionskoeffizient; Sig: Signifikanzniveau, +: führt zu höheren Kosten, -: führt zu niedrigeren Kosten

wohnung und eine aktuelle Berufstätigkeit dagegen negativ. Mit der entsprechenden multiplen Regressionsgleichung lassen sich nur 5% der Variation der Kosten erklären.

Tab. 6 zeigt eine zweite Regressionsanalyse, in der neben den soziodemographischen und klinischen Parametern bei Aufnahme zusätzlich Verlaufsparemtern des 1. Behandlungsjahres (Kosten im 1. Jahr) als Prädiktoren getestet wurden. Wieder prädierte das Vorhandensein einer Pflugschaft die Kosten nach dem 1. Jahr signifikant positiv, das Alter dagegen negativ. Darüber hinaus wurden die Kosten nach dem 1. Jahr auch durch die Kosten im 1. Jahr positiv prädiert. Mit anderen Worten: Nach den Ergebnissen der Regressionsanalyse sagte ein hohes Alter bei Aufnahme niedrigere Kosten vorher. Eine vorhandene Pflugschaft/Betreuung bei Aufnahme bzw. hohe Kosten im 1. Behandlungsjahr führten auch zu hohen Kosten in den weiteren Jahren (2.–23. Jahr). Mit dieser multiplen Regressionsgleichung lassen sich 18% der Variation der Kosten nach dem 1. Behandlungsjahr erklären.

Tab. 5 Regression der Kosten nach dem 1. Behandlungsjahr in Abhängigkeit von soziodemographischen und klinischen Parametern bei Aufnahme.

unabhängige Variablen	B	Sig
Alter (C)	- 1,39	0,002
Privatwohnung (D)	- 39,06	0,017
unter Pflugschaft (D)	+ 44,57	< 0,001
zur Zeit tätig (D)	- 34,09	0,044

Adjustiertes  $R^2 = 0,05$ ,  $F = 9,06$ ,  $p < 0,001$ . Dargestellt sind nur die signifikanten Merkmale; C: kontinuierliche Variable, D: „dummy“-Variable: 1: ja, 0: anderes; B: Regressionskoeffizient; Sig: Signifikanzniveau, +: führt zu höheren Kosten, -: führt zu niedrigeren Kosten

## Diskussion

Die Daten beruhen auf der vollständigen Dokumentation aller Behandlungsverläufe im untersuchten System und Zeitraum. Bei den dargestellten Patienten handelt es sich somit nicht um eine Stichprobe, deren Repräsentativität für die zugrunde liegende Gesamtmenge zu diskutieren wäre, sondern um diese Gesamtmenge selbst. Ob das System und damit auch die in ihm be-

handelten Patienten repräsentativ für andere gemeindepsychiatrischen Einrichtungen sind, ist wahrscheinlich negativ zu beantworten ist. Das System war ein in Deutschland ungewöhnliches Modell und gerade deshalb auch von besonderem Interesse. In ihm verwirklicht wurden Grundsätze, die in der internationalen Literatur heute als vorbildlich und modern gelten. Dazu gehören – neben der einem Fallregister entsprechenden detaillierten Dokumentation – das Prinzip klinischer Bezugstherapeuten zur Sicherstellung von Koordination und Kontinuität, die multiprofessionelle Teamarbeit, die flexible Nutzung unterschiedlicher Einrichtungstypen, die langfristige Behandlungsplanung und die Betonung aufsuchender und nachgehender Tätigkeiten. Konzipiert wurde das System von Prof. Gregor Bosch zu einem Zeitpunkt, als auch in den USA und England ähnliche Ansätze entwickelt wurden. Interessanterweise wussten die Initiatoren dieser vergleichbaren Entwicklungen an unterschiedlichen Orten damals aber nichts voneinander (Bosch, Stein, persönliche Mitteilungen), so dass sie ihre Ideen unabhängig voneinander formten und umsetzten. Während in der Folge das Modell in Wisconsin durch Studienpublikationen (z. B. [25]) weltbekannt und zum Vorbild zahlreicher weiterer Einrichtungen zumindest im anglophonen Raum wurde, blieb das Berliner Modell relativ wenig bekannt und ohne unmittelbare Vorreiterrolle in Deutschland, wofür es vielfältige, u. a. gesundheitspolitische Gründe geben mag.

Die Evaluation des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems wurde von fünf Fragen geleitet, die durch Deskription und Analyse des Datenmaterials beantwortet wurden. Bezüglich der *Patientenmerkmale* entspricht der Frauen- und Ledigenanteil in etwa den Zahlen eines Kohortenvergleichs schizophrener Patienten in einer Studie zur Nutzung von Versorgungssystemen in Groningen/NL bzw. Verona/Italien [26]. Angesichts des ungünstigeren Krankheitsverlauf bei Männern mit Schizophrenie im Vergleich zu Frauen [27,28], hätte man einen höheren Anteil von Männern in solchen Versorgungssystemen vermuten können. Weitere Daten wie die hohe Zahl von berufstätigen Patienten und von Akademikern und der geringe Anteil an ausländischen Patienten könnten auf eher günstige soziale Umstände vieler Patienten hinweisen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer früheren Arbeit zur Klientel des Systems, nach der Patienten mit hohem Berufsniveau zu den Gruppen gehörten, die bevorzugt aufgenommen wurden [29]. Eine Interpretation dieser Ergebnisse könnte sein, dass die Mitarbeiter entgegen der Zielsetzung des Modells der „Versuchung, sich eher für aussichtsreichere und für den therapeutischen Zugriff einfachere und dankbarere Patienten einzusetzen“ ([29], p. 115) nicht immer widerstehen konnten oder dass umgekehrt die gut ausgestatteten Einrichtungen dieses Systems eine besondere Attraktivität und Akzeptanz bei Patienten mit guter sozialer Integration hatten. Möglicherweise macht es bei solchen Auswahlprozessen doch einen Unterschied, ob eine Versorgungsverpflichtung nur freiwillig erklärt oder tatsächlich rechtlich vorgegeben wird. Diagnostisch stellten Patienten mit schizophrenen Erkrankungen die Mehrzahl dar. Es wurden aber auch Patienten – etwa ein Drittel – mit anderen und nichtpsychotischen Störungen behandelt. Dies steht im Einklang mit Erfahrungen in anderen gemeindepsychiatrischen Systemen, wird aber dennoch häufig übersehen, da sich Studienergebnisse oft ausschließlich auf schizophrene Patienten als der größten diagnostisch homogenen Gruppe beziehen.

Die durchschnittliche *Behandlungsdauer* betrug 2,4 Jahre für Erstaufnahmen und 2,9 Jahre für den Gesamtaufenthalt. Die Behandlungsdauer schwankt in Einzelfällen sehr, andauernde Behandlungen über sehr lange Zeiträume sind aber sicher die Ausnahme. Dies mag überraschen bei einem Versorgungssystem, das als Langzeiteinrichtung konzipiert war. Die Idee einer u. U. lebenslangen Behandlung in einem solchen System entspricht also – zumindest in diesem Versorgungsbezirk – nicht der Realität. Neben Umzügen und Entlassungen aufgrund hinreichender Besserung bzw. Stabilisierung gibt es zwei Faktoren, die zu der relativ kurzen durchschnittlichen Behandlungsdauer beigetragen haben können:

- a) Viele der Patienten brechen Behandlungen von sich aus ab, und es stellt sich die Frage, ob der Ansatz des Systems ein ausreichendes Nachgehen im Sinne des in den letzten Jahren propagierten „assertive outreach“ beinhaltet, um in Krisensituationen schwierige Behandlungsbeziehungen aufrechtzuerhalten. Zu bedenken ist dabei, dass ein aktives Aufsuchen von Patienten ohne deren ausdrückliche Zustimmung in Deutschland relativ engen gesetzlichen Einschränkungen unterliegt und auch dem therapeutischen Anspruch einer Achtung und Stärkung der Autonomie der Patienten widersprechen kann.
- b) Patienten konnten jederzeit entscheiden, zu einem niedergelassenen Psychiater zu wechseln. Das Nebeneinander eines ausgebauten Niedergelassenensystems und einer gemeindepsychiatrischen Versorgung mit Institutsambulanz ist ein deutsches Spezifikum und könnte Patienten dazu motivieren, gegebenenfalls Alternativangebote aufzusuchen – unabhängig davon, ob diese für sie geeignet sind – und bestehende Behandlungen eher zu beenden.

Zur *Vorhersage der Behandlungsdauer* erwiesen sich nur wenige Ausgangsparameter als geeignet. Eine Behandlung kürzer/länger als ein Jahr wurde nur durch die Merkmale „unter Pflugschaft/Betreuung“ sowie „Einweisung aus stationärer Behandlung“ präzisiert, einen Aufenthalt kürzer/länger als 5 Jahre zusätzlich durch „Diagnose: Schizophrenie“ und „zum Aufnahmezeitpunkt nicht beruflich tätig“. Während diese Prädiktoren unmittelbar plausibel und nahezu trivial erscheinen, lässt sich auch konstatieren, dass sich anhand der routinemäßig erhobenen Ausgangsmerkmale eine Patientengruppe mit längerer Aufenthaltsdauer nur schwer identifizieren lässt.

Um eine über die Zeit konsistente und vergleichbare Berechnungsgrundlage zu haben, wurden die *Kosten* ausschließlich mit den Kostensätzen des Jahres 1996 und nicht mit realen Werten berechnet. Auf dieser Basis betragen die durchschnittlichen Tageskosten für alle Erstaufnahmen durchschnittlich DM 158,42 (€ 81,00), was Jahreskosten von DM 57 823,30 (€ 29 564,58) entspricht. Bei Patienten mit jeweils längerer Aufenthaltsdauer waren die durchschnittlichen auf einen Tag bezogenen Kosten niedriger. Besonders hohe Kosten entstanden bei Gruppen mit jeweils kürzerer Aufenthaltsdauer, vor allem durch teilstationäre Aufenthalte, die im ersten Jahr zur Einleitung der Behandlung regelmäßig erfolgten und häufig lange andauerten.

Zum Vergleich: Die Tageskosten der seinerzeit für die chronisch psychisch Kranken Berlin-Charlottenburgs zuständigen stationären Abteilung Rehabilitation der Nervenklinik Spandau betragen DM 387,22 (€ 197,98) für eine vollstationäre Versorgung und DM 270,80 (€ 138,46) für teilstationäre Behandlungen. Dies entspräche

che Jahreskosten von DM 141335,30 (€ 72263,59) bzw. DM 98842,00 (€ 50537,11). Die gemeindepsychiatrische Versorgung kostete demnach im Schnitt 41 % einer vollstationären und 59 % einer teilstationären Langzeitversorgung im gleichen Sektor. Der Aufenthalt im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem (inkl. vollstationärer Aufenthalte) ist diesen Daten zufolge deutlich billiger als in einem voll- oder teilstationären Setting für chronisch psychisch Kranke, ein Ergebnis, das sich mit vielen internationalen Studien zu diesem Thema deckt [30–32].

Die Kosten sind aber dennoch deutlich höher als in einer prospektiven 1-Jahres-Studie von Salize u. Rössler [11] in gemeindepsychiatrischer Versorgung in Mannheim (n = 66; Tageskosten Berlin: DM 158,42 = € 81,00, Mannheim: DM 75,52 = € 38,61). Es erscheint eher unwahrscheinlich, dass die gravierende Differenz zur vorliegenden Arbeit in wesentlichen Unterschieden im Studiendesign, Patientenmerkmalen, der Inflationsrate oder kosten-trächtigen Unterschieden in der Behandlung selbst entspringt, obwohl alle diese Faktoren einen Einfluss gehabt haben können. Da auch die Kosten vollstationärer Behandlung zwischen Berlin und Mannheim massiv differierten, ist eher anzunehmen, dass der Unterschied hinsichtlich der für die Versorgung von den Kostenträgern gezahlten Gelder schlicht auf die regional sehr unterschiedlichen Kostensätze für psychiatrische Krankenhausbehandlungen und Gemeindeversorgung zurückzuführen ist. So differierten allein die für Wohneinrichtungen gezahlten Beträge in und außerhalb Berlins um durchschnittlich ein Drittel [33,34]. Für die Kostenermittlung psychiatrischer Versorgung in Deutschland ließe sich folgern, dass erstens starke regionale Unterschiede bestehen, die weitere Evaluationen aus verschiedenen Regionen Deutschlands dringend geboten erscheinen lassen, und zweitens die Beziehung von gezahlten Leistungen einerseits und tatsächlichem finanziellen Verbrauch sowie betriebswirtschaftlichen Ausgaben andererseits untersucht werden sollte, um Gründe für die erheblichen Unterschiede in den Kosten zu eruieren.

Zur *Vorhersage der Kosten* nach dem ersten Jahr wurden multiple Regressionsanalysen berechnet. Die Zahl der zur Prädiktion geeigneten Ausgangsparameter war gering, und der Anteil der aufgeklärten Varianz war mit 5 % sehr niedrig. Erst als Zeichen des Verlaufs in der gemeindepsychiatrischen Versorgung selbst – nämlich die Kosten im ersten Jahr – mitberücksichtigt wurden, stieg der Anteil der vorhergesagten Varianz auf 18 %, was aber unter wissenschaftlichen wie praktischen Gesichtspunkten immer noch gering ist.

In einer englischen Studie mit ähnlichen Prädiktoren ergab sich eine vergleichbare Varianzaufklärung von 21 % [35]. Die Autoren führten dies zum Teil auf geringe Differenzen in den Versorgungsleistungen für die Patienten zurück, was auch in der vorliegenden Arbeit eine Rolle gespielt haben mag. Ein besseres Prädiktionsergebnis hätte wahrscheinlich bei hinsichtlich der Ausgangsparameter weniger heterogenen Subgruppen erreicht werden können, wie es Amaddeo et al. [36,37] in einer vergleichbaren Studie für diagnostische Homogenität demonstrierten. Dies war aber nicht der Ansatz der vorliegenden Studie. In jedem Fall gilt, dass die herangezogenen soziodemographischen und klinischen Ausgangsmerkmale keine große Vorhersagekraft zu haben scheinen. Gehaltvollere Verlaufsprädiktoren waren in anderen Studien das soziale Funktionsniveau oder aber psychopathologi-

sche Parameter [38–40]. Salize u. Rössler [11] verwandten als Regressoren mehr klinische Variablen (Beginn der Erkrankung, Dauer einer Indexhospitalisierung, klinische Probleme, Lebensqualität) und komplexe Parameter (z. B. „soziale Probleme“) als in der vorliegenden Arbeit und erklärten so 45 % der Kostenvariation in ihrer Studie mit wesentlich kürzerer Beobachtungszeit und kleinerer Stichprobe. Der geringe Vorhersagewert basaler soziodemographischer Patientenmerkmale und weniger Daten aus der klinischen Vorgeschichte für den Langzeitverlauf ist insofern bedeutsam, da die genannten Merkmale in der psychiatrischen Versorgungsforschung und auch in Basisdokumentationen regelmäßig erhoben werden.

Die vorgelegte Studie ist hinsichtlich des langen Beobachtungszeitraums auch nach internationalen Maßstäben ungewöhnlich. Ausgewertet werden kann nur, was initial geplant und bei der langjährigen Datensammlung durchgehend dokumentiert wurde. Die Ergebnisse entsprechen also einem naturalistischen Design, das Anfang der 70er Jahre angelegt wurde. Auch wenn man über die letztliche Aussagekraft der Befunde unterschiedlicher Meinung sein kann, sind sie doch sicherlich ein Anlass, um Möglichkeiten gemeindepsychiatrischer Versorgung auf der Basis empirischer Resultate zu reflektieren. Es bleibt zu hoffen, dass gegenwärtige Neuerungen und Versorgungsformen mit ähnlicher Weitsicht und methodischem Anspruch evaluiert werden.

## Literatur

- Schmiedebach HP, Beddies T, Schulz HJ, Priebe S. Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie-Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich. *Psychiat Prax* 2000; 27: 138–143
- Rössler W, Salize HJ, Biechele U, Riecher-Rössler A. Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung – ein europäischer Vergleich. *Nervenarzt* 1994; 65: 427–437
- Häfner H, an der Heiden W. Evaluation gemeindenaher Versorgung psychisch Kranker. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1982; 232: 71–95
- 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
- Amaddeo F, Bisoffi G, Bonizzato P, Miccicolo R, Tansella M. Mortality among patients with psychiatric illness. A ten-year study in an area with a community-based system of care. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 783–788
- Oldehinkel AJ, Giel R. Time trends in the care-based incidence of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 777–782
- Tansella M, Miccicolo R, Biggeri A, Bisoffi G, Balestrieri M. Episodes of care for first-ever psychiatric patients: A long-term case-register evaluation in a mainly urban area. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 220–227
- Cooper B, Dilling H, Kanowski S, Remschmidt H. Die wissenschaftliche Evaluation psychiatrischer Versorgungssysteme: Prinzipien und Forschungsstrategien. *Nervenarzt* 1985; 56: 348–358
- Kissling W, Höffler J, Seemann U, Müller P, Rüter E, Trenckmann U, Uber A, Schulenburg J-M Graf v. d., Glaser P, Glaser T, Mast O, Schmidt D. Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 1999; 67: 29–36
- Rössler W, Salize HJ, Knapp M. Die Kosten der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 1999; 66: 496–504
- Salize HJ, Rössler W. The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation from a German catchment area. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 42–48
- Salize HJ, Rössler W. Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie. Berlin: Springer, 1998
- Salize HJ, Rössler W. Steigen die Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie überproportional? *Nervenarzt* 1999; 70: 817–822

- <sup>14</sup> Scheytt D, Kaiser P, Priebe S. Behandlungsdauer und Fallkosten in unterschiedlichen stationären Einrichtungen in Berlin. *Psychiatr Prax* 1996; 23: 10–14
- <sup>15</sup> Bolm W, Bosch G, Lehmkuhl D. Zur Reduktion vollstationärer Behandlung durch ein System teilstationärer, ambulanter und komplementärer Dienste. *Psychiatr Prax* 1989; 16: 199–206
- <sup>16</sup> Pietzcker A, Schönhoff M. Psychosoziale Rehabilitation heute und morgen. Den veränderten Lebenswelten gerecht werden. *Psychiatr Prax* 1999; 26, Sonderheft 1: S1–S2
- <sup>17</sup> Steinhart I, Bosch G, Lorenz W, Weatherly J. Sozialarbeiter und Ärzte – Partner in der Sozialpsychiatrie? *Psychiatr Prax* 1990; 17: 129–135
- <sup>18</sup> Priebe S, Gruyters T. Patients' assessment of treatment predicting hospitalization. *Schizophr Bull* 1995; 21: 87–94
- <sup>19</sup> Priebe S, Gruyters T. The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 552–557
- <sup>20</sup> Priebe S, Bröker M. Prediction of hospitalizations by schizophrenia patients' assessment of treatment: An expanded study. *J Psychiatr Res* 1999; 33: 113–119
- <sup>21</sup> Steinhart I, Bosch G. Verlaufsmodalitäten institutioneller Protektion – „Patientenkarrieren“ in einem gegliederten gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem. *Psychiatr Prax* 1992; 19: 194–200
- <sup>22</sup> Steinhart I, Priebe S. Prediction of hospitalization within a psychiatric community care system – a five-year study. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1992; 27: 270–273
- <sup>23</sup> WHO (Weltgesundheitsorganisation). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen: Huber, 1993; 2. korr. Aufl.
- <sup>24</sup> Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Berlin (federführend IKK-Landesverband Brandenburg und Berlin) Krankenhäuser im Land Berlin. Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte gemäß § 39 Abs. 3 SGB V. Berlin: Selbstverlag, 1997
- <sup>25</sup> Janssen J, Laatz W. Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Berlin: Springer, 1997; 2. Neubearb. Aufl.
- <sup>26</sup> Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I Conceptual models, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 392–397
- <sup>27</sup> Sytema S, Micciolo R, Tansella M. Service utilization by schizophrenic patients in Groningen and South-Verona: An event-history analysis. *Psychol Med* 1996; 26: 109–119
- <sup>28</sup> Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Müller P, Müller-Spahn F, Tegeler J, Schüssler G. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 1998; 24: 87–98
- <sup>29</sup> Thornicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilisation. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 475–484
- <sup>30</sup> Burns T, Raftery J, Beadsmoore A, McGuigan S, Dickson M. A controlled trial of home-based acute psychiatric services. II: Treatment patterns and costs. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 55–61
- <sup>31</sup> Knapp M, Beecham J, Koutsogeorgopoulou V, Hallam A, Fenyo A, Marks IM, Connolly J, Audini B, Muijen M. Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 195–203
- <sup>32</sup> Rothbard AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TP, Turk R. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 920–927
- <sup>33</sup> Kaiser W, Isermann M, Hoffmann K, Priebe S. Entlassungen in vollstationäre Einrichtungen. Ergebnisse einer Umfrage. Postskriptum zu Teil III der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 22–24
- <sup>34</sup> Kaiser W, Isermann M, Hoffmann K, Priebe S. Langzeitpatienten im Betreuten Wohnen nach der Enthospitalisierung – Teil V der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 235–243
- <sup>35</sup> Chisholm D, Knapp M, Astin J, Lelliott P, Audini B. The mental health residential care study: predicting costs from resident characteristics. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 37–42
- <sup>36</sup> Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyo A, Knapp M, Tansella M. The use of a case register to evaluate the costs of psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 189–198
- <sup>37</sup> Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyo A, Tansella M, Knapp M. The costs of community-based psychiatric care for first-ever patients. A case register study. *Psychol Med* 1998; 28: 173–183
- <sup>38</sup> Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabasés J, Madoz V, Vázquez-Barquero JL, Psicost Group. Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 334–340
- <sup>39</sup> Knapp M, Beecham J, Fenyo A, Hallam A. Community mental health care for former hospital in-patients. Predicting costs from needs and diagnoses. *Br J Psychiatry* 1995; 166, Suppl 27: 10–18
- <sup>40</sup> McCrone P, Thornicroft G, Parkman S, Nathaniel-James D, Ojurongbe W. Predictors of mental health service costs for representative cases of psychosis in South London. *Psychol Med* 1998; 28: 159–164

## Buchbesprechung

### Betreuungsrecht

Das deutsche Betreuungsrecht ist eine komplexe und umfangreiche juristische Materie. Neben Änderungen und Ergänzungen durch den Gesetzgeber finden auch Auslegung und Präzisierungen durch die Gerichte statt. Die Komplexität der Materie hat zugenommen und damit einhergehend hat die Übersichtlichkeit abgenommen. Für den Praktiker, der im Alltag mit dem Betreuungsrecht umgeht, besteht die unbedingte Notwendigkeit, die Rechtsvorgaben einzuhalten. Insbesondere Nichtjuristen sind auf Handwerkszeug angewiesen, das ihnen schnell und praxisnah ihre Fragen beantwortet.

Der Verlag C. H. Beck in München hat in der Vorlage verständlicher und praxisorientierter Kommentare verschiedener rechtlicher Inhalte eine lange Tradition. Das hier vorgelegte Buch ist mit der Einarbeitung und Kommentierung der Rechtsprechung bis zum Herbst 2000 aktuell. Dieser Kommentar zum materiellen Betreuungsrecht, zum Verfahrensrecht und zum Betreuungsbehördengesetz, wie der genaue Untertitel formuliert ist, enthält zudem die Neukommentierung der geänderten Paragraphen zur Betreuervergütung.

Die Gliederung des Bandes ist bewährt. Zu jedem für das Betreuungsrecht relevanten Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), des Betreuungsbehördengesetzes (BtBG), des Gesetzes über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG), des Rechtspflegegesetzes (RPfG) und der Kostenordnung (KostO) findet sich ein verständlicher Kommentar. Dazu kommt ein Literaturverzeichnis und ein ausführliches praxisorientiertes Sachverzeichnis. Verlag und Herausgeber möchten zudem auch wissenschaftlich interessierte Leser ansprechen und insgesamt der wachsenden gerichtlichen Bedeutung des Betreuungsrechts gerecht werden. Dies ist auf bewährte Weise gelungen.

Greif Sander, Sehnde

Jürgens A (Hrsg). **Betreuungsrecht**. 2. überarb. Auflage, 2001, 705 S. (Beck, München.) DM 90,-