

BARMER GEK Report Krankenhaus 2011

Schwerpunktthema:
Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung
bei psychischen Störungen

Juli 2011

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 9

BARMER GEK Report Krankenhaus 2011

Herausgeber:	BARMER GEK Hauptverwaltung Schwäbisch Gmünd Gottlieb-Daimler-Straße 19 73529 Schwäbisch Gmünd www.barmer-gek.de
Autoren:	ISEG, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Hannover http://www.iseg.org E.M. Bitzer, T.G. Grobe, S. Neusser, I. Mieth, F.W. Schwartz
Verlag	Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin
ISBN	978-3-537-44109-6

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhalt

VORWORT.....	5
1 ZUSAMMENFASSUNG.....	7
1.1 Stationäre Behandlung	7
1.2 Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen...	9
2 AKUT-STATIONÄRES VERSORGUNGSGESCHEHEN.....	13
2.1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen.....	13
2.2 Einführung.....	16
2.3 Trends stationärer Behandlungen insgesamt.....	18
2.4 Stationäre Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2010.....	21
2.5 Regionales stationäres Leistungsgeschehen 2010.....	24
2.6 Trends bei Diagnosen stationärer Behandlungen.....	26
2.7 Diagnosen stationärer Behandlungen 2010.....	28
2.7.1 Dreistellige Hauptentlassungsdiagnosen.....	33
2.7.2 Haupt- und Nebendiagnosen.....	36
2.8 Operationen und Prozeduren.....	40
3 SCHWERPUNKTTHEMA: DER ÜBERGANG VON DER STATIONÄREN ZUR AMBULANTEN VERSORGUNG BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN.....	47
3.1 Zielsetzung.....	47
3.1.1 Material und Methoden.....	50
3.1.2 Patientenbefragung - Erhebungsinstrumentarium.....	51
3.1.3 Datenfluss – Datenschutz.....	60
3.1.4 Auswertungsverfahren.....	61
3.2 Versorgungsepidemiologie.....	62

3.2.1	Verweildauer, Fallzahlen und Betroffene mit Krankenhausbehandlungen psychischer Störungen.....	64
3.2.2	Trends bei Krankenhausbehandlungen mit ausgewählten Diagnosen.....	66
3.2.3	Rehospitalisierung.....	73
3.3	Die Perspektive der Patienten.....	90
3.3.1	Wer hat sich an der Befragung beteiligt.....	90
3.3.2	Güte des Erhebungsinstrumentariums.....	93
3.3.3	Patientencharakteristika.....	97
3.3.4	Der Krankenhausaufenthalt aus Patientensicht.....	102
3.3.5	Ärztliche und medikamentöse Versorgung.....	108
3.3.6	Psychotherapeutische Versorgung.....	109
3.3.7	Der Übergang von stationär zu ambulant.....	114
3.3.8	Seelisches und gesundheitliches Befinden.....	118
3.3.9	Erfolg der Behandlung aus Patientensicht.....	123
3.3.10	Welche Einflussgrößen lassen sich identifizieren?.....	125
3.4	Zusammenfassende Diskussion.....	141
4	LITERATUR.....	153
5	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	156
6	ANHANG – ALLGEMEINER TEIL.....	157
6.1	Standardpopulation Bevölkerung Routineteil.....	157
6.2	Tabellen zum Allgemeinen Teil.....	159
7	ANHANG – ERGÄNZENDE AUSWERTUNGEN ZUM SCHWERPUNKTTHEMA.	176
7.1	Psychometrische Prüfung.....	176
7.2	Ergänzende Auswertungen zur Deskription.....	189
7.3	Ergänzende Auswertungen zu Einflussgrößen.....	202

TABELLENVERZEICHNIS.....	212
VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN.....	217
ICD 10-KAPITEL.....	218

Vorwort

Das vorliegende Buch bietet einen umfassenden Überblick zum Leistungsge-
schehen in deutschen Akutkrankenhäusern. Ergänzend berichten wir in einem
Schwerpunktkapitel über den Übergang aus der stationären in die ambulante
Versorgung bei psychisch erkrankten Patienten. Hier sind Ergebnisse einer Befra-
gung eingeflossen, an der sich mehr als 2.000 betroffene Versicherte der BAR-
MER GEK beteiligt haben.

Insbesondere folgende Analysen und Ergebnisse sind für unsere Leser von In-
teresse:

- Im Durchschnitt ist jeder Deutsche vom Säugling bis zum Greis fast 2 Tage pro Jahr im Krankenhaus. Für einen solchen fiktiven Durchschnittspatienten wenden wir als Kasse im Krankenhaus 744 Euro jährlich auf. Tatsächlich verbergen sich hinter diesen Zahlen natürlich viele gesunde Menschen ohne Krankenhausaufenthalt und eine kleine Gruppe von (schwer) Kranken mit entsprechend starker Inanspruchnahme – siehe Kapitel 2.
- Auf die Gruppe der psychischen Störungen entfielen die meisten Krankenhaustage (17,1%), und zwar zu einem Drittel allein aufgrund von Depressionen, wie im Schwerpunktteil (Kapitel 3) beschrieben. In diese Gruppe gehört auch die unverändert große Zahl von Krankenhausfällen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, eine gesundheitspolitisch besorgniserregende Feststellung.
- Aus unserer Befragung vorrangig depressiver Patienten wissen wir, dass etwa ein Jahr nach der Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung zwischen der Hälfte und zwei Drittel der Patientinnen und Patienten ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen. Trotz der teilweise weiterhin starken Beeinträchtigung geben 70% der Befragten an, es gehe ihnen etwas besser als unmittelbar nach der Entlassung.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ISEG in Hannover, in deren bewährter Hand die vorgenommenen Auswertungen und die Erstellung des Reports lagen, möchten wir für die gute Zusammenarbeit danken.

Wir hoffen, dass auch diese Publikation in unserer Report-Reihe auf Interesse bei den Leserinnen und Lesern stoßen wird.

Berlin, im Juli 2011

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

1 Zusammenfassung

Der BARMER GEK Report Krankenhaus 2011 liefert eine Analyse der akut-stationären Versorgung, die auf Daten aus dem gesamten Bundesgebiet beruht. Eine umfassende Bewertung des Versorgungsgeschehens unter "Alltagsbedingungen" wird hier möglich, indem wir ganz unterschiedliche Krankenhäuser mit ihren Besonderheiten über alle Regionen hinweg einbeziehen.

Eine maßgebliche Grundlage der Auswertungen zum vorliegenden Report Krankenhaus sind pseudonymisierte Routinedaten der BARMER GEK¹.

1.1 Stationäre Behandlung

Auch 2010: Anstieg der Behandlungsfallzahlen, Rückgang der Verweildauer je Behandlungsfall, weitgehend unveränderte Gesamtverweilzeit.

Unverändert setzte sich auch im Jahr 2010 der bereits seit Beginn der 90er Jahre beobachtete Trend zur Verkürzung der fallbezogenen Verweildauer in Krankenhäusern fort – Krankenhausaufenthalte waren auch 2010 im Durchschnitt kürzer als im Vorjahr. Während sich ein Aufenthalt im Krankenhaus bis 1992 durchschnittlich über mehr als 13 Tage erstreckte, waren es 2010 nach gleichartig altersstandardisierten Auswertungen von GEK-Daten, und damit unabhängig von Auswirkungen demographischer Veränderungen, nur noch 8,3 Tage. Gegenläufig zur Verkürzung der fallbezogenen Verweildauer stieg 2010 im Vergleich zum Vorjahr erneut die Behandlungshäufigkeit in Krankenhäusern, und zwar geringfügig von 186 auf 187 Fälle je 1.000 Versicherte. Aus beiden Trends resultierte 2010, bereinigt um demographische Effekte, im Vergleich zum Vorjahr eine leicht gesunkene Gesamtverweilzeit in Krankenhäusern.

1 Zum 1.1.2010 sind GEK und BARMER fusioniert. Auswertungen zum aktuellen Berichtsjahr basieren auf Daten zu den mehr als 8 Millionen Versicherten der BARMER GEK. Zu den Versicherten der ehemaligen GEK wurden eine Vielzahl von pseudonymisierten Daten bereits seit dem Jahr 1990 in auswertbarer Form erfasst. Diese bilden im vorliegenden Report die Grundlage für Darstellungen zu längerfristigen Trends in der stationären Versorgung.

Maßgeblich verantwortlich für die seit 1990 insgesamt gesunkene Verweildauer in Krankenhäusern war der insbesondere ab 1999 deutlich zu beobachtende Rückgang der Behandlungszeiten unter Diagnosen von Krankheiten des Kreislaufsystems um insgesamt 43%. Krankenhausbehandlungstage unter entsprechenden Diagnosen sanken von 380 Behandlungstagen je 1.000 Versicherte im Jahr 1990 auf 216 Behandlungstage je 1.000 Versicherte im Jahr 2010. Im gleichen Zeitraum kam es im Gegenzug allerdings zu einer erheblichen Zunahme der Verweilzeiten bei psychischen Störungen. Wurden 1990 erst 175 Behandlungstage je 1.000 Versicherte unter der Diagnose einer psychischen Störung gezählt, waren es im Jahr 2010, unter Annahme einer unveränderten Geschlechts- und Altersstruktur, 276 Behandlungstage, was einer Zunahme von 57% entspricht.

Legt man bei den Auswertungen aktueller Daten auch weitgehend aktuelle Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur der Bevölkerung Deutschlands (aus dem Jahr 2009) zugrunde, ergeben sich, bedingt durch demographische Veränderungen, höhere Inanspruchnahmen als nach den zuvor beschriebenen „Demographie-bereinigten“ Auswertungen. Ein „durchschnittlicher Versicherter“ verbrachte nach entsprechend altersstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten im Jahr 2010 insgesamt 1,89 Tage im Krankenhaus und verursachte dabei Kosten in Höhe von 744 Euro. Während vollstationäre Krankenhausbehandlungen bei Kindern im Alter zwischen 5 und 9 Jahren zu durchschnittlichen jährlichen Kosten von unter 200 Euro je Kind führten, lagen entsprechende Ausgaben bei Menschen ab einem Alter von 80 Jahren je Versicherungsjahr oberhalb von 2.000 Euro. Alters- und geschlechtsübergreifend bildeten Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Neubildungen die Diagnosegruppen, auf welche anteilig die höchsten Ausgaben für vollstationäre Krankenhausbehandlungen entfallen.

Die meisten Krankenhaustage entfielen 2010 mit einem Anteil von 17,1% demgegenüber auf Behandlungen unter der Diagnose von psychischen Störungen. Aus der Gruppe der psychischen Störungen führen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (ICD10-Diagnose: F10) am häufigsten zu einer Krankenhausbehandlung. Aufgrund der fallbezogenen langen Behandlungsdauer sind für die Verweilzeiten allerdings die Diagnosen „Depressive Episode“ und „Rezidivierende depressive Störungen“ (F32, F33) sowie „Schizophrenien“ (F20)

noch relevanter. Obwohl zur Kodierung von Hauptdiagnosen für Krankenhausaufenthalte ein weites Spektrum der insgesamt mehr als 1.600 unterschiedlichen ICD10-Diagnosen (auf 3-stelliger Ebene) genutzt wurde, entfielen allein auf die beiden genannten Diagnosen im Sinne von Depressionen im Jahr 2010 zusammen 5,7% aller dokumentierten Behandlungstage in Krankenhäusern.

1.2 Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen

Um welche psychischen Störungen geht es?

Im Mittelpunkt des BARMER GEK Reports Krankenhaus 2011 stehen die Erfahrungen von Patienten mit Depressionen, Anpassungsstörungen, Angst- oder somatoformen Störungen als Hauptentlassungsdiagnose aus einer akut-stationären Einrichtung (Krankenhaus).

Grundlage der vorgestellten Ergebnisse sind Analysen der Routinedaten der BARMER GEK sowie die Daten einer im Jahr 2010 durchgeführten Patientenbefragung.

Mehr Betroffene sind die Hauptursache für mehr Behandlungstage

Zwischen 1990 und 2010 haben die Behandlungstage in Krankenhäusern aufgrund von psychischen Störungen um 58% von 167 auf 265 Tage je 1.000 Versicherte zugenommen. Ursächlich dafür verantwortlich ist die sehr viel größere Anzahl an betroffenen Versicherten: Der Anteil der Versicherten, der innerhalb eines Kalenderjahres mindestens einen Tag unter der Diagnose einer psychischen Störung im Krankenhaus behandelt wurde, ist von 3,73 pro 1.000 Versicherte im Jahr 1990 auf 8,53 pro 1.000 Versicherte im Jahr 2010 gestiegen und hat sich damit in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt (+ 129%).

Kürzere Verweilzeit bremst den Anstieg der Behandlungstage

Der Anstieg der Behandlungstage wäre noch erheblich höher ausgefallen, wenn es nicht parallel zu einer bis Mitte der 2000er Jahre anhaltenden merklichen Verkürzung der Verweildauer, d.h. der Behandlungstage pro Fall gekommen

wäre. Die Behandlungstage je Betroffenen haben seit 1990 bis 2010 deutlich, nämlich um 32%, abgenommen. Während einer Person mit entsprechendem Krankenhausaufenthalt 1990 insgesamt noch etwa 45 Krankenhausbehandlungstage unter der Diagnose psychischer Störungen zugeordnet werden konnten, waren es 2010 nur noch 31 Tage.

Kürzere Verweilzeit führt nicht zu erhöhter Wiedereinweisungsrate

Die Wiedereinweisungsrate ist unter Kontrolle für andere Merkmale nicht abhängig von dem Jahr, in dem die Erkrankung stattgefunden hat, d.h. eine im zeitlichen Verlauf zu- oder abnehmende Tendenz zu Wiedereinweisungen lässt damit sich unter gleichzeitiger Betrachtung weiterer Einflussfaktoren nicht belegen.

Wiedereinweisungsrate wird maßgeblich vom Schweregrad der Erkrankung beeinflusst

Die in den diesjährigen BARMER GEK Report Krankenhaus einbezogenen psychischen Störungen sind Erkrankungen mit einem rezidivierenden klinischen Verlauf und einem hohen Anteil psychischer Komorbidität: die Wahrscheinlichkeit für einen erneuten Krankenhausaufenthalt in den ersten 2 Jahren nach Entlassung mit der gleichen Diagnose beträgt 30%, unter der Diagnose einer beliebigen psychischen Störung steigt sie auf 39%.

Den bedeutsamsten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer erneuten stationären psychiatrischen Behandlung stellt eine dem Index-Aufenthalt vorausgegangene Krankenhausbehandlung bei psychischer Störung dar: wer sich zum zweiten Mal in stationäre psychiatrische Behandlung begibt, hat eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, in den kommenden 12 Monaten ein weiteres, dann drittes Mal, stationär psychiatrisch behandelt zu werden wie eine Person, die erstmalig stationär behandelt wird.

Hohes Risiko für Wiedereinweisung in den ersten Monaten nach Entlassung

Bei einem verhältnismäßig hohen Anteil der Betroffenen kommt es relativ kurzfristig zu einer erneuten Krankenhausbehandlung: etwa ein Drittel aller in den 2 Jahren nach Entlassung beobachteten Wiederaufnahmen erfolgt bereits innerhalb der ersten 30 Tage, knapp die Hälfte in den ersten 3 Monaten.

Der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung: Empfehlungen des Krankenhauses

Nach Auskunft der befragten Patienten empfehlen die Krankenhäuser zur Weiterbehandlung der Patienten mit psychischen Störungen mehrheitlich eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung (47,5%). Nur etwa ein Fünftel der Patienten sollte nach Einschätzung des jeweiligen Krankenhauses entweder nur eine Psychotherapie (21,9%) oder nur eine medikamentöse Behandlung (19,3%) erhalten. Dabei zeigen sich statistisch hoch signifikante Unterschiede nach Hauptentlassungsdiagnose. Während die Hälfte der Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ eine kombinierte Behandlung aus Psychotherapie und Medikamenten erhalten sollte, sind dies unter den Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störung“ lediglich 36,9%.

Die Erfahrungen von Patienten in der ambulanten Nachversorgung: durchwachsen

Grundsätzlich werden die Empfehlungen des Krankenhauses zur Weiterbehandlung nach Einschätzung der Patienten weitgehend umgesetzt. Diese Patienten fühlen sich eher ausreichend in die Behandlungsplanung einbezogen, ihnen geht es vergleichsweise gut und sie haben zudem ein geringeres Risiko für einen erneuten Krankenhausaufenthalt. Patienten, die aktuell eine von den initialen Empfehlungen des Krankenhauses abweichende Therapie erhalten oder die (nach ihrer eigenen Einschätzung) keine dezidierten Behandlungsempfehlungen seitens des Krankenhauses erhalten haben, sind dagegen deutlich unzufriedener mit der Qualität der ambulanten Nachversorgung, sie sind noch stärker in ihrer seelischen Befindlichkeit beeinträchtigt und haben ein höheres Risiko für erneute Krankenhaus-Aufenthalte.

Der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung: Psychotherapie

70% der Patienten, die sich an der Befragung beteiligt haben, erhalten vom Krankenhaus eine Empfehlung zur ambulanten Psychotherapie. Zum Zeitpunkt der Befragung befindet sich, in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose, die Hälfte bis zu zwei Drittel der Patienten in psychotherapeutischer Behandlung. Von den

Patienten in psychotherapeutischer Behandlung hat knapp die Hälfte (45%) diese Therapie in den ersten vier Wochen nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt begonnen, weitere 36% innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung.

Die seelische Befindlichkeit ein knappes Jahr nach dem stationären Krankenhausaufenthalt: Durchwachsen

Auch knapp ein Jahr nach dem Index-Aufenthalt ist die seelische Befindlichkeit der Befragten durch ihre psychische Erkrankung stark beeinträchtigt. Beispielsweise weist die Mehrheit (59,2%) der Personen mit der Diagnose „Depression“ Anzeichen einer Majoren Depression auf, knapp die Hälfte der Patienten mit Angststörungen erfüllt die Kriterien für Panikstörungen. Trotzdem sagen unabhängig von der Hauptdiagnose etwa 70% der befragten Patienten, es gehe ihnen zumindest etwas besser als direkt nach der Entlassung aus dem stationären Krankenhausaufenthalt. Berücksichtigt man, dass sich an der Befragung schwer erkrankte Personen eher unterdurchschnittlich beteiligt haben, zeichnen die hier vorgestellten Angaben ein eher positives Bild von der Gemütsverfassung der Betroffenen mit psychischen Störungen insgesamt.

Konsequenzen für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung?

Die Nationale Versorgungsleitlinie „Depression“ definiert als zentrale Behandlungsziele die vollständige Symptomremission sowie die Rückfallprophylaxe und führt aus, dass die hierzu geeignete Behandlungsplanung im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung mit dem Patienten abzustimmen sei.

Stationäre Wiedereinweisungen treten oft und gehäuft in den ersten Tagen nach Entlassung auf und deuten prognostisch auf langwierige, rezidivierende Verläufe hin. Vermutlich lassen sich diese schweren Verläufe auch durch ein adäquateres Versorgungsmanagement nur wenig reduzieren, aber die Erfahrungen aus Modellvorhaben belegen, dass die Aufhebung unterschiedlicher Finanzierungsmechanismen eine flexiblere Gestaltung und besser an individuelle Erfordernisse angepasste Versorgung psychisch erkrankter Menschen ermöglicht.

2 Akut-stationäres Versorgungsgeschehen

2.1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen

Etwa 88% der Bevölkerung in der Bundesrepublik sind in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Zur Abwicklung von Finanztransfers u.a. zwischen Krankenkassen und Versicherten bzw. Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (RSA) ist die inzwischen weitgehend EDV-gestützte Erfassung einer Vielzahl von Daten notwendig. Die Routinedaten der Krankenkassen beinhalten dabei eine Reihe von Informationen, die wichtige Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. zum Leistungsgeschehen und damit auch zur Therapiebewertung beitragen bzw. ermöglichen können. Seit dem Jahr 1989 wurden bei der GEK wesentliche gesundheitsbezogene Daten von Versicherten EDV-lesbar und pseudonymisiert erfasst. Hieraus ergibt sich eine umfangreiche Informationsbasis für eine Gesundheitsberichterstattung sowie für spezifische wissenschaftliche Fragestellungen.

Für Auswertungen im Sinne einer Gesundheitsberichterstattung, und dabei insbesondere für Darstellungen zu längerfristigen Trends, die den Inhalt des ersten Teils des vorliegenden Reportes bilden, konnte auf Daten zum Versichertenbestand der ehemaligen GEK über einen Zeitraum von zwischenzeitlich mehr als zwanzig Jahren zurückgegriffen werden. Allein diese Daten der ehemaligen GEK umfassen zwischen 1990 und 2010 Angaben zu insgesamt mehr als 3 Mio. Versicherten. Für den Monat Dezember 2010 waren Angaben zu 1,72 Mio. Personen mit aktuell bestehender Krankenversicherung in den Daten erfasst. Somit lagen für das Auswertungsjahr 2010 bereits GEK-seitig gesundheitsrelevante Informationen zu mehr als 2% der bundesdeutschen Bevölkerung vor. In den einzelnen Bundesländern waren durchgängig jeweils mehr als ein Prozent der Bevölkerung bei der GEK versichert. Damit übertrifft bereits der Umfang der Daten der ehemaligen GEK in allen Regionen den Stichprobenumfang des Mikrozensus und bildet somit eine gute Ausgangsbasis auch für bevölkerungsbezogene Aussagen zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen.

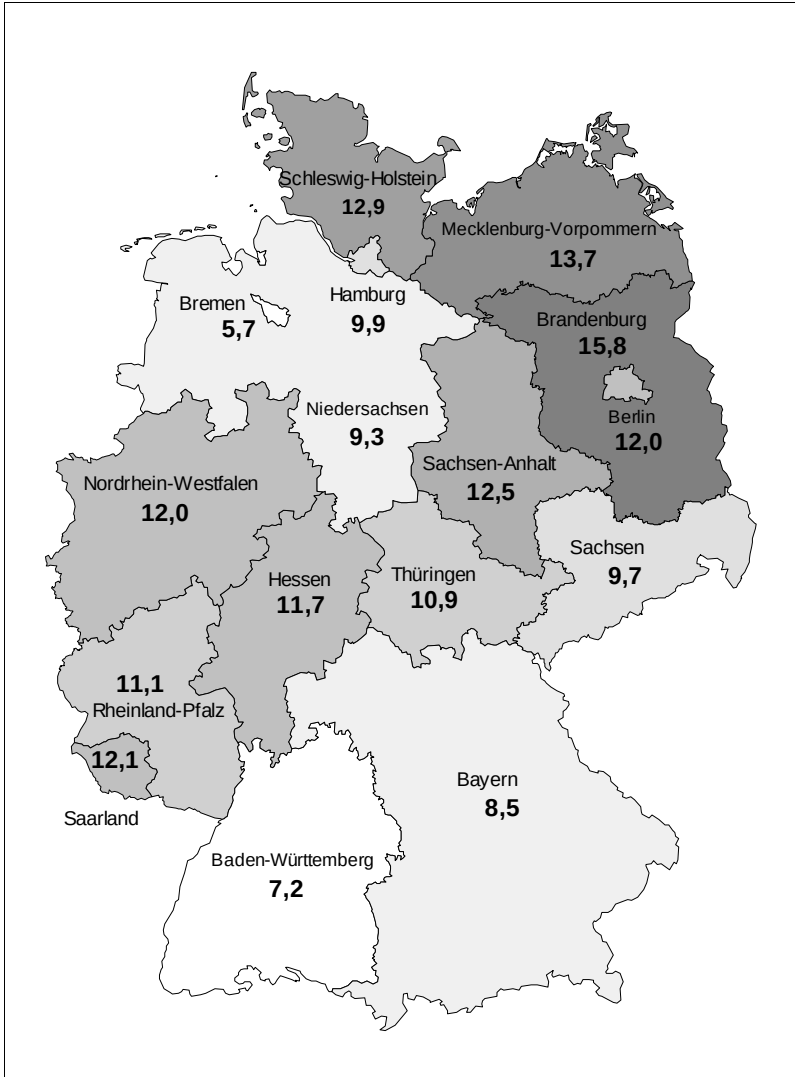


Abbildung 2-1: Anteil der BARMER GEK-Versicherten an der Bevölkerung (%) nach Bundesländern am 31. Dezember 2009

Zum 1.1.2010 sind die GEK und BARMER zur BARMER GEK fusioniert. Auswertungen zum aktuellen Berichtsjahr 2010 konnten als Folge der Fusion auf Daten zum Gesamtversichertenbestand der BARMER GEK zurückgreifen, der im Jahresdurchschnitt Angaben zu mehr als 8,5 Millionen Versicherten und damit zu mehr als zehn Prozent der deutschen Bevölkerung umfasste. Abbildung 2-1 zeigt Ergebnisse einer Gegenüberstellung der Versichertenzahlen zu aktuell verfügbaren Bevölkerungszahlen für die Bundesrepublik nach Bundesländern am 31. Dezember 2009. Am diesem Stichtag vor der Vereinigung von BARMER und GEK waren es insgesamt 8,59 Mio. Versicherte, darunter 8,56 Mio. im Inland. Zu diesem Zeitpunkt stellten Versicherte der BARMER und der GEK zusammen einen Anteil von 10,5% an der bundesdeutschen Bevölkerung, die vom Statistischen Bundesamt mit 81,80 Mio. angegeben wird. Die Anteile der zusammengefassten Versicherten von BARMER und GEK an der Bevölkerung variierten in den Bundesländern zwischen knapp sechs und sechzehn Prozent (Bremen bzw. Brandenburg) und liefern insgesamt eine extrem breite und empirisch belastbare Ausgangsbasis für populationsbezogene Aussagen.

2.2 Einführung

Das stationäre Leistungsgeschehen betrifft potenziell die gesamte Bevölkerung bzw. im Zusammenhang mit Krankenkassendaten die Gesamtzahl der Versicherten. Entsprechend lassen sich auf der Basis von stationären Leistungsdaten Aussagen zum Gesundheitszustand aller Versicherten formulieren. Hervorzuheben ist, dass Auswertungen zur Morbidität auf der Basis stationärer Leistungsdaten ein spezifisches Erkrankungsspektrum erfassen. Stationär behandelte Erkrankungsfälle sind relativ zu ambulant behandelten Erkrankungsfällen seltenere Ereignisse, die üblicherweise aus einer schwerwiegenderen Erkrankung resultieren (vgl. Abschnitte zum Diagnosespektrum).

Die hier dargestellten Auswertungen zur Inanspruchnahme stationärer Leistungen beschränken sich grundsätzlich auf vollstationäre Aufenthalte in Krankenhäusern (Teil- oder vorstationäre Behandlungen sind also nicht berücksichtigt). Insgesamt wurden bei Versicherten der ehemaligen GEK zwischen 1990 und 2010 etwa 4,1 Mio. vollstationäre Aufenthalte in Krankenhäusern erfasst, welche die Basis für Auswertungen zu zeitlichen Trends bei der stationären Versorgung bilden. Zu den seit 1990 dokumentierten Leistungsfällen bei GEK-Versicherten liegen neben Anfangs- und Enddatum für die Auswertungen mindestens eine Hauptdiagnose sowie maximal 7 Nebendiagnosen vor. Die Diagnosen zu Krankenhausaufenthalten werden seit dem 1.1.2000 nach der ICD in der 10. Revision kodiert, in vorausgehenden Jahren wurde die ICD9 verwendet.

Für Auswertungen zum aktuellen Berichtsjahr 2010 konnte auf umfangreiche Informationen zu 1,9 Mio. vollstationären Krankenhausaufenthalten von den jahresdurchschnittlich mehr als 8,5 Mio. Versicherten der gesamten BARMER GEK zurückgegriffen werden. Aus methodischen Gründen explizit nicht berücksichtigt wurden bei diesen Auswertungen Krankenhausbehandlungen mit dem Aufnahmegrund „Geburt“².

2 Typischerweise werden damit Krankenhausaufenthalte der Neugeborenen bei ihrer Geburt kodiert und erfasst. Da bei der Geburt der Versicherungsstatus zum Teil noch unklar ist, werden die Krankenhausbehandlungen in den Daten jedoch nicht durchgängig dem Neugeborenen, sondern teilweise auch der entbindenden Mutter zugeordnet.

Die Tabelle 2-1 nennt die wesentlichsten Indikatoren bzw. Maßzahlen zur Beschreibung des stationären Leistungsgeschehens. Sofern nicht anders erwähnt, beruhen die dargestellten Routineauswertungen zum stationären Leistungsgeschehen methodisch auf einer so genannten „fall-bezogenen Zuordnung“ der Aufenthalte anhand des Entlassungsdatums. Eine Dokumentation des Leistungsgeschehens auf der Basis von Angaben zu abgeschlossenen Fällen entspricht einem üblichen Vorgehen, wie es z.B. auch für die Krankenhausdiagnosestatistik gewählt wurde. In der Regel werden alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse dargestellt, wobei als Referenz für Darstellungen längerfristiger Trends zwischen 1990 und 2010 die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland Ende 1993 verwendet wurde (vgl. Anhang ab Seite 157, Kennzeichnung der Ergebnisse mit dem Kürzel „*stand.*“). Aktuelle Ergebnisse zum Jahr 2010 wurden überwiegend und in Ermangelung aktuellerer bundesdeutscher Zahlen gemäß der Geschlechts- und Altersverteilung der Bevölkerung in Deutschland im Jahresdurchschnitt 2009 standardisiert (Kennzeichnung der Ergebnisse mit dem Kürzel „*D2009*“).

Tabelle 2-1: Maßzahlen des stationären Leistungsgeschehens

Allgemeine Bezeichnung	Definition - Einheit	Anmerkung
Leistungsvolumen, Krankenhaus-Tage (KH-Tage)	Leistungstage je 1.000 Versicherungsjahre*	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten Krankenhaustage in 1.000 Versicherungsjahren.
Leistungsfälle je Versicherungszeit, Inzidenz (KH-Fälle)	Leistungsfälle je 1.000 Versicherungsjahre*	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten Krankenhaustage in 1.000 Versicherungsjahren.
Durchschnittliche Falldauer bzw. fallbezogene stationäre Verweildauer	KH-Tage je Fall	Stationäre Leistungstage je Fall. Berücksichtigt werden bei der Ermittlung der Verweildauer alle Kalendertage vom Aufnahme- bis zum Entlassungsdatum.**

* Bedeutungsgemäß entsprechen Fälle oder Tage in Bezug auf 1.000 Versicherungsjahre der Zahl von Fällen oder KH-Tagen, die bei 1.000 Personen durchschnittlich zu beobachten sind, wenn diese über ein Jahr durchgängig versichert waren. Durch einen rechnerischen Bezug auf Versicherungsjahre können auch Personen mit nur zeitweiliger Versicherung innerhalb eines Jahres adäquat berücksichtigt werden.

** Diese Zählweise der Krankenhaustage ist üblich, wird jedoch nicht in allen Statistiken verwendet, da sie nicht zwangsläufig mit der Zahl der abgerechneten Krankenhaustage übereinstimmt, was bei Vergleichen zu berücksichtigen ist.

2.3 Trends stationärer Behandlungen insgesamt

Abbildung 2-2 zeigt die Entwicklung des stationären Leistungsgeschehens bei Versicherten der ehemaligen GEK in den Jahren von 1990 bis 2010 insgesamt. Im Beobachtungszeitraum zeigte sich bis 2002 ein weitgehend stetiger Trend: Während die Anzahl der stationären Aufenthalte seit 1991 stieg, ließ sich ein nahezu kontinuierlicher Rückgang von erfassten stationären Leistungstagen feststellen. Versicherte wurden in diesen Jahren zunehmend häufiger stationär behandelt, verblieben jedoch insgesamt dennoch deutlich weniger Tage im Krankenhaus.

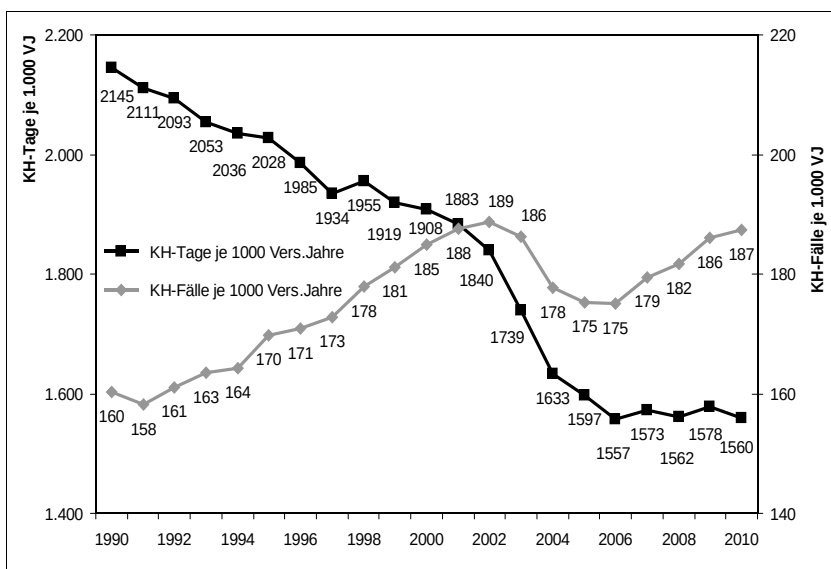


Abbildung 2-2: Krankenhausfälle und -tage: 1990 - 2010
(Versicherte insgesamt, GEK, stand.)

Im Jahr 2003 zeichnete sich nach altersstandardisierten Auswertungen erstmals ein Rückgang der Einweisungshäufigkeit ab, der sich in den Jahren 2004 und 2005 fortsetzte. 2007 wurden mit 179 Behandlungsfällen je 1.000 Versicherungsjahre erstmals seit 2002 wieder ansteigende (altersstandardisierte) Behandlungsfallzahlen erfasst, zugleich erhöhte sich auch die Gesamtverweildauer geringfügig. Bis 2010 nahmen die Fallzahlen weiter auf 187 Behandlungsfälle je 1.000 Versicherungsjahre zu. Ein durchschnittlicher Versicherter verbrachte 2010 nach standardisierten Auswertungen von GEK-Daten im Mittel insgesamt 1,560 Tage im Krankenhaus.

Abbildung 2-3 zeigt die Entwicklung der fallbezogenen Verweildauer. Während 1990 ein durchschnittlicher Aufenthalt im Krankenhaus noch 13,4 Tage dauerte, waren es im Jahr 2010 nur noch 8,3 Tage. Seit 1990 ist die durchschnittliche Verweildauer in jedem Jahr gegenüber dem Vorjahr gesunken. Innerhalb der letzten 20 Jahre resultiert daraus eine Reduktion um 37,8%, d.h. ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt war 2010 um mehr als ein Drittel kürzer als im Jahr 1990.

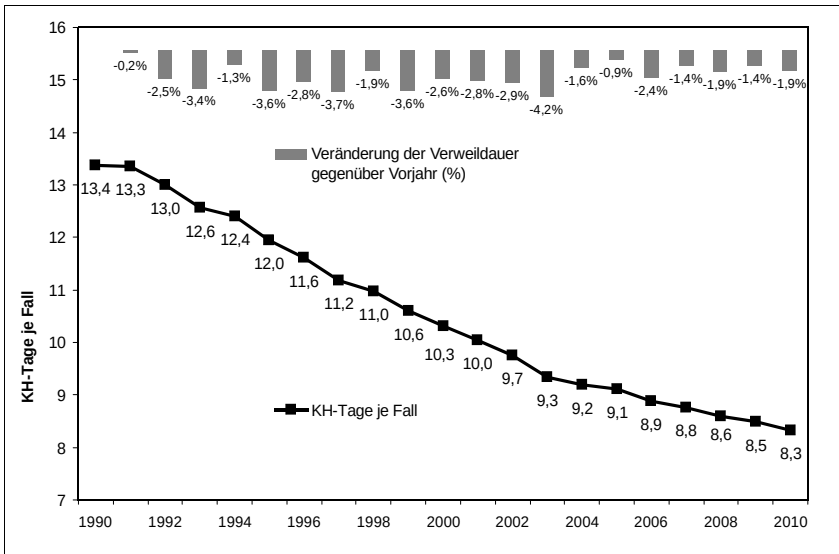


Abbildung 2-3: Durchschnittliche fallbezogene Verweildauer 1990 - 2010
(Versicherte insgesamt, GEK, stand.)

2.4 Stationäre Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2010

Die Abhängigkeit der Inanspruchnahme stationärer Leistungen vom Alter und Geschlecht der Versicherten der BARMER GEK ist den Abbildungen 2-4 und 2-5 zu entnehmen. Entsprechende Zahlenwerte finden sich in Tabelle 6-4 und folgende im Anhang. Ergänzend in der Abbildung angedeutet sind die überwiegend recht gleichartigen alters- und geschlechtsspezifischen Ergebnisse, die sich bei der Auswertung von Daten ausschließlich zu GEK-Versicherten ergeben. Alters- und geschlechtsübergreifend finden sich nach Auswertungen von BARMER GEK-Daten, die gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur der Deutschen Bevölkerung 2009 standardisiert wurden, 210 Behandlungsfälle je 1.000 Versicherungsjahre (in der Subgruppe der ehemaligen GEK-Versicherten liegt der Wert mit 201 Behandlungsfälle je 1.000 Versicherungsjahre geringfügig niedriger).

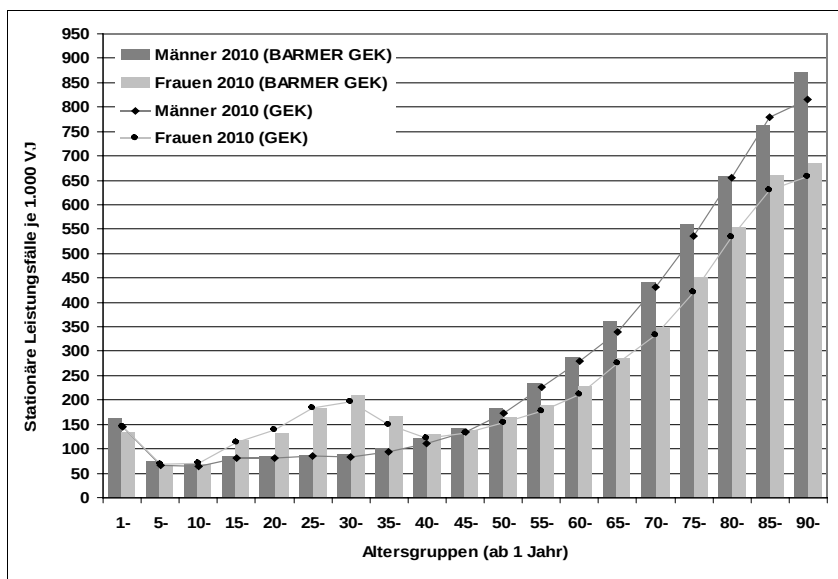


Abbildung 2-4: Vollstationäre Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK)

Offensichtlich wird die ausgeprägte Altersabhängigkeit des stationären Leistungsgeschehens. Sieht man von den ersten und letzten Lebensjahren ab, zeigt sich bei Männern ein nahezu exponentieller Anstieg der Inanspruchnahme stationärer Leistungstage (Abbildung 2-5), der sowohl aus einer deutlichen Zunahme der Häufigkeit stationärer Aufenthalte (Abbildung 2-4) als auch aus einer leicht ansteigenden fallbezogenen stationären Verweildauer (vgl. Tabelle 6-6 im Anhang) resultiert.

Grundsätzlich besteht diese Altersabhängigkeit auch bei Frauen, wobei die altersspezifische Inanspruchnahme i.d.R. unter der von Männern liegt. Eine Ausnahme bilden Frauen im fertilen Alter. Bedingt durch Schwangerschaften liegen in entsprechenden Altersgruppen insbesondere die Behandlungsfallzahlen bei Frauen höher als bei Männern.

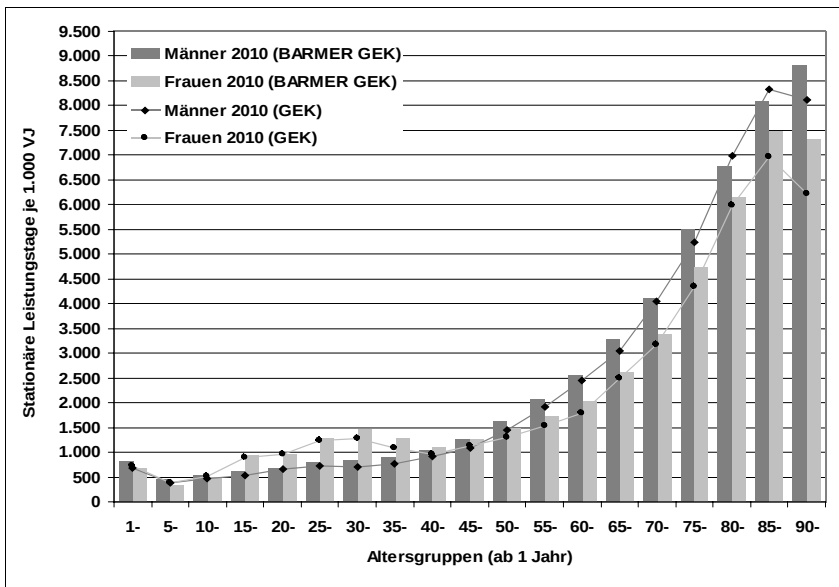


Abbildung 2-5: Vollstationäre Krankenhaustage nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK)

Abbildung 2-6 zeigt durchschnittliche altersspezifische Kosten für vollstationäre Krankenhausbehandlungen in Euro je Versicherungsjahr im Jahr 2010. Dargestellt wird also die Höhe der Ausgaben, die für vollstationäre Krankenhausbehandlungen von Versicherten innerhalb eines Jahres durchschnittlich anfallen. Zahlenangaben sind Tabelle 6-7 auf Seite 163 im Anhang zu entnehmen.

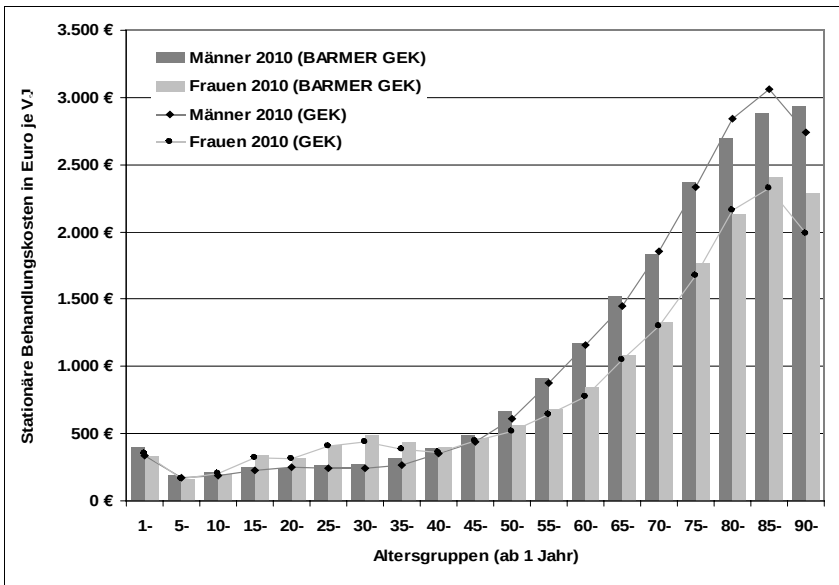


Abbildung 2-6: Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK)

Während in der „kostengünstigsten“ Altersgruppe bei Kindern im Alter zwischen 5 und 9 Jahren innerhalb eines Jahres durchschnittlich weniger als 200 Euro für Krankenhausbehandlungen aufgewendet wurden, liegen entsprechende Ausgaben bei Menschen ab einem Alter von 80 Jahren je Versicherungsjahr oberhalb von 2.000 Euro. Ab einem Alter von 50 Jahren liegen dabei Aufwendungen für vollstationäre Behandlungen bei Männern durchgängig über denen bei Frauen.

Standardisiert man die Ergebnisse nach Angaben zum Geschlechts- und Altersaufbau der deutschen Bevölkerung im Jahr 2009, ergeben sich je Jahr durchschnittliche Ausgaben für vollstationäre Krankenhausbehandlungen in Deutsch-

land in Höhe von etwa 744 Euro, wobei die Ausgaben mit 752 Euro bei Männern über denen von 736 Euro bei Frauen liegen³.

2.5 Regionales stationäres Leistungsgeschehen 2010

Abbildung 2-7 zeigt das stationäre Leistungsgeschehen 2010 in den einzelnen Bundesländern, die einheitlich gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2009 standardisiert wurden. Die geringsten *Fallzahlen* (jeweils unter 200 Fälle je 1.000 Versicherungsjahre) finden sich in Hamburg, Bremen, Baden-Württemberg und Berlin, die höchsten (jeweils mehr als 220 Fälle je 1.000 Versicherungsjahre) in Nordrhein-Westfalen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Gemessen an den Leistungstagen weist 2010 Nordrhein-Westfalen die höchste Inanspruchnahme auf, die niedrigsten Raten finden sich bei diesen altersstandardisierten Auswertungen für Baden-Württemberg, Bremen und Berlin (vgl. auch Tabelle 6-9 im Anhang). Gemessen an den erfassten Ausgaben für die vollstationären Krankenhausbehandlungsfälle erscheint nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen die stationäre Versorgung in Baden-Württemberg und Sachsen mit Kosten von unter 700 Euro je Versicherungsjahr am kostengünstigsten und im Saarland mit durchschnittlichen jährlichen Aufwendungen von knapp über 800 Euro je Versichertem am teuersten.

3 Angaben des statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung im Jahr 2010 waren bei der Erstellung des Reportes noch nicht verfügbar.

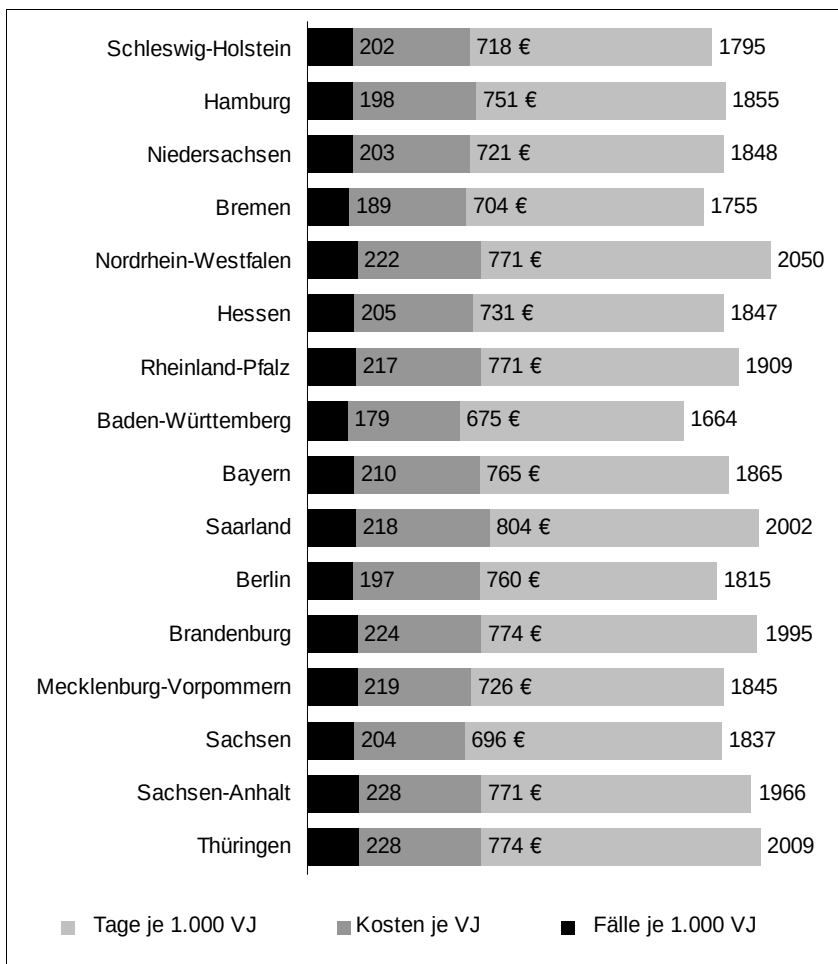


Abbildung 2-7: Krankenhausfälle, -kosten und -tage nach Bundesländern: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009)

2.6 Trends bei Diagnosen stationärer Behandlungen

Abbildungen 2-8 und 2-9 zeigen die Entwicklung der Verweilzeiten in Krankenhäusern im Hinblick auf Behandlungen unter Diagnosen aus den sechs aktuell relevantesten Diagnosekapiteln **zwischen 1990 und 2010 auf der Basis von altersstandardisierten GEK-Ergebnissen**. Während in Abbildung 2-8 Verweilzeiten je 1.000 VJ zu einzelnen Diagnosekapiteln angegeben sind, zeigt Abbildung 2-9 die relativen Veränderungen der Verweilzeiten in Bezug auf einzelne Diagnosekapitel im Vergleich zu den Ausgangswerten des Jahres 1990.

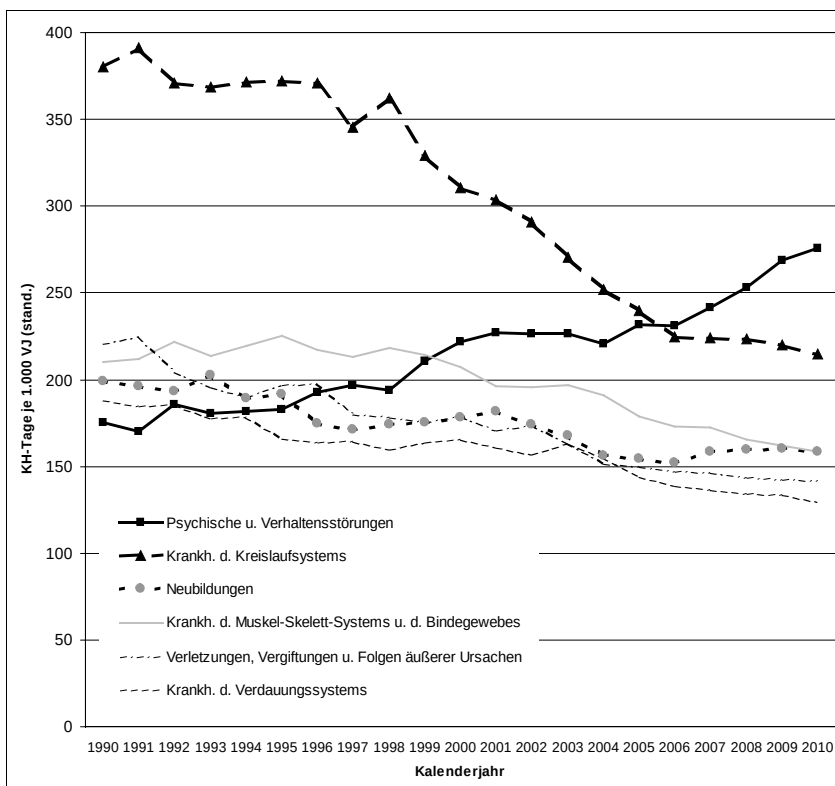


Abbildung 2-8: Krankenhaustage in sechs relevanten ICD10-Kapiteln: 1990 - 2010 (GEK, stand.)

Sehr deutlich wird in der Darstellung, dass insbesondere die Behandlungszeiten in Krankenhäusern unter der Diagnose von Herz-Kreislauferkrankungen in den vergangenen 20 Jahren, vorrangig jedoch seit 1999, erheblich abgenommen haben (-43%), sofern man – wie in den vorliegenden altersstandardisierten Auswertungen – eine unveränderte Geschlechts- und Altersstruktur für den gesamten Beobachtungszeitraum zugrunde legt. Ein gegenläufiger Trend zeigt sich demgegenüber bei Krankenhausverweilzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen, die im Vergleich zu 1990 um 57% gestiegen sind.

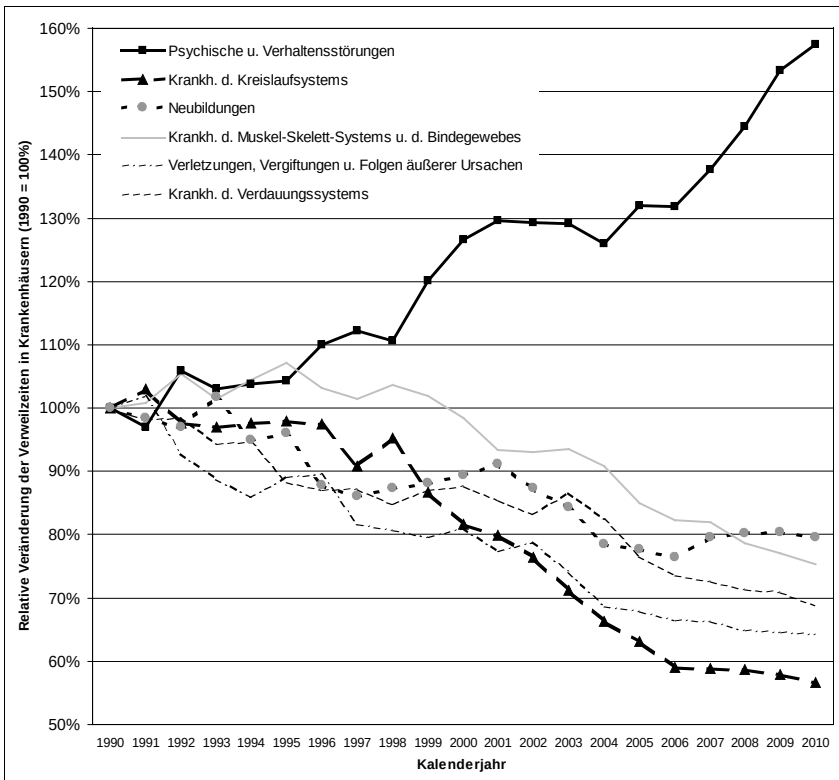


Abbildung 2-9: Relative Veränderung der Verweilzeiten in sechs relevanten ICD10-Kapiteln zwischen 1990 und 2010 (GEK, stand.)

2.7 Diagnosen stationärer Behandlungen 2010

Abbildung 2-10 zeigt die Häufigkeit vollstationärer Aufenthalte in den anteilig relevantesten Diagnosegruppen nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten. Angegeben sind die stationären Leistungsfälle je 1.000 Versicherungsjahre getrennt für beide Geschlechter. Offensichtlich ist die bei beiden Geschlechtern relativ große Bedeutung von Neubildungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems.

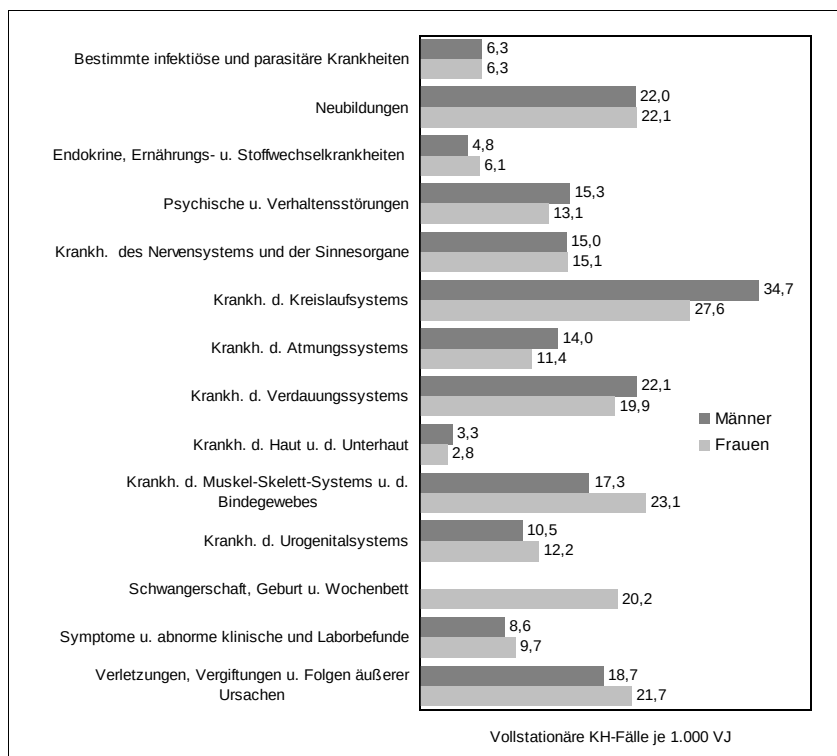


Abbildung 2-10: Krankenhausfälle nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009)

In Abbildung 2-11 werden die vollstationären Leistungstage je 1.000 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln für beide Geschlechter angegeben. Die meisten Krankenhaustage entfallen 2010 geschlechtsübergreifend mit 323 Tagen je 1.000 VJ auf Behandlungen unter der Diagnose einer psychischen Störung (vgl. Tabelle 6-13 auf Seite 169 im Anhang). Während bei Männern mit 306 Tagen je 1.000 Versicherungsjahre Krankheiten des Kreislaufsystems zu einer übereinstimmenden Zahl von Krankenhaustagen wie psychische Störungen führen, verbringen Frauen mit 251 Tagen je 100 VJ deutlich weniger Tage mit Kreislaufferkrankungen im Krankenhaus.

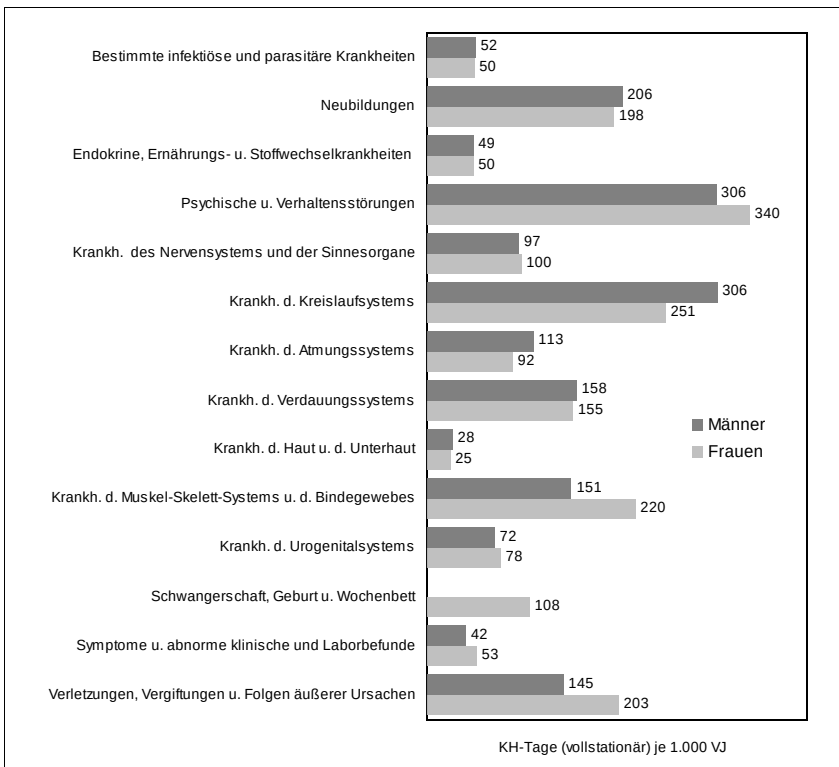


Abbildung 2-11: Krankenhaustage nach ICD 10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009)

Insbesondere von Frauen werden durchschnittlich also mehr Krankenhausa-
ge wegen psychischer Störungen im Krankenhaus verbracht als mit Krebserkran-
kungen, Krankheiten des Kreislaufsystems oder Neubildungen.

Die Bedeutung psychischer Störungen resultiert maßgeblich aus der ausge-
sprochen langen durchschnittlichen Verweildauer bei entsprechenden Diagnosen.
Während die Verweildauer bei den übrigen Diagnosen lediglich zwischen durch-
schnittlich 4,9 Tagen und 10,2 Tagen variiert, beträgt die fallbezogene Verweil-
dauer bei psychischen Störungen unter Männern 20 Tage und bei Frauen sogar
26 Tage (vgl. Abbildung 2-12).

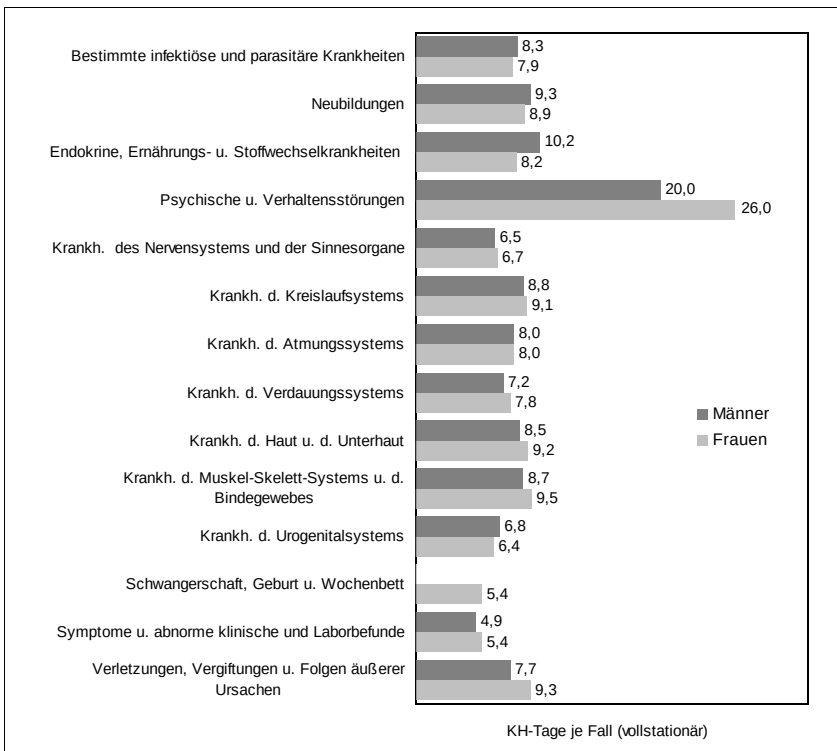


Abbildung 2-12: Durchschnittliche Verweildauer nach ICD10-Kapiteln: 2010
(BARMER GEK, stand. D2009)

Abbildung 2-13 zeigt die jahresdurchschnittlich je Versicherungsjahr nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen anfallenden Kosten für vollstationäre Behandlungen nach Zuordnung der Kosten zu den Diagnosekapiteln von Hauptentlassungsdiagnosen der Behandlungsfälle. Geschlechtsübergreifend ermittelte Ergebnisse sind Tabelle 6-15 im Anhang auf Seite 171 zu entnehmen.

Mit 137 von insgesamt 744 Euro verursachen nach diesen auf die Bevölkerung des Jahres 2009 standardisierten Auswertungen Behandlungen von Krankheiten des Kreislaufsystems die höchsten Ausgaben. An zweiter Stelle sind Ausgaben in Höhe von geschlechtsübergreifend 99 Euro für die vollstationäre Behandlung von Neubildungen zu nennen an dritter und vierter Stelle folgen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Verletzungen mit 80 beziehungsweise 74 Euro Kosten je Jahr. Psychische Störungen lassen sich nach diesen Berechnungen für Ausgaben in Höhe von jährlich 72 Euro pro Versichertem verantwortlich machen. Die, gemessen an den hohen Verweilzeiten, relativ geringeren Ausgaben für die Behandlung psychischer Störungen sind dabei die Folge vergleichsweise niedriger Kosten je Behandlungstag. Während ein Tag Krankenhausbehandlung unter der Diagnose einer Neubildung oder Erkrankung des Kreislaufsystems etwa 500 Euro Kosten verursacht, waren es bei Behandlungen unter der Diagnose einer psychischen Störung mit etwa 225 Euro je Tag weniger als die Hälfte.

Hingewiesen werden muss an dieser Stelle darauf, dass auch die diagnosebezogenen Ergebnisse durch die Auswahl der zur Standardisierung verwendeten Population mitbeeinflusst werden.

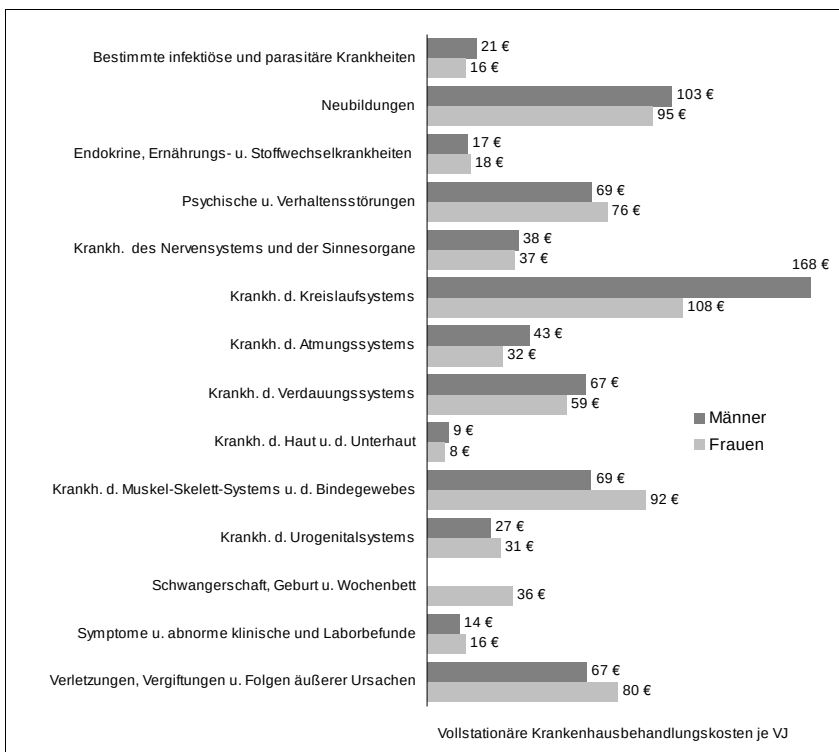


Abbildung 2-13: Vollstationäre Behandlungskosten nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009)

2.7.1 Dreistellige Hauptentlassungsdiagnosen

Tabelle 2-2 stellt die in Bezug auf den Gesamtversichertenbestand der BARMER und GEK 2010 am häufigsten registrierten 3-stelligen ICD10-Diagnosen dar. In Tabelle 2-3 werden zusätzlich die wichtigsten Diagnosen in der Rangfolge der auf sie entfallenden Leistungstage aufgeführt (weitere Angaben zu diagnosebezogenen Fallhäufigkeiten und Behandlungstagen bei Versicherten der BARMER GEK für das Jahr 2010 finden sich in Tabelle 6-16 im Anhang).

Den am häufigsten erfassten Behandlungsanlass im stationären Leistungsbereich bildet (nach dem hier vorgenommenen Ausschluss von Krankenhausfällen mit „Geburt“ als Aufnahmegrund) der ICD-Schlüssel "Psychische Störungen durch Alkohol" (F10), auf den knapp zwei Prozent aller vollstationären Behandlungen in Krankenhäusern entfallen. Die im Kontext des vorliegenden Reportes näher fokussierten Behandlungsanlässe aus dem Bereich psychischer Störungen (ICD10: F32-34 sowie F41, F43 und F45), zählen nicht zu den zwanzig häufigsten Gründen einer stationären Behandlung. Insgesamt entfallen auf die gelisteten 20 häufigsten Diagnosen etwa 23% aller stationären Behandlungsfälle.

Teilweise deutliche Abweichungen zeigt die Rangfolge der Diagnosen bei einer Sortierung nach ihrem Anteil an den erfassten Leistungstagen (vgl. Tabelle 2-3). Auf die in dieser Tabelle gelisteten 20 Diagnosen entfallen 30% aller vollstationären Behandlungstage. Hervorzuheben ist bei der Betrachtung der Tabelle die große Bedeutung psychischer Erkrankungen (F10, F20 sowie F32 und F33). Die hohe Zahl an erfassten Leistungstagen resultiert bei psychischen Erkrankungen dabei vorrangig aus einer ausgesprochen langen fallbezogenen Aufenthaltsdauer. Dies gilt insbesondere für Behandlungsfälle unter der Diagnose von Depressionen (F32, F33) sowie unter der Diagnose einer Schizophrenie (F20). Einzelne Krankenhausbehandlungen unter den genannten Diagnosen dauern durchschnittlich länger als 30 Tage und damit mehr als drei mal länger als ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt.

Tabelle 2-2: Häufige 3-stellige ICD10-Diagnosen – Anteil an den erfassten vollstat. Leistungsfällen: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009)

ICD10	Diagnosen – Rangfolge nach KH-Fällen 2010	Fälle je 10.000 VJ	Tage je Fall	Anteil an allen Fällen
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	37,75	8,5	1,80%
I50	Herzinsuffizienz	35,15	12,1	1,68%
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	32,00	6,4	1,53%
I20	Angina pectoris	30,08	5,6	1,43%
I63	Hirninfarkt	25,00	13,5	1,19%
S06	Intrakranielle Verletzung	24,76	5,1	1,18%
K80	Cholelithiasis	24,68	7,5	1,18%
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	23,74	10,3	1,13%
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	23,64	6,4	1,13%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	23,22	11,8	1,11%
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	23,00	6,0	1,10%
I21	Akuter Myokardinfarkt	22,74	9,6	1,08%
K40	Hernia inguinalis	21,18	4,0	1,01%
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	20,68	8,8	0,99%
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	20,55	13,5	0,98%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	19,93	9,0	0,95%
I70	Atherosklerose	19,12	12,2	0,91%
M54	Rückenschmerzen	19,02	8,1	0,91%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	18,33	4,8	0,87%
S72	Fraktur des Femurs	18,24	16,9	0,87%
Kumulativ		482,79		23,03%

Tabelle 2-3: Relevante 3-stellige ICD10-Diagnosen – Anteil an den erfassten stat. Leistungstagen: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009)

ICD10	Diagnosen – Rangfolge nach KH-Tagen 2010	Tage je 10.000 VJ	Tage je Fall	Anteil an allen KH-Tagen
F33	Rezidivierende depressive Störung	560,8	38,1	2,96%
F32	Depressive Episode	519,7	33,0	2,74%
F20	Schizophrenie	426,5	36,1	2,25%
I50	Herzinsuffizienz	424,2	12,1	2,24%
I63	Hirnfarkt	337,4	13,5	1,78%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	322,2	8,5	1,70%
S72	Fraktur des Femurs	308,2	16,9	1,63%
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	277,4	13,5	1,47%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	272,9	11,8	1,44%
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	243,6	10,3	1,29%
I70	Atherosklerose	233,3	12,2	1,23%
P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, an- anderenorts nicht klassifiziert	228,6	25,4	1,21%
I21	Akuter Myokardinfarkt	219,2	9,6	1,16%
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	215,6	13,3	1,14%
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	204,6	6,4	1,08%
K80	Cholelithiasis	184,1	7,5	0,97%
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	183,5	11,0	0,97%
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	182,2	8,8	0,96%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	179,8	9,0	0,95%
T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	171,5	16,2	0,91%
Kumulativ		5.695		30,08%

2.7.2 Haupt- und Nebendiagnosen

Jedem Krankenhausaufenthalt wird genau eine Hauptdiagnose bei Entlassung zugeordnet, die den Hauptbehandlungsanlass charakterisieren soll. Diagnosebezogene Darstellungen in Routinestatistiken beschränken sich üblicherweise auf Ergebnisse im Hinblick auf diese Hauptentlassungsdiagnosen.

Neben den Hauptentlassungsdiagnosen finden sich in aktuellen Daten zu Krankenhausbehandlungen nicht selten eine Reihe weiterer Diagnoseangaben. Erfasst werden können neben der Hauptentlassungsdiagnose auch Hauptdiagnosen zu Teilaufenthalten sowie Nebendiagnosen, Einweisungsdiagnosen und Aufnahme-diagnosen, die nachfolgend im vorliegenden Text als **Begleitdiagnosen** bezeichnet werden. Zu jedem separat dokumentierten Krankenhausbehandlungsfall mit Entlassung im Jahr 2010 (hier alle vollstationären Aufenthalte ausnahmsweise unabhängig von einer Zuordnung des Entlassungsdatums zu dokumentierten Versicherungszeiten) wurden in den Daten der BARMER GEK durchschnittlich 5,5 unterschiedliche ICD10-Diagnoseschlüssel auf 3-stelliger Ebene erfasst.

Zwangsläufig wird bei der Darstellung ausschließlich zu Hauptdiagnosen ein wesentlicher Teil der verfügbaren Informationen zu Erkrankungen (oder zu anderen im ICD kodierbaren Zuständen) von Krankenhauspatienten nicht berücksichtigt. Dies geschieht bei übergreifenden Routineauswertungen, welche das gesamte Diagnosespektrum berücksichtigen, vorrangig aus Gründen der Übersichtlichkeit. Differenzierte Darstellungen zu Begleiterkrankungen sind nur bei einer Fokussierung auf spezifische Krankheitsbilder möglich. Der nachfolgende Abschnitt versucht dennoch, einige übergreifende Hinweise auf die Bedeutung von ICD-Schlüsseln außerhalb ihrer Verwendung als Hauptdiagnose zu liefern.

In Analogie zu Tabelle 2-2, welche die häufigsten Hauptentlassungsdiagnosen enthält, zeigt die nachfolgende Tabelle 2-4 3-stellige ICD-Diagnosen in absteigender Ordnung nach ihrer Gesamthäufigkeit im Rahmen der Dokumentation von ICD-kodierbaren Zuständen bei vollstationären Krankenhausbehandlungen an beliebiger Stelle, also unabhängig von einer Kennzeichnung als Aufnahme-, Verlegungs-, Haupt- oder Nebendiagnose.

Tabelle 2-4: Häufige 3-stellige ICD10-Diagnosen – unter Einbeziehung aller erfassten Diagnoseangaben zu Krankenhausbehandlungsfällen

ICD10	Diagnosen Krankenhausbehandlungen 2010 (vollst. KH-Fälle BARMER GEK absolut, ohne Geburten, hier ohne Überprüfung d. Versicherungsstatus b. Entlassung)	als Hauptdiagnose	alle Nennungen	Relation alle vs. Hauptd.
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	23.004	644.226	28,0
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	14.980	231.274	15,4
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	20.985	222.235	10,6
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	42	196.656	4682,3
Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	1	192.287	192287
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	30.161	180.659	6,0
E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2.474	173.286	70,0
I50	Herzinsuffizienz	34.185	152.159	4,5
N18	Chronische Nierenkrankheit	4.380	142.088	32,4
Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	5	139.642	27928,4
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	13.008	111.018	8,5
E03	Sonstige Hypothyreose	166	102.248	616,0
E66	Adipositas	995	101.584	102,1
Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	13	92.920	7147,7
O09	Schwangerschaftsdauer	0	91.442	-
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	16.042	87.713	5,5
E86	Volumenmangel	8.894	80.743	9,1
D62	Akute Blutungsanämie	648	79.638	122,9
F32	Depressive Episode	14.247	74.796	5,2
B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0	70.488	-
Alle Diagnosen		1.903.573	10.695.070	5,6

Die erste Ergebnisspalte der Tabelle zeigt die Zahl der Nennungen einer Diagnose als Hauptentlassungsdiagnose, die zweite Spalte die Zahl der Nennungen an beliebiger Stelle. Die dritte Spalte gibt schließlich das Verhältnis der Anzahl aller Diagnosenennungen zur Anzahl der Nennungen als Hauptentlassungsdiag-

nose an (wobei letztere auch der Zahl der hier berücksichtigten Behandlungsfälle entspricht). Diese Verhältnis beträgt, diagnoseübergreifend berechnet, 5,6. D.h. je Behandlungsfall werden, wie bereits erwähnt, durchschnittlichen 5,6 Diagnosen kodiert. Bei Einzeldiagnosen, deren anteilige Bedeutung an den Hauptdiagnosen identisch mit der anteiligen Bedeutung an allen Diagnosenennungen ist, würde exakt ein Verhältniswert von 5,6 resultieren. Ist das Verhältnis kleiner als 5,6, spricht das für eine bevorzugte Verwendung der jeweiligen Diagnose als Hauptdiagnose, ist es dagegen größer als 5,6, wird die Einzeldiagnose vorrangig anderweitig verwendet.

Die Auflistung zu häufigen Diagnosen insgesamt weicht erheblich von der Auflistung bei der ausschließlichen Betrachtung von Hauptdiagnosen ab. Hierfür lassen sich unterschiedliche Gründe anführen. Am interessantesten erscheinen die primär inhaltlich begründbaren Unterschiede: Ein Teil der Diagnoseschlüssel wird ausgesprochen häufig zur Kodierung von typischen Begleiterkrankungen, zum Teil auch im Sinne von Risikofaktoren, verwendet, die erwartungsgemäß nur selten einen Hauptbehandlungsanlass für einen Krankenhausaufenthalt darstellen. Zu dieser Gruppe von Diagnosen zählt an prominentester Stelle der erhöhte Blutdruck (Hypertonie), der lediglich 23.004 mal der Hauptanlass für eine Krankenhausbehandlung war, jedoch in der selben Population bei ca. 644 Tsd. der Behandlungsfälle als Begleitdiagnose erfasst wurde. Insgesamt ist die Diagnose Hypertonus damit bei 33,8% der Behandlungsfälle dokumentiert. Inhaltlich vergleichbar zu interpretieren sind die Ergebnisse insbesondere zu den Diagnosen Diabetes (E11), Lipidämie (E78), Adipositas (E66) und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17, nicht in Tabelle enthalten).

Der häufig verwendete schwangerschaftsbezogene Diagnoseschlüssel (009 – "Schwangerschaftsdauer"; Erfassung mit Zuordnung zum mütterlichen Behandlungsfall) ist als Hauptdiagnose gemäß Kodierrichtlinien nicht zulässig und wird insofern schon aus formalen Gründen ausschließlich ergänzend verwendet, was auch für eine Reihe von anderen Diagnosen gilt.

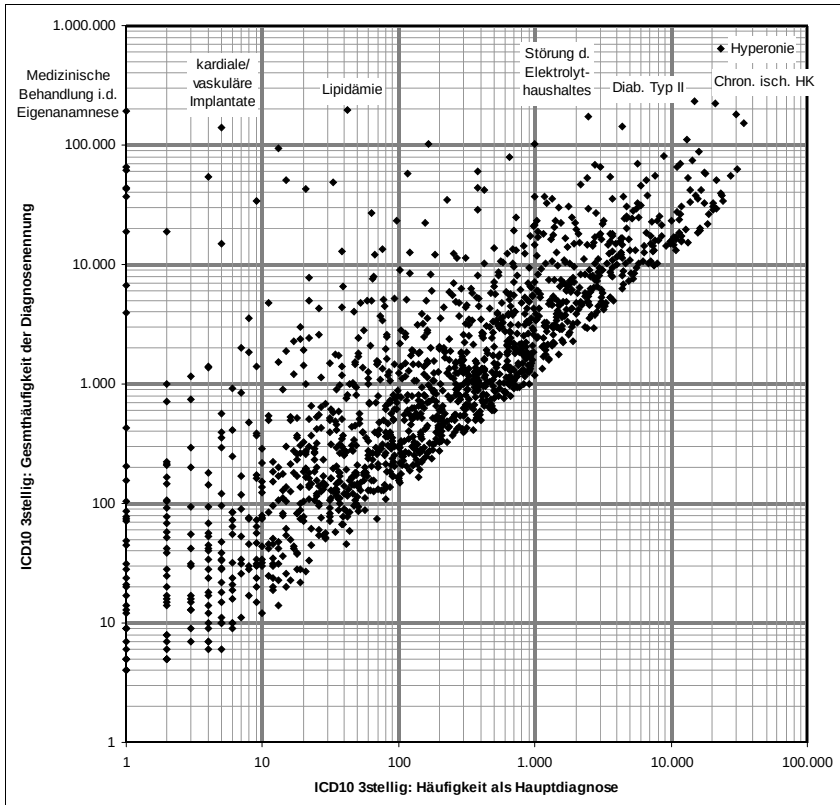


Abbildung 2-14: Häufigkeit von 3-stelligen ICD-Diagnosen als Hauptdiagnosen vs. Häufigkeit als beliebige Haupt- oder Begleitdiagnose 2010

Des weiteren finden sich in der Liste einige chronische Erkrankungen, die relativ häufig sowohl als Begleitdiagnosen als auch als Hauptbehandlungsanlass erfasst werden (I25 – "Chronisch ischämische Herzkrankheit", I50 – "Herzinsuffizienz", J44 – "Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit").

Häufig als Begleitdiagnosen, jedoch nur sehr selten als Hauptdiagnosen werden zudem Schlüssel verwendet, die eher bestimmte Zustände als definierte Krankheiten erfassen (E87 – "Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes", Z92 – "Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese", Z95 – "Vorhandensein

von kardialen oder vaskulären Implantaten"). Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit bei der Verwendung von Diagnoseschlüsseln als Hauptdiagnose bzw. ihrer Gesamthäufigkeit zeigt graphisch auch Abbildung 2-14.

In der Abbildung werden (mit logarithmischer Achsenskalierung) Punkte zu den mehr als 1.600 verwendeten 3-stelligen ICD10-Diagnosen entsprechend ihrer Nennungshäufigkeit als Hauptdiagnose auf der x-Achse bzw. ihrer Nennungshäufigkeit als beliebige Diagnose auf der y-Achse vermerkt. Zu ausgewählten Diagnosen sind auch die Bezeichnungen in der Abbildung angegeben.

Als übergreifendes Resümee dieses Abschnittes lässt sich formulieren, dass durch die übliche Beschränkung von Auswertungen auf Hauptdiagnosen vorrangig Informationen zur Bedeutung von typischen Begleiterkrankungen und Erkrankungen bzw. Zuständen im Sinne von gesundheitlichen Risikofaktoren verloren gehen.

2.8 Operationen und Prozeduren

Neben den Diagnosen umfassen aktuelle Daten zu Krankenhausaufenthalten gemäß §301 (SGB V) auch Angaben zu Operationen und Prozeduren, die im Rahmen der stationären Behandlung durchgeführt wurden. Für die Dokumentation wird dabei der „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (OPS) verwendet, der jährlich in einer aktualisierten Fassung vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlicht wird (Internet: www.dimdi.de). Dieser Schlüssel umfasste 2010 auf unterschiedlichen Differenzierungsebenen mehr als 30 Tsd. Einträge und erlaubt dabei die Kodierung sehr verschiedener Maßnahmen, die von einfachen Untersuchungen und der Überwachung von Patienten bis hin zu komplexen Operationen wie der einer Lebertransplantation reichen. Schon in Anbetracht des nur schwer überschaubaren Spektrums an Maßnahmen ist nicht davon auszugehen, dass zu einzelnen Krankenhausaufenthalten alle Maßnahmen, die potenziell über entsprechende OPS-Schlüssel erfasst werden könnten, auch wirklich dokumentiert werden. Relativ vollständig sollte die Erfassung allerdings demgegenüber bei Operationen und

Prozeduren sein, deren Dokumentation zur Begründung der Abrechnung relevant ist. Dies dürfte in der Regel insbesondere für größere operative Eingriffe gelten.

Auf der höchsten Gliederungsebene lassen sich alle OPS-Schlüssel einem von insgesamt sechs Kapiteln (Kapitel 1, 3, 5, 6, 8 und 9) zuordnen. Eine Übersicht zur Erfassung von OPS-Schlüsseln auf diesen übergeordneten Ebenen im Jahr 2010 gibt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 2-5: Häufigkeit der Dokumentation von OPS-Schlüsseln bei vollstationären Krankenhausbehandlungen nach Kapiteln 2010

Kapi- tel	Kapitelbezeichnung (vollstat. KH-Fälle BARMER GEK absolut, ohne Ge- burten)	Anzahl der dokumen- tierten OPS	Anzahl der KH-Fälle mit OPS	Anteil der KH- Fälle mit OPS
1	DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN	1.133.109	529.727	28,2%
3	BILDGEBENDE DIAGNOSTIK	1.056.002	469.011	25,0%
5	OPERATIONEN	1.704.993	750.881	40,0%
6	MEDIKAMENTE	31.036	26.781	1,4%
8	NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN	1.529.053	666.987	35,6%
9	ERGÄNZENDE MASSNAHMEN	589.159	175.318	9,3%
1-9	alle OPS	6.043.352	1.563.796	83,4%
	KH-Fälle insgesamt (mit und ohne OPS)		1.875.430	

Zu den ca. 1,88 Mio. vollstationären Behandlungsfällen in Krankenhäusern mit Entlassung im Jahr 2010 (ohne Berücksichtigung von Geburten bzw. entsprechenden Behandlungsfällen von Neugeborenen) bei Personen, die in der BARMER GEK versichert waren, wurden insgesamt 6 Mio. OPS-Schlüssel dokumentiert. Mindestens ein OPS-Schlüssel wurde bei 1,56 Mio. Behandlungsfällen und damit bei 83,4% aller Krankenhausaufenthalte dokumentiert, bei lediglich 16,6% der Krankenhausbehandlungsfälle war keine Operation oder Prozedur dokumentiert.

Dem Kapitel 5 (Operationen) lassen sich mit 1,7 Mio. Schlüsseln etwa ein Drittel der dokumentierten Maßnahmen zuordnen, mindestens ein entsprechen-

der Eintrag findet sich zu 40,0% aller Behandlungsfälle in Krankenhäusern. Nichtoperative therapeutische Maßnahmen mit einer Schlüsselangabe aus Kapitel 8 wurden 1,5 Mio. mal bei vollstationären Behandlungen von Versicherten der BARMER GEK dokumentiert, betroffen waren von einer entsprechenden Dokumentation 35,6% aller Behandlungsfälle in Krankenhäusern.

Angaben zu OPS-Häufigkeiten auf Kapitelebene lassen sich inhaltlich kaum interpretieren. Einen Kompromiss aus Darstellungsumfang und inhaltlicher Interpretierbarkeit bildet die nachfolgende Tabelle mit Ergebnissen auf der Ebene von OPS-Gruppen, in denen jeweils unterschiedliche 3-stellige OPS-Schlüssel zusammengefasst werden.

Tabelle 2-6: Häufigkeit der Dokumentation von OPS-Schlüsseln bei vollstationären Krankenhausbehandlungen nach Gruppen 2010

Kapitel	OPS-Gruppen 3-Steller (vollstat. KH-Fälle BARMER GEK absolut, ohne Geburten)	Anzahl der dokumen- tierten OPS	Anzahl der KH-Fälle mit OPS	Anteil der KH- Fälle mit OPS
1	Klinische Untersuchung (1-10...1-10)	1.758	1.516	0,08%
1	Untersuchung einzelner Körpersysteme (1-20...1-33)	377.341	210.141	11,20%
1	Biopsie ohne Inzision (1-40...1-49)	158.872	126.964	6,77%
1	Biopsie durch Inzision (1-50...1-58)	10.765	9.717	0,52%
1	Diagnostische Endoskopie (1-61...1-69)	392.583	244.696	13,05%
1	Funktionstests (1-70...1-79)	145.559	81.060	4,32%
1	Explorative diagnostische Maßnahmen (1-84...1-85)	24.344	20.711	1,10%
1	Andere diagnostische Maßnahmen (1-90...1-99)	21.887	17.617	0,94%
3	Ultraschalluntersuchungen (3-03...3-05)	72.046	55.764	2,97%
3	Projektionsradiographie (3-10...3-13)	39.644	30.927	1,65%
3	Computertomographie (CT) (3-20...3-26)	507.338	301.791	16,09%
3	Optische Verfahren (3-30...3-30)	1.458	1.130	0,06%
3	Darstellung des Gefäßsystems (3-60...3-69)	62.298	33.536	1,79%
3	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren (3-70...3-76)	49.051	30.916	1,65%
3	Magnetresonanztomographie (MRT) (3-80...3-84)	193.821	120.851	6,44%
3	Andere bildgebende Verfahren (3-90...3-90)	4.316	4.036	0,22%
3	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren (3-99...3-99)	126.030	79.926	4,26%

Kapitel	OPS-Gruppen 3-Steller (vollstat. KH-Fälle BARMER GEK absolut, ohne Geburten)	Anzahl der dokumen- tierten OPS	Anzahl der KH-Fälle mit OPS	Anteil der KH- Fälle mit OPS
5	Operationen am Nervensystem (5-01...5-05)	79.495	41.093	2,19%
5	Operationen an endokrinen Drüsen (5-06...5-07)	23.237	12.006	0,64%
5	Operationen an den Augen (5-08...5-16)	67.595	36.053	1,92%
5	Operationen an den Ohren (5-18...5-20)	15.591	10.600	0,57%
5	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen (5-21...5-22)	44.349	19.264	1,03%
5	Operationen an Mundhöhle und Gesicht (5-23...5-28)	35.383	25.497	1,36%
5	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea (5- 29...5-31)	11.677	9.886	0,53%
5	Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	16.910	9.569	0,51%
5	Operationen am Herzen (5-35...5-37)	39.093	25.569	1,36%
5	Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	76.650	42.390	2,26%
5	Operationen am hämatopoetischen und Lymphge- fäßsystem (5-40...5-41)	21.997	18.499	0,99%
5	Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	252.325	150.451	8,02%
5	Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	60.246	46.119	2,46%
5	Operationen an den männlichen Geschlechtsorga- nen (5-60...5-64)	22.307	18.203	0,97%
5	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (5-65...5-71)	78.411	49.364	2,63%
5	Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	78.567	55.701	2,97%
5	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (5-76...5-77)	7.084	4.435	0,24%
5	Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	478.611	220.960	11,78%
5	Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	26.943	19.339	1,03%
5	Operationen an Haut und Unterhaut (5-89...5-92)	152.473	69.036	3,68%
5	Zusatzinformationen zu Operationen (5-93...5-99)	116.049	97.150	5,18%
6	Applikation von Medikamenten (6-00...6-00)	31.036	26.781	1,43%
8	Applikation von Medikamenten und Nahrung und therapeutische Injektion (8-01...8-02)	41.141	37.424	2,00%
8	Immuntherapie (8-03...8-03)	746	710	0,04%
8	Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen (8-10...8-11)	7.302	5.603	0,30%
8	Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt (8-12...8-13)	57.593	42.571	2,27%

Kapitel	OPS-Gruppen 3-Steller (vollstat. KH-Fälle BARMER GEK absolut, ohne Geburten)	Anzahl der dokumen- tierten OPS	Anzahl der KH-Fälle mit OPS	Anteil der KH- Fälle mit OPS
8	Therapeutische Katheterisierung, Aspiration, Punktion und Spülung (8-14...8-17)	43.845	34.238	1,83%
8	Verbände (8-19...8-19)	21.134	17.532	0,93%
8	Geschlossene Reposition und Korrektur von Deformitäten (8-20...8-22)	6.948	6.263	0,33%
8	Immobilisation und spezielle Lagerung (8-31...8-39)	26.914	25.808	1,38%
8	Knochenextension und andere Extensionsverfahren (8-40...8-41)	748	716	0,04%
8	Tamponade von Blutungen und Manipulation an Fetus oder Uterus (8-50...8-51)	5.293	4.319	0,23%
8	Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie (8-52...8-54)	190.307	69.967	3,73%
8	Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55...8-60)	89.559	77.600	4,14%
8	Elektrostimulation, Elektrotherapie und Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall (8-63...8-66)	29.498	26.206	1,40%
8	Maßnahmen für das Atmungssystem (8-70...8-72)	54.476	39.914	2,13%
8	Maßnahmen im Rahmen der Reanimation (8-77...8-77)	8.022	7.165	0,38%
8	Maßnahmen für den Blutkreislauf (8-80...8-85)	439.056	202.693	10,81%
8	Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen (8-86...8-86)	126	109	0,01%
8	Anästhesie und Schmerztherapie (8-90...8-91)	151.835	113.325	6,04%
8	Patientenmonitoring (8-92...8-93)	238.450	225.462	12,02%
8	Komplexbehandlung (8-97...8-98)	115.702	109.489	5,84%
8	Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen (8-99...8-99)	358	351	0,02%
9	Pflege und Versorgung von Patienten (9-20...9-20)	3.002	2.908	0,16%
9	Geburtsbegleitende Maßnahmen und Behandlung wegen Infertilität (9-26...9-28)	47.836	46.532	2,48%
9	Phoniatrie und pädaudiologische Therapie (9-31...9-32)	12.151	11.216	0,60%
9	Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie (9-40...9-41)	38.477	33.596	1,79%
9	Präventive Maßnahmen (9-50...9-50)	8.064	7.812	0,42%

Kapitel	OPS-Gruppen 3-Steller (vollstat. KH-Fälle BARMER GEK absolut, ohne Geburten)	Anzahl der dokumentierten OPS	Anzahl der KH-Fälle mit OPS	Anteil der KH-Fälle mit OPS
9	Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)	331.818	35.531	1,89%
9	Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-69)	26.724	1.872	0,10%
9	Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen (9-98...9-99)	121.087	1.306	3,89%
1-9	alle OPS	6.043.352	1.563.796	83,4%
	KH-Fälle insgesamt (mit und ohne OPS)		1.875.430	

Auf der Ebene von OPS-Gruppen betrafen eine Reihe von Operationen und Prozeduren im Jahr 2010 jeweils mehr als 10% aller Behandlungsfälle in Krankenhäusern. Im Einzelnen sind dies die Gruppen „Untersuchung einzelner Körpersysteme“ (OPS 1-20 ... 1-33; 11,2%), Diagnostische Endoskopie (OPS 1-61 ... 1-69; 13,1%), Computertomographie (CT, OPS 3-20 ... 3-26; 16,1%), Operationen an den Bewegungsorganen (OPS 5-78 ... 5-86; 11,8%), Maßnahmen für den Blutkreislauf (8-80...8-85; 10,8%) und Patientenmonitoring (OPS 8-92 ... 8-93; 12,0%).

Relativ häufig werden als diagnostische Maßnahmen zudem Biopsien (ohne Inzision, OPS 1-40 ... 1-49; 6,8%), Untersuchungen mittels Magnetresonanztomographie (MRT, OPS 3-80 ... 3-84; 6,4%) und Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54; 8,0%) dokumentiert. Dass die Magnetresonanztomographie in den Daten häufiger als die Ultraschalluntersuchung (OPS 3-00 ... 3-05; 3,0%) dokumentiert wird, dürfte vorrangig aus der geringeren (potenziellen) Abrechnungsrelevanz der Ultraschalluntersuchungen resultieren, nachdem von der Ultraschalluntersuchung allgemein eine deutlich höhere Anwendungshäufigkeit als die der Magnetresonanztomographie angenommen werden kann. Insbesondere gewöhnliche und kostengünstige Maßnahmen dürften in den Daten nur sehr unvollständig abgebildet werden.

Die häufigsten Operationen bilden unter den Versicherten der BARMER GEK auf der Ebene von OPS-Gruppen nach den „Operationen der Bewegungsorgane“ und „Operationen am Verdauungstrakt“.

Zumindest maßgebliche operative Eingriffe im Rahmen von Krankenhausbehandlungen sollten in den verfügbaren Daten weitgehend vollständig erfasst sein, da ihre Dokumentation für die Erstattung von DRG-Fallpauschalen erforderlich ist. Entsprechend sollten sich auch Operationshäufigkeiten bei der Bearbeitung spezifischer Fragestellungen auf der Basis der verfügbaren Daten ermitteln lassen. Exemplarische Ergebnisse zum Thema „Interventionelle Kardiologie“ lieferte in dieser Hinsicht bereits der GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2007.

3 Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen

3.1 Zielsetzung

Der BARMER GEK Report Krankenhaus ist die Fortsetzung des im Jahr 2009 letztmalig erschienenen GEK Report Krankenhaus. In der kontinuierlich in einjährigen Abständen erscheinenden Publikation sollen jeweils spezifische gesundheitsbezogene Themen aufgegriffen und wissenschaftlich adäquat bearbeitet werden, die schwerpunktmäßig auf die stationäre Versorgung ausgerichtet sind und thematisch sowohl aus Versorgungsperspektive als auch aus gesundheitspolitischer Sicht von besonderem Interesse sind. Ergänzt wird der Report durch die standardisierten routinemäßigen Datenauswertungen zum stationären Versorgungsgeschehen, die bis 2005 Bestandteil des „GEK-Gesundheitsreports“ und von 2006 bis 2009 Bestandteil des „GEK-Reports Krankenhaus“ waren.

Der BARMER GEK Report Krankenhaus basiert – soweit möglich – auf zwei unterschiedlichen und sich ergänzenden Datenquellen. Basis der Analysen für den Report bilden die Routinedaten des Versichertenbestandes der BARMER GEK. Diese Daten werden jeweils ergänzt durch standardisierte Befragungen von spezifischen Versichertengruppen der BARMER GEK.

Das jeweilige Thema des Krankenhausreports wird jeweils rechtzeitig vor Projektbeginn zwischen dem ISEG und der BARMER GEK abgestimmt.

Der BARMER GEK Report Krankenhaus 2011 soll am Beispiel von psychischen Störungen den Übergang von der Krankenhausversorgung in die Weiterversorgung (u.a. Übergang in die ambulante psychotherapeutische Versorgung) sowie Rehospitalisierungen in definierten Zeiträumen thematisieren.

Psychische Störungen, d.h. Erkrankungen, zu deren Verschlüsselung Diagnosen aus dem ICD-Diagnosekapitel F verwendet werden, sind häufige und seit Jahren zunehmende Erkrankungen. Dies zeigt sich in vielen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung: Mit ca. 28% seit 2004 vergleichsweise stabil, aber

auf hohem Niveau, ist der Anteil an Personen, der mindestens einmal eine Diagnose aus dem Kapitel psychische Störungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung erhält (Grobe et al. 2010). Nahezu verdoppelt haben sich im Zeitraum von 1991 bis 2008 die AU-Fälle und AU-Tage je 1000 Versicherte (Grobe et al. 2001, 2010). Die Krankenhausfälle aufgrund von psychischen Störungen haben sich im gleichen Zeitraum mehr als verdoppelt (Bitzer et al. 2009). Die Anzahl der Krankenhausbehandlungstage ist demgegenüber im Vergleichszeitraum „nur“ um 44% gestiegen, trotzdem entfallen seit 2007 bei beiden Geschlechtern die meisten KH-Behandlungstage auf psychische Störungen.

Zur Versorgung psychischer Störungen steht eine breite, vielschichtige, teilweise historisch gewachsene und vielfach nur schlecht aufeinander abgestimmte Angebotsstruktur zur Verfügung (Schulz et al. 2008). Häufiger Anlass zur Kritik ist der schwierige, weil häufig von langen Unterbrechungen der Therapie gekennzeichnete, Übergang von der stationären Versorgung in die ambulante Versorgung. Aktuelle Zahlen zur Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie fehlen, nach älteren Befragungen betrug sie vor ca. 10 Jahren bereits durchschnittlich 4 Monate (Zepf et al. 2001). Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes ist bei Erwachsenen im Einzelfall allenfalls eine Wartezeit von bis zu drei Monaten vertretbar (bei Kindern maximal 6 Wochen, Schulz et al. 2008). Zudem ist die Versorgungsdichte mit ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangeboten in (westdeutschen) Städten sehr viel höher als in (ostdeutschen) ländlichen Gebieten (AOLG 2007), so dass von substanziell längeren Wartezeiten in Regionen mit niedriger Versorgungsdichte ausgegangen werden kann.

Inwiefern die Defizite in der ambulanten psychotherapeutischen/psychiatrischen Weiterversorgung nach Entlassung aus dem akut-stationären Sektor häufige Rehospitalisierungen, ggf. auch in somatischen Fachabteilungen, bedingen, ist bislang nicht bekannt. Ebenso ist wenig über patientenseitige Gründe für erneute Krankenhausaufenthalte bei psychischen Störungen bekannt.

Im Mittelpunkt des BARMER GEK Reports Krankenhaus 2011 stehen die Erfahrungen von Patienten mit Depressionen, Anpassungsstörungen, Angst- oder somatoformen Störungen als Hauptentlassungsdiagnose aus einer akut-stationären Einrichtung.

Für diese Patientengruppe soll der BARMER GEK Report Krankenhaus 2011 auf der Grundlage von Analysen der Routinedaten und den Daten einer Patientenbefragung u.a. folgende Fragestellungen thematisieren:

- Sind bei Patienten mit den genannten psychischen Störungen im zeitlichen Verlauf (kalenderjährliche Querschnitte der Routinedaten) Verkürzungen der Verweilzeiten nachweisbar?
- Wie hoch ist die 1-Jahres-Rehospitalisierungsrate (indikationsspezifisch und insgesamt) nach Entlassung aus einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer der genannten psychischen Störungen (kalenderjährliche Querschnitte der Routinedaten sowie in der Subpopulation der befragten Versicherten)?
- In welchem zeitlichen Abstand zur Entlassung aus einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer der genannten psychischen Störungen kommt es zur Aufnahme einer psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung?
- Welche Einflussgrößen bestimmen die 1-Jahres-Rehospitalisierungsrate und die Wartezeit zwischen Entlassung und Beginn einer ambulanten psychiatrischen und/oder Psychotherapie (Routinedaten und Versichertenbefragung)?
- Welche Erfahrungen haben die Betroffenen im Anschluss an die Entlassung aus dem Index-Aufenthalt in Bezug auf den Übergang aus der stationären in die ambulante Versorgung gemacht?
- Welche patientenseitigen und versorgungsstrukturellen Merkmale beeinflussen die patientenseitigen Erfahrungen?
- Wie ist die Befindlichkeit von Personen ca. ein Jahr nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt und durch welche Faktoren wird sie beeinflusst?
- Wie hoch ist der subjektiv wahrgenommene Erfolg der Index-Krankenhausbehandlung aus Sicht der Betroffenen und welche Einflussgrößen sind relevant?

Um die verschiedenen Fragestellungen wissenschaftlich hinreichend exakt beantworten zu können, müssen, neben Routinedatenanalysen, Patienten in einer Einpunktbefragung u.a. mit validierten Instrumenten zu ihren aktuellen psychischen Beeinträchtigungen, ihren Erfahrungen seit der Entlassung aus dem Krankenhaus sowie Gründen für mögliche Wiedereinweisungen befragt werden.

Zusätzlich werden zur adäquaten Berücksichtigung der Case-Mix-Problematik (neben dem Beschwerdeniveau) weitere potenzielle Störgrößen, wie z.B. Komorbidität, abgefragt. Die Befragungsergebnisse werden mit den Routinedaten der BARMER GEK personenbezogen verknüpft, um die verschiedenen Fragestellungen adäquat beantworten zu können.

3.1.1 Material und Methoden

Im Zusammenhang mit dem diesjährigen Schwerpunktthema „Aus der stationären in die ambulante Versorgung psychischer Störungen“ wurden erneut die Möglichkeiten genutzt, mit Hilfe von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen zu stationären Krankenhausaufenthalten Aussagen über längerfristige Trends seit dem Jahr 2003 in der Bundesrepublik zu gewinnen. Ergänzend haben wir Befragungen von Patienten durchgeführt. Dazu wurden anhand vorgegebener Selektionskriterien (vgl. Tabelle 3-1) Versicherte ausgewählt und Anfang Juni 2010 schriftlich zum Übergang in die Weiterversorgung befragt.

Befragt wurden Versicherte der BARMER GEK, die zwischen dem 01.07.2009 und bis zum 31.08.2009 aus akut-stationärer Behandlung aufgrund einer psychischen Störung entlassen wurden (Index-Aufenthalt). Zur Identifikation der Versicherten aus dem Gesamtversichertenbestand der BARMER GEK wurde eine Selektion über folgende ICD-Codes als Hauptentlassungsdiagnose vorgenommen: F32 (Depressive Episode), F33 (Rezidivierende depressive Störung), F34 (Anhaltende affektive Störungen), F41 (Angststörungen), F43 (Anpassungs-/ Belastungsstörungen) sowie F45 (Somatoforme Störungen).

Tabelle 3-1: Selektionskriterien für die Versichertenbefragung

Kriterium	Spezifikation
Krankenhausentlassung	1.7.2009 bis 31.8.2009
ICD-Code	F32 Depressive Episode F33 Rezidivierende depressive Episode F34 Anhaltende affektive Störung F41 Angststörung F43 Anpassungs-/Belastungsstörung F45 Somatoforme Störung
Alter bei Entlassung	Jünger als 75 Jahre (d.h. Geburtstag < 1.8.1936)
Versichertenstatus	Zum Zeitpunkt der Befragung (1.7.2010) versichert bei der BARMER GEK

Zudem wurden in die Befragung nur Personen einbezogen, die zum Zeitpunkt der Befragung bis max. 75 Jahre und bei der BARMER GEK versichert gewesen sind.

Die ergänzenden Auswertungen zum Schwerpunktthema umfassen zum einen übergreifende Analysen zur Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen im zeitlichen Verlauf und zum anderen spezifische Auswertungen zu den Versicherten, die schriftlich befragt wurden.

3.1.2 Patientenbefragung - Erhebungsinstrumentarium

Für die Patientenbefragungen wurde ein achtseitiger standardisierter Erhebungsbogen entwickelt, der Itembatterien und Skalen zum Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung, zur aktuellen Gesundheitsversorgung, gegenwärtigen seelischen Befindlichkeit, Soziodemografie sowie zur Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand enthält.

Prozessqualität. Für die Erhebung der Prozessqualität in Bezug auf die Betreuung seit der Entlassung aus der stationären Einrichtung wurde der „**Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A)**“-Fragebogen verwendet. Der PACIC 5A ist eine Weiterentwicklung des PACIC von Glasgow et al. (2005a). Während der PACIC untersucht, inwieweit die Gesundheitsversorgung chronisch Kranker dem Ansatz des Chronic Care Model (CCM) entspricht (Glasgow et al. 2005a), soll der PACIC 5A erfassen, inwieweit die Gesundheitsversorgung dem patientenzentrierten Modell der 5As (ask, advise, agree, assist, arrange) entspricht (Glas-

gow et al. 2005b). Nach Glasgow et al. (2005b) stimmt das Modell der 5As weitgehend mit den Elementen des CCM überein und stellt nach Rosemann et al. (2007) einen evidenzbasierten Ansatz dar, um Verhaltensänderungen auszulösen.

Der PACIC 5A besteht aus den fünf Subskalen „Assess“ (5 Items), „Agree“ (5 Items), „Advise“ (5 Items), „Assist“ (5 Items), „Arrange“ (5 Items) und wurde bislang vorwiegend im Bereich somatischer Erkrankungen (Diabetes mellitus, Rheuma) eingesetzt. Für den deutschen Sprachraum liegt eine nach den Leitlinien zur kulturellen Adaption übersetzte deutsche Version vor (Rosemann et al. 2007). Für die vorliegende Befragung wurde ein vom Originalfragebogen abweichender zeitlicher Bezugsrahmen gewählt. Erfragt wurde die Häufigkeit, mit der die in Tabelle 3-2 aufgeführten Ereignisse in der Zeit seit der Entlassung aus der stationären Versorgung vorgekommen sind.

Tabelle 3-2: Die Subskalen und Items des PACIC 5A

(nach Rosemann et al. 2007, zeitlicher Bezugsrahmen angepasst)

Subskala Seit der Entlassung aus dem Krankenhaus ...	
Assess	a) wurde ich bei der Planung der Behandlung nach meinen Vorstellungen gefragt. b) wurden mir direkt oder über einen Fragebogen Fragen zu Gewohnheiten, die für meine Erkrankung wichtig sind, gestellt. c) wurde ich gefragt, wie meine Erkrankung mein Leben beeinflusst. d) wurde ich gefragt, wie die Besuche bei anderen Ärzten gelaufen sind. e) wurde während des Arztbesuches gefragt, was ich bezüglich meiner Erkrankung besprechen wollte.
Advise	a) erhielt ich eine schriftliche Anweisung, was ich für meine Erkrankung tun kann. b) habe ich die Erfahrung gemacht, dass das, was ich für meine Erkrankung getan habe, diese positiv beeinflusst hat. c) erhielt ich einen schriftlichen Behandlungsplan ausgehändigt. d) wurde mir erklärt, wie meine Besuche bei anderen Ärzten, wie zum Beispiel bei Spezialisten, meiner Behandlung helfen. e) wurde mir erklärt, wie wichtig die Dinge für meine Gesundheit sind, die ich selber für meine Erkrankung unternehmen kann.

Subskala Seit der Entlassung aus dem Krankenhaus ...

- Agree**
- a) wurden mir verschiedene Behandlungen erläutert und vorgeschlagen.
 - b) wurde ich nach Problemen mit meinen Medikamenten oder deren Wirkungen und Nebenwirkungen gefragt.
 - c) wurde ich nach meinen Zielen gefragt, die ich in Bezug auf Verbesserung meiner Gesundheit habe.
 - d) habe ich mir - mit Unterstützung des Arztes - konkrete Ziele in Bezug auf meine Ernährung und/oder meine Bewegung gesetzt.
 - e) habe ich mir mit meinem Arzt ein Ziel gesetzt, was ich tun kann um meinen Zustand zu verbessern.
- Assist**
- a) wurde ich ermutigt, zu einer bestimmten Gruppe oder Einrichtung für meine Krankheit zu gehen.
 - b) war ich mir sicher, dass mein Arzt meine Gewohnheiten und Lebensweise bei den Therapieempfehlungen berücksichtigt hat.
 - c) wurde mit mir ein Plan für meine Behandlung entworfen, den ich im Alltag umsetzen kann.
 - d) wurde mir im voraus erklärt, wie ich mit meiner Erkrankung auch in schwierigen Phasen umgehen kann.
 - e) wurde mir ein Heft oder eine Liste gegeben, wo ich meine Fortschritte eintragen kann.
- Arrange**
- a) hat mich jemand nach einem Arztbesuch kontaktiert, um sich nach meinem Zustand zu erkundigen.
 - b) wurde ich ermuntert, an öffentlichen Programmen (z.B. von der Krankenkasse) teilzunehmen, die mir helfen könnten.
 - c) erhielt ich eine Gesundheitsberatung (bei Hausarzt/Hausärztin oder durch eine Überweisung).
 - d) wurde ich gefragt, wie meine Arbeit, meine Familie oder meine soziale Situation die Behandlung meiner Erkrankung beeinflussen.
 - e) wurde mir gezeigt, wie ich Unterstützung von meiner Familie oder Freunden bekomme.
-

Die Antwortmöglichkeiten reichen von „So gut wie nie“ (Wert=1) bis „Fast immer“ (Wert=5). Zum Umgang mit fehlenden Werten im PACIC 5A und seinen Subskalen machen Glasgow et al. (2005b) und Rosemann et al. (2007) keine Angaben. Daher wurden von uns verschiedene Alternativen zum Umgang mit fehlenden Werten geprüft. Eine deutliche Reduktion der Antwortausfälle bei stabilen Ergebnissen ergab sich dabei für die folgende Variante: Zur Auswertung wird für jede der fünf Subskalen ein Subskalenwert ermittelt, in dem der Mittelwert über die beantworteten Items gebildet wird, sofern für mindestens vier von fünf Subskalenitems gültige Antworten vorliegen. Darüber hinaus kann ein Gesamtscore über alle fünf Subskalen berechnet werden (Rosemann et al. 2007). Wir ha-

ben den PACIC 5A-Gesamtscore als Mittelwert über die fünf Subskalen gebildet und dabei nur die Personen eingeschlossen, die alle Subskalen gültig beantwortet haben⁴.

(Psycho-) somatische Befindlichkeit. Die von Zerssen (1976) entwickelte **Beschwerdeliste** ist ein aus 24 Items bestehendes Instrument, mit dem der Grad subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und allgemeine Beschwerden erfasst wird. Einbezogen sind allgemeine Beschwerden (etwa Schwäche, Müdigkeit, Schlafstörungen), körpernahe Beschwerden (etwa Schweregefühl, Gliederschmerzen) und psychisch-körpernahe Beschwerden (etwa Abgespanntheit, Unruhe). Anhand einer vierstufigen Antwortskala geben die Probanden das Ausmaß der Beschwerden von „Gar nicht“ (0) bis „Stark“ (3) an. Auf dieser Basis wird ein Summenwert gebildet, der den Grad der Gesamtbelastung angibt. Die Berechnung des Skalenwertes für die Beschwerdeliste erfolgte in Anlehnung an Zerssen (1976). Danach dürfen zur Berechnung eines Summenwertes maximal zwei Items fehlen. Fehlende Werte werden dann durch den individuellen Mittelwert ersetzt.

Patient Health Questionnaire (PHQ) Kurzform. Die Kurzform des PHQ ist ein für den deutschen Sprachraum adaptiertes und validiertes Instrument, das in der Komplettversion entwickelt wurde, um die häufigsten psychischen Erkrankungen zu erkennen sowie somatische und psychosoziale Stressfaktoren zu identifizieren (Löwe et al. 2002). Der Fragebogen wurde so entwickelt, dass er von den Patienten selbst ausgefüllt und in der klinischen Praxis oder im Rahmen von Studien eingesetzt werden kann. Eine der insgesamt fünf Subskalen dient zum

4 Insgesamt 20 der 25 Items des PACIC 5A können auch für die Berechnung des PACIC zusammengestellt werden. Der PACIC hat wie der PACIC 5A fünf Subskalen, diese sind jedoch anders zusammengesetzt und umfassen im Gegensatz zum PACIC 5A unterschiedlich viele Items: 'Aktivierung/Einbezug des Patienten' (3 Items), 'Erreichbarkeit/ Organisation/Verstehbarkeit der Versorgung' (3 Items), 'Formulierung von Zielen' (5 Items), 'Problemlösung' (4 Items), 'Koordination der Weiterbehandlung' (5 Items) (Glasgow et al. 2005a, Rosemann et al. 2007). Die Berechnung der PACIC-Subskalen erfolgt als Mittelwert der zu einer Subskala gehörenden Einzelitems. Glasgow et al. (2005a) empfehlen die Bildung der Subskalen sowie der Gesamtskala auf der Basis aller ausgefüllten Items. Auch für den PACIC darf ein Gesamtscore als Mittelwert über alle Subskalen berechnet werden (Glasgow et al. 2005a). Die Überprüfung der Güte des Erhebungsinstrumentariums ergab, dass der PACIC 5A und seine Subskalen über bessere psychometrische Eigenschaften verfügt als der PACIC und seine Subskalen (vgl. Tabellen 7-1 bis 7-6 im Anhang ab Seite 176). Aus diesem Grund wird der PACIC 5A für die hier vorgestellten Auswertungen verwendet.

Screening auf ein depressives Syndrom (PHQ-9 mit 9 Items), eine weitere fokussiert Symptome des Paniksyndroms (PHQ-Panik 5 Items) (Löwe et al. 2002).

Die Items der Subskala 'PHQ-9' können Ausprägungen von 'Überhaupt nicht' (0) bis 'Beinahe jeden Tag' (3) annehmen. Für die Auswertung wird der Summenwert gebildet, der Werte zwischen 0 und 27 annehmen kann. Die Autoren (Löwe et al. 2002) machen keine Angaben zum Umgang mit fehlenden Werten. Wir haben den Skalensummenwert berechnet unter der Vorgabe, dass maximal ein Item fehlt. Das fehlende Item wurde dann durch den individuellen Mittelwert ersetzt. Zur Interpretation schlagen die Autoren eine Einteilung des Summenscores in fünf Kategorien vor (vgl. Tabelle 3-3). Eine Majore Depression wird durch einen Punktwert von zehn und höher angezeigt.

Tabelle 3-3: PHQ-9

Skalensummenwert	
0 bis 4	keine Hinweise auf ein depressives Syndrom
5 bis 9	leichte bzw. unterschwelliges depressives Syndrom
10 bis 14	Mildes depressives Syndrom
15 bis 19	Ausgeprägtes depressives Syndrom
20 bis 27	Schweres depressives Syndrom (Majore Depression)

Die Subskala 'PHQ-Panik' enthält fünf dichotome (Ja/Nein) Items, die nach Panikattacken und deren Ausprägungen fragen. Werden alle Items mit „Ja“ beantwortet liegt ein Paniksyndrom vor. Ansonsten liegt nach diesem Erhebungsinstrument kein Paniksyndrom vor (Löwe et al. 2002).

Die **Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K)** nach Hautzinger und Bailer (1992) dient zum Screening auf ein depressives Syndrom. Erfragt wird die Häufigkeit, mit der verschiedene Merkmale für Depressivität (u.a. Verunsicherung, Erschöpfung, Traurigkeit und Angst) in der letzten Woche aufgetreten sind. Die Kurzform des ADS umfasst 15 Items mit jeweils vier Antwortkategorien von „Selten“ (Wert=0) bis „Meistens“ (Wert = 3). Die einzelnen Antworten werden zu einem Gesamtscore verrechnet, der Werte zwischen 0 und 45 annehmen kann. Dabei repräsentieren hohe Werte auch eine stärkere Ausprägung des de-

pressiven Syndroms. Als optimaler Cut-Off-Wert empfehlen Lehr et al. (2008) auf der Basis von Ergebnissen aus einer Fall-Kontrollstudie, einen ADS-K von ≥ 18 Punkten als Hinweis auf eine ernsthafte depressive Störung zu werten.

Die zwei Skalen des **State-Trait Angst Inventar (STAI)** dienen der Erfassung von Angst als Zustand (*State*-Angst) und Angst als Eigenschaft (*Trait*-Angst) und können je nach Fragestellung auch getrennt eingesetzt werden (Laux et al. 1981). Für die vorliegende Befragung wurde die Skala zu Angstzuständen, also „State“, eingesetzt. Diese Skala erfasst gezielt Angst als Zustand im Sinne von Anspannung, Besorgtheit oder Nervosität mit 10 positiv und 10 negativ formulierten Items. Als Antwortmöglichkeit ist eine vierstufige Skala mit Werten von „Überhaupt nicht“ (Wert = 1) bis „Sehr“ (Wert = 4) vorgegeben (Laux et al. 1981). Entsprechend der Vorgaben von Laux et al. (1981) wurden die positiv formulierten Items umgepolt, so dass aus den angekreuzten Items ein Summenwert zwischen 20 und 80 erreicht werden kann. Dabei gibt 80 eine maximale Angstintensität an (Laux et al. 1981). Für die Berechnung der Summenwerte durften maximal zwei Items fehlen (Laux et al. 1981). Fehlende Werte wurden jeweils durch den individuellen Mittelwert ersetzt.

Fragen zum Krankenhausaufenthalt. Der Erhebungsbogen enthielt zwei von uns entwickelte Fragen zum Index-Aufenthalt. Die Befragten wurden gebeten anzugeben, welche Angebote während des Krankenhausaufenthalts als hilfreich erlebt wurden. Dazu konnten fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten angekreuzt werden (etwa Behandlung mit Medikamenten). Mehrfachnennungen waren möglich. Zudem konnten die Patienten Freitextangaben machen. Mit einer weiteren Frage wurde erhoben, ob und wenn ja, welche Empfehlungen vom Krankenhaus für die Weiterbehandlung gemacht wurden. Vorgegebene Antwortmöglichkeiten waren beispielsweise „Ja, zur Psychotherapie“. Mehrfachnennungen waren möglich, zudem konnten die Befragten Freitextangaben machen.

Die Kombinationen der Empfehlungen in Bezug auf eine Weiterbehandlung mit Medikamenten und/oder Psychotherapie wurden zur Variablen „Krankenhaus-Empfehlungen“ zusammengefasst, die vier Ausprägungen annehmen kann: „Keine“, wenn vom Index-Krankenhaus weder eine Behandlung mit Medikamenten noch eine Psychotherapie empfohlen wurde, „Psychotherapie“, wenn eine Psy-

chotherapie und keine medikamentöse Weiterbehandlung empfohlen wurde, „Medikamente“, wenn die Einnahme von Medikamenten und keine Psychotherapie empfohlen wurde, „Kombiniert“, wenn sowohl die Weiterbehandlung mit Medikamenten als auch eine Psychotherapie empfohlen wurde.

Rehospitalisierung. Die Befragten wurden gebeten anzugeben, ob sie in der Zeit seit der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt erneut aufgrund ihrer seelischen Erkrankung stationär aufgenommen werden mussten. Als Antwortmöglichkeit waren „Nein“, „Ja, einmal“ und „Ja, mehrmals“ vorgegeben. Diese wurden für die weiteren Analysen zur dichotomen Variable Rehospitalisierung (Ja/Nein) zusammengefasst.

Aktuelle Situation - ärztliche Behandlung. Zur Erfassung der aktuellen Situation in Hinblick auf die ärztliche Behandlung dienten drei von uns entwickelte Fragen. Die Befragten wurden gebeten anzugeben, ob sie derzeit aufgrund ihrer seelischen Erkrankung Medikamente nehmen. Vorgegebene Antwortmöglichkeit waren: „Ja, die vom Krankenhaus empfohlenen Medikamente“, „Ja, Medikamente, die nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus neu verordnet wurden“ oder „Nein“. Die Kombinationen wurden in vier Kategorien zur Variable „Medikamente“ zusammengefasst. Personen, die mit „Nein“ geantwortet haben, wurden der Kategorie „Keine“ zugeordnet, Personen, die ausschließlich vom Index-Krankenhaus verordnete Medikamente einnehmen, wurden der Kategorie „Empfohlene“ zugeordnet, werden vom Index-Krankenhaus empfohlene und neu verordnete Medikamente eingenommen, werden die Personen der Kategorie „Neue/emphohlene“ zugeordnet und Personen, die ausschließlich neu verordnete Medikamente einnehmen, werden der Kategorie „Andere Medikamente“ zugeordnet.

Mit dem zweiten Item wird erfasst, ob die Befragten derzeit aufgrund ihrer seelischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung sind und, wenn ja, bei welchem Arzt. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Variable „Ärztliche Behandlung“ umfasst folgende Antwortvorgaben: „Nein“, „Ja bei einer Hausärztin/einem Hausarzt“, „Ja, bei einer Neurologin/ einem Neurologen“ „Ja, bei einer Psychiaterin/einem Psychiater“ und „Ja, bei einer Ärztin/einem Arzt eines anderen Fachgebiets“.

Personen, die angaben, sich derzeit in ärztlicher Behandlung zu befinden, wurden danach gefragt, ob in der aktuellen ärztlichen Behandlung die Empfehlungen des Krankenhauses berücksichtigt werden.

Fragen zur Psychotherapie. Das Erhebungsinstrument enthielt sechs Items zur psychotherapeutischen Versorgung. Die Befragten wurden gebeten anzugeben, ob sie sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung befinden und ob die Psychotherapie bereits vor oder erst nach dem Index-Aufenthalt begonnen wurde. Auf der Basis dieser Angaben wurde die Variable „Psychotherapie aktuell“ gebildet, mit den Ausprägungen „Aktuell keine“, „Ja, mit Beginn vor dem Index-Aufenthalt“ und „Ja, mit Beginn nach dem Index-Aufenthalt“. Zudem wurde die dichotome Variable „Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt“ (Ja/Nein) gebildet. Sie gibt an, ob sich die Person zum Zeitpunkt der Befragung in einer psychotherapeutischen Behandlung befindet, die bereits vor dem Index-Aufenthalt begonnen wurde.

Mit einer weiteren Frage wurde erfasst, wie die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut gefunden wurde. Als Antwortmöglichkeit waren vorgegeben: „Empfehlung von Angehörigen, Freunden oder Bekannten“, „Empfehlung meiner Ärztin/meines Arztes“, „Empfehlungen des Krankenhauses“, „Hinweise meiner Krankenkasse“, „Im Internet“ oder „In den Gelben Seiten“). Mehrfachnennungen waren möglich. Die Kombinationen wurden zur Variablen „Unterstützung bei der Suche nach Psychotherapie“ in vier Kategorien zusammengefasst. Die Kategorie „Keine professionelle Unterstützung“ enthält alle Personen, die ihren Psychotherapeuten bzw. ihre -therapeutin nicht mit Unterstützung des behandelnden Arztes und/oder des Index-Krankenhauses gefunden haben. Die Kategorie „Nur Arzt“ bezieht die Personen ein, die ihren Therapieplatz über die Unterstützung ihres Arztes und nicht über das Krankenhaus gefunden haben. Die Kategorie „Nur Krankenhaus“ enthält Fälle bei denen das Krankenhaus und nicht der behandelnde Arzt bei der Suche geholfen hat. Schließlich umfasst die Kategorie „Arzt und Krankenhaus“ die Fälle in denen beide bei der Suche halfen.

Die Wartezeit zwischen der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt bis zum Beginn der Psychotherapie wurde mit fünf Antwortmöglichkeiten von „Weniger als einen Monat“ bis „Länger als 9 Monate“ erfasst. Für die multivariate Analyse

wurden die Antworten dichotomisiert. Der Kategorie „angemessene Wartezeit“, wurden alle Personen zugeordnet, die wie nach einem Urteil des Bundessozialgerichts als zumutbar definiert (Schulz et al. 2008), maximal drei Monate auf den Beginn der Psychotherapie gewartet haben. Der Kategorie „lange Wartezeit“ werden diejenigen Personen zugeordnet, die länger als drei Monate auf den Therapiebeginn warten mussten.

Die Häufigkeit der Therapiesitzungen wurde mit fünf Antwortvorgaben von „Jede Woche“ bis hin zu „Seltener“, falls die Sitzungen seltener als jedes Vierteljahr statt finden. Abschließend wurde erhoben, wie viel Zeit die Befragten für ihren Weg zur Psychotherapiepraxis benötigen. Antwortmöglichkeiten waren „Weniger als 15 Minuten“ bis „Mehr als 60 Minuten“.

Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung. Die Variablen „Ärztliche Behandlung“ und „Psychotherapie aktuell“ wurden zu folgenden fünf Kategorien zusammengefasst: „Keine“: die Personen befinden sich weder in ärztlicher noch in psychotherapeutischer Behandlung; „Psychotherapie“: die Personen befinden sich nur in psychotherapeutischer aber nicht in ärztlicher Behandlung; „Ärztliche Behandlung ohne Psychotherapie“: die Personen befinden sich in haus- und/oder fachärztlicher Behandlung, machen aber keine Psychotherapie; „Psychiatrische Behandlung und Psychotherapie“: die Befragten befinden sich nur bei einem Psychiater in ärztlicher Behandlung und machen eine Psychotherapie; „sonstige ärztliche Behandlung und Psychotherapie“: die Personen machen eine Psychotherapie und befinden sich in haus- und/oder fachärztlicher Behandlung, die aber nicht allein durch einen Psychiater erfolgt (etwa in der Kombination „Facharzt für Neurologe und Psychotherapie“ oder „Hausarzt und Psychotherapie“).

Allgemeiner Gesundheitszustand. Die Befragten wurden gebeten, ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu beschreiben. Verwendet wurde die seit vielen Jahren auch in bevölkerungsbezogenen Surveys (etwa Radoschewski & Bellach 1999) eingesetzte Frage „Wie würden sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?“, die auch zu den Items der Subskala „Allgemeiner Gesundheitszustand“ des SF-36 gehört (Bullinger & Kirchberger 1998). Vorgegeben sind fünf Antwortmöglichkeiten von „Ausgezeichnet“ bis „Schlecht“.

Aktuelle Befindlichkeit im Vergleich. Das Erhebungsinstrument enthielt ein Item zur direkten Veränderungsmessung. Dabei wurden die Befragten gebeten, die aktuelle Befindlichkeit im Vergleich zum Zeitraum direkt nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt zu bewerten. Vorgegeben waren fünf Antwortmöglichkeiten von „Sehr viel besser“ bis „Sehr viel schlechter“.

Erwerbsstatus. Der Erhebungsbogen erfasste die berufliche Stellung der Befragten. Vorgegeben waren die Antwortmöglichkeiten: „Un-/angelernte(r) Arbeiter(in)“, „Facharbeiter(in)“, „Vorarbeiter(in)/Meister(in)“, „Einfach(e) oder mittlere(r) Angestellte(r)“, „Gehobene(r) oder leitende(r) Angestellte(r)“, „Selbständig“, „Mithelfende(r) Familienangehörige(r)“ und „ich bin/war nicht berufstätig“. Für die weiteren Auswertungen wurde die Variable zu sechs Kategorien zusammengefasst: un- oder angelernte Arbeiter wurden in die Kategorie „Arbeiter“ übernommen, Facharbeiter sowie Vorarbeiter und Meister wurden zur Kategorie „Facharbeiter“ zusammengefasst. Die beiden Kategorien zu den Angestellten blieben unverändert erhalten. Selbständige und mithelfende Familienangehörige wurden zur Kategorie „Selbständig“ zusammengefasst. Die Kategorie „nicht berufstätig“ blieb unverändert erhalten.

3.1.3 Datenfluss – Datenschutz

Die Identifikation der Zielgruppe erfolgte nach den zuvor beschriebenen Kriterien durch die BARMER GEK. Alle selektierten Versicherten erhielten einen von der BARMER GEK versandten Fragebogen (inkl. Anschreiben und Rückumschlag), der mit einer eindeutigen, nicht-sprechenden Code-Nummer versehen war. Die Fragebögen wurden von den angeschriebenen Versicherten direkt an das ISEG zurückgeschickt.

Zur Überprüfung des Fragebogenrücklaufes und zur Diagnosezuordnung wurden dem ISEG Tabellen mit Code-Nummern zu allen angeschriebenen Versicherten bereitgestellt, denen das Geschlecht, das Alter, die Art der stationären Behandlung sowie die Hauptentlassungsdiagnose entnommen werden konnten.

3.1.4 Auswertungsverfahren

Die Überprüfung der psychometrischen Güte des Erhebungsinstrumentariums erfolgte mittels deskriptiver Analysen zum Anteil fehlender Werte und zu Boden- und Deckeneffekten. Diese Analysen wurden ergänzt um die Berechnung der internen Konsistenz (als Maß der Reliabilität) sowie explorative Faktorenanalysen und Korrelationsanalysen (Spearman) zur Konstruktvalidität.

Die inhaltlichen Auswertungen erfolgten zunächst deskriptiv auf der Basis von Häufigkeitsverteilungen, Kreuztabellen, Mittelwertvergleichen und Korrelationen (Spearman's r_s oder Pearson's r). Zur Überprüfung der statistischen Signifikanz wurden der Chi-Quadrat Test, die einfaktorielle Varianzanalyse, der T-Test für abhängige und unabhängige Stichproben sowie die nichtparametrischen Verfahren Mann-Whitney-U Test, der Wilcoxon-Test für Paardifferenzen angewandt.

Zudem wurden für ausgewählte Fragestellungen als multivariates Analyseverfahren die logistische Regression (SAS V9.2) verwendet.

Es wurde geprüft, inwiefern Unterschiede zwischen Befragungsteilnehmern und Nicht-Teilnehmern bestehen, die zu systematischen Verzerrungen der Ergebnisse führen. Im Rahmen der Befragung wurde die Beteiligungsrate in Abhängigkeit von verschiedenen Patientenmerkmalen (u.a. Alter, Geschlecht, Hauptentlassungsdiagnose), die für alle initial selektierten Versicherten vorliegen, beschreibend und mittels multipler logistischer Regression modelliert.

3.2 Versorgungsepidemiologie

Die nachfolgende Tabelle 3-4 liefert einen ersten Überblick zu Verweilzeiten in Akutkrankenhäusern im Jahr 2010 unter den im Schwerpunktkapitel näher betrachteten Diagnosen auf der Basis aktueller Daten der BARMER GEK. Neben Angaben zu den sechs näher betrachteten Diagnoseschlüsseln auf 3-stelliger Differenzierungsebene werden auch Ergebnisse zu übergeordneten Diagnosegruppierungen dargestellt.

Tabelle 3-4: Ausgewählte Diagnosen und Diagnosegruppen – vollstationäre Leistungstage 2010

(BARMER GEK, stand. D2009)

ICD10	Diagnosen	Tage je 1.000 VJ		
		Männer	Frauen	Gesamt
	Alle Diagnosen	1.798	1.986	1.893
Kapitel V	Psychische und Verhaltensstörungen	305,6	340,0	323,1
F30-39	Affektive Störungen (gemäß ICD10)	94,8	147,9	121,9
F40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	27,3	46,4	37,0
F32	Depressive Episode	43,6	60,0	52,0
F33	Rezidivierende depressive Störung	39,4	72,1	56,1
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,4	0,4	0,4
F41	Andere Angststörungen	5,3	9,5	7,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	11,3	19,4	15,4
F45	Somatoforme Störungen	5,4	9,1	7,3

Auf die sechs Diagnosen entfielen 7,3% der erfassten Behandlungstage in Akutkrankenhäusern 2010. Bezogen auf Verweilzeiten unter Diagnosen aus dem ICD10-Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ stellten sie einen Anteil von 42,9%. Die mit Abstand relevantesten Diagnosen sind dabei depressive Epi-

soden (F32) und rezidivierende depressive Störungen (F33), also Depressionen im engeren Sinne. Gemeinsam mit der Diagnose F34 werden sie im Schwerpunkt-kapitel auch unter der Bezeichnung „Depressionen“ zusammengefasst und vereinen dabei einen Anteil von 89,0% der Verweilzeiten unter der Diagnose von Affektiven Störungen auf sich. Die verbleibenden drei Diagnosen F41, F43 und F45 zählen in der ICD10-Systematik zur Gruppe „Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen“. Von den dieser Gruppe zuschreibbaren Verweilzeiten entfällt ein Anteil von 81,3% auf die drei näher betrachteten Diagnosen.

Auf die weitgehend stetig zunehmende Bedeutung psychischer Störungen im Hinblick auf die Verweilzeiten in Krankenhäusern in den letzten Jahren wurde bereits in vorausgehenden Abschnitten hingewiesen. Keinem Diagnosekapitel ließen sich 2010 nach altersstandardisierten Auswertungen mehr vollstationäre Behandlungstage in Akutkrankenhäusern zuordnen als dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“. Psychische Erkrankungen waren damit für mehr Krankenhaustage verantwortlich als beispielsweise das Kapitel II „Neubildungen“ (das fast alle Krebserkrankungen beinhaltet) oder das Kapitel IX „Krankheiten des Kreislaufsystems“, welches Anfang der 90er Jahre noch für etwa doppelt so viele vollstationäre Krankenhaustage wie das Kapitel V verantwortlich gemacht werden konnte, jedoch seit Ende der 90er Jahre immer geringere Verweilzeiten in Akutkrankenhäusern verursacht.

Grundsätzlich können ansteigende Verweilzeiten aus unterschiedlichen Effekten resultieren. Zu mehr Behandlungstagen in Krankenhäusern würden sowohl ansteigende fallbezogenen Verweilzeiten (mehr Krankenhaustage je Fall) als auch ansteigende Behandlungsfallzahlen beitragen. Mehr Behandlungsfälle können dabei sowohl aus wiederholten Behandlungen derselben Personen als auch aus einer Ausweitung des stationär behandelten Personenkreises resultieren. Der nachfolgende Abschnitt versucht **auf der Basis von Daten der ehemaligen GEK** entsprechende Effekte sowohl im Hinblick auf die Behandlung psychischer Störungen insgesamt als auch im Hinblick auf die Behandlung spezifischer psychischer Erkrankungen zu differenzieren.

Um innerhalb einzelner Kalenderjahre einfach und eindeutig definierte Betroffenenquoten errechnen zu können, beschränken sich die nachfolgenden Aus-

wertungen, im Gegensatz zu den Routineauswertungen im Report, auf durchgängig im jeweils betrachteten Kalenderjahr versicherte Personen, woraus gewisse Abweichungen zu den auch routinemäßig berichteten Ergebnissen resultieren können.

3.2.1 Verweildauer, Fallzahlen und Betroffene mit Krankenhausbehandlungen psychischer Störungen

Daten der ehemaligen GEK stehen in auswertbarer Form ab dem Jahr 1990 zur Verfügung. Aufgrund der Umstellung der Diagnosekodierung von der ICD9 auf die ICD10 zu Beginn des Jahres 2000 sind Auswertungen zu spezifischen Diagnosen im Gesamtbeobachtungszeitraum seit 1990 zum Teil nur sehr eingeschränkt möglich. Dagegen ist eine Auswertung auf der übergeordneten Ebene des Diagnosekapitels V weitgehend problemlos möglich, da dieses Kapitel in beiden ICD-Fassungen ein annähernd identisches Erkrankungsspektrum umfasst.

Die Tabelle 3-5 zeigt unterschiedliche Maßzahlen zur Entwicklung der vollstationären Versorgung psychischer Störungen in Akutkrankenhäusern im Zeitraum von 1990 bis 2010. Durch die einheitliche Geschlechts- und Altersstandardisierung der Ergebnisse werden Auswirkungen demographischer Veränderungen im Beobachtungszeitraum wie bei anderen Trenddarstellungen im Report ausgeblendet. Durch die für die nachfolgenden Darstellungen vorgenommene Beschränkung auf durchgängig versicherte Personen in einzelnen Jahren ergeben sich im Hinblick auf die Krankenhaustage je 1.000 Versicherte etwas niedrigere Kennzahlen als nach Ergebnissen mit Bezug auf 1.000 Versicherungsjahre im Routine-
teil).

Auch nach der hier gewählten Auswertungsmethodik lässt sich zwischen 1990 und 2010 ein erheblicher Anstieg der Behandlungstage in Krankenhäusern unter der Diagnose von psychischen Störungen um 58% von 167 auf 265 Tage je 1.000 Versicherte feststellen, der dem diagnoseübergreifend in diesem Zeitraum vorherrschenden Trend mit abnehmenden Verweilzeiten entgegenläuft. Noch deutlich stärker, nämlich um 154% beziehungsweise auf mehr als das zweieinhalbfache, ist im selben Zeitraum die Anzahl der Behandlungsfälle unter der Diagnose von psychischen Störungen angestiegen.

*Tabelle 3-5: Vollstationäre Versorgung psychischer Störungen 1990 bis 2010
(GEK, je Jahr nur durchgängig Versicherte, stand.)*

Jahr	je 1.000 Versicherte			je Fall		je Betroffener	
	Betroffene	KH-Fälle	KH-Tage	KH-Tage	KH-Tage	KH-Fälle	
1990	3,73	4,64	167	36,0	44,8	1,24	
1991	3,71	4,49	162	36,1	43,7	1,21	
1992	3,81	4,75	178	37,5	46,8	1,25	
1993	3,88	4,78	169	35,4	43,7	1,23	
1994	3,97	4,81	173	35,9	43,5	1,21	
1995	4,16	5,07	174	34,2	41,8	1,22	
1996	4,34	5,43	180	33,1	41,4	1,25	
1997	4,52	5,62	180	32,0	39,8	1,24	
1998	4,71	5,90	182	30,9	38,6	1,25	
1999	5,15	6,78	201	29,7	39,0	1,32	
2000	5,47	7,23	207	28,6	37,8	1,32	
2001	6,02	8,14	212	26,1	35,3	1,35	
2002	6,55	8,73	222	25,4	33,8	1,33	
2003	6,58	9,10	216	23,7	32,7	1,38	
2004	6,96	9,37	213	22,8	30,6	1,35	
2005	6,99	9,60	221	23,0	31,7	1,37	
2006	7,10	9,78	224	22,9	31,6	1,38	
2007	7,47	10,18	234	23,0	31,3	1,36	
2008	7,84	10,84	242	22,3	30,9	1,38	
2009	8,36	11,66	260	22,3	31,1	1,39	
2010	8,53	11,78	265	22,5	31,0	1,38	
Relative Veränderungen bis 2010 seit dem Jahr... (100% = konstant)							
1990	229%	254%	158%	62%	69%	111%	
2000	156%	163%	128%	79%	82%	105%	

Die für die inhaltliche Interpretation bedeutsamsten Ergebnisse finden sich in der ersten Ergebnisspalte der Tabelle. Dort wird der Anteil der Versicherten angegeben, der innerhalb eines Kalenderjahres mindestens einen Tag unter der Diagnose einer psychischen Störung im Krankenhaus behandelt wurde. Während von 1.000 Versicherten im Jahr 1990 durchschnittlich erst 3,73 Personen betroffen waren, stieg dieser Wert bis 2010 um 129% auf 8,53. Nach den vorliegenden Ergebnissen waren 2010 anteilig also mehr als doppelt so viele Versicherte von

einer Krankenhausbehandlung unter der Diagnose einer psychischen Störung betroffen als im Jahr 1990.

Die je Betroffenen innerhalb eines Jahres erfasste Zahl von Behandlungsfällen stieg demgegenüber von 1990 bis 2010 nur leicht um 11% von etwa 1,25 Fällen in den 90er-Jahren auf knapp 1,4 Fälle zu Ende des Beobachtungszeitraums (vgl. letzte Spalte der Tabelle 3-5).

Dabei haben sowohl die Behandlungstage je Fall als auch je Betroffenen seit 1990 bis 2010 deutlich, nämlich um 38% bzw. 32% abgenommen. Bis in die erste Hälfte der 2000er-Jahre sogar merklich gesunken ist die Zahl der je Betroffenen erfassten Krankenhaustage. Während einer Person mit entsprechendem Krankenhausaufenthalt 1990 insgesamt noch etwa 45 Krankenhausbehandlungstage unter der Diagnose psychischer Störungen zugeordnet werden konnten, waren es 2010 nur noch 31 Tage.

Zusammenfassend verdeutlicht die Tabelle 3-5, dass der seit Jahren beobachtete Anstieg der Krankenhausbehandlungstage zum allergrößten Teil auf eine Zunahme der von psychischen Störungen betroffenen Versicherten zurückzuführen ist. Dieser Anstieg wäre noch erheblich größer ausgefallen, wenn es nicht parallel zu einer bis Mitte der 2000er Jahre anhaltenden merklichen Verkürzung der Verweildauer, d.h. der Behandlungstage pro Fall gekommen wäre. Demgegenüber fällt die leichte Zunahme der Wiedereinweisungen (gemessen an den KH-Fällen je Betroffenen) kaum ins Gewicht.

3.2.2 Trends bei Krankenhausbehandlungen mit ausgewählten Diagnosen

Das Diagnosekapitel V „Psychische und Verhaltensstörung“ umfasst insgesamt ein recht heterogenes Erkrankungsspektrum. Betrachtet man die Inanspruchnahme auf dieser Ebene, können Veränderungen auch durch Verschiebungen innerhalb des Diagnosespektrums bedingt sein, so dass aus der Gesamtentwicklung nicht direkt auf Veränderungen bei spezifischer eingegrenzten Erkrankungen geschlossen werden kann. Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend separate Auswertungen zu den im Schwerpunkt des Reportes behandelten Diagnosen dargestellt. Da Diagnosen in der seit 2000 verwendeten ICD10-Kodierung

nicht durchgängig mit zuvor verwendeten ICD9-Diagnosen vergleichbar sind, beschränken sich die Auswertungen auf den Zeitraum von 2000 bis 2010. Die nachfolgende Tabelle 3-6 zeigt Ergebnisse bezogen auf die Auswahl der im Schwerpunkt-kapitel berücksichtigten Diagnosen.

Tabelle 3-6: Vollstationäre Versorgung F32, F33, F34, F41, F43 oder 45, 2000 bis 2010

(GEK, je Jahr nur durchgängig Versicherte, stand.)

Jahr	je 1.000 Versicherte			je Fall	je Betroffener	
	Betroffene	KH-Fälle	KH-Tage	KH-Tage	KH-Tage	KH-Fälle
2000	1,66	1,83	67,1	36,6	40,4	1,10
2001	1,91	2,11	72,5	34,4	37,9	1,10
2002	2,00	2,29	75,1	32,7	37,5	1,15
2003	2,17	2,51	75,6	30,2	34,8	1,15
2004	2,27	2,56	78,5	30,6	34,5	1,13
2005	2,32	2,63	79,9	30,4	34,5	1,13
2006	2,37	2,77	82,1	29,6	34,6	1,17
2007	2,57	2,91	87,2	29,9	33,9	1,13
2008	2,76	3,16	91,8	29,0	33,3	1,15
2009	3,01	3,47	104,8	30,2	34,9	1,15
2010	3,25	3,70	113,5	30,6	34,9	1,14
Relative Veränderungen 2000 bis 2010 (100% = konstant)						
2000	196%	202%	169%	84%	86%	103%

Zwischen 2000 und 2010 hat die Anzahl der unter den näher betrachteten Diagnosen insgesamt erfassten Leistungstage bei jahresweise durchgängig Versicherten altersstandardisiert um 69% von 67,1 auf 113,5 Krankenhaustage je 1.000 Versicherte zugenommen. Sie sind damit unter den ausgewählten Diagnosen seit 2000 noch erheblich stärker gestiegen als in der Gruppe psychischer Störungen insgesamt, bei denen im genannten Zeitraum seit 2000 „lediglich“ ein Anstieg der Behandlungstage um 28% festgestellt werden konnte. Gleichfalls erheblich stärker sind auch die Betroffenen- und Behandlungsfallzahlen gestiegen. Diese haben sich seit 2000 mit Zunahmen um 96% beziehungsweise 102% in etwa verdoppelt. Demgegenüber sind die fallbezogenen Verweilzeiten, jedoch auch die jährlichen Behandlungszeiten je Betroffenen, tendenziell, und dabei

insbesondere in den ersten Jahren des Beobachtungszeitraums, gesunken. Seit dem Jahr 2003 liegt die fallbezogene Verweildauer bei Krankenhausbehandlungen unter den ausgewählten Diagnosen allerdings weitgehend konstant bei etwa 30 Tagen, je Betroffenen wurden seit 2003 bei durchschnittlich etwa 1,15 Fällen je Jahr in der Regel insgesamt gut 34 Krankenhaustage unter einer der selektierten Diagnosen innerhalb eines Jahres erfasst.

Depressionen (F32, F33, F34)

Depressionen, hier einschließlic der Diagnose F34, waren für den weit überwiegenden Teil der schwerpunktmäßig betrachteten Krankenhausaufenthalte verantwortlich. Maßzahlen zum Behandlungsgeschehen zwischen 2000 und 2010 sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 3-7: Vollstationäre Versorgung Depressionen 2000 bis 2010

(F32, F33, F34; je Jahr nur durchgängig Versicherte, GEK, stand.)

Jahr	je 1.000 Versicherte			je Fall	je Betroffener	
	Betroffene	KH-Fälle	KH-Tage	KH-Tage	KH-Tage	KH-Fälle
2000	1,07	1,14	46,2	40,6	43,2	1,06
2001	1,21	1,29	52,4	40,5	43,2	1,07
2002	1,32	1,47	56,2	38,1	42,4	1,11
2003	1,41	1,62	57,5	35,4	40,7	1,15
2004	1,48	1,62	58,3	35,9	39,5	1,10
2005	1,52	1,74	62,1	35,8	40,8	1,14
2006	1,57	1,82	63,0	34,6	40,0	1,16
2007	1,75	1,94	67,7	34,9	38,8	1,11
2008	1,87	2,12	72,0	33,9	38,5	1,13
2009	2,09	2,35	84,1	35,8	40,3	1,12
2010	2,31	2,60	92,2	35,5	39,8	1,12
Relative Veränderungen 2000 bis 2010 (100% = konstant)						
2000	217%	228%	200%	88%	92%	105%

Verweilzeiten unter der Diagnose von Depressionen haben sich nach den vorliegenden einheitlich altersstandardisierten Auswertungen allein im hier betrachteten Zeitraum zwischen 2000 und 2010 verdoppelt und sind damit stärker als bei anderen näher betrachteten Diagnosen gestiegen. Sowohl die Betroffe-

nenzahlen als auch die Behandlungsfallzahlen haben sich mit Zuwächsen von 117% beziehungsweise 128% mehr als verdoppelt. Auch im Hinblick auf Depressionen resultiert die Zunahme der Behandlungstage also aus einer Behandlung einer größeren Zahl von Versicherten. Die fallbezogene Verweildauer sowie die Zahl der Behandlungstage je Betroffenen lag innerhalb der ersten beiden Jahre des Beobachtungszeitraums mit gut 40 beziehungsweise 43 Tagen noch höher als in späteren Jahren, ist tendenziell also eher gesunken. Demgegenüber ist die Zahl der Behandlungsfälle je Betroffenen leicht gestiegen.

Angststörungen (F41)

Krankenhausbehandlungen unter der Diagnose von Angststörungen betrafen mit 28 vollstationär Behandelten je 100.000 Versicherte im Jahr 2010 erheblich weniger Personen als Depressionen (231 Betroffenen je 100.000 Versicherte; vgl. Tabelle 3-8). Im Vergleich zu 2000 ist es dabei auch in Bezug auf Angststörungen zu einer Ausweitung des stationär behandelten Personenkreises gekommen, die mit 59% allerdings nicht so deutlich wie bei Depressionen ausfällt. Bedingt durch eine deutliche Reduktion der Aufenthaltszeiten je Betroffenen um etwa 40% sind die der Diagnose von Angststörungen zuzuordnenden Behandlungstage in Krankenhäusern im Beobachtungszeitraum weitgehend konstant geblieben. Mehrfache Behandlungen Betroffener unter der Diagnose von Angststörungen innerhalb eines Jahres sind eher seltener als bei Depressionen zu beobachten. Im Vergleich zu Depressionen führten Angststörungen insbesondere in den letzten Jahren fallbezogen zu deutlich kürzeren Krankenhausaufenthalten.

Tabelle 3-8: Vollstationäre Versorgung Angststörungen 2000 bis 2010

(F41; Je Jahr nur durchgängig Versicherte, GEK, stand.)

Jahr	je 1.000 Versicherte			je Fall	je Betroffener	
	Betroffene	KH-Fälle	KH-Tage	KH-Tage	KH-Tage	KH-Fälle
2000	0,18	0,18	7,1	38,9	40,0	1,03
2001	0,20	0,21	7,3	35,3	35,9	1,02
2002	0,20	0,22	7,0	32,4	34,3	1,06
2003	0,21	0,23	6,2	27,4	28,9	1,05
2004	0,24	0,24	6,5	26,6	27,0	1,02
2005	0,24	0,25	6,5	25,8	26,9	1,04
2006	0,25	0,27	6,3	23,2	24,7	1,07
2007	0,26	0,27	7,1	26,1	27,0	1,03
2008	0,27	0,29	6,8	23,6	25,3	1,07
2009	0,28	0,30	6,4	21,4	22,6	1,06
2010	0,28	0,30	6,9	22,9	24,5	1,07
Relative Veränderungen 2000 bis 2010 (100% = konstant)						
2000	159%	166%	98%	59%	61%	104%

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Unter der Diagnose F43 wurden im Jahr 2010 nach altersstandardisierten Auswertungen von 100.000 durchgängig versicherten Personen 75 mindestens einmalig vollstationär im Krankenhaus behandelt. Entsprechende Krankenhausbehandlungen betrafen also deutlich mehr Personen als die zuvor betrachteten Krankenhausbehandlungen aufgrund von Angststörungen, jedoch nur etwa ein Drittel so viele Personen, die vom Krankenhausbehandlungen wegen Depressionen betroffen sind.

Auch bei Anpassungs- und Belastungsstörungen lässt sich die Zunahme der Behandlungsfallzahlen zwischen 2000 und 2010 um 58% weit überwiegend auf die Ausweitung eines um 54% gewachsenen Personenkreises zurückführen. Durch die gleichzeitig fallbezogen sowie auch je Betroffenem insbesondere von 2000 auf 2001 gesunkenen Behandlungszeiten ist es von 2000 bis 2010 insgesamt nur zu einem geringen Anstieg der Gesamtbehandlungszeiten unter der Diagnose F43

in Krankenhäusern um 4% gekommen. Fallbezogen führten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen durchschnittlich zu noch kürzeren Krankenhausaufenthalten als Angststörungen und damit insbesondere zu kürzeren Aufenthalten als Depressionen.

Tabelle 3-9: Vollstationäre Versorgung Anpassungs-/ Belastungsstörungen 2000 bis 2010

(F43; je Jahr nur durchgängig Versicherte, GEK, stand.)

Jahr	je 1.000 Versicherte			je Fall		je Betroffener	
	Betroffene	KH-Fälle	KH-Tage	KH-Tage	KH-Tage	KH-Fälle	
2000	0,49	0,51	13,8	27,0	28,3	1,05	
2001	0,57	0,61	12,8	21,1	22,5	1,06	
2002	0,55	0,61	11,9	19,7	21,6	1,09	
2003	0,62	0,66	11,9	18,1	19,1	1,06	
2004	0,64	0,70	13,7	19,7	21,4	1,09	
2005	0,61	0,64	11,3	17,7	18,5	1,05	
2006	0,63	0,68	12,8	18,8	20,2	1,08	
2007	0,67	0,70	12,4	17,7	18,6	1,05	
2008	0,71	0,75	13,0	17,3	18,3	1,06	
2009	0,74	0,82	14,3	17,4	19,2	1,10	
2010	0,75	0,81	14,4	17,9	19,1	1,07	
Relative Veränderungen 2000 bis 2010 (100% = konstant)							
2000	154%	158%	104%	66%	68%	102%	

Somatoforme Störungen (F45)

Von vollstationären Krankenhausbehandlungen unter der Hauptdiagnose einer somatoformen Störung waren 2010 mit 43 von 100.000 Versicherten nur verhältnismäßig wenige Versicherte betroffen. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die Betroffenenquote damit allerdings dennoch erheblich – und ähnlich wie die Behandlungsfallzahlen – auf mehr als das zweifache des Ausgangswertes gestiegen. Trotz einer eher rückläufigen fallbezogene Behandlungsdauer ist es dadurch zu einem Anstieg der insgesamt unter der Diagnose erfassten Verweilzeiten in Krankenhäusern um 66 % gekommen. Die fallbezogene Verweildauer lag mit Werten um 15 Tagen je Krankenhausbehandlung in den letzten Jahren niedriger als bei

den übrigen schwerpunktmäßig betrachteten Diagnosen. Mehrfache Krankenhausbehandlungen unter der Diagnose somatoformer Störungen kommen innerhalb eines Jahres bei durchschnittlich etwa 1,05 Fällen je Betroffenen eher selten vor.

Tabelle 3-10: Vollstationäre Versorgung Somatoforme Störungen 2000 bis 2010

(F45, je Jahr nur durchgängig Versicherte, GEK, stand.)

Jahr	je 1.000 Versicherte			je Fall	je Betroffener	
	Betroffene	KH-Fälle	KH-Tage	KH-Tage	KH-Tage	KH-Fälle
2000	0,17	0,17	4,1	24,0	23,7	0,99
2001	0,24	0,24	4,9	20,2	20,4	1,01
2002	0,23	0,24	4,2	17,4	18,1	1,04
2003	0,36	0,38	5,3	14,2	14,9	1,05
2004	0,37	0,40	5,7	14,3	15,5	1,08
2005	0,39	0,40	4,9	12,1	12,4	1,03
2006	0,37	0,38	5,1	13,4	13,7	1,02
2007	0,38	0,40	5,9	14,8	15,7	1,06
2008	0,38	0,40	5,6	14,0	14,6	1,04
2009	0,41	0,43	6,5	15,1	16,0	1,06
2010	0,43	0,45	6,9	15,2	15,9	1,04
Relative Veränderungen 2000 bis 2010 (100% = konstant)						
2000	247%	261%	166%	63%	67%	106%

3.2.3 Rehospitalisierung

Im Rahmen des vorausgehenden Abschnittes wurden bereits Angaben zur Anzahl der Krankenhausbehandlungen pro Betroffenen innerhalb einzelner Kalenderjahre und bezogen auf diejenigen Versicherten berichtet, die innerhalb des Jahres wenigstens einen Tag mit einer entsprechenden Hauptdiagnose behandelt wurden (vgl. Spalten „KH-Fälle je Betroffener“ in den vorausgehenden Ergebnistabellen). Diese Werte liefern Anhaltspunkte über die Häufigkeit von Mehrfachbehandlungen unter den jeweils betrachteten Diagnosen oder Diagnosegruppierungen innerhalb von Kalenderjahren und geben damit auch erste Anhaltspunkte für die Häufigkeit von stationären Wiederaufnahmen nach Entlassung aus dem Krankenhaus, sog. Rehospitalisierungen.

Der folgende Abschnitt befasst sich näher mit dem Rehospitalisierungsrisiko von Behandlungsfällen mit den schwerpunktmäßig betrachteten Diagnosen. Ausgehend vom Tag der Entlassung eines bestimmten Krankenhausfalles wurde für unterschiedliche Zeitpunkte jeweils derjenige Anteil der Fälle ermittelt, nach denen eine erneute Behandlung im Krankenhaus unter einer der Selektionsdiagnosen, oder auch allgemeiner, unter der Hauptdiagnose einer beliebigen psychischen Störung, dokumentiert war. Erneute Behandlungsfälle mit Beginn noch am Tag der Entlassung wurden als Verlegung interpretiert und nicht als Rehospitalisierung gewertet. Um zumindest einen gewissen Nachbeobachtungszeitraum zu ermöglichen, wurden, bei Verfügbarkeit von Daten bis Ende 2010, lediglich Fälle betrachtet, deren Entlassung in den Jahren 2000 bis 2009 datiert war.

Rehospitalisierung im Zeitverlauf nach Entlassung

Zeiten ohne Rehospitalisierungen mit Zieldiagnosen, oder alternativ mit beliebigen Diagnosen aus der Gruppe psychischer Störungen, wurden für die nachfolgende Abbildung nach der Produkt-Limit-Methode ermittelt, mit der ggf. auch unterschiedlich lange Nachbeobachtungszeiten adäquat berücksichtigt werden.

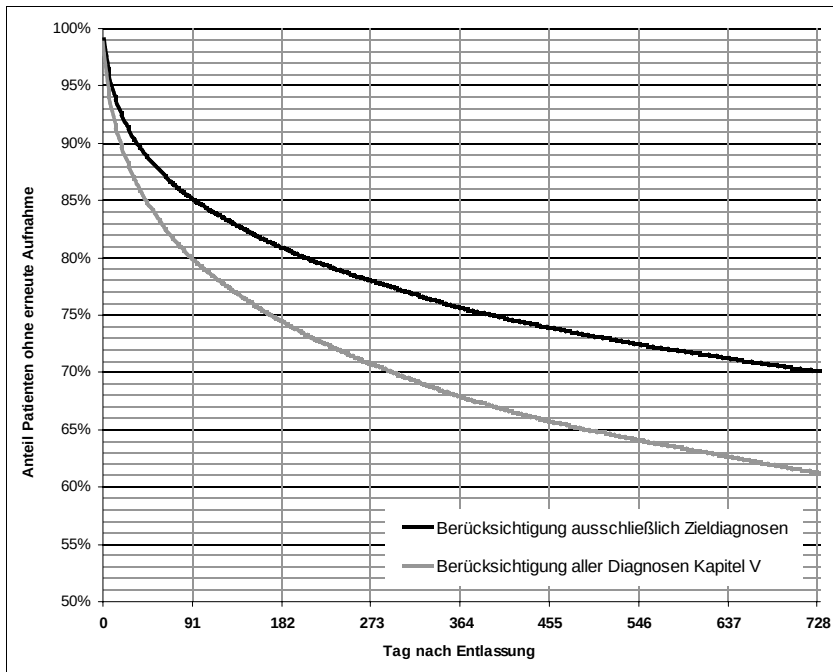


Abbildung 3-1: Patienten mit Zieldiagnosen: Anteil ohne erneute Krankenhausbehandlung nach Entlassung 2000 bis 2009 (GEK)

Dargestellt wird der Anteil derjenigen Patienten, die nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus zu einem bestimmten Zeitpunkt (zwischen Tag 1 und 730 nach Entlassung) noch nicht erneut unter einer der Zieldiagnosen oder unter einer beliebigen Hauptdiagnose aus dem Kapitel psychischer Störungen im Krankenhaus behandelt wurde.

Offensichtlich wird der verhältnismäßig hohe Anteil der Behandlungsfälle, bei dem es relativ kurzfristig zu einer erneuten Krankenhausbehandlung kommt. So wurde bei 15% der Behandlungsfälle (mit einer der Zieldiagnosen) innerhalb von 91 Tagen nach Entlassung erneut eine Krankenhausbehandlung unter einer der Zieldiagnosen erfasst. Mit zunehmendem Abstand vom Entlassungsdatum steigt dieser Anteil nur noch langsamer. Zwei Jahre beziehungsweise 728 Tage nach Entlassung lag der Anteil mit erneuter Behandlung bei 30%.

Berücksichtigt man als Rehospitalisierung Krankenhausaufenthalte mit beliebigen Diagnosen aus dem Bereich psychischer Störungen, ergeben sich zwangsläufig höhere Raten. Innerhalb von 91 Tagen nach Entlassung aus einer Krankenhausbehandlung mit einer der Zieldiagnosen erfolgte in 20% der Fälle eine erneute stationäre Behandlung mit Diagnose einer (beliebigen) psychischen Störung. Dieser Anteil stieg bis Tag 728 auf 39%. Zahlenwerte zu ausgewählten Zeitpunkten mit der Angabe von 95%-Konfidenzintervallen sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 3-11: Patienten mit Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung nach Entlassung zu ausgewählten Zeitpunkten (GEK)

Tag	nur Rehospitalisierungen mit einer der Zieldiagnosen			Rehospitalisierungen mit beliebiger Diagnose aus Kapitel V		
	Anteil*	95%-Konfidenzint.		Anteil*	95%-Konfidenzint.	
30	9,5%	9,8%	9,2%	12,7%	13,0%	12,3%
91	14,9%	15,2%	14,6%	20,1%	20,4%	19,7%
182	19,1%	19,5%	18,7%	25,5%	25,9%	25,1%
273	22,0%	22,4%	21,6%	29,3%	29,7%	28,8%
364	24,4%	24,8%	24,0%	32,1%	32,6%	31,7%
455	26,1%	26,5%	25,7%	34,3%	34,7%	33,8%
546	27,6%	28,0%	27,1%	35,9%	36,4%	35,5%
637	28,8%	29,2%	28,3%	37,3%	37,8%	36,9%
728	29,9%	30,3%	29,4%	38,7%	39,2%	38,2%

* Berücksichtigt wurden 43.957 bzw. 43.647 Entlassungen von GEK-Versicherten nach Behandlung unter den Zieldiagnosen F32, F33, F34, F41, F43 oder F45 aus den Jahren 2000 bis 2009; ohne Fälle mit Wiederaufnahme unter einer relevanten Diagnose noch am Tag der Entlassung; Werte berechnet nach der Produkt-Limit-Methode.

Rehospitalisierung abhängig von der initialen Diagnose

Die Rehospitalisierungsraten unterscheiden sich merklich in Abhängigkeit von der Diagnose des initialen Krankenhausaufenthaltes. Einen Überblick zu Rehospitalisierungsraten unter Zieldiagnosen in Abhängigkeit von der 3-stelligen ICD10-Hauptentlassungsdiagnose des initialen Behandlungsfalls von Tag 1 bis 730 nach Entlassung gibt die nachfolgende Abbildung.

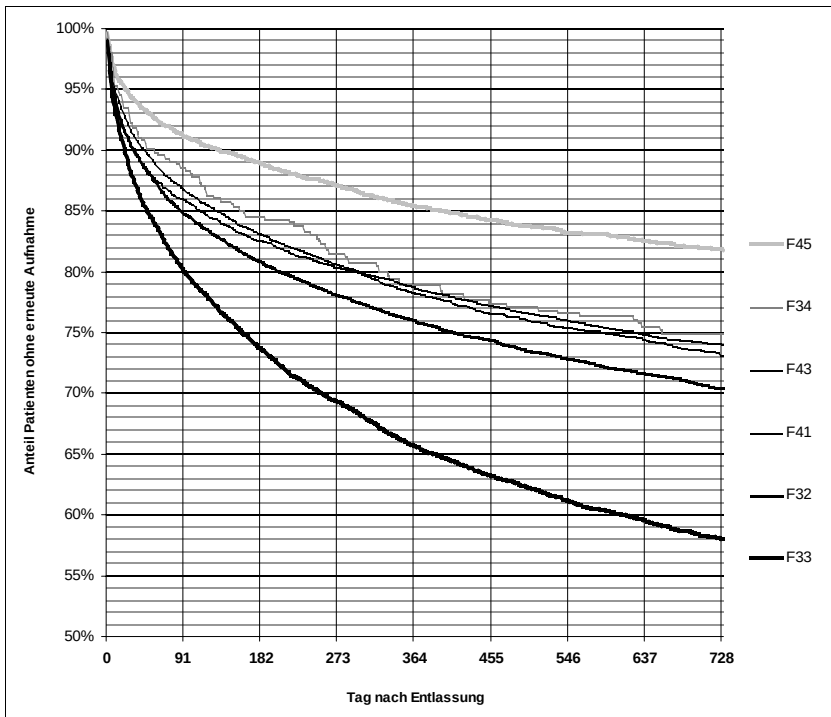


Abbildung 3-2: Patienten mit einzelnen Zieldiagnosen: Anteil ohne erneute Krankenhausbehandlung mit einer der Zieldiagnosen (GEK)

Die Rangfolge der ICD10-Diagnosebezeichnungen in der Legende der Abbildung entspricht der Rangfolge der zugehörigen Kurvendarstellungen, um eine Zuordnung zu erleichtern. Die mit Abstand geringsten Rehospitalisierungsraten mit Zieldiagnosen (beziehungsweise die höchsten Anteile ohne erneute Aufnahme) finden sich nach Krankenhausbehandlungen mit der Hauptentlassungsdiagnose einer somatoformen Störung (F45). Innerhalb eines Jahres werden nach entsprechenden Krankenhausbehandlungen lediglich etwa 15% der Personen erneut unter einer der Zieldiagnosen im Krankenhaus behandelt (vgl. auch Zahlenwerte in Tabelle 3-11). Die mit Abstand höchsten Rehospitalisierungsraten finden sich demgegenüber nach Krankenhausbehandlungen unter der Diagnose von rezidivierenden depressiven Störungen (F33). Innerhalb eines Jahres nach Kran-

kenhausentlassung wurden bei entsprechenden Diagnosen gut 34% und damit mehr als ein Drittel der Patienten erneut unter einer der Zieldiagnosen im Krankenhaus behandelt. Deutlich geringer sind die Rehospitalisierungsraten, sofern die Behandlung unter der Diagnose F32 „Depressive Episode“ erfolgte, noch etwas günstigere Raten ergeben sich nach Behandlungen unter den Diagnosen F41 „Angststörungen“, F43 „Belastungsstörungen“, und F34 „Anhaltende affektive Störungen“ (der sprunghaftere Kurvenverlauf bei der letztgenannten Diagnose resultiert aus den verhältnismäßig geringen Fallzahlen).

Tabelle 3-12: Patienten mit einzelnen Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung mit einer der Zieldiagnosen (GEK)

Anteil mit Rehospitalisierung mit einer der Zieldiagnosen*						
Tag	F32	F33	F34	F41	F43	F45
30	9,7%	12,1%	7,7%	9,8%	8,6%	5,7%
91	15,2%	19,9%	11,4%	14,0%	13,3%	8,8%
182	19,2%	26,3%	15,5%	17,5%	16,9%	11,1%
273	21,9%	30,7%	18,5%	19,6%	19,5%	12,9%
364	24,0%	34,3%	21,1%	21,8%	21,3%	14,6%
455	25,6%	36,8%	22,6%	23,5%	22,8%	15,8%
546	27,2%	38,8%	23,4%	24,6%	24,0%	16,8%
637	28,4%	40,5%	24,5%	25,6%	25,2%	17,4%
728	29,6%	42,0%	25,1%	26,9%	26,0%	18,1%

* Berücksichtigt wurden Entlassungen von GEK-Versicherten nach Behandlung unter den Zieldiagnosen F32 (n=13.976), F33 (n=9.888), F34 (n=403), F41 (n=3.618), F43 (n=11.025) oder F45 (n=5.047) aus den Jahren 2000 bis 2009; ohne Fälle mit Wiederaufnahme unter einer relevanten Diagnose noch am Tag der Entlassung; Werte berechnet nach der Produkt-Limit-Methode.

Ein überwiegend vergleichbares Ergebnis auf einem anderen Niveau ergeben Auswertungen zu Rehospitalisierungen, bei denen alle Wiederaufnahmen in Krankenhäuser unter beliebigen Diagnosen von psychischen Störungen entsprechend dem Kapitel V der ICD10 berücksichtigt wurden (vgl. Tabelle 3-12). Auch nach diesen Auswertungen ist eine erneute Krankenhausbehandlung nach Behandlungen unter der Diagnose rezidivierender depressiver Störungen (F33) am wahrscheinlichsten (knapp 42% sind nach einem und insgesamt 50% innerhalb

von zwei Jahren betroffen) und nach Behandlungen unter der Diagnose somatoformer Störungen (F45) relativ selten (nur knapp 18% sind nach einem und insgesamt 22% innerhalb von zwei Jahren betroffen).

In der Rangfolge etwas günstiger erscheinen bei der weiter gefassten Definition von Rehospitalisierungen die Ergebnisse für die Diagnose F41 „Angststörungen“, ungünstiger sind demgegenüber die Ergebnisse für Belastungsstörungen (F43), die nach der erweiterten Definition noch etwas höhere Rehospitalisierungsraten aufweisen als sie nach Behandlungen unter der Diagnose von „Depressiven Episoden“ (F32) ermittelt werden konnten.

Tabelle 3-13: Patienten mit einzelnen Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung mit einer Diagnose aus Kapitel V (GEK)

Anteil mit Rehospitalisierung mit Diagnose einer psych. Störung (ICD10-Kap. V) *						
Tag	F32	F33	F34	F41	F43	F45
30	12,6%	15,0%	12,9%	12,2%	13,4%	6,9%
91	20,0%	24,8%	18,5%	18,3%	20,8%	10,7%
182	25,1%	32,3%	23,1%	22,4%	26,4%	13,6%
273	29,0%	37,6%	26,5%	25,2%	29,8%	15,8%
364	31,7%	41,6%	29,8%	27,7%	32,2%	17,7%
455	33,7%	44,4%	31,4%	29,4%	34,5%	19,1%
546	35,4%	46,5%	32,0%	30,7%	36,0%	20,3%
637	36,8%	48,2%	34,2%	32,1%	37,5%	21,4%
728	38,2%	50,0%	36,2%	33,5%	38,7%	22,2%

* Berücksichtigt wurden Entlassungen von GEK-Versicherten nach Behandlung unter den Zieldiagnosen F32 (n=13.849), F33 (n=9.832), F34 (n=396), F41 (n=3.597), F43 (n=10.948) oder F45 (n=5.025) aus den Jahren 2000 bis 2009; ohne Fälle mit Wiederaufnahme unter einer relevanten Diagnose noch am Tag der Entlassung; Werte berechnet nach der Produkt-Limit-Methode.

Rehospitalisierung nach Hauptentlassungsdiagnose (differenziert)

Üblicherweise werden ICD10-Diagnosen von Krankenhausbehandlungen zu meist auf 4-stelliger ICD10-Ebene differenziert. Zum Teil können mit der Differenzierung in der vierten Stelle der ICD10 unterschiedliche Schweregrade von Erkrankungen unterschieden werden, von denen ein Einfluss auf das Risiko erneuter Krankenhausbehandlungen erwartet werden kann.

Die nachfolgende Tabelle listet vor diesem Hintergrund 1-Jahres-Rehospitalisierungsrate mit 95%-Konfidenzintervall für alle Entlassungen in den Jahren 2000 bis 2009 mit Zieldiagnosen auf 4-stelliger ICD10-Ebene (sofern 4-stellig angegeben). Einige der Differenzierungsvarianten wurden dabei ausgesprochen selten erfasst. Sie wurden der Vollständigkeit halber in der Tabelle mit aufgeführt, obwohl die resultierenden Schätzer für die Rehospitalisierungsrate in entsprechenden Fällen in Anbetracht sehr großer Konfidenzintervalle nur sehr eingeschränkt interpretierbar sind.

Ein überwiegender Teil der Ergebnisse entspricht der Regel, dass nach schwerwiegenderen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für erneute Krankenhausbehandlungen besteht, womit sich gleichzeitig Hinweise auf eine gewisse Validität der erfassten Diagnosedifferenzierungen ergeben. Auf einzelne Ergebnisse wird nachfolgend nur exemplarisch hingewiesen.

- Während nach Entlassungen mit leichten oder ungenau spezifizierten depressiven Episoden (F32.0, F32.8, F32.9) innerhalb des Folgejahres Rehospitalisierungsraten mit Zieldiagnosen unterhalb von 20% zu beobachten sind, sind nach schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen (F32.3) Raten von 30% zu beobachten.
- Eine Rehospitalisierungsrate um etwa 30% findet sich gleichfalls nach Aufenthalt unter der Diagnose von leichten und mittelgradigen rezidivierenden Störungen (F33.0, F33.1). Nach „Rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen“ (F33.3) ist demgegenüber innerhalb eines Jahres eine Rehospitalisierung von gut 40% unter einer der Zieldiagnosen zu beobachten. Tendenziell noch höher sind die Rehospitalisierungsraten nach den seltener vergebenen Diagnosen F33.4 und F33.9.

- Aus der Gruppe der anhaltenden affektiven Störungen (F34) spielt anteilig nur die Diagnose einer Dysthymia (F34.1) eine Rolle, bei der vergleichbare Rehospitalisierungsraten wie nach mittelgradigen depressiven Episoden beobachtet werden können.
- Als Angststörungen werden zumeist Panikstörungen (F41.0), generalisierte Angststörungen (F41.1) oder „Angst und depressive Störung, gemischt“ (F41.2) diagnostiziert, wobei die letztgenannte Diagnose mit dem vergleichsweise höchsten Rehospitalisierungsrisiko in dieser Gruppe von Subdiagnosen assoziiert ist.
- Als Belastungsreaktionen im Sinne der Diagnose F43 werden vorwiegend „Akute Belastungsreaktionen“ (F43.0), posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) und Anpassungsstörungen (F43.2) diagnostiziert, wobei posttraumatische Belastungsstörungen ein ausgesprochen hohes Rehospitalisierungsrisiko aufweisen. Innerhalb eines Jahres kommt es nach 36% der Fälle zu einer erneuten stationären Behandlung unter einer der Zieldiagnosen und in insgesamt gut 45% der Fälle zu einer Krankenhausbehandlung mit einer beliebigen Diagnose aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“.
- Behandlungen wegen Somatoformer Störungen weisen grundsätzlich ein verhältnismäßig geringes Rehospitalisierungsrisiko auf. Dies gilt insbesondere nach Behandlungen unter der Diagnose von undifferenzierten Somatisierungsstörungen (F45.1), somatoformen autonomen Funktionsstörungen (F45.3) sowie nach sonstigen und nicht näher bezeichneten somatoformen Störungen (F45.8, F45.9).

Tabelle 3-14: Patienten mit differenzierten Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung 364 Tage nach Entlassung (GEK)

Diagnose	n	Rehospitalisierung mit einer der Zieldiagnosen			Rehospitalisierung mit beliebiger Diagnose aus Kapitel V		
		Anteil*	95%-KI		Anteil*	95%-KI	
F320 Leichte depressive Episode	322	19,5%	24,3%	15,5%	27,3%	32,6%	22,7%
F321 Mittelgradige depressive Episode	4.938	20,2%	21,3%	19,1%	27,6%	28,8%	26,3%
F322 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	6.672	27,0%	28,1%	25,9%	34,2%	35,3%	33,0%
F323 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	950	29,9%	32,9%	27,0%	42,0%	45,3%	38,9%
F328 Sonstige depressive Episoden	321	19,1%	23,9%	15,2%	25,1%	30,3%	20,6%
F329 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	650	20,0%	23,3%	17,1%	29,6%	33,4%	26,2%
F330 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	105	31,5%	41,4%	23,6%	41,0%	51,1%	32,2%
F331 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	3.254	29,0%	30,6%	27,5%	36,4%	38,1%	34,8%
F332 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	5.391	36,5%	37,8%	35,2%	43,5%	44,8%	42,2%
F333 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	837	40,7%	44,1%	37,4%	47,8%	51,3%	44,4%
F334 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	27	48,1%	68,1%	31,5%	55,6%	74,4%	38,3%
F338 Sonstige rezidivierende depressive Störungen	33	24,9%	43,7%	13,3%	32,1%	51,5%	18,8%
F339 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	121	42,6%	51,9%	34,3%	53,5%	62,7%	44,9%
F340 Zykllothymia	32	18,8%	37,1%	8,9%	48,3%	67,5%	32,1%
F341 Dysthymia	345	21,7%	26,5%	17,7%	28,4%	33,5%	23,9%
F348 Sonstige anhaltende affektive Störungen	18	11,1%	37,6%	2,9%	23,5%	51,2%	9,6%

Diagnose	n	Rehospitalisierung mit einer der Zieldiagnosen			Rehospitalisierung mit beliebiger Diagnose aus Kapitel V		
		Anteil*	95%-KI		Anteil*	95%-KI	
<i>F349 Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet</i>	4	25,0%	87,2%	3,9%	50,0%	94,2%	15,5%
F410 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	1.547	19,9%	22,0%	18,0%	25,2%	27,5%	23,1%
F411 Generalisierte Angststörung	706	21,7%	25,0%	18,8%	27,8%	31,3%	24,6%
F412 Angst und depressive Störung, gemischt	1.016	26,9%	29,8%	24,3%	33,2%	36,2%	30,3%
<i>F413 Andere gemischte Angststörungen</i>	73	15,2%	25,8%	8,7%	23,6%	35,1%	15,4%
<i>F418 Sonstige spezifische Angststörungen</i>	30	10,2%	28,3%	3,4%	23,6%	43,2%	12,0%
F419 Angststörung, nicht näher bezeichnet	189	15,4%	21,4%	11,0%	21,1%	27,7%	15,9%
F430 Akute Belastungsreaktion	2.900	17,0%	18,4%	15,7%	28,1%	29,8%	26,4%
F431 Posttraumatische Belastungsstörung	1.075	35,9%	38,8%	33,1%	45,5%	48,6%	42,5%
F432 Anpassungsstörungen	6.615	21,1%	22,1%	20,1%	32,2%	33,4%	31,1%
F438 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	139	16,1%	23,4%	10,9%	26,2%	34,6%	19,6%
F439 Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	164	13,7%	20,1%	9,2%	23,3%	30,7%	17,4%
F450 Somatisierungsstörung	1.184	20,8%	23,3%	18,6%	23,8%	26,4%	21,5%
F451 Undifferenzierte Somatisierungsstörung	244	13,7%	18,7%	9,9%	16,3%	21,6%	12,2%
F452 Hypochondrische Störung	103	19,5%	28,5%	13,0%	24,3%	33,8%	17,1%
F453 Somatoforme autonome Funktionsstörung	1.760	11,0%	12,5%	9,6%	13,6%	15,3%	12,1%
F454 Anhaltende Schmerzstörung	984	17,2%	19,7%	14,9%	20,1%	22,7%	17,7%
F458 Sonstige somatoforme Störungen	400	9,3%	12,6%	6,8%	12,4%	16,1%	9,5%
F459 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	337	10,5%	14,3%	7,7%	15,7%	20,1%	12,2%

* Bezogen auf Entlassungen von GEK-Versicherten nach Behandlung unter den angegebenen Diagnosen mit Entlassung in den Jahren 2000 bis 2009; ohne Fälle mit Wiederaufnahme unter einer relevanten Diagnose noch am Tag der Entlassung; Werte berechnet nach der Sterbetafel-Methode.

Rehospitalisierungsrate nach Zeitpunkt der Entlassung

Auswertungen zur 1-Jahres-Rehospitalisierungsrate in Abhängigkeit vom Kalenderjahr der Entlassung nach stationärer Behandlung mit einer der Zieldiagnosen zeigen keinen einheitlichen Trend. Eine relativ hohe Rehospitalisierungsrate von 26% (bezogen nur auf erneute Behandlungen unter Zieldiagnosen) lässt sich für 2002 und 2009, dem aktuellsten Jahr mit ausreichendem Nachbeobachtungszeitraum, ermitteln. Vergleichsweise niedrige Raten finden sich insbesondere in den beiden Jahren 2001 und 2005.

Tabelle 3-15: Patienten mit Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung 364 Tage nach Entlassung in Kalenderjahren (GEK)

Diagnose	n	nur Rehospitalisierung mit einer der Zieldiagnosen			Rehospitalisierung mit beliebiger Diagnose aus Kapitel V		
		Anteil*	95%-KI		Anteil*	95%-KI	
2000	2.338	23,5%	25,3%	21,8%	33,3%	35,3%	31,4%
2001	3.011	22,4%	24,0%	21,0%	31,6%	33,3%	30,0%
2002	3.191	26,0%	27,6%	24,5%	34,6%	36,3%	32,9%
2003	3.578	24,0%	25,5%	22,7%	32,6%	34,1%	31,0%
2004	4.100	24,6%	25,9%	23,3%	32,3%	33,8%	30,9%
2005	4.453	22,8%	24,0%	21,6%	30,3%	31,7%	28,9%
2006	4.875	24,5%	25,7%	23,3%	32,0%	33,3%	30,6%
2007	5.356	23,7%	24,9%	22,6%	31,1%	32,4%	29,9%
2008	5.972	24,6%	25,7%	23,5%	31,5%	32,7%	30,3%
2009	6.813	26,0%	27,1%	25,0%	32,9%	34,1%	31,8%

* Bezogen auf Entlassungen von GEK-Versicherten mit Behandlung unter Zieldiagnosen und Entlassung in den Jahren 2000 bis 2009; ohne Fälle mit Wiederaufnahme unter einer relevanten Diagnose noch am Tag der Entlassung; Werte berechnet nach der Sterbetafel-Methode.

Rehospitalisierungsraten nach Anzahl vorausgehender Krankenhausbehandlungen mit psychischen Störungen

Bezogen auf Behandlungsfälle unter Zieldiagnosen in den Jahren 2001 bis 2009 bei Versicherten mit ausreichenden Vorversicherungszeiten werden in der nachfolgenden Tabelle Anteile von Entlassungen ohne erneute Krankenhausbehandlung mit psychischen Störungen innerhalb des Folgejahres in Abhängigkeit von der Anzahl vorausgehender Krankenhausbehandlungen unter entsprechenden Diagnosen gelistet. Berücksichtigt wurden dabei nur Fälle mit Zieldiagnosen und

Aufnahmedatum ab 2001, bei denen mindestens über 365 Tage vor Aufnahme Vorversicherungszeiten dokumentiert waren. Innerhalb dieser Vorversicherungszeit wurde die Anzahl vorausgehender Krankenhausbehandlungen unter der Diagnose psychischer Störungen im Sinne des ICD10-Kapitels V ermittelt.

Die Zahl vorausgehender Krankenhausaufenthalte erweist sich bei Betroffenen als ausgesprochen starker Prädiktor für nachfolgende Rehospitalisierungen. Während nach einer (innerhalb eines Jahres) „erstmaligen“ Krankenhausbehandlung psychischer Störungen unter einer der Zieldiagnosen lediglich bei 22% der Fälle eine erneute Krankenhausbehandlung wegen psychischer Störungen im Folgejahr zu erwarten ist, sind nach Fällen mit bereits fünf oder mehr vorausgehenden Behandlungen zu 89% auch im Folgejahr nach Entlassung Behandlungsfälle unter der Diagnose psychischer Störungen zu erwarten.

Tabelle 3-16: Patienten mit Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung 364 Tage nach Entlassung nach Anzahl vorausgehender Behandlungen (GEK)

Anzahl KH-Behandlungen mit Diag. aus Kap.V innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme	n	Rehospitalisierung mit beliebiger Diagnose aus Kapitel V		
		Anteil*	95%-KI	
keine KH-Behandlung	26.033	22,3%	22,8%	21,8%
1 KH-Behandlung	6.827	39,5%	40,7%	38,4%
2 KH-Behandlungen	2.502	57,1%	59,1%	55,2%
3 KH-Behandlungen	1.146	68,8%	71,5%	66,1%
4 KH-Behandlungen	613	75,7%	79,0%	72,2%
5 und mehr KH-Behandlungen	1.131	89,1%	90,8%	87,3%

* Bezogen auf Entlassungen von GEK-Versicherten mit ausreichenden Vorversicherungszeiten vor Behandlung unter Zieldiagnosen in den Jahren 2001 bis 2009, ohne Fälle mit Wiederaufnahme unter einer relevanten Diagnose noch am Tag der Entlassung, Werte berechnet nach der Sterbetafel-Methode.

Das Risiko für Rehospitalisierung im multivariaten Kontext

In allen vorausgehenden Darstellungen zum Thema Rehospitalisierung wurden die Abhängigkeit der Rehospitalisierungsrate jeweils von einer Einflussgröße, also im Sinne einer bivariaten Analyse von Zusammenhängen zwischen zwei Merkmalen, betrachtet. Die nachfolgende Tabelle listet Schätzer aus der Anpas-

sung eines multivariaten logistischen Regressionsmodells zum Risiko einer Rehospitalisierung (Wiederaufnahme mit Diagnosen aus Kapitel V) im Folgejahr nach Entlassung aus Krankenhausbehandlung unter einer der Zieldiagnosen in den Jahren 2001 bis 2009, in dem weitgehend alle zuvor erwähnten sowie einige zusätzliche Merkmale berücksichtigt werden. Insgesamt wurden bei der Berechnung 36.908 Entlassungen berücksichtigt, 57,2% der Entlassungen entfielen dabei auf weibliche Patienten. Das Durchschnittsalter der berücksichtigten Fälle betrug zum Zeitpunkt der Entlassung 42,5 Jahre, es lag bei Männern geringfügig höher als bei Frauen (43,0 vs. 42,2 Jahre). Im Jahr 2009 lagen Durchschnittsalter und Frauenanteil mit 43,0 Jahren beziehungsweise 59,5% etwas höher als zu Beginn des Beobachtungszeitraums (41,7 Jahren und 53,2%), wozu eine sich im Laufe der Jahre verändernde Versichertenstruktur der GEK-Versicherten beigetragen haben dürfte. Alle Merkmale wurden bei der Modellrechnung in einer sogenannten Dummy-Kodierung berücksichtigt, bei der eine Merkmalsausprägung als Referenzkategorie ausgewählt wird und jeweils dichotome, 0/1-kodierte, (Dummy-)Variablen für alle abweichenden Ausprägungskategorien des Merkmals gebildet werden.

Als Maß für die Gesamtgüte des in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Gesamtmodells lässt sich ein befriedigender bis knapp guter c-Wert von $c = 0,706$ angeben. Als Modellparameter zeigt die Tabelle zu allen (Dummy-)Variablen Odds Ratios (OR) mit zugehörigen 95%-Konfidenzintervallen, wobei alle Konfidenzintervalle, die den Wert 1 beinhalten, auf nicht-signifikante Unterschiede des Rehospitalisierungsrisikos der jeweiligen Merkmalsausprägung zum Risiko in der Gruppe mit Ausprägungen entsprechend der Referenzkategorie hinweisen. Odds Ratios <1 weisen auf ein im Vergleich zur Referenzgruppe erniedrigtes Risiko hin, Odds Ratios >1 auf ein erhöhtes. Ergänzend werden in der ersten Ergebnisspalte auch Wald χ^2 -Werte angegeben, die einen weiteren Hinweis auf die statistische Signifikanz der Abweichungen liefern (höhere Werte, insbesondere oberhalb von 3,8, belegen eine (höhere) statistische Signifikanz). Wald χ^2 -Werte werden zudem auch in Bezug auf die den Dummy-Kodierungen zugrundeliegenden Merkmale (wie „Diagnosen“, „Krankenhaustage“, ...) berichtet und bilden dabei ein Maß für den Gesamteinfluss eines Merkmals.

Tabelle 3-17: Patienten mit Krankenhausbehandlung unter Zieldiagnosen: Risikofaktoren für erneute Krankenhausbehandlungen im Jahr nach Entlassung, logistische Regression (GEK)

Einflussgröße	Odds Ratio (OR)			
	Wald Chi ²	OR	95%-KI	
Diagnose	278,4			
F32 Depressive Episode (Ref.)	-	1	-	-
F33 Rezidivierende depressive Störung	44,8	1,24	1,17	1,33
F34 Anhaltende affektive Störung	0,8	0,88	0,68	1,56
F41 Angststörungen	15,6	0,83	0,75	0,91
F43 Belastungsstörungen	11,1	0,89	0,83	0,95
F45 Somatoforme Störungen	157,7	0,55	0,50	0,60
Krankenhaustage initialer Fall	171,1			
1 Tag	6,6	0,82	0,71	0,96
2 Tage	25,2	0,74	0,66	0,83
3-4 Tage	1,0	0,95	0,85	1,06
5-7 Tage	4,0	0,89	0,80	0,99
8-13 Tage	0,5	0,97	0,87	1,07
14-20 Tage (Ref.)	-	1	-	-
21-30 Tage	13,9	0,82	0,75	0,92
31-61 Tage	66,0	0,69	0,64	0,76
62-92 Tage	76,7	0,61	0,55	0,68
93 und mehr Tage	0,0	1,0	0,87	1,16
Kalenderjahr der Entlassung	17,9			
Entlassungsdatum 2001	2,1	1,09	0,97	1,23
Entlassungsdatum 2002	11,3	1,21	1,08	1,35
Entlassungsdatum 2003	2,3	1,09	0,98	1,20
Entlassungsdatum 2004	5,5	1,13	1,02	1,26
Entlassungsdatum 2005 (Ref.)	-	1	-	-
Entlassungsdatum 2006	2,3	1,08	0,98	1,20
Entlassungsdatum 2007	0,6	1,04	0,94	1,15
Entlassungsdatum 2008	0,4	1,03	0,94	1,14
Entlassungsdatum 2009	5,7	1,12	1,02	1,23
Anzahl KH-Behandlungen im Vorjahr	3286,3			
Keine Entlassung (Kap.V; Ref.)	-	1	-	-
1 Entlassung (Kap.V)	631,5	2,13	2,01	2,26

Einflussgröße	Odds Ratio (OR)			
	Wald Chi ²	OR	95%-KI	
2 Entlassungen (Kap.V)	1031,1	4,22	3,86	4,61
3 Entlassungen (Kap.V)	813,7	6,91	6,05	7,90
4 Entlassungen (Kap.V)	539,9	9,95	8,20	12,08
5 Entlassungen (Kap.V)	1210,2	26,01	21,65	31,25
Geschlecht	0,8			
weiblich (vs. männlich)	0,8	1,02	0,98	1,07
Alter bei Entlassung	44,2			
0-9 Jahre	11,4	0,50	0,33	0,75
10-14 Jahre	0,2	0,96	0,81	1,15
15-19 Jahre	1,0	1,06	0,95	1,19
20-24 Jahre	1,0	1,06	0,95	1,18
25-29 Jahre	3,1	0,90	0,80	1,01
30-34 Jahre	0,5	0,96	0,86	1,07
35-39 Jahre	0,0	1,00	0,90	1,10
40-44 Jahre (Ref.)	-	1	-	-
45-49 Jahre	0,1	0,98	0,90	1,08
50-54 Jahre	6,4	0,88	0,80	0,97
55-59 Jahre	8,0	0,85	0,76	0,95
60-64 Jahre	0,4	0,96	0,85	1,09
65-69 Jahre	0,3	1,04	0,91	1,18
70-74 Jahre	0,1	0,97	0,83	1,14
75-79 Jahre	0,6	0,93	0,77	1,12
80 und mehr Jahre	8,4	0,72	0,57	0,90

* Fälle mit Entlassungen von GEK-Versicherten mit ausreichenden Vor- und Nachversicherungszeiten vor Aufnahme bzw. nach Entlassung bei Behandlung unter Zieldiagnosen in den Jahren 2001 bis 2009, n=36.908; Modellgüte: c=0,706.

Ein überwiegender Teil der Ergebnisse der multivariaten Modellrechnung belegt die bereits in bivariaten Auswertungen erfassten Einflüsse und liefert damit ein Indiz für deren weitgehend unabhängig voneinander bestehenden Einflüsse.

- Die Diagnose des Krankenhausaufenthaltes (hier nur in 3-stelliger ICD10-Differenzierung) zeigt bei einem Wald Chi²-Wert von 278 einen vergleichsweise

mäßig hohen Einfluss auf das Risiko einer Rehospitalisierung (der sich allerdings bei einer weiteren Differenzierung noch merklich erhöhen dürfte). Signifikant erhöht im Vergleich zu Behandlungen unter der Referenzgruppen-Diagnose depressiver Episoden (F32) ist das Risiko bei rezidivierenden depressiven Episoden (F32; OR 1,24; 95%-KI: 1,17-1,33). Ein deutlich erniedrigtes Rehospitalisierungsrisiko unter der Diagnose von psychischen Störungen lässt sich demgegenüber insbesondere für somatoforme Störungen feststellen (F45; OR: 0,55; 95%-KI: 0,050-0,60).

- Die Dauer des (initialen) Zielaufenthaltes zeigt bei einem χ^2 -Wert von 171 einen mäßig ausgeprägten Einfluss auf das Rehospitalisierungsrisiko im Folgejahr der Entlassung. Im Vergleich zu Fällen mit der empirisch relativ „risikoreichen“ Aufenthaltsdauer von 14 bis 20 Tagen (Referenzkategorie) zeigen kürzere Aufenthalte und dabei insbesondere Aufenthalte mit zweitägiger Dauer (hier Fälle mit Entlassung am Folgetag der Aufnahme) ein erniedrigtes Risiko. Eine rückläufige Tendenz zeigt das Rehospitalisierungsrisiko jedoch auch, wenn sich die Aufenthaltsdauer über mehr als 20 Tage erstreckt. Das Risiko ist am niedrigsten nach Krankenhausbehandlungsfällen mit einer Dauer von 62 bis 92 Tagen, lediglich bei mehr als 92 Tagen Behandlungsdauer zeigt sich ein erneut vergleichsweise hohes Risiko, welches dem von Aufhalten mit einer Dauer von 14 bis 20 Tagen entspricht.
- Bei der Betrachtung von Rehospitalisierungsrisiken in Abhängigkeit vom Jahr der Entlassung wurden Behandlungen mit Entlassungen im Kalenderjahr 2005 als Referenz ausgewählt, bei denen nach bivariaten Auswertungen das geringste Rehospitalisierungsrisiko für Wiederaufnahmen unter der Diagnose psychischer Störungen ermittelt wurde. Bei einem χ^2 -Wert von 18 lässt sich dem Kalenderjahr der Entlassung insgesamt nur ein geringer Einfluss auf das Rehospitalisierungsrisiko zuschreiben. Im Einklang zu den bivariaten Auswertungen zeigt auch das multivariate Modell für alle Jahre im Vergleich zum Jahr 2005 Odds Ratios größer als eins. Signifikant über den Werten von 2005 lag das Rehospitalisierungsrisiko nach den vorliegenden Modellrechnungen 2002, 2004 und 2009.

- Der mit Abstand bedeutsamste Risikofaktor für nachfolgende Rehospitalisierungen lässt sich, wie bereits nach bivariaten Auswertungen zu erwarten, aus der Anzahl von Krankenhausentlassungen unter der Diagnose psychischer Störungen im Vorjahr des aktuell betrachteten Behandlungsfalls unter einer der Zieldiagnosen herleiten (Wald χ^2 -Wert für das Merkmal insgesamt: 3286). Bereits für Fälle mit nur einer erfassten Entlassung im Vorjahr zeigt sich im Vergleich zu Fällen ohne vorausgehende Krankenhausbehandlung mit einer Odds Ratio von 2,1 ein deutlich erhöhtes Risiko. Bei Fällen mit fünf und mehr vorausgehenden Krankenhausbehandlungen steigt die Odds Ratio schließlich auf 26. Bei Patienten, die derart regelmäßig im Vorfeld stationär behandelt wurden, ist entsprechend mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich dies auch zukünftig fortsetzt.
- Das Geschlecht des Patienten hat nach den vorliegenden Ergebnissen unter Kontrolle für weitere Parameter keinen Einfluss auf das Rehospitalisierungsrisiko (Wald χ^2 -Wert: 0,8; n.s.). Dem Alter kann bei einem Wald χ^2 -Wert von 44 insgesamt zunächst ein mäßiger Einfluss zugesprochen werden, der allerdings maßgeblich auch aus erniedrigten Risiken von extrem jungen und extrem alten Patienten resultiert. Bei sehr jungen Patienten im Alter von unter 10 Jahren könnten dabei sporadisch invalide erfasste Zieldiagnosen eine Rolle spielen (nachdem die hier betrachteten Diagnosen keinesfalls zu typischen Diagnosen des Kindesalters zählen), bei Hochbetagten im Alter ab 80 Jahre dürften oftmals schlicht anderweitige gesundheitliche Probleme im Vordergrund stehen, die dazu führen, dass nachfolgende Krankenhausaufenthalte oftmals nicht unter der Hauptdiagnose einer psychischen Störung erfasst werden.

3.3 Die Perspektive der Patienten

Das Schwerpunktthema des BARMER GEK Reports Krankenhaus 2011 ist der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen von Patienten mit Depressionen, Anpassungsstörungen, Angststörungen oder somatoformen Störungen als Hauptentlassungsdiagnose aus einer stationären Einrichtung.

3.3.1 Wer hat sich an der Befragung beteiligt

Unter den Versicherten der BARMER GEK erfüllten insgesamt 6.285 Personen die Selektionskriterien für die Patientenbefragung. Diese Personen wurde am 01.07.2010 angeschrieben. Bis Mitte November 2010 wurden 2.804 Erhebungsbögen an das ISEG zurückgeschickt, was einem Bruttorecklauf von 44,8% entspricht. Dabei war knapp ein Fünftel (18,4%) der eingegangenen Fragebögen unausgefüllt, das heißt in diesen Bögen wurden keine oder nur sehr wenige Antworten angekreuzt⁵. Probanden, die keine oder nur sehr wenige Fragen beantwortet haben, verneinten in hohem Maß, einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer seelischen Erkrankung gehabt zu haben (45,1%), obwohl nach Abrechnungsdaten der BARMER GEK ein entsprechender Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat. Dies trifft insbesondere auf Probanden mit der Hauptentlassungsdiagnose „Somatoforme Störung“ zu. Bezogen auf alle Erhebungsbögen, die von Personen mit einer Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störung“ unausgefüllt zurückgeschickt wurden, verneinten 58,1%, aufgrund einer seelischen Erkrankung im Krankenhaus behandelt worden zu sein.

Insgesamt lagen 2.289 auswertbare Fragebögen vor. Der Nettorücklauf betrug damit 36,4%.

5 Als unausgefüllt wurden Fragebögen eingestuft, bei denen von den insgesamt 139 Fragen keine (9,1% der zurückgeschickten Bögen) eine (13,4% der zurückgeschickten Bögen) oder zwei bis maximal 9 Fragen beantwortet wurden (1% der zurückgeschickten Bögen). Diese unausgefüllten Erhebungsbögen wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

Tabelle 3-18: Stichprobenumfang

Kriterium	Fälle	%
Initial angeschrieben	6.285	100%
Fragebogen eingegangen	2.804	44,8%
Nicht ausgefüllt	515 ^a	8,2% (18,4%) ^b
Auswertbare Fragebögen	2.289	36,4%

a) Darunter 42%, die im Fragebogen einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer seelischen Erkrankung verneinen, obwohl nach Abrechnungsdaten der BARMER GEK zweifelsfrei ein Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat.

b) Bezogen auf die zurückgesendeten Fragebögen

Um festzustellen, welche Faktoren sich auf die Teilnahmebereitschaft auswirken, wurde eine logistische Regression berechnet. Einbezogen wurden Merkmale, die für alle angeschriebenen Personen auf der Basis der Routinedaten der BARMER GEK vorliegen. Das Ergebnis der Modellrechnung ist in Tabelle 3-19 zusammengestellt. Angegeben wird für die einzelnen Merkmale jeweils die Odds Ratio mit 95%-Konfidenzintervall. Die Odds Ratio gibt sinngemäß das Risiko von Personen mit einer bestimmten Merkmalsausprägung relativ zum Risiko von Personen mit Merkmalsausprägungen der Referenzkategorie an. Eine Odds Ratio bzw. ein relatives Risiko von 1 zeigt dabei allgemein ein identisches Risiko bei beiden Merkmalsausprägungen an, ein Wert >1 ein erhöhtes Risiko im Vergleich zur Referenzkategorie, ein Wert <1 ein reduziertes Risiko. Ist der Wert 1 nicht im errechneten 95%-Konfidenzintervall (Vertrauensbereich) enthalten, unterscheiden sich die Risiken zwischen den jeweils betrachteten Gruppen auch statistisch signifikant voneinander. Wie gut es mit dem statistischen Modell gelingt, die beiden Gruppen richtig vorherzusagen, kann anhand des c-Wertes beurteilt werden. Der c-Wert liegt zwischen 0,5 (d.h. die korrekte Vorhersage gelingt in der Hälfte der Fälle und ist damit so gut, wie wenn man eine Münze werfen würde) und 1 (perfekte Vorhersage).

Tabelle 3-19: Teilnahmbereitschaft - Einflussgrößen auf die Wahrscheinlichkeit, sich an der Befragung zu beteiligen

(Logistische Regression, n=6.277⁶)

Variable	Ausprägung	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		0,98	0,87 - 1,1	0,717
Alter (Jahre)	>= 40 vs. 51-60	0,62	0,54 - 0,72	0,000
	41 - 50 vs. 51-60	0,88	0,76 - 1,01	0,077
	61-75 vs. 51-60	0,94	0,8 - 1,1	0,410
Geschlecht	männlich vs. weiblich	0,65	0,58 - 0,73	0,000
Art des stationären Aufenthaltes	Tagesklinik vs. Krankenhausaufenthalt	1,10	0,97 - 1,26	0,137
Krankenhaus-Aufnahme	Notfall vs. regulär	0,68	0,6 - 0,77	0,000
Hauptentlassungsdiagnose	Angststörung vs. depressive Störung	0,83	0,68 - 1,02	0,076
	Anpassungsstörung vs. depressive Störung	0,69	0,59 - 0,81	0,000
	Somatoforme Störung vs. depressive Störung	0,47	0,39 - 0,57	0,000
Modellgüte	c-Wert	0,62		

Auf der Basis der vorliegenden Merkmale gelingt die Vorhersage der Teilnahmbereitschaft zumindest mäßig (c-Wert 0,62). Dabei erweisen sich erwartungsgemäß bestimmte Störungen sowie ein jüngeres Alter (bis einschließlich 40 Jahre) als statistisch signifikant negative Einflussfaktoren auf die Teilnahmbereitschaft. Gegenüber Patienten mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depressive Störung“ haben sich v.a. Patienten mit somatoformen Störungen bzw. mit Anpassungs-/Belastungsstörungen seltener an der Befragung beteiligt. Eine geringere Teilnahmbereitschaft lässt sich zudem bei Männern und bei Personen, deren Index-Aufenthalt ein Notfall gewesen ist, konstatieren.

Angesichts der Tatsache, dass sich die Befragung explizit an Personen richtete, die aufgrund einer seelischen Erkrankung stationär behandelt wurden, ist ein Nettorücklauf von 36,4% erfreulich. Nachteilig auf die Teilnahmbereitschaft

⁶ Acht Fälle können für die logistische Regression nicht berücksichtigt werden, da Angaben zur Art der Krankenhausaufnahme (Notfall/Normalfall) fehlen

wirkt sich vermutlich aus, dass seelische Erkrankungen vielfach noch immer als Stigma empfunden werden. Darüber hinaus sind manche der hier untersuchten Erkrankungsbilder gerade auch durch eine fehlende Akzeptanz der seelischen Ursachen durch die Betroffenen selbst charakterisiert, so dass die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Befragung zu seelischen Erkrankungen gering sein dürfte.

3.3.2 Güte des Erhebungsinstrumentariums

Die Überprüfung der psychometrischen Güte bezieht sich auf alle 2.289 Personen, für die ein auswertbarer Fragebogen vorliegt. Insgesamt weisen die für die weiteren Auswertungen einbezogenen Erhebungsbögen überwiegend eine gute bis zufriedenstellende Ausfüllqualität auf (vgl. Tabelle 3-20). In knapp einem Drittel (30,0%) der einbezogenen Erhebungsbögen wurden alle Fragen beantwortet. Bei der Mehrheit der auswertbaren Erhebungsbögen blieb maximal ein Fünftel (20%) des Erhebungsbogens unausgefüllt. Lediglich eine Minderheit der in die Auswertung einbezogenen Erhebungsbögen (5,9%) weist mehr als 20% fehlende Antworten auf.

Tabelle 3-20: Ausfüllqualität der auswertbaren Erhebungsbögen (n=2.289)

Ausfüllqualität	Fälle	%
Sehr gut (keine fehlenden Werte)	687	30,0%
Zufriedenstellend (ein bis maximal 20% fehlenden Werte)	1.467	64,1%
Ausreichend (über 20% fehlenden Werte)	135*	5,9%

* Darunter n=15 Personen, die weniger als die Hälfte des Fragebogens beantworteten.

Prozessqualität. Die Prozessqualität der medizinischen Versorgung aus Perspektive der Patienten wird mit einer Itematterie erhoben, aus der sowohl der PACIC als auch der PACIC 5A gebildet werden kann. Aufgrund der besseren psychometrischen Güte wird für die weiteren Auswertungen der PACIC 5A verwendet. Die detaillierten Ergebnisse der Überprüfung des PACIC und des PACIC 5A sind im Anhang zusammengestellt (vgl. Anhang Tabelle 7-2 Seite 178ff.).

Für den PACIC 5A und dessen Subskalen zeigen die Analysen eine akzeptable psychometrische Güte (vgl. Anhang Tabelle 7-9 ab Seite 188):

- Die Reliabilität des PACIC 5A sowie der meisten Subskalen liegt deutlich über dem für Gruppenvergleiche üblicherweise geforderten Wert von 0,7.

- Sowohl die Subskalen als auch der PACIC 5A-Gesamtscore weisen in der rohen Berechnung hohe Antwortausfälle (13,0% bis 18,0% und Gesamtscore 27,7%) auf, die durch die angewendeten Korrekturverfahren (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente und Anhang Tabelle 7-9) auf Werte zwischen 9,7% und 10,8% (Gesamtscore 14,8%) reduziert werden konnten.
- In den Subskalen „Assess“, „Advise“ und „Agree“ sowie in der Gesamtskala zeigen sich moderate Bodeneffekte. In den beiden übrigen Subskalen „Assist“ und „Arrange“ treten ausgeprägte Bodeneffekte auf. Deckeneffekte weisen die Subskalen „Assess“ und „Agree“ auf, die moderat bzw. deutlich ausfallen.
- Die Subgruppenanalyse zu möglichen Störgrößen (vgl. Anhang Tabelle 7-5 Seite 181) zeigt, dass die Einschätzung der Prozessqualität anhand der Gesamtskala des PACIC 5A sowie der meisten Subskalen unabhängig ist vom Geschlecht und dem Erwerbsstatus der ausfüllenden Person. Zudem sind die Ausprägungen der Gesamtskalen und der Subskalen des PACIC 5A unabhängig von der Hauptdiagnose, die als Entlassungsdiagnose aus dem Krankenhaus gestellt wurde.

Beschwerdeliste nach von Zerssen

Die Reliabilität der Skala, die zur Erfassung aktueller (psycho-) somatischer Beschwerden von Zerssen (1976) entwickelt wurde, ist mit einem Cronbach's Alpha von 0,93 sehr hoch (vgl. Anhang Tabelle 7-7 Seite 184). In der rohen Berechnung treten hohe Antwortausfälle (19,1%) auf. Werden bis zu zwei fehlende Antworten durch den Mittelwert der gültig beantworteten Items ersetzt, reduziert sich der Anteil ohne gültigen Skalenwert auf akzeptable auf 4,5%. Dabei gibt es weder Boden- noch Deckeneffekte.

Erwartungsgemäß weisen Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „somaforme Störung“ statistisch signifikant die höchsten Ausprägungen auf der Beschwerdeliste auf (vgl. Anhang Tabelle 7-8 Seite 186). Das spricht für die Validität der Skala.

Die Subgruppenanalysen zu möglichen Störgrößen (vgl. Anhang Tabelle 7-9 Seite 188) zeigen, dass Geschlecht und Erwerbsstatus der Befragten keinen substanziellen Einfluss auf den Scorewert der Beschwerdeliste besitzt. Das Alter hat dagegen einen statistisch signifikanten Einfluss auf den Beschwerdescore mit den häufigsten Angaben psychosomatischer Beschwerden bei den 51- bis 60-Jährigen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich hier auch um die größte Altersgruppe unter den Befragten handelt. Insofern sollte der mögliche Effekt des Alters nicht überbewertet werden.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9 und PHQ-Panik)

Mit der Subskala PHQ-9, der Kurzform des Patient Health Questionnaire (PHQ), wird das Ausmaß eines depressiven Syndroms erhoben. Die Subskala PHQ-Panik erfasst Hinweise auf das Vorliegen eines Paniksyndroms. Die Subskalen weisen eine hohe (PHQ-9) bis sehr hohe (PHQ-Panik) Reliabilität auf. In der rohen Berechnung des PHQ-9 treten Antwortausfälle in Höhe von 6,6% auf, die durch die angewendeten Korrekturverfahren (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51 und Anhang Tabelle 7-7 auf Seite 184) auf 3,0% reduziert werden konnten. Für den PHQ-Panik, dessen Antwortausfälle 2,3% betragen werden keine Korrekturverfahren angewendet. Da der PHQ-Panik zu einem dichotomen Ergebnis (Panikstörung ja/nein) verrechnet wird, sind Boden- und Deckeneffekte nicht relevant.

Erwartungsgemäß weist der PHQ-Panik bei Personen mit einer Angststörung die höchsten Ausprägungen aus (vgl. Anhang Tabelle 7-8 Seite 186). Das spricht für die Validität der Subskala. Interessanterweise ist der PHQ-9 bei Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Somatoforme Störung“ sogar noch etwas höher als in der Gruppe der Personen mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“.

Die Subgruppenanalysen zu möglichen Störgrößen (vgl. Anhang Tabelle 7-9 Seite 188) zeigen, dass Geschlecht und Erwerbsstatus der Befragten keinen substanziellen Einfluss auf den Scorewert des PHQ-9 und des PHQ-Panik besitzt. In beiden Subskalen werden die Ausprägungen dagegen statistisch hoch signifikant durch das Alter der Befragten beeinflusst. Dabei weisen die 51- bis 60-Jährigen am häufigsten ein depressives Syndrom auf. Allerdings ist zu berücksichtigen,

dass es sich hier auch um die größte Altersgruppe unter den Befragten handelt. Insofern sollte der mögliche Effekt des Alters nicht überbewertet werden.

Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K)

Die Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K), die nach Hinweisen auf ein depressives Syndrom sucht, erreicht eine sehr hohe Reliabilität (Cronbach's Alpha 0,94). In der rohen Berechnung des ADS-K treten Antwortausfälle (11,5%) auf, die durch die angewendeten Korrekturverfahren (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51 und Anhang.Tabelle 7-7 auf Seite 184) auf 5,2% reduziert werden konnten. Die Boden- und Deckeneffekten sind sehr gering.

Erwartungsgemäß finden sich auch Unterschiede nach der Hauptentlassungsdiagnose (vgl. Anhang Tabelle 7-8 Seite 186). Hier haben Personen mit Depressionen, aber auch Personen mit somatoformen Störungen die höchsten Ausprägungen.

Die Subgruppenanalyse zu möglichen Störgrößen (vgl. Anhang Tabelle 7-8 Seite 186) zeigt, dass das Geschlecht der Befragten keinen substanziellen Einfluss auf die Ausprägungen des ADS-K hat. Es zeigen sich Unterschiede in den verschiedenen untersuchten Altersgruppen (die höchsten Ausprägungen haben 51- bis 60-Jährige) sowie Unterschiede nach dem Erwerbsstatus der befragten Personen (ungelernte Arbeiter haben die höchsten Ausprägungen). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich bei den 51- bis 60-Jährigen um die größte Altersgruppe unter den Befragten handelt. Insofern sollte der mögliche Effekt des Alters nicht überbewertet werden.

STAI State

Die Reliabilität des STAI-State, der Angst als Zustand im Sinne von Anspannung, Besorgtheit oder Nervosität erfasst, ist sehr hoch, mit einem Cronbach's Alpha von 0,96. In der rohen Berechnung des STAI State treten Antwortausfälle (11,7%) auf, die durch die angewendeten Korrekturverfahren (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51 und Anhang Tabelle 7-7 auf Seite 184) auf 5,5% reduziert werden konnten. Die Boden- und Deckeneffekten sind sehr gering.

Es zeigt sich kein substanzieller Zusammenhang zwischen der Hauptentlassungsdiagnose und der Ausprägung des STAI-State (vgl. Anhang Tabelle 7-8 Seite 186). Die Subgruppenanalyse zu möglichen Störgrößen (vgl. Anhang Tabelle 7-9 Seite 188) zeigt, dass das Geschlecht der Befragten keinen substanziellen Einfluss auf die Ausprägungen des STAI-State hat. Einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Höhe der Scorewerte hat das Alter (die höchsten Ausprägungen haben 51- bis 60-Jährige).

Konstruktvalidität

Aus den Interkorrelationen der verschiedenen verwendeten (Sub-)Skalen des PACIC 5A, PHQ, ADS-K und STAI-State können Hinweise auf die Konstruktvalidität gewonnen werden. Bei PHQ-9 und ADS-K handelt es sich um (Sub-)Skalen, die ähnliche Phänomene erfassen. Sie korrelieren untereinander hoch (Spearman 0,87) und statistisch signifikant (vgl. Anhang Tabelle 7-10 Seite 188). Das spricht für eine hohe Validität der Skalen.

Bezogen auf den PACIC 5A zeigt sich, dass die Bewertung der Prozessqualität weder durch die Hauptdiagnose zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Indexaufenthalt noch durch die aktuelle Befindlichkeit verzerrt wird. So weisen die Korrelation mit den Skalen zur aktuellen (psycho-) somatischen und seelischen Befindlichkeit nicht auf einen substanziellen Zusammenhang zwischen der aktuellen Befindlichkeit und der Bewertung der Prozessqualität hin (vgl. Anhang Tabelle 7-9 Seite 188).

3.3.3 Patientencharakteristika

An der Befragung beteiligten sich insgesamt 2.289 Personen mit einer Hauptentlassungsdiagnose „Depression“, „Angststörung“, „Anpassungsstörung“ oder „somatoforme Störung“. Die überwiegende Mehrheit dieser Patienten (1.731) war aus einer akut-stationären Einrichtung entlassen worden und stellt damit die primäre Zielgruppe dieses Schwerpunktthemas dar. Daneben haben sich auch 558 Personen (24,4%) an der Befragung beteiligt, die aufgrund von psychischen Erkrankungen in einer Tagesklinik, also teilstationär, behandelt wurden. Bei der akut-stationären und der teilstationären Versorgung handelt es sich um zwei wesentliche und teilweise miteinander verzahnte Elemente der Versor-

gungsstruktur für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die allerdings konzeptionell und inhaltlich deutliche Unterschiede aufweisen.

Aus der folgenden Tabelle 3-21 geht hervor, dass erwartungsgemäß akut-stationäre und teilstationären Einrichtungen auch eine statistisch signifikant unterschiedliche Patientenstruktur aufweisen. So sind Patienten in der Tagesklinik im Durchschnitt drei Jahre jünger als die im stationären Setting behandelten. Insbesondere die Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen ist in den Tageskliniken deutlich stärker vertreten als im akut-stationären Bereich (33,7% vs. 24,1%). Dagegen machen ältere Personen zwischen 61 und 75 Jahren in den Tageskliniken nur einen Anteil von 10,9% der Patienten aus, während es im akut-stationären Bereich 23,2% sind.

In beiden Behandlungssettings stellen Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ den Hauptanteil der Befragten. Im akut-stationären Bereich werden daneben allerdings etwas häufiger auch Personen mit anderen Hauptentlassungsdiagnosen wie Anpassungsstörungen (13,4%) oder somatoformen Störungen 7,2% betreut. Im teilstationären Bereich sind Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen mit 9,1% bzw. 5,0% vertreten.

Die Patienten der unterschiedlichen Behandlungssettings weisen auch in Bezug auf ihren Erwerbsstatus statistisch signifikante Unterschiede auf. Während zwei Drittel der Personen, die in Tageskliniken behandelt werden, Facharbeiter, Vorarbeiter oder Meister (21,1%) oder mittlere oder einfache Angestellte (45,9%) sind, ist das Spektrum im akut-stationären Bereich heterogener. In Bezug auf das Geschlecht zeigen sich keine substanziellen Unterschiede zwischen den Behandlungssettings.

Da die verschiedenen Behandlungssettings deutliche Unterschiede in ihrer Patientenstruktur aufweisen, stützen sich die im Folgenden dargestellten Analysen in erster Linie auf die Zielgruppe der 1.731 Personen, die aus einer akut-stationären Einrichtung entlassen wurden. Die 558 Personen, die ihren Index-Aufenthalt in einer Tagesklinik verbracht haben, werden als Sonderauswertung mitgeführt und im Anhang dargestellt. Diese Sonderauswertungen konzentrieren sich dabei auf Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“, da sie zahlenmäßig am stärksten vertreten sind (79,0%).

Tabelle 3-21: Patientencharakteristika nach Behandlungssetting

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK und Patientenbefragung)

Charakteristikum	Akut-stationär	Tagesklinik	p-Wert
Alter¹	n=1.731	n=558	
Bis 40 Jahre	25,5%	28,14%	<0,001
41 – 50 Jahre	24,1%	33,7%	
51 – 60 Jahre	27,3%	27,2%	
61 – 75 Jahre	23,2%	10,9%	
Mittelwert	49,3 Jahre	46,5 Jahre	
(Min. bis Max.)	(20 bis 74)	(20 bis 74)	
Geschlecht¹	n=1.731	n=558	
weiblich	76,4%	74,2%	n.s.
männlich	23,6%	25,8%	
Hauptentlassungsdiagnose¹	n=1.731	n=558	
Depression	72,6%	79,0%	<0,01
Angststörung	6,9%	6,8%	
Anpassungsstörung	13,4%	9,1%	
Somatoforme Störung	7,2%	5,0%	
Erwerbsstatus²	n=1.683	n=549	
Arbeiter, ungelernt	8,7%	6,9%	<0,01
Facharbeiter ^a	17,3%	21,1%	
Angestellter 'niedrig' ^b	40,3%	45,9%	
Angestellter 'hoch' ^c	14,3%	9,8%	
Selbständig/mithelfend ^d	6,8%	4,7%	
nicht berufstätig	12,6%	11,5%	

p-Wert für Unterschiede zwischen den Behandlungssettings

1: Angaben aus den Routinedaten der Barmer GEK

2: Angaben aus der Patientenbefragung

a: Facharbeiter/Vorarbeiter/Meister

b: einfache und mittlere Angestellte

c: gehobene und leitende Angestellter

d: Selbständige und mithelfende Familienangehörige

Im Folgenden (Tabelle 3-22) werden die Patientencharakteristika der Personen mit unterschiedlicher Hauptentlassungsdiagnose aus akut-stationärer Behandlung dargestellt.

Tabelle 3-22: Akut-stationär - Patientencharakteristika nach Hauptdiagnose

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK und Patientenbefragung)

Charakteristikum	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt	p-Wert
	Depression	Angst	Anpassung	Somatoform		
Alter¹	n=1.256	n=119	n=232	n=124	n=1.731	
Bis 40 Jahre	23,1%	30,3%	37,9%	21,8%	25,5%	<0,001
41 – 50 Jahre	22,6%	26,1%	28,5%	29,0%	24,1%	
51 – 60 Jahre	28,0%	20,2%	24,1%	33,1%	27,3%	
61 – 75 Jahre	26,4%	23,5%	9,5%	16,1%	23,2%	
Mittelwert (Jahre) (Min.- Max.)	50,5 J. (20 – 74)	48,2 J. (20 – 73)	43,9 J. (20 – 74)	48,5 J. (20 – 71)	49,3 J. (20 – 74)	
Geschlecht¹	n=1.256	n=119	n=232	n=124	n=1.731	
weiblich	76,4%	78,2%	76,3%	74,2%	76,4%	n.s
männlich	23,6%	21,9%	23,7%	25,8%	23,6%	
Erwerbsstatus²	n=1.223	n=117	n=224	n=119	n=1.683	
Arbeiter, ungelernt	7,9%	9,4%	13,0%	9,2%	8,7%	n.s.
Facharbeiter ^a	16,2%	18,8%	19,2%	23,5%	17,3%	
Angestellter 'niedrig' ^b	41,4%	43,6%	35,3%	35,3%	40,3%	
Angestellter 'hoch' ^c	15,6%	7,7%	12,1%	11,8%	14,3%	
Selbständig/mithelfend ^d	6,4%	7,7%	8,0%	7,6%	6,8%	
nicht berufstätig	12,6%	12,8%	12,5%	12,6%	12,6%	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

1: Angaben aus den Routinedaten der Barmer GEK

2: Angaben aus der Patientenbefragung

a: Facharbeiter/Vorarbeiter/Meister

b: einfache und mittlere Angestellte

c: gehobene und leitende Angestellte

d: Selbständige und mithelfende Familienangehörige

Die Gruppen unterscheiden sich statistisch hoch signifikant nach dem Alter. Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ bilden mit durchschnittlich 50,5 Jahren die älteste Gruppe, während Anpassungsstörungen insbesondere bei jüngeren Personen (durchschnittlich 43,9 Jahre) diagnostiziert werden. Entsprechend ist hier die jüngste Altersgruppe (bis 40 Jahre) mit 37,9% am stärksten besetzt. Auch bei der Hauptentlassungsdiagnose „Angststörung“ liegt ein, wenn auch weniger deutlicher Schwerpunkt in der Altersgruppe der bis 40-Jährigen (30,3%). Auch somatoforme Störungen werden relativ selten nach dem 60. Lebensjahr diagnostiziert. In Bezug auf Geschlecht und Erwerbsstatus ergeben sich keine substanziellen Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher Hauptentlassungsdiagnose.

3.3.4 Der Krankenhausaufenthalt aus Patientensicht

Art der Aufnahme

Aus den Routinedaten geht hervor, dass die Aufnahme in das Index-Krankenhaus für die Mehrheit der Befragten (73,3%) als eine reguläre Aufnahme erfolgte (vgl. Tabelle 3-23). Allerdings wurden auch 26,7% der Personen als Notfall in das Index-Krankenhaus aufgenommen. Weitere Analysen zeigen, dass es sich hierbei um eine Gruppe handelt, die sich in ihren soziodemografischen Merkmalen sowie in der Art der Hauptentlassungsdiagnose statistisch signifikant von den Befragten unterscheidet, die eine reguläre Aufnahme hatten (vgl. Anhang Tabelle 7-11 Seite 189). Beispielsweise sind unter den Notfall-Aufnahmen Männer statistisch signifikant häufiger vertreten als unter den regulären aufgenommenen Personen.

Tabelle 3-23: Akut-stationär - Stationäre Aufnahme

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK)

Krankenhaus-Aufnahme	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1.730	p-Wert
	Depression n=1.255	Angst n=119	Anpassung n=232	Somatoform n=124		
Notfall	24,1%	31,9%	38,8%	24,2%	26,7%	<0,001
Reguläre Aufnahme	75,9%	68,1%	61,2%	75,8%	73,3%	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

In Bezug auf die Art der Hauptentlassungsdiagnose zeigt sich, dass Personen mit der Diagnose „Anpassungsstörung“ (38,8%) statistisch signifikant häufiger als Notfall in einem Krankenhaus aufgenommen werden, als Personen mit Depressionen oder somatoformen Störungen (vgl. Tabelle 3-23).

Behandlungsangebot während des Index-Aufenthalts

In Bezug auf ihren Index-Aufenthalt bewerteten die Befragten, welche Angebote der stationären Behandlung sie rückblickend als hilfreich empfunden hatten. Mehrfachnennungen waren möglich und es bestand die Möglichkeit zu Freitextangaben. Insgesamt nutzte etwa ein Viertel (26,1%) der Teilnehmer diese Möglichkeit. Daher wurden die häufigsten Nennungen zu eigenen Kategorien zu-

sammengefasst und unter „Sonstige hilfreiche Angebote, und zwar“ gesondert ausgewiesen.

Nur ein sehr geringer Teil der Befragten kann rückblickend keines der Angebote während des Index-Aufenthalts als hilfreich bewerten (0,1%). Ein Großteil (74,7%) benennt drei und mehr Angebote, die als hilfreich erlebt wurden. Dabei gibt es statistisch hoch signifikante Unterschiede nach Art der Hauptentlassungsdiagnose. Während über drei Viertel (77,6%) der Personen mit Depressionen drei und mehr Angebote als hilfreich bezeichnen, tun dies bei den Personen mit Anpassungsstörungen nur 62,7% und bei den Personen mit somatoformen Störungen 66,1%.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (82,6%) schätzt die Einzelgespräche, die im Rahmen des stationären Aufenthalts statt fanden, als hilfreich ein. Dabei zeigen sich auch keine statistisch signifikanten Unterschiede nach Hauptentlassungsdiagnose. Die Behandlung mit Medikamenten wird am zweithäufigsten genannt (69,2%). Allerdings treten hier erhebliche und statistisch hoch signifikante Unterschiede nach Hauptentlassungsdiagnose auf. Die im Krankenhaus vorgenommene Behandlung mit Medikamenten wird von 73,7% der Befragten mit Depressionen als hilfreich bewertet, aber nur von 55,3% der Personen mit Anpassungsstörung und nur von 50,8% der Personen mit somatoformen Störungen. Auch Bewegungsangebote stoßen in den verschiedenen Gruppen auf unterschiedliche Resonanz. Während knapp zwei Drittel der Befragten mit Depressionen diese Angebote als hilfreich erlebt hatte, waren es nur 53,1% bei den Personen mit Anpassungsstörungen. Gruppengespräche und Informationen zur Erkrankungen wurden von über der Hälfte der Befragten positiv beurteilt.

Aus den Freitextangaben ließen sich vier weitere Kategorien zusammenfassen, die sich auf das therapeutische Angebot („weitere therapeutische Angebote“: 12,4%) sowie verschiedene Aspekte beziehen, die sich aus einem Krankenhausaufenthalt ergeben („Kontakt zu Mitpatienten“: 4,9%; „Auszeit und Ruhe“: 1,8% und „Betreuung allgemein“: 1,7%). Insgesamt 5,8% der Befragten machten weitere Freitextnennungen.

Tabelle 3-24: Akut-stationär - Als hilfreich empfundene Angebote während des Krankenhausaufenthalts

(Mehrfachnennungen möglich; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Hilfreiche Angebote	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1.692	p-Wert
	Depres- sion n=1.230	Angst n=116	Anpas- sung n=228	Somato- form n=118		
Anzahl						
Keins	0,1%	/	/	/	0,1%	<0,001
Eins	8,1%	12,1%	18,0%	20,3%	10,5%	
Zwei	14,3%	12,1%	19,3%	13,6%	14,8%	
Drei und mehr	77,6%	75,9%	62,7%	66,1%	74,7%	
Einzelgespräche	83,6%	80,2%	81,1%	77,1%	82,6%	n.s.
Behandlung mit Medika- menten	73,7%	67,2%	55,3%	50,8%	69,2%	<0,001
Bewegungsangebote	65,4%	56,9%	53,1%	56,8%	62,5%	<0,01
Gruppengespräche	57,5%	62,1%	51,8%	54,2%	56,8%	n.s.
Informationen zur Erkran- kung	56,8%	57,8%	50,0%	57,6%	56,0%	n.s.
Sonstige hilfreiche Angebote, und zwar:						
Weitere therapeutische Angebote (z.B. Kunstthe- rapie)*	13,7%	8,6%	10,5%	6,8%	12,4%	n.s.
Kontakt zu Mitpatienten*	5,0%	7,8%	2,6%	5,1%	4,9%	n.s.
Auszeit/Ruhe*	1,7%	1,7%	1,8%	2,5%	1,8%	n.s.
Betreuung allgemein*	1,7%	0,9%	1,7%	1,7%	1,7%	n.s.
Andere sonstige Angebote	5,6%	3,5%	5,3%	11,0%	5,8%	n.s.

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

* Häufiger in den Freitexten genannte hilfreiche Angebote und Umstände

„weitere therapeutische Angebote“: Enthalten sind Angaben zu spezifischen Therapieformen, etwa Kunsttherapie

„Kontakt zu Mitpatienten“: Angaben wie Gespräche mit Mitpatienten und das Gefühl nicht als einziger an ihrer Erkrankung zu leiden

„Betreuung allgemein“: in diese Kategorie gingen Angaben ein, die sich auf die Betreuung durch das nicht-ärztliche Personal beziehen, etwa Krankenpfleger als Ansprechpartner.

„Ruhe und Auszeit“: Angaben wie Abstand zum Alltag und eine Auszeit

Empfehlungen des Krankenhauses zur Weiterbehandlung

Die Krankenhäuser, in denen die initiale akut-stationäre Versorgung der Befragten statt fand, gaben ihren Patienten zum überwiegenden Teil Empfehlungen für die ambulante Weiterbehandlung ihrer Erkrankung (vgl. Tabelle 3-25). Dabei geben 5,6% der Befragten an, keine Empfehlung erhalten zu haben. Während lediglich 4,0% der Befragten mit Depression angeben, keine Empfehlung zur Weiterbehandlung erhalten zu haben, waren dies in den anderen Gruppen 9,3% (Angststörungen) bis 10,7% (somatoforme Störungen)($p < 0,001$).

Die Befragten konnten angeben, ob und wenn ja, welche Empfehlungen sie vom Krankenhaus zur ambulanten Weiterbehandlungen ihrer Erkrankung erhalten haben. Mehrfachnennungen waren möglich und es bestand die Möglichkeit zu Freitextangaben. Insgesamt nutzten 15,3% der Befragungsteilnehmer diese Möglichkeit. Daher wurden die häufigsten Nennungen zu eigenen Kategorien zusammengefasst und unter „Sonstige Empfehlungen des Krankenhauses, und zwar“ gesondert ausgewiesen.

Insgesamt ist die häufigste Empfehlung der Krankenhäuser für die ambulante Weiterbehandlung eine Psychotherapie (69,4%). Hier zeigen sich keine substantiellen Unterschiede nach der Hauptentlassungsdiagnose der Befragten. Ähnlich häufig wird den Patienten eine Weiterbehandlung mit Medikamenten nahe gelegt (66,8%). Dabei bestehen aber erhebliche und statistisch hoch signifikante Unterschiede nach der Hauptentlassungsdiagnose. Während knapp drei Viertel (73,0%) der Personen mit „Depression“ eine Empfehlung zur medikamentösen Weiterbehandlung erhalten, sind dies in den anderen Gruppen lediglich zwischen 47,0% (Anpassungsstörungen) und 58,5% (Angststörungen). Eine Weiterbehandlung durch den Hausarzt wird Befragten mit somatoformer Störung (37,7%) und mit Depressionen (33,4%) statistisch signifikant häufiger gegeben als Personen mit Anpassungsstörungen (24,6%).

Tabelle 3-25: Akut-stationär – Empfehlungen des Krankenhauses zur Weiterbehandlung

(Mehrfachnennungen möglich; Quelle: Routinedaten BARMER GEK, Patientenbefragung)

Empfehlungen	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1.722	p-Wert
	Depression n=1.250	Angst n=118	Anpassung n=223	Somatoform n=122		
Anzahl						
Keine	4,0%	9,3%	9,9%	10,7%	5,6%	<0,001
Eine	23,6%	28,8%	33,2%	32,0%	25,8%	
Zwei	41,7%	40,7%	33,2%	32,0%	39,8%	
Drei und mehr	30,7%	21,2%	23,7%	25,4%	28,8%	
Art der Empfehlung						
Psychotherapie	69,7%	65,3%	69,8%	69,7%	69,4%	n.s.
Medikamente	73,0%	58,5%	47,0%	50,0%	66,8%	<0,001
Hausarzt	33,4%	32,2%	24,6%	37,7%	32,5%	<0,05
Selbsthilfegruppe	14,1%	11,9%	16,8%	9,0%	13,9%	n.s.
Sonstige Empfehlungen des Krankenhauses, und zwar:						
Tagesklinik	3,0%	/	1,7%	/	2,4%	<0,05
Facharzt (Psychiatrie/ Neurologie)	2,6%	1,7%	1,7%	1,6%	2,3%	n.s.
Sonstige Therapien*	1,7%	2,5%	1,7%	4,1%	1,9%	n.s.
Rehabilitation	1,5%	0,9%	1,7%	/	1,4%	n.s.
Sozialpsychiatr. Betreuung	1,1%	0,9%	1,3%	/	1,1%	n.s.
Andere sonstige Empfehlungen	5,8%	6,8%	10,3%	7,4%	6,2%	n.s.
KH-Empfehlung (Medikam./Psychoth.)[#]	n=1.200	n=118	n=223	n=122	Gesamt	p-Wert
Keine	8,4%	17,0%	20,3%	17,2%	11,3%	<0,05
Nur Psychotherapie	18,6%	24,6%	32,8%	32,8%	21,9%	
Nur Medikamente	21,8%	17,8%	9,9%	13,1%	19,3%	
Kombiniert	51,1%	40,7%	37,1%	36,9%	47,5%	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

* Häufiger in den Freitexten genannte Empfehlungen zur ambulanten Weiterbehandlung

„sonstige Therapien“: Spezifische Therapieempfehlungen wie Ergo- oder Bewegungstherapie

Krankenhaus-Empfehlungen bezogen auf eine medikamentöse und/oder psychotherapeutische Weiterbehandlung. Die Kategorie keine bezieht sich auf Personen, die weder Empfehlungen zu Medikamenten noch Empfehlungen zu einer ambulanten Psychotherapie erhalten haben.

Ein Teil der Freitextangaben ließ sich den Kategorien „Tagesklinik“, „Sonstige Therapie“, „Rehabilitation“ und „sozialpsychiatrische Betreuung“ zuordnen. Weitere 6,2% der Freitextangaben konnten nicht weiter zusammengefasst werden. Insgesamt geben die 2,4% der Befragten im Freitext eine Empfehlung zum Aufenthalt in einer Tagesklinik an. Dabei wird Personen mit Depressionen statistisch signifikant häufiger ein Aufenthalt in einer Tagesklinik empfohlen als Personen mit anderer Hauptentlassungsdiagnose. Einigen Befragten wurden spezifische Therapien wie Kunsttherapie oder Bewegungstherapie und einem kleinen Teil der Befragten eine sozialpsychiatrische Betreuung empfohlen. Die letzte Kategorie beinhaltet die Empfehlung zu einer längerfristigen Betreuung entweder ambulant über einen sozialpsychiatrischen Dienst, in Tagesstätten oder in Wohngruppen und Heimen. Befragte, die diese Weiterbehandlungsempfehlung bekamen, sind vermutlich eher schwer erkrankt.

Um festzustellen welche Kombinationen in Bezug auf die Behandlung mit Medikamenten und/oder Psychotherapie von den Krankenhäusern empfohlen werden, wurden die Mehrfachnennungen zur Variable „Krankenhaus-Empfehlung“ zusammengefasst (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51). Mehrheitlich empfehlen die Krankenhäuser zur Weiterbehandlung der Patienten mit psychischen Störungen eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung (47,5%). Nur etwa ein Fünftel sollten nach Einschätzung des jeweiligen Krankenhauses entweder nur eine Psychotherapie (21,9%) oder nur eine medikamentöse Behandlung (19,3%) erhalten. Dabei zeigen sich statistisch hoch signifikante Unterschiede nach Hauptentlassungsdiagnose. Während die Hälfte der Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ eine kombinierte Behandlung aus Psychotherapie und Medikamenten erhalten sollte, sind dies unter den Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störung“ lediglich 36,9%.

3.3.5 Ärztliche und medikamentöse Versorgung

Zum Zeitpunkt der Befragung, knapp ein Jahr nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt, befindet sich ein Großteil der Befragten aufgrund ihrer seelischen Erkrankung noch in ärztlicher Behandlung (vgl. Tabelle 3-28 Seite 115). Nur 16,9% der Personen geben an, dass sie derzeit keine ärztliche Behandlung aufgrund ihrer seelischen Erkrankung erhalten. Über die Hälfte der Befragten (55,3%) suchen aufgrund ihrer psychischen Störung einen und weitere 22,4% zwei Ärzte auf. Dabei zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede nach der Art der Hauptentlassungsdiagnosen. Im Vergleich zu den anderen Gruppen befinden sich aufgrund ihrer seelischen Erkrankung Personen mit Depressionen statistisch signifikant am häufigsten in Behandlung (keine ärztliche Behandlung nur 14,6%) und diese Behandlung findet am häufigsten durch nur einen Arzt statt. Demgegenüber berichten von den Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Anpassungsstörung“ bzw. „somatoforme Störung“ einerseits 23,2% bzw. 25,4% der Befragten, sich nicht in ärztlicher Behandlung zu befinden, und andererseits werden 8,9% bzw. sogar 17,8% durch drei und mehr Ärzte behandelt.

Nach Angabe der Befragten findet die ärztliche Versorgung bei psychischen Störungen überwiegend durch Fachärzte für Psychiatrie (53,6%) statt (vgl. Tabelle 3-28 Seite 115). An zweiter Stelle steht die Versorgung durch Hausärzte (29,4%) und Neurologen (29,5%). Zudem wurden die Befragten gebeten anzugeben, ob sie aufgrund ihrer seelischen Erkrankung bei Ärzten eines anderen Fachgebiets in Behandlung sind und wenn ja, welchen Gebietes. Insgesamt gaben 4,4% der Befragten eine Behandlung durch Ärzte einer anderen Fachrichtung an und nannten beispielsweise eine Weiterbehandlungen durch Ärzte des Krankenhauses, Schmerztherapie oder Fachärzte für Psychosomatik. Bezogen auf die Hauptentlassungsdiagnose zeigt sich, dass Personen, die unter somatoformen Störungen leiden, statistisch signifikant seltener eine Behandlung durch Fachärzte für Psychiatrie in Anspruch nehmen.

3.3.6 Psychotherapeutische Versorgung

Wer befindet sich zum Zeitpunkt der Befragung ein knappes Jahr nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Versorgung in ambulanter Psychotherapie? Gibt es Unterschiede in Abhängigkeit von der Hauptentlassungsdiagnose? Wie lange dauert es, bis mit einer ambulanten Psychotherapie begonnen wird, und wie ist es um die räumliche Nähe bestellt? Dies sind einige der Leitfragen des vorliegenden BARMER GEK Report Krankenhaus 2011, auf die das folgende Kapitel Antwort gibt.

Zum Zeitpunkt der Befragung befinden sich insgesamt 62,4% der Personen in psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Tabelle 3-26). Knapp ein Drittel der Gesamtstichprobe (32,4%) bzw. die Hälfte der Personen mit aktueller Psychotherapie hatte bereits vor dem Index-Aufenthalt mit einer Psychotherapie begonnen. Weitere 30,0% der Gesamtstichprobe (bzw. die andere Hälfte der Befragten, die sich in aktuell in Psychotherapie befinden) haben dagegen erst nach dem Index-Aufenthalt eine Psychotherapie aufgenommen.

Tabelle 3-26: Akut-stationär – Psychotherapie zum Zeitpunkt der Befragung nach Art der Hauptentlassungsdiagnose

(ca. 11 Monate nach dem Index-Aufenthalt; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Psychotherapie aktuell	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1.630	p-Wert
	Depres- sion n=1.182	Angst n=114	Anpas- sung n=217	Somato- form n=117		
Aktuell keine	36,6%	36,0%	38,7%	47,0%	37,6%	n.s.
Ja, Beginn vor Index- Aufenthalt	32,7%	26,3%	34,6%	30,8%	32,4%	
Ja, Beginn nach Index-Aufenthalt	30,6%	37,7%	26,7%	22,2%	30,0%	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

Insgesamt 37,6% der einbezogenen Personen erhielten zum Zeitpunkt der Befragung nach eigenen Angaben keine Psychotherapie. Die Verteilung der Be-

fragten bezüglich der Psychotherapie in Tabelle 3-26 verdeutlicht, dass je nach Art der Hauptentlassungsdiagnose zwischen 36,0% (Angststörungen) und 47,0% (somatoforme Störungen) der Befragten keine Psychotherapie erhalten. Eine Psychotherapie nach dem Index-Aufenthalt begonnen haben zwischen 22,2% (somatoforme Störungen) und 37,7% (Angststörungen). Weitergehende Analysen bezüglich der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung zeigen (vgl. Tabelle 7-21 im Anhang Seite 196), dass die Befragten knapp ein Jahr nach der Entlassung aus dem Index-Krankenhaus selten allein eine psychotherapeutische Behandlung erhalten (3,8%). Insgesamt ein Viertel der Befragungsteilnehmer (25,4%) ist aufgrund der psychischen Störung nur bei einem Psychiater in ärztlicher Behandlung und erhält Psychotherapie. Vermutlich wird in diesen Fällen die Psychotherapie meist durch den Facharzt für Psychiatrie erbracht.

Auf die Frage, wie sie ihren Psychotherapeuten bzw. ihre -therapeutin gefunden haben, konnten die Befragten mit Mehrfachnennungen antworten. Für Personen, deren Psychotherapie erst nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt im Krankenhaus begonnen hat, spielte die Unterstützung durch medizinische Fachleute eine wichtige Rolle. Dabei kamen dem Krankenhaus mit 34,5% und dem behandelnden Arzt mit 32,4% der höchste Stellenwert zu. Bei knapp einem Viertel (23,2%) der Befragten halfen Angehörige oder Bekannte bei der Suche. Die gelben Seiten bzw. das Internet wurden von 10,9% bis 7,3% für die Suche nach einem Therapieplatz genutzt. Eine Unterstützung der Krankenkasse geben 7,7% an. Personen, deren Psychotherapie vor dem Krankenhausaufenthalt begann, fanden ihren Psychotherapeuten bzw. ihre -therapeutin insbesondere über den behandelnden Arzt (48,7%) und durch Unterstützung von Angehörigen und/oder Bekannten (26,6%).

Mehrheitlich beträgt die Wartezeit auf den Beginn der Psychotherapie maximal drei Monate. Von den Personen, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Psychotherapie begonnen haben, konnten 41,4% bereits sehr schnell einen Therapieplatz bekommen und hatten eine Wartezeit von weniger als einem Monat. Weitere 38,6% dieser Befragten warteten zwischen einem und drei Monate auf den Beginn ihrer Psychotherapie. Insgesamt 20% der Befragten mussten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus lange bis sehr lange Wartezeiten auf

ein ambulante Psychotherapie in Kauf nehmen. Dabei zeigt sich kein statisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Empfehlung des Krankenhauses zur Aufnahme einer Psychotherapie und der Wartezeit auf den Therapiebeginn (vgl. Anhang Tabelle 7-22 Seite 196).

Personen, die sich bereits vor dem Index-Aufenthalt in psychotherapeutischer Behandlung befanden, konnten vermutlich zum Großteil nach der Entlassung von ihrem Psychotherapeuten bzw. ihrer -therapeutin weiter behandelt werden. Sie weisen eine signifikant kürzere Wartezeiten auf. Knapp die Hälfte (48,0%) nahm weniger als einen Monat nach der Entlassung die Psychotherapie auf. Allerdings berichten auch in dieser Gruppe insgesamt 16,9% der Befragten, vier Monate und länger auf den Therapieplatz gewartet zu haben. Hierbei handelt es sich möglicherweise um Personen, die nach dem stationären Aufenthalt den Therapieplatz wechselten.

Tabelle 3-27: Akut-stationär – Charakteristika der Psychotherapie

(Alle Störungsbilder,[#] nur Personen, die sich aktuell in einer Psychotherapie befinden; Quelle: Patientenbefragung)

	Beginn der Therapie		Gesamt	p-Wert
	vor dem Index-Aufenthalt	nach dem Index-Aufenthalt		
Therapeut gefunden über ... (Mehrfachnennungen möglich)	n=507	n=470	n=977	
Arzt	48,7%	32,4%	40,8%	<0,001
Angehörige/Bekannte	26,6%	23,2%	25,0%	n.s.
Krankenhaus	15,2%	34,5%	24,5%	<0,001
gelbe Seiten	13,2%	10,9%	12,0%	n.s.
Internet	7,5%	7,3%	7,9%	n.s.
Krankenkasse	4,1%	7,7%	5,8%	<0,05
Wartezeit auf Psychotherapie	n=515	n=485	N=1.000	
Weniger als 1 Monat	48,0%	41,4%	44,8%	<0,05
1-3 Monate	35,2%	38,6%	36,8%	
4-6 Monate	11,3%	11,1%	11,2%	
6-9 Monate	2,3%	6,0%	4,1%	
Länger als 9 Monate	3,3%	2,9%	3,1%	
Häufigkeit der Therapiesitzungen	n=519	n=466	n=985	
Wöchentlich	33,0%	42,7%	37,6%	<0,05
Alle 14 Tage	27,8%	24,7%	26,3%	
Monatlich	27,0%	21,5%	24,4%	
Vierteljährlich	7,5%	8,4%	7,9%	
Seltener	4,8%	2,8	3,9%	
Wegezeit zur Therapie	n=522	n=476	n=998	
Bis 15 Minuten	18,8%	22,3%	20,4%	n.s.
> 15 bis 30 Min	41,0%	43,7%	42,3%	
> 30 bis 60 Min	33,7%	29,4%	31,7%	
Mehr als 60 Minuten	6,5%	4,6%	5,6%	

Aufgrund der geringen Fallzahlen bei den Angst-, Anpassungs- und somatoformen Störungen wurden keine Subgruppenanalyse durchgeführt.

p-Wert für Unterschiede innerhalb der Subgruppen bezüglich des Beginns der Psychotherapie (vor- oder nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt)

Die Personen, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Psychotherapie begonnen haben, befinden sich zum Zeitpunkt der Befragung überwiegend in einer engmaschigen psychotherapeutischen Behandlung. Bei 42,7% der Befragten finden die Therapiesitzungen wöchentlich statt. Ein weiteres Viertel (24,7%) besucht die Therapiesitzungen im Abstand von 14 Tagen. Die übrigen Befragten berichten von längeren Abständen zwischen den Therapiesitzungen, wobei monatliche Abstände (21,6%) am häufigsten vorkommen. Personen, deren psychotherapeutische Behandlung bereits vor der Entlassung begann, erhalten im Vergleich dazu statistisch signifikant häufiger Therapiesitzungen in 14-tägigem oder monatlichen Abstand und gleichzeitig weniger häufig wöchentliche Therapiesitzungen.

Unter den Befragten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Psychotherapie begonnen haben, berichten 22,3% von sehr kurzen Wegezeiten zur Therapiesitzung, die weniger als 15 Minuten betragen. Für die Mehrheit (43,7%) dauert der Weg zur Psychotherapiesitzung zwischen 15 und 30 Minuten. Allerdings muss gut ein Drittel (34,0%) der Befragten eher lange Wegezeiten von mehr als 30 Minuten in Kauf nehmen. Im Vergleich dazu berichten Personen, deren Psychotherapie bereits vor dem Index-Aufenthalt begonnen hat, häufiger von längeren Wegezeiten, dieser Unterschied ist allerdings nicht substanziell.

In der mit Abstand größten Subgruppe der Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ findet sich eine weitgehend identische Verteilung (vgl. Anhang Tabelle 7-20, Seite 195).

3.3.7 Der Übergang von stationär zu ambulant

Berücksichtigung von Empfehlungen des initial behandelnden Krankenhauses

Die Empfehlungen, die das Krankenhaus nach dem Index-Aufenthalt für die ambulante Weiterbehandlung ausgesprochen hat, werden nach Patientenauskunft von der Mehrheit der Ärzte bei ihrer Behandlung berücksichtigt. Ergänzende Subgruppenanalysen zeigen, dass soziodemografische Patientenmerkmale (Alter, Geschlecht und Erwerbsstatus) dabei keine Rolle spielen. Allerdings zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede nach Art der Hauptentlassungsdiagnose. Personen mit Depressionen berichten am häufigsten, dass die Empfehlungen in der ambulanten Weiterbehandlung berücksichtigt werden (90,9%), während von den Personen mit somatoformen Störungen nur 81,1% berichten, dass dies geschieht.

Zum Zeitpunkt der Befragung, ein knappes Jahr nach dem Index-Aufenthalt, nimmt die Mehrheit der Befragten noch Medikamente aufgrund ihrer seelischen Erkrankung. Dabei nehmen insgesamt 44,2% der Befragungsteilnehmer noch die Medikamente ein, die vom Krankenhaus empfohlen wurden. Knapp ein Drittel der Befragten erhielt zwischenzeitlich einen teilweisen (9,9%) oder kompletten (20,3%) Wechsel in der Medikation. Ein Viertel der Befragten (25,7%) nimmt nach eigenen Angaben keine Medikamente ein.

Zwischen den Hauptentlassungsdiagnosen zeigen sich statistisch hoch signifikante Unterschiede in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten. Im Vergleich zu Personen mit Depressionen berichten Personen mit somatoformen Störungen einerseits häufiger, keinerlei Medikamente aufgrund der seelischen Erkrankung einzunehmen, geben aber auch häufiger an, andere, als die vom Krankenhaus verordneten Medikamente zu nehmen. Auffallend ist auch, dass die Gruppe der Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Anpassungsstörung“ mit 41,1% am häufigsten von allen Gruppen berichtet, keine Medikamente einzunehmen.

Tabelle 3-28: Akut-stationär – Aktuelle ärztliche Behandlung nach Art der Hauptdiagnose des Index-Aufenthalts

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Ärztliche Behandlung	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1558	P-Wert
	Depression n=1.164	Angst n=109	Anpassung n=211	Somatoform n=114		
Anzahl						
Keine	14,6%	20,2%	23,2%	25,4%	16,9%	<0,01
Eine	57,7%	54,1%	45,5%	49,1%	55,3%	
Zwei	23,0%	20,2%	21,8%	19,3%	22,4%	
Drei und mehr	4,6%	5,5%	8,9%	17,8%	5,4%	
Hausarzt	28,8%	24,8%	33,7%	32,5%	29,4%	n.s.
Neurologe	30,4%	32,1%	25,1%	26,3%	29,5%	n.s.
Psychiater	55,3%	49,5%	54,0%	38,6%	53,6%	<0,01
anderes Fachgebiet ^a	3,6%	4,6%	5,7%	9,7%	4,4%	<0,05
Krankenhausempfehlungen berücksichtigt?	n=960	n=86	n=159	n=86	n=1.291	
ja	90,9%	80,8%	84,2%	81,1%	88,8%	<0,01
nein	9,1%	19,2%	15,8%	18,9%	11,2%	
Medikamente*	n=1.240	n=119	n=231	n=124	n=1.714	p-Wert
Keine	21,0%	31,9%	41,1%	38,7%	25,7%	<0,001
Empfohlene	47,4%	42,0%	36,4%	28,2%	44,2%	
Neue/Empfohlene	11,3%	5,9%	6,5%	5,7	9,9%	
Andere Medikamente	20,3%	20,2%	16,0%	27,4%	20,3%	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

* zur Erläuterung der Klassifikation siehe auch 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

Patientenseitige Erfahrungen in der ambulanten Weiterbehandlung

Die patientenseitigen Erfahrungen in der ambulanten Weiterbehandlung seit der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt wurden mit dem PACIC 5A erhoben. Mit einem Scorewert von 2,7 zeigt der PACIC 5A an, dass die individuelle Beratung unter Berücksichtigung patientenseitiger Faktoren in der ärztlichen Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen nur ansatzweise umgesetzt wird. Dabei werden in den einzelnen Subskalen Scorewerte zwischen 2,2 und 3,2 erreicht.

Der höchste Scorewert wird mit 3,2 auf der Subskala „Agree“ erreicht. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass aus Sicht der Befragten die Festlegung der Behandlungsziele unter Einbeziehung der Patienten in die Entscheidungsfindung zumindest zufriedenstellend ist. Allerdings zeichnen sich hier deutliche, wenn auch statistisch nicht signifikante Unterschiede nach der Art der Hauptentlassungsdiagnose ab. Hier sehen sich Personen mit somatoformen Störungen mit einem Scorewert_{Agree} von 2,4 in der Einigung über das Behandlungsziel deutlich schlechter berücksichtigt als die anderen Gruppen. Insgesamt werden auch bei der Bestandsaufnahme der Ist-Situation mit einem Scorewert_{Assess} von 2,9 die Anforderungen an eine verhaltensorientierte Beratung aus Sicht der Patienten zumindest teilweise erfüllt. Dabei zeigen sich nur geringfügige Unterschiede nach der Art der Hauptentlassungsdiagnose.

Tabelle 3-29: Akut-stationär – PACIC 5A nach Hauptentlassungsdiagnose

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

PACIC 5A	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt	p-Wert
	Depression	Angst	Anpassung	Somatoform		
	n=1.121	n=108	n=207	n=110	n=1.546	
Assess	2,9	2,8	3,0	2,8	2,9	n.s.
	n=1117	n=108	n=206	n=111	n=1.542	
Advise	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	n.s.
	n=1.133	n=108	n=209	n=110	n=1.562	
Agree	3,2	3,1	3,1	2,4	3,2	n.s.
	n=1.114	n=107	n=210	n=110	n=1.541	
Assist	2,6	2,6	2,6	2,4	2,6	n.s.
	n=1.121	n=107	n=210	n=112	n=1.550	
Arrange	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	n.s.
	n=1.109	n=106	n=206	n=109	n=1.462	
Gesamt	2,6	2,6	2,6	2,5	2,7	n.s.

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

In den Subskalen „Advise“ und „Assist“ werden die Anforderungen an die Elemente einer verhaltensorientierten Beratung aus Sicht der Befragten nur ansatzweise erfüllt. Für die individuelle Beratung des Patienten, deren Ziel die Stärkung des Vertrauens des Patienten in die eigenen Fähigkeiten darstellt, er-

gibt sich ein eher niedriger Scorewert_{Advise} von 2,6. Auch auf der Subskala Assist, die erfasst, ob in Abhängigkeit von der individuellen Veränderungsbereitschaft des Patienten Hilfestellungen gegeben werden (etwa im Erkennen von Rückfällen), wird nur ein Scorewert_{Assist} von 2,6 erreicht.

Den niedrigsten Scorewert mit 2,2 erreicht die Subskala „Arrange“. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass aus Patientensicht im Bereich der Folgevereinbarungen die Anforderungen, die einer Sicherung der Nachhaltigkeit dienen (etwa regelmäßige telefonische Nachfragen der Praxis), bislang noch nicht zufriedenstellend erfüllt sind.

In Bezug auf die ärztliche und medikamentöse Behandlung von Personen mit psychischen Störungen zeigt sich nach dem Übergang in die ambulante Weiterbehandlung folgendes:

- Die Empfehlungen des Krankenhauses, die aus Patientensicht bei der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt gegeben wurden, werden insgesamt von einem Großteil (87,1%) der behandelnden Ärzte in der ambulanten Versorgung berücksichtigt. Allerdings zeigen sich hier, wenn auch statistisch nicht signifikante, Unterschiede nach der Art der Hauptentlassungsdiagnose. Während bei Personen mit einer Depression, aus Patientensicht, 89,3% der behandelnden Ärzte die Krankensempfehlungen berücksichtigen, sind es bei Personen mit somatoformen Störungen nur 76,7%.
- Insgesamt nimmt ein Viertel (25,7%) der Befragten knapp ein Jahr nach der Krankenhaus-Entlassung keine Medikamente. Mehrheitlich (44,2%) werden weiterhin die vom Krankenhaus verordneten Medikamente eingenommen, während bei knapp einem Drittel der Befragten die Medikamente teilweise (9,9%) oder komplett (20,3%) neu verordnet wurden. Dabei zeigen sich auch statistisch signifikante Unterschiede nach der Art der Hauptentlassungsdiagnose. Personen mit Anpassungsstörungen (41,7%) aber auch Personen mit somatoformen Störungen (38,7%) geben besonders häufig an, keine Medikamente aufgrund ihrer seelischen Erkrankung zu nehmen. Zudem werden Personen mit somatoformen Störungen signifikant häufiger komplett andere Medikamente verordnet.

- In der ambulanten Weiterbehandlung werden aus Patientensicht Anforderungen an eine individuelle Beratung unter Berücksichtigung patientenseitiger Faktoren nur ansatzweise umgesetzt. Während die Einbeziehung der Patienten in die Behandlungsziele zumindest zufriedenstellend ist (Scorewert_{Agree} 3,2) und auch die Bestandsaufnahme der Ist-Situation teilweise die Anforderung an eine verhaltensorientierte Beratung erfüllt (Scorewert_{Assess} 2,9), werden die Anforderungen an Folgevereinbarungen, die der Nachhaltigkeit der Behandlung dienen (Scorewert_{Arrange} 2,2), aus Patientensicht nur ansatzweise erfüllt.

3.3.8 Seelisches und gesundheitliches Befinden

Beschwerdeliste

Mit der Beschwerdeliste wird das Vorliegen und Ausmaß subjektiver Beeinträchtigung durch (psycho-) somatische Beschwerden erfasst, etwa Schlafstörungen, Gliederschmerzen oder Abgespanntheit.

Tabelle 3-30: Akut-stationär - (Psycho-) somatische Beschwerden nach Hauptentlassungsdiagnose nach der Beschwerdeliste

(Beschwerdeliste nach Zerssen, Quelle: Patientenbefragung)

Beschwerdeliste nach von Zerssen	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1.647	p-Wert
	Depressi- on n=1.192	Angst n=113	Anpassung n=223	Somato- form n=119		
MW	35,1	35,3	34,3	40,4	35,4	<0,001
Min - Max	0 - 72	7 - 63	3 - 65	0 - 72	0 - 72	
Standardabweichung	15,0	13,6	14,1	15,1	14,9	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

Zum Zeitpunkt der Befragung wiesen die Befragten einen durchschnittlichen Scorewert_{Beschwerdeliste} von 35,4 auf. Dabei zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede nach der Art der Hauptentlassungsdiagnose. Personen mit somatoformen Störungen erreichen erwartungsgemäß einen deutlich höheren Wert als Befragte mit anderen Hauptentlassungsdiagnosen, d.h., sie sind deutlich häufiger von Befindlichkeitsstörungen betroffen.

Im Einzelnen leiden Personen auch knapp ein Jahr nach ihrer Entlassung aus der akut-stationären Versorgung insbesondere unter (psycho-)somatischen Symptomen, die auch mit Depressionen einhergehen (vgl. Tabelle 7-25 im Anhang). Am häufigsten fühlen sich die Befragten stark durch eine Innere Unruhe beeinträchtigt (40,3%). Jeweils ein Drittel der Befragten leiden stark unter Energielosigkeit (34,4%), Mattigkeit (33,8%), innerer Gespanntheit (33,3%), Müdigkeit (33,0%) und mangelnder geschlechtlicher Erregbarkeit (32,1%).

Depressivität und Majore Depression

Zur Erfassung depressiver Symptomatik zum Zeitpunkt der Befragung wurden die Kurzform der Allgemeinen Depressions-Skala (ADS-K) sowie die Kurzform des Patient Health Questionnaire (PHQ), respektive die PHQ-Subskala „Depression“ (PHQ-9) verwendet. Für die Interpretation des ADS-K ist es hilfreich zu wissen, dass Lehr et al. (2008) für den Einsatz als Screeninginstrument einen Scorewert von ≥ 18 als optimalen Cut-Off-Wert für eine depressive Symptomatik identifiziert haben. Für die Interpretation der Scorewerte des PHQ-9 schlagen Löwe et al. (2002) eine Einteilung in fünf Kategorien vor (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Tabelle 3-3 Seite 55). Eine Majore Depression wird durch einen Punktwert von zehn und höher angezeigt, was der Kategorie „mittlere Depressivität und stärker“ entspricht (Löwe et al. 2002).

Der PHQ-9 zeigt für die Mehrheit der Befragten (58,0%) auch ca. ein Jahr nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt noch Anzeichen für eine Majore Depression. Bezogen auf die einzelnen Kategorien zeigt sich, dass lediglich bei 16,9% der Befragten keine Hinweise auf das Vorliegen von Depressivität zu finden sind. Bei einem weiteren Viertel liegt lediglich eine milde Ausprägung vor. Insgesamt weisen 21,4% der Befragten eine mittlere und jeweils knapp ein Fünftel eine ausgeprägte (18,6%) bzw. schwere (18,0%) Depressivität auf. Auffallend ist, dass zum Zeitpunkt der Befragung Personen mit somatoformen Störungen statistisch signifikant häufiger die Kriterien für eine Majore Depression erfüllen als Personen mit Depressionen als Entlassungsdiagnose (65,0% vs. 59,2%). Insbesondere schwere Ausprägungen der Depressivität kommen mit 23,9% bei somatoformen Störungen häufiger als in den anderen untersuchten Gruppen vor.

Tabelle 3-31: Akut-stationär - Depressivität zum Zeitpunkt der Befragung nach Hauptentlassungsdiagnose des Index-Aufenthalts

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Depressivität	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt	p-Wert
	Depression	Angst	Anpassung	Somatoform		
PHQ-9 Depressivität	n=1.217	n=114	n=222	n=117	n=1.670	<0,01
Keine	17,3%	15,8%	14,9%	17,1%	16,9%	
Mild	23,4%	43,0%	28,8%	18,0%	25,1%	
Mittel	21,7%	15,8%	21,6%	23,9%	21,4%	
Ausgeprägt	19,6%	14,0%	16,22	17,1%	18,6%	
Schwer	18,0%	11,4%	18,5%	23,9%	18,0%	
PHQ - Major Depression	n=1.217	n=114	n=222	n=117	n=1.670	
Nein	40,8%	58,7%	43,7%	35,0%	42,0%	<0,001
Ja	59,2%	41,2%	56,3%	65,0%	58,0%	
ADS - Depression	n=1.178	n=116	n=220	n=117	n=1.631	
Mittelwerte	19,9	16,9	19,6	20,1	19,6	n.s.
Min-Max (STD)	0-45 (11,8)	0-42 (10,2)	0-44 (10,8)	0-43 (12,1)	0-45 (11,6)	
Anteil > 18 Punkte	55,4%	44,0%	55,0%	55,6%	54,5%	n.s.

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

Das hohe Ausmaß der Depressivität unter den Befragten zeigt sich auch in der ADS-K, allerdings finden sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede nach der Art der Hauptentlassungsdiagnose. Mit einem durchschnittlichen Scorewert_{ADS-K} von 19,6 zeigt sich, dass die Befragten auch knapp ein Jahr nach dem Index-Aufenthalt noch deutlich von ihrer psychischen Erkrankung belastet sind.

Insgesamt weist mehr als die Hälfte der Befragten mit dem ADS-K Scorewerte oberhalb des kritischen Wertes von ≥ 18 auf. Während der Anteil der Personen, die den kritischen Wert überschreiten, bei den Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störung“ mit 55,6% sogar geringfügig höher ist als bei Personen mit „Depression“ (55,4%), weisen in der Gruppe der Personen mit „Angststörung“ deutlich weniger Befragte kritische Werte auf (44,0%).

Angst und Panik

Insgesamt geben 29,7% der Befragten Anzeichen einer Panikstörung an. Dabei sind erwartungsgemäß Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Angststörung“ signifikant häufiger betroffen. Auffallend ist aber, dass unter Personen mit Depressionen und Befragten mit somatoformen Störungen ebenfalls 27,5% bzw. 32,8% unter Symptomen leiden, die Anzeichen für eine Panikstörung sind (vgl. Tabelle 3-32).

Tabelle 3-32: Akut-stationär - Angststörung und Ängstlichkeit zum Zeitpunkt der Befragung nach Hauptentlassungsdiagnose des Index-Aufenthalts

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Depressivität	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt	p-Wert
	Depression	Angst	Anpassung	Somatoform		
PHQ- Panik	n=1.224	n=118	n=227	n=119	n=1.688	
Nein	72,5%	54,2%	68,3%	67,2%	70,3%	<0,001
Ja	27,5%	45,8%	31,7%	32,8%	29,7%	
STAI-State	n=1.184	n=115	n=219	n=114	n=1.632	
Mittelwerte	51,2	49,5	50,0	52,9	51,0	n.s.
Min-Max (STD)	20-80 (15,0)	20-80 (14,3)	20-80 (13,7)	22-78 (14,8)	20-80 (14,8)	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

Der durchschnittliche Score des STAI-State beträgt 51,0. Dieses Ergebnis kann vor dem Hintergrund der bevölkerungsrepräsentativen Eichstichprobe aus dem Jahr 1977 eingeordnet werden. Nach Laux et al. (1981) wurden 2.385 Personen befragt. Der durchschnittliche Scorewert_{STAI-State} betrug bei Männern 34,5 und bei Frauen 37,0. Auch wenn berücksichtigt wird, dass sich seitdem vielfältige gesellschaftliche Veränderungen vollzogen haben, bleibt festzuhalten, dass Personen mit psychischen Störungen auch knapp ein Jahr nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine deutlich ausgeprägtere Zustandsangst aufweisen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Die Art der Hauptentlassungsdiagnose hat keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Ausprägung des Scorewerts_{STAI-State}. Allerdings fällt auf, dass Personen mit Angststörungen den niedrigsten (49,5) und

Personen mit somatoformen Störungen den höchsten (52,9) Scorewert_{STAI-State} aufweisen.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Unter den Personen, die aufgrund einer psychischen Störung akut-stationär behandelt wurden, fällt die Selbstbewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes knapp ein Jahr nach dem Index-Aufenthalt eher negativ aus. Insgesamt stufen 38,3% ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als weniger gut und weitere 18,1% als schlecht ein. Lediglich 1,2% der Befragten bezeichnen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als ausgezeichnet. Dabei zeigen sich statistisch hoch signifikante Unterschiede nach der Art der Hauptentlassungsdiagnose. Die Verteilung der Personen, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut einstufen, ist zwar in allen Gruppen ähnlich (niedrig), aber Personen mit der Diagnose „somatoforme Störung“ bewerten die eigene Gesundheit im Vergleich zu den anderen Gruppen besonders negativ (schlecht 27,1%). Demgegenüber stufen Personen mit einer Angststörung die eigene Gesundheit am ehesten noch als gut ein (41,0%).

Tabelle 3-33: Akut-stationär - Aktueller Gesundheitszustand nach Hauptentlassungsdiagnose

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Subjektiver Gesundheitszustand	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1.704	p-Wert
	Depression n=1.235	Angst n=117	Anpassung n=230	Somato- form n=122		
Ausgezeichnet	1,1%	1,7%	1,7%	1,6%	1,2%	<0,001
Sehr gut	8,1%	5,1%	7,8%	4,9%	7,6%	
Gut	35,1%	41,0%	36,1%	22,1%	34,7%	
Weniger gut	37,3%	38,5%	40,9%	44,3%	38,3%	
Schlecht	18,5%	13,7%	13,5%	27,1%	18,1%	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

3.3.9 Erfolg der Behandlung aus Patientensicht

Aktuelles Befinden im Vergleich zum Befinden bei Entlassung aus dem Krankenhaus

Der subjektiv wahrgenommene Erfolg der ambulanten Weiterbehandlung wurde erhoben, in dem die Befragten gebeten wurden, ihr aktuelles Befinden im Vergleich zu der Zeit direkt nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt zu bewerten. Insgesamt berichten 34,1% der Befragten, dass es ihnen zum Zeitpunkt der Befragung viel besser geht als direkt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Weiteren 34,8% geht es zumindest etwas besser. Damit berichten insgesamt 68,9% der Befragten von Verbesserungen (vgl. Tabelle 3-34).

Allerdings bezeichnen 11,1% ihre Befindlichkeit als unverändert und weitere 12,6% als etwas oder deutlich schlechter als in der Zeit direkt nach dem Krankenhausaufenthalt. Hier zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede nach der Art der Hauptentlassungsdiagnose. Am häufigsten berichten Personen mit Angststörungen (40,9%), gefolgt von Personen mit Depressionen, von deutlichen Verbesserungen. Dagegen berichten Personen mit somatoformen Störungen am häufigsten von Verschlechterungen (17,2%) bzw. deutlichen Verschlechterungen (11,5%).

Tabelle 3-34: Akut-stationär – Subjektiver Erfolg

*(Selbstbewertung aktuelles Befinden vs. Befinden direkt nach Indexaufenthalt;
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)*

	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1.709	p-Wert
	Depressi- on n=1.242	Angst n=115	Anpassung n=230	Somato- form n=122		
Geht es Ihnen heute ...						
... sehr viel besser?	35,6%	40,9%	29,6%	21,3%	34,1%	<0,05
... etwas besser?	33,8%	33,0%	40,0%	36,0%	34,8%	
... genauso gut?	10,4%	12,2%	12,6%	13,9%	11,1%	
... etwas schlechter?	12,2%	9,6%	13,5%	17,2%	12,6%	
... sehr viel schlechter?	8,0%	4,4%	4,4%	11,48%	7,5%	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

Rehospitalisierung nach Patientenangaben

Im Zeitraum zwischen der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt und der Befragung musste ein Viertel (25,9%) der Patienten nach eigenen Angaben mindestens einmal wegen der gleichen seelischen Erkrankung erneut akut-stationär behandelt werden. Eine Rehospitalisierung war bei 16,0% einmalig und bei 9,9% mehrfach erforderlich. Dabei zeigen sich statistisch hoch signifikante Unterschiede bezüglich der Hauptentlassungsdiagnose. Eine Rehospitalisierung fand bei Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Anpassungsstörung“ besonders häufig (32,3%) und besonders häufig mehrfach statt (16,6%). In der Gruppe der Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose Depression berichten noch insgesamt 26,8% von einer Rehospitalisierung, 17,1% einmalig und 9,7% mehrmals.

Tabelle 3-35: Akut-stationär - Rehospitalisierung nach Hauptentlassungsdiagnose

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Waren sie seither erneut wegen der gleichen seelischen Erkrankung im Krankenhaus?	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1.705	p-Wert
	Depression n=1.237	Angst n=116	Anpassung n=229	Somatisierung n=123		
Nein	73,2%	83,6%	67,7%	85,4%	74,1%	<0,001
Ja, einmal	17,1%	10,3%	15,7%	11,4%	16,0%	
Ja, mehrmals	9,7%	6,0%	16,6%	3,3%	9,9%	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

3.3.10 Welche Einflussgrößen lassen sich identifizieren?

Nach der deskriptiven Darstellung der Patientenerfahrungen, knapp ein Jahr nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Depressionen, Angststörungen, Anpassungsstörungen oder somatoformen Störungen, werden in diesem Abschnitt die Ergebnisse multivariater Analysen vorgestellt. Die Modelle überprüfen unter gleichzeitiger Einbeziehung der jeweils potenziell relevanten Merkmale, welche Merkmale sich als statistisch signifikante Einflussgrößen erweisen auf:

- das Risiko einer Rehospitalisierung,
- die Wahrscheinlichkeit, sich zum Befragungszeitpunkt in psychotherapeutischer Behandlung zu befinden,
- die Wartezeit bis zum Beginn einer Psychotherapie,
- die patientenseitigen Erfahrungen in der ambulanten und (ggf. stationären) Behandlung seit der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt,
- die seelische Befindlichkeit knapp ein Jahr nach der Entlassung aus dem Krankenhaus,
- Verbesserung der Beschwerden im Vergleich zum Zeitraum direkt nach der Krankenhausentlassung.

Was beeinflusst die Wahrscheinlichkeit für eine Rehospitalisierung?

Um das Risiko einer Rehospitalisierung zu modellieren, wurden alle zeitlich vorgelagerten Merkmale einbezogen. Neben den soziodemografischen Merkmalen Alter⁷, Geschlecht und Erwerbsstatus wurden auch die Art der Aufnahme für den Index-Aufenthalt, die Krankenhaus-Empfehlung sowie die Variable „Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt“ einbezogen, die als Indikator für eine schwerere Erkrankung dient (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51).

Zunächst wurde überprüft, ob es in Abhängigkeit von der Hauptentlassungsdiagnose Unterschiede im Risiko für eine Rehospitalisierung gibt.

⁷Aus den deskriptiven Analysen zeigte sich, dass kein linearer Zusammenhang zwischen Alter und Rehospitalisierung besteht. Aus diesem Grund wurden die Alterskategorien einbezogen.

Tabelle 3-36: Akut-stationär - Einflussgrößen auf das Risiko einer Rehospitalisierung nach dem Index-Aufenthalt

(Kontrolliert für Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Art der Aufnahme, Krankenhauses-Empfehlung und Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt, logistische Regression, n=1.560;)

Merkmal	Ausprägung	OR	95% CI	p-Wert
Hauptentlassungsdiagnose*	Depression	1		
	Angststörung	0,60	(0,36 - 1,02)	0,058
	Anpassungsstörung	1,32	(0,94 - 1,85)	0,114
	Somatoforme Störung	0,54	(0,31 - 0,92)	0,024
Modellgüte	c-Wert	0,63		

* kontrolliert für Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Art der Aufnahme, Krankenhauses-Empfehlung und Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt

Es zeigt sich, dass die Hauptentlassungsdiagnose aus dem Index-Aufenthalt das Risiko einer Rehospitalisierung auch unter Kontrolle der anderen Merkmale statistisch signifikant beeinflusst (vgl. Tabelle 3-36). Daher werden die multivariaten Analysen für das Risiko einer Rehospitalisierung jeweils gesondert nach der Art der Hauptentlassungsdiagnose durchgeführt.

Die multivariate Analyse für die Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ zeigt, dass soziodemografische Faktoren in dieser Gruppe keinen substanziellen Einfluss auf das Risiko einer Rehospitalisierung haben (vgl. Anhang Tabelle 7-31 Seite 203). Als relevant erweisen sich Merkmale die Hinweise auf die Erkrankungsschwere vor der Aufnahme sowie zum Zeitpunkt der Entlassung geben. Personen, die bereits vor dem Index-Aufenthalt eine Psychotherapie begonnen haben, tragen im Vergleich zu Personen, die sich vor ihrem Index-Aufenthalt (noch) nicht in psychotherapeutischer Behandlung befanden, ein höheres Risiko für eine Rehospitalisierung (OR 1,52, p-Wert: <0,01). Zudem stellt die Krankenhausaufnahme als Notfall im Vergleich zu einer Aufnahme als Normalfall einen signifikanten Risikofaktor für eine Rehospitalisierung dar (OR 1,43, p-Wert: 0,05). Als protektiver Effekt erweist sich die Einschätzung des Krankenhauses bei der Entlassung als eher leichter Fall, der sich in dem Umstand ausdrückt, dass den Patienten zur Weiterbehandlung nur eine psychotherapeutische und

keine medikamentöse Behandlung empfohlen wird. Das Modell weist mit einem C-Wert von 0,63 eine eher mäßige Güte auf und zeigt, dass das Risiko einer Rehospitalisierung mit soziodemografischen Merkmalen nicht und mit den aus der Erhebung vorliegenden Aspekten der Erkrankungsschwere nur ansatzweise erklärt werden kann. Vermutlich könnte eine Erfassung der seelischen Befindlichkeit unmittelbar nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt, etwa über den PHQ-9, die Vorhersage des Risikos deutlich verbessern.

Mit einem C-Wert von 0,74 weist das Modell für die Befragten mit der Hauptentlassungsdiagnose „Angststörung“ eine zufriedenstellende Güte auf (vgl. Anhang Tabelle 7-31 Seite 203). Dies ist auf den hohen Erklärungsgehalt des Alters und des Erwerbsstatus zurückzuführen, die allerdings aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht statistisch signifikant sind. Personen, die zwischen 41 und 50 Jahren alt (OR 4,47 n.s.) sind sowie höhere und leitende Angestellte (OR 6,35 n.s.) tragen ein besonders hohes Risiko einer Rehospitalisierung. Dagegen erscheinen Faktoren, die im Kontext der Krankenhaus-Aufnahme oder Entlassung stehen kaum relevant. Eine ähnliche Tendenz deutet sich auch bei den Befragten mit der Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störung“ an.

Die Modelle zum Risiko einer Rehospitalisierung in der Gruppe der Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Anpassungsstörung“ bzw. „Somatoforme Störung“ weisen mäßige (0,63) bzw. zufriedenstellende (0,72) c-Werten auf (vgl. Anhang Tabelle 7-31 Seite 203). In beiden Gruppen zeigen sich aufgrund der geringen Stichprobengröße keine statistisch signifikanten Einflussfaktoren. Interessanterweise stellt der Beginn einer Psychotherapie bereits vor dem Index-Aufenthalt, in diesen beiden Gruppen einen protektiven Effekt dar. Während im Modell für die Diagnose „Anpassungsstörung“ die OR's insgesamt eher gering ausfallen, stellt der Erwerbsstatus „Facharbeiter“, „Angestellter Hoch“ und „Selbständiger“ im Modell für die Diagnose „somatoforme Störung“ ein deutliches allerdings nicht statistisch signifikantes Risiko für eine Rehospitalisierung dar.

Was beeinflusst die Wahrscheinlichkeit, sich aktuell in ambulanter Psychotherapie zu befinden

Bereits in den deskriptiven Auswertungen zeigte sich, dass Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störungen“ deutlich seltener zum Zeitpunkt der Befragung in psychotherapeutischer Behandlung sind. Daher wurde nun in einem ersten Schritt geprüft, ob dieser Befund auch unter gleichzeitiger Kontrolle weiterer Merkmale (u.a. Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Empfehlung des Krankenhauses) zu beobachten ist. Das entsprechende logistische Regressionsmodell zeigt: Personen mit somatoformen Störungen haben im Vergleich zu Depressiven nur zwei Drittel der Chance, ein knappes Jahr nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt in psychotherapeutischer Behandlung zu sein (OR 0,6 95%-KI: 0,4 – 0,92; vgl. Tabelle 3-37) und bestätigt damit die Aussage: es gibt in Abhängigkeit von der Hauptentlassungsdiagnose substanzielle und statistisch signifikante Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, in ambulanter psychotherapeutischen Behandlung zu sein. Somatoforme Störungen werden seltener psychotherapeutisch behandelt, während zwischen den anderen betrachteten Störungsbildern keine substanziellen Unterschiede bestehen.

*Tabelle 3-37: Akut-stationär - Einflussgrößen auf die Wahrscheinlichkeit, zum Zeitpunkt der Befragung in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung zu sein**

(Logistische Regression, n=1.560)

Variable	Ausprägung	OR	95% CI	p-Wert
Hauptentlassungsdiagnose*	Depression	1		
	Angststörung	1,16	(0,75 - 1,81)	n.s.
	Anpassungsstörung	0,88	(0,63 - 1,23)	n.s.
	Somatoforme Störung	0,60	(0,4 - 0,92)	<0,05
Modellgüte	c-Wert	0,70		

* kontrolliert für Erwerbsstatus, Art der Aufnahme (Normalfall/Notfall), Empfehlung des Krankenhauses zur Weiterbehandlung und Rehospitalisierung

Für jede der vier einbezogenen Hauptdiagnosen wurden nun getrennte Modelle für die Wahrscheinlichkeit gerechnet, sich ein knappes Jahr nach Entlassung aus dem Index-Aufenthalt in ambulanter psychotherapeutischer Behand-

lung zu befinden. Zur Erklärung wurden die soziodemografischen Merkmale Alter, Geschlecht und Erwerbsstatus herangezogen. Darüber hinaus wurde die Art der Aufnahme in den Index-Aufenthalt (Regulär/Notfall), die Empfehlung des Krankenhauses zur ambulanten Weiterbehandlung sowie die Variable „Rehospitalisierung“ aufgenommen. Eine Rehospitalisierung im Zeitraum zwischen der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt und der Befragung diente als Indikator für eine schwere Erkrankung.

In den Modellen, die für die einzelnen nach den Hauptentlassungsdiagnosen aufgeteilten Gruppen gerechnet wurden, erweisen sich jeweils unterschiedliche patientenseitige Merkmale als relevant (vgl. Anhang Tabelle 7-33 Seite 205). Bei Personen mit der Diagnose „Depression“ wirkt sich das Alter auf die Wahrscheinlichkeit aus, sich zum Zeitpunkt der Befragung in psychotherapeutischer Behandlung zu befinden. Ältere Personen (61 bis 75 Jahre) sowie Personen zwischen 41 und 50 Jahren befinden sich statistisch signifikant seltener in psychotherapeutischer Behandlung. Bei Personen mit der Diagnose „Angststörung“ stellt der Erwerbsstatus einen statistisch signifikanten Einflussfaktor dar. Die Wahrscheinlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung ist bei höheren oder leitenden Angestellten statistisch signifikant geringer als bei einfachen oder mittleren Angestellten. Unter den Personen mit Anpassungsstörungen erweist sich die Aufnahme beim Index-Aufenthalt als Notfall als statistisch signifikanter negativer Einflussfaktor auf die Wahrscheinlichkeit, sich in psychotherapeutischer Behandlung zu befinden. In allen Gruppen führt eine Rehospitalisierung zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, sich zum Befragungszeitpunkt in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung zu befinden (OR 1,42 „Depression“ bis OR 1,86 „Anpassungsstörung“), wobei dieser Effekt allerdings lediglich in der größten Gruppe („Depression“) statistisch signifikant ist.

In allen Gruppen zeigt sich: gibt das Krankenhaus keine Empfehlung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, werden die Patienten auch ein knappes Jahr nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt in der Regel NICHT psychotherapeutisch behandelt. Anders gesagt: Wird keine Behandlungsempfehlung ausgesprochen oder besteht die Empfehlung des Krankenhauses allein in einer medikamentösen Behandlung, ist die Chance, zum Zeitpunkt der Befragung

in psychotherapeutischer Behandlung zu sein, sehr gering (z.B. OR 0,04 „somatoforme Störung“ bis OR 0,20 „Depression“). Die Modelle zur Wahrscheinlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung zum Befragungszeitpunkt weisen mit c-Werten von 0,70 („Depression“) bis 0,79 („somatoforme Störung“) eine zufriedenstellende Güte auf (vgl. Anhang Tabelle 7-33 Seite 205).

Was beeinflusst die Wartezeit bis zum Beginn der Psychotherapie

Nach Schulz et al. (2008) soll die Wartezeit auf den Beginn einer Psychotherapie nicht mehr als drei Monate betragen. Daher wurden multivariate Analysen durchgeführt, um diejenigen Merkmale zu identifizieren, die auch unter gleichzeitiger Einbeziehung weiterer Merkmale statistisch signifikant die Wartezeit auf den Therapiebeginn beeinflussen. Modelliert wurde eine als angemessen eingestufte Wartezeit von bis zu drei Monaten unter Einbeziehung der Merkmale Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus sowie den Variablen „Art der Aufnahme“, „Krankenhaus-Empfehlung“, „Unterstützung bei der Suche nach Psychotherapie“ und „Wegezeit zur Therapie“ (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51). In das Modell zur Erklärung der Wartezeit zwischen der Entlassung bis zur Aufnahme einer Psychotherapie wurden ausschließlich Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ einbezogen, die erst nach dem Index-Aufenthalt eine Psychotherapie begonnen haben.

Unter der Einbeziehung weiterer Merkmale zeigt sich, dass bei Personen mit der Diagnose „Depression“ die Chance auf eine angemessene Wartezeit (< 3 Monate) auf den Beginn einer Psychotherapie vom Erwerbsstatus abhängt. Deutlich bessere Chancen auf einen Therapiebeginn von bis zu drei Monaten nach der Entlassung aus dem Index-Krankenhaus haben Facharbeiter (OR 3,30, p-Wert <0,05). Erstaunlich ist, dass der Effekt einer sehr kurzen Wegezeit. Im Vergleich zu einer Wegezeit von 15 bis 30 Minuten, steigen bei einer sehr kurzen Wegezeit von weniger als 15 Minuten die Chancen auf eine angemessene Wartezeit deutlich und statistisch signifikant an (OR 3,01, p-Wert <0,05). Möglicherweise zeigt sich hier indirekt ein Einfluss der Wohngegend der Patienten auf die Wartezeit: je höher die Psychotherapeutendichte in der Wohngegend von Patienten ist, desto schneller kann mit der Psychotherapie begonnen werden.

Die Empfehlungen des Index-Krankenhauses zur Weiterbehandlung und die von den Patienten genannte Unterstützung bei der Suche nach Psychotherapie haben keinen substanziellen Einfluss auf die Zeit bis zum Beginn der Psychotherapie.

Tabelle 3-38: Akut-stationär - Einflussgrößen auf die Wartezeit bis zum Beginn der Psychotherapie (bis zu 3 Monate vs. länger als 3 Monate)

(Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“, die nach dem Index-Aufenthalt mit ihrer Psychotherapie begannen; logistische Regression, n=327)

Variable*	Ausprägung	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		1,74	(0,79 - 3,84)	0,168
Alter (Jahre)	<= 40 Jahre	0,60	(0,27 - 1,34)	n.s.
	41 - 50 Jahre	0,69	(0,3 - 1,61)	n.s.
	51 - 60 Jahre	1		
	61 - 75 Jahre	1,29	(0,52 - 3,17)	n.s.
Geschlecht	Weiblich	1		
	Männlich	2,02	(0,93 - 4,39)	n.s.
Erwerbsstatus	Arbeiter	1,29	(0,45 - 3,71)	n.s.
	Facharbeiter	3,30	(1,15 - 9,48)	<0,05
	Angestellte „Niedrig“	1		
	Angestellt „Hoch“	0,85	(0,38 - 1,91)	n.s.
	Selbständig	3,45	(0,73 - 16,37)	n.s.
	Nicht berufstätig	2,28	(0,86 - 6,03)	n.s.
Aufnahme	Normalfall	1		
	Notfall	2,05	(0,98 - 4,29)	n.s.
Krankenhaus-Empfehlung zur Psychotherapie	ja	1		
	nein	0,80	(0,34 - 1,89)	n.s.
Unterstützung bei der Suche nach Psychotherapie	Keine professionelle Hilfe	1		
	Nur Arzt	1,23	(0,56 - 2,72)	n.s.
	Nur Krankenhaus	1,34	(0,66 - 2,74)	n.s.
	Arzt und Krankenhaus	2,21	(0,58 - 8,38)	n.s.
Wegezeit zur Psychotherapie	<15 Min	3,01	(1,21 - 7,47)	<0,05
	15 – 30 Min	1		
	30 – 60 Min	1,10	(0,56 - 2,15)	n.s.
	>60	1,24	(0,23 - 6,63)	n.s.
Modellgüte	c-Wert	0,73		

* Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen vgl. 3.1.2 Patientenbefragung

Was beeinflusst die patientenseitigen Erfahrung in der Versorgung seit der Entlassung aus dem Krankenhaus?

Um die patientenseitigen Erfahrungen beim Übergang zu modellieren, wurde die Gruppe derjenigen Personen, die sagen, dass die Ereignisse aus der jeweiligen Subskalen des PACIC 5A (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) meistens oder fast immer zutreffen, der Gruppe derjenigen gegenübergestellt, bei denen diese Merkmale nur gelegentlich oder seltener zutreffen. Es wurden nur Personen in die Analyse eingeschlossen, die sich aktuell in ärztlicher Behandlung befinden. Einbezogen wurden soziodemografische Merkmale, die Art der Aufnahme, die Krankenhaus-Empfehlung, Rehospitalisierung, Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt sowie die versorgungsstrukturellen Variablen „Medikamente“, „Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung“ und „Berücksichtigung der Krankenhaus-Empfehlungen“. Zudem wurde mit dem ADS-Score, der die aktuelle Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Befragung misst, ein weiteres patientenseitiges Merkmal einbezogen (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51).

Ausführlich dargestellt wird zunächst das Modell zur PACIC 5A-Subskala Assess. Diese Subskala erfasst u.a., in welchem Ausmaß sich die Patienten von ihren Behandlern nach ihrer Versorgungssituation befragt fühlen bzw. ob eine Bestandsaufnahme ihrer Versorgungssituation stattgefunden hat.

Tabelle 3-39: Akut-stationär – Einflussgrößen auf die patientenseitige Erfahrung Subskala Assess*

(Großteil zutreffender Aspekte bei Personen, die sich in ärztlicher Behandlung befinden; logistische Regression, alle Störungsbilder n=955)

Variable#	Ausprägung#	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		1,41	(0,85 - 2,34)	0,182
Krankenhaus-Empfehlung	Keine	0,46	(0,24 - 0,89)	<0,05
	Psychotherapie	0,54	(0,35 - 0,83)	<0,01
	Medikamente	0,38	(0,24 - 0,60)	<0,001
	Kombiniert	1		
Aktuelle medikamentöse Behandlung	Keine	0,52	(0,3 - 0,91)	<0,05
	Empfohlene	1		
	Neue/Empfohlen	1,18	(0,76 - 1,85)	n.s.
	Andere Medikamente	1,12	(0,77 - 1,63)	n.s.
Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung	Arzt/keine Psychotherapie	0,42	(0,28 - 0,64)	<0,001
	Psychiater/Psychotherapie	0,94	(0,68 - 1,3)	n.s.
	Anderer Arzt/Psychotherapie	1		
Berücksichtigung der KH-Empfehlung	Ja	1		
	Nein	0,57	(0,33 - 0,97)	<0,05
ADS	Je Punktwert	0,98	(0,97 - 1)	<0,05
Modellgüte	c-Wert		0,70	

* kontrolliert für Alter, Geschlecht, Hauptentlassungsdiagnose, Erwerbsstatus, Art der Aufnahme, Rehospitalisierung und Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt

Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen siehe 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

Für die Subskala Assess zeigt sich unter der Kontrolle soziodemografischer Merkmale, der Hauptentlassungsdiagnose sowie von Merkmalen der stationären Aufnahme, die alle keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die patientenseitigen Erfahrungen bei der Bestandsaufnahme haben, folgendes:

- Falls das Index-Krankenhaus keine Empfehlungen insbesondere zu Medikamenten und Psychotherapie ausspricht, erhöht sich auch die Gefahr einer unvollständigen Bestandsaufnahme (OR 0,46, p-Wert <0,05). Ebenso sinkt die Chance auf eine umfassende Bestandsaufnahme, wenn vom Index-Krankenhaus nur eine psychotherapeutische (OR 0,54, p-Wert <0,01) oder nur eine medikamentöse (OR 0,38, p-Wert <0,001) Behandlung empfohlen wurde.

- Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung keine Medikamente nehmen, berichten von einer weniger umfassenden Bestandsaufnahme (OR 0,52, p-Wert 0,05).
- Die Chancen auf eine Bestandsaufnahme, die die Anforderung der Subskala Assess weitgehend erfüllt, werden erheblich und statistisch signifikant beeinträchtigt, wenn zwar eine ärztliche aber keine psychotherapeutische Weiterbehandlung statt findet (OR 0,42, p-Wert <0,001).
- Werden die Empfehlungen des Index-Krankenhauses vom behandelnden Arzt nicht berücksichtigt, steigt auch die Gefahr, dass die Bestandsaufnahme insgesamt nicht umfassend durchgeführt wird (OR 0,56, p-Wert <0,05).
- Die aktuelle Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Befragung wirkt sich auf die Beurteilung der Bestandsaufnahme aus. Mit jedem zusätzlichen Punkt auf der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) erhöht sich auch das Risiko einer als unvollständig bewerteten Bestandsaufnahme (OR 0,98, p-Wert 0,05). Dabei kann die retrospektive Erhebung allerdings keinen Aufschluss darüber geben, ob ein stärker ausgeprägtes depressives Syndrom die Folge einer unzureichenden Bestandsaufnahme ist oder ob die schlechtere Befindlichkeit des Patienten die Möglichkeiten zur Bestandsaufnahme einschränkt.

Die versorgungsstrukturellen Einflussgrößen auf die patientenseitigen Erfahrungen in Bezug auf die Subskalen Advise, Agree, Assist und Arrange sind im Anhang (vgl. Tabelle 7-34 Seite 206) dargestellt. Bezogen auf die versorgungsstrukturellen Aspekte zeigt sich folgendes:

- **Advise.** Die Chance, dass die Anforderungen an eine individuelle Beratung zur Stärkung der Selbstwirksamkeit des Patienten erfüllt sind, fällt bei einer ärztlichen Behandlung ohne ergänzende Psychotherapie statistisch signifikant niedriger aus (OR 0,37 p-Wert 0,001).
- **Agree.** Beeinträchtigend auf die Einbeziehung des Patienten in die Festlegung der Behandlungsziele wirken sich eine ärztliche Weiterbehandlung ohne Psychotherapie (OR 0,52, p-Wert <0,01) sowie eine fehlende Berücksichtigung der Empfehlungen des Index-Krankenhauses (OR 0,35, p-Wert <0,001) aus. Zudem erweist sich auch eine Empfehlung des Index-Krankenhauses zur

psychotherapeutischen und nicht medikamentösen Weiterbehandlung als negativer Effekt auf die Festlegung der Behandlungsziele (OR 0,65, p-Wert <0,05). Vor dem Hintergrund der Einflussfaktoren auf die Subskala Assess lässt sich vermuten, dass im Fall einer Empfehlung zur alleinigen psychotherapeutischen Behandlung der psychischen Störung auch weniger ausführliche Empfehlungen für die ärztliche Weiterbehandlung gemacht werden. Patienten mit einseitig beeinträchtigten stärker ausgeprägten depressiven Merkmalen eine umfassende Einbeziehung des Patienten in die Festlegung der Behandlungsziele (OR_{ADS} 0,98, p-Wert 0,01). Das erscheint plausibel, da sich die im ADS erfragten Merkmale, wie beispielsweise „Verunsicherung“ oder „Traurigkeit“ vermutlich auch erschwerend auf die Einbindung in die Behandlungsplanung auswirken.

- **Assist.** Die Chance, im Rahmen der ambulanten Weiterbehandlung Hilfestellungen zu erhalten, die der individuellen Veränderungsbereitschaft entsprechen, reduziert sich erheblich und statistisch signifikant, wenn vom Index-Krankenhaus eine ausschließlich medikamentöse Weiterbehandlung empfohlen wurde (OR 0,50, p-Wert <0,01) oder wenn eine ärztliche Weiterbehandlung ohne Psychotherapie erfolgt (OR 0,44, p-Wert <0,01).
- **Arrange.** Die Chance auf eine ärztliche Behandlung, die Aspekte der sozialen Umwelt des Patienten berücksichtigt und in Bezug auf die psychische und somatische Gesundheit eine koordinierende Funktion einnimmt, sinkt bei einer Weiterbehandlung, die allein auf somatische Aspekte abzielt (OR_{Arzt/keine Psychotherapie} 0,39, p-Wert <0,01), sowie bei einer Weiterbehandlung durch einen Psychiater und Psychotherapie (OR 0,61, p-Wert <0,05). Letzteres stellt derzeit die häufigste Versorgungsform dar.

Insgesamt weisen die Ergebnisse der multivariaten Auswertungen darauf hin, dass die Empfehlungen des Index-Krankenhauses die Weichen für die ambulante Weiterbehandlung von Personen mit psychischen Störungen stellen. Die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte berücksichtigt diese Empfehlungen. Sie bilden die Basis für die Bestandsaufnahme und die Behandlungsplanung in der ambulanten Versorgung. Falls keine Empfehlungen zur Weiterbehandlung

ausgesprochen werden, wird dieser Schritt auch im weiteren Verlauf der ambulanten Behandlung nicht nachgeholt.

Was beeinflusst die seelische Befindlichkeit ein Jahr nach Entlassung aus dem Krankenhaus?

Für jede Hauptentlassungsdiagnose wurde ein geeigneter Indikator der seelischen Befindlichkeit gewählt (z.B. für Patienten mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ der PHQ-9 und für Patienten mit somatoformen Störungen die Beschwerdeliste nach von Zerssen; vgl. Tabelle 7-35 im Anhang Seite 207) und dann jeweils getrennt ein logistisches Regressionsmodell berechnet. Aufgrund der kleinen Stichprobe und der besseren Anschaulichkeit wurden die Beschwerdeliste nach Zerssen und die Skala STAI State auf der Basis des jeweiligen Medians folgendermaßen dichotomisiert:

- STAI State: Personen mit einem Scorewert_{STAI State} von weniger als 50 vs. Personen mit einem Scorewert_{STAI State} von 50 und darüber.
- Beschwerdeliste: Personen mit einem Scorewert_{Beschwerdeliste} von weniger als 42 vs. Personen mit einem Scorewert_{Beschwerdeliste} von 42 und darüber.

Hauptentlassungsdiagnose „Depression“. Unter der Kontrolle anderer Merkmale stellt eine Rehospitalisierung (OR 3,22, p-Wert <0,001) bei Personen mit Depressionen den stärksten Risikofaktor dafür dar, auch knapp ein Jahr nach einem akut-stationären Aufenthalt aufgrund einer Depression an Anzeichen einer Major Depression zu leiden. Personen, bei denen eine teilweise Änderung der Medikation vorgenommen wurde, tragen ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Anzeichen einer Major Depression wie Personen, die ausschließlich die vom Krankenhaus empfohlenen Medikamente nehmen (vgl. Tabelle 7-36 Seite 208 im Anhang). Risikofaktoren sind der Erwerbsstatus „Arbeiter“ (OR 2,67, p-Wert <0,01) oder „nicht berufstätig“ (OR 2,38, p-Wert <0,01). Zudem zeigt sich ein erhöhtes Risiko für Anzeichen einer Major Depression, wenn Personen knapp ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt keine Medikamente für ihre psychische Störung einnehmen (OR 1,71, p-Wert <0,05). Allerdings ist dieser Effekt nur schwach statistisch signifikant.

Personen mit der Diagnose „Depression“, die sich weder in ärztlicher noch psychotherapeutischer Behandlung befinden, sind auch in wesentlich geringerem Umfang durch Anzeichen einer Majoren Depression eingeschränkt (OR 0,26, p-Wert <0,001). D.h. knapp ein Jahr nach dem Index-Aufenthalt befinden sich Personen, denen es besser geht, auch nicht mehr aufgrund ihrer Erkrankung in ärztlicher Behandlung. In diese Richtung deutet auch der schwach statistisch signifikante protektive Effekt einer alleinigen psychotherapeutischen Behandlung (OR 0,38, p-Wert <0,05).

Unter den patientenseitigen Merkmalen zeigt sich, dass sich ein höheres Lebensalter protektiv auswirkt (OR_{61-75 Jahre} 0,49, p-Wert <0,01).

Interessanterweise zeigt sich, dass Personen, die in ihrem Index-Krankenhaus als Notfall aufgenommen werden mussten, ein statistisch signifikant geringeres Risiko einer Majoren Depression tragen (OR 0,54 p-Wert <0,001). Der statistisch schwach signifikante positive Effekt einer Krankenhaus-Empfehlung zur ambulanten Weiterbehandlung allein mit Medikamenten (OR 0,63, p-Wert <0,05) soll hier nicht überinterpretiert werden.

Hauptentlassungsdiagnose „Angststörung“. Für Personen mit der Diagnose „Angststörungen“ zeigt sich trotz der kleinen Stichprobe ein zumindest schwach statistisch signifikanter Effekt für folgende Einflussgrößen:

- Personen mit mindestens einer Rehospitalisierung zum Zeitpunkt der Befragung weisen ein wesentlich höheres Risiko auf, auch knapp ein Jahr nach dem Index-Aufenthalt unter den Anzeichen einer Panikstörung zu leiden (OR 4,91, p-Wert <0,05).
- Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung weder in ärztlicher noch psychotherapeutischer Behandlung befinden, weisen auch deutlich seltener Anzeichen für eine Panikstörung auf.

Die Wahrscheinlichkeit, auch knapp ein Jahr nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt unter den Anzeichen einer Panikstörung zu leiden, wird nicht substanziell durch demografische Merkmale, ein vor dem Index-Aufenthalt liegender Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung oder einer Aufnahme als Notfall beeinflusst (vgl. Tabelle 7-37 auf Seite 209).

Hauptentlassungsdiagnose „Anpassungsstörung“. Für Personen mit der Diagnose „Anpassungsstörung“ zeigt sich trotz der kleinen Stichprobe ein zumin-

dest schwach statistisch signifikanter Effekt für folgende Einflussgrößen (vgl. Tabelle 7-38 im Anhang Seite 210):

- Die Gefahr, auch knapp ein Jahr nach der Entlassung aus dem Krankenhaus unter Zustandsangst zu leiden (Scorewert_{STAI State} ≥ 50) sinkt mit zunehmendem Alter (OR₄₁₋₅₀ 0,29, p-Wert $< 0,05$, OR₅₁₋₆₀ 0,23, p-Wert $< 0,01$, OR₆₁₋₇₅ 0,19, p-Wert $< 0,05$).
- Personen, die sich knapp ein Jahr nach der Entlassung weder in ärztlicher noch in psychotherapeutischer Behandlung befinden, leiden seltener unter Zustandsangst (OR 0,12, p-Wert $< 0,05$). D.h., knapp ein Jahr nach dem Index-Aufenthalt befinden sich Personen, denen es besser geht, auch nicht mehr aufgrund ihrer Erkrankung in ärztlicher Behandlung.
- Werden von dem behandelnden Arzt die Empfehlungen des Index-Krankenhauses nicht berücksichtigt, steigt das Risiko, auch knapp ein Jahr später unter ausgeprägter Zustandsangst zu leiden erheblich an (OR 6,21, p-Wert $< 0,05$).

Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störung“. In der Gruppe der Personen mit der Diagnose „somatoforme Störung“ (vgl. Anhang Tabelle 7-39 Seite 211) zeigt sich für das Outcome Beschwerdeliste mit einem Scorewert ≥ 42 trotz der kleinen Stichprobe ein zumindest schwach statistisch signifikanter Effekt für die Behandlung durch einen Psychiater in Kombination mit Psychotherapie (OR 0,17, p-Wert $< 0,05$). Eine ärztliche Behandlung durch einen Psychiater in Kombination mit einer Psychotherapie geht mit einer erheblichen Reduktion der psychosomatischen Beschwerden einher. Ein ähnlicher, allerdings statistisch nicht signifikanter Effekt zeigt sich auch für das Outcome Majore Depression. Zudem erweist sich in der Tendenz die alleinige ärztliche Behandlung ohne ergänzende Psychotherapie als Risikofaktor sowohl für (psycho-) somatische Beschwerden als auch für eine Majore Depression.

Verbesserung der Beschwerden

Der subjektive Behandlungserfolg im Sinne einer Verbesserung der eigenen Befindlichkeit im Vergleich zum Zeitpunkt direkt nach dem Index-Aufenthalt (sehr viel besser/etwas besser), wurde unter Einbeziehung folgender patienten-seitiger und versorgungsstruktureller Merkmale modelliert: Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Hauptentlassungsdiagnose, Art der Aufnahme, Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt, Rehospitalisierung, Krankenhaus-Empfehlung, Aktuelle

medikamentöse Behandlung, ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und Berücksichtigung der Krankenhaus-Empfehlungen, ADS (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51).

Die seelische Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Befragung erweist sich als stärkster Einflussfaktor auf die Bewertung der Veränderung der Beschwerden. Der OR für die ADS beträgt 0,92 und ist statistisch hoch signifikant. Das bedeutet, mit jedem zusätzlichen Punkt auf der Allgemeinen Depressionsskala sinkt die Chance auf eine Verbesserung der Beschwerden. Personen, die einen im Vergleich zum Durchschnitt (19,6 Punkte) um fünf Punkte höheren Scorewert_{ADS} aufweisen, tragen ein fast doppelt so hohes Risiko, keine Verbesserung seit der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt wahrzunehmen.

Ein erneuter Krankenhausaufenthalt wegen der psychischen Erkrankung reduziert erheblich und statistisch signifikant die Chancen auf eine Verbesserung der Befindlichkeit (OR 0,59, p-Wert <0,01).

Die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Gesundheitszustand aus Sicht der Patienten verbessert hat, sinkt ebenfalls erheblich, wenn die Empfehlungen zur Weiterbehandlung des Index-Krankenhauses nicht (mehr) berücksichtigt werden. Dieser Effekt kann in zwei Richtungen interpretiert werden:

a) Wird von den Empfehlungen des Krankenhaus abgewichen, handelt es sich um eine angemessene Reaktion seitens der ambulanten Behandler auf einen schweren Krankheitsverlauf⁸ (Abweichung von den Empfehlungen als Folge eines schweren Erkrankungsverlaufs)

b) Den Patienten geht es schlechter als direkt nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt, weil die Empfehlungen des Krankenhauses nicht (mehr) befolgt werden (Abweichung von den Empfehlungen als Ursache eines schweren Erkrankungsverlaufs).

Berücksichtigt man die beiden im Modell enthaltenen Variablen „Rehospitalisierung“ und „ADS“ spricht einiges für die erste Interpretation: denn Personen, die seit dem Index-Aufenthalt bereits erneut in stationärer Behandlung gewesen

8 Beispielsweise dergestalt, dass es unter der vom Krankenhaus empfohlenen Weiterbehandlung zu keiner (weiteren) Verbesserung oder gar zu einer Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit gekommen ist, so dass eine Umstellung der Therapie erforderlich wurde.

sind und Personen, die oder eine stärkere Ausprägung des depressiven Syndroms aufweisen, dürften deutlich schwerer erkrankt sein als Personen, die nicht rehospitalisiert wurden oder einen geringeren Scorewert_{ADS} aufweisen. Damit wäre das Abweichen von den Empfehlungen des Krankenhauses zur medikamentösen und/oder sonstigen ambulanten Weiterbehandlung ein weiterer Indikator für schwere Erkrankungsverläufe.

Tabelle 3-40: Akut-stationär – Einflussgrößen auf aktuelle Beschwerden im Vergleich zur Zeit direkt nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt

(Verbesserung vs. unverändert/verschlechtert ; Logistische Regression, n=1.245)

Variable	Ausprägung [#]	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		27,37	(15,29 - 48,99)	0,000
Psychotherapie vor KH-Aufenthalt	Nein	1		
	Ja	0,76	(0,53 - 1,09)	n.s.
Rehospitalisierung	Nein	1		
	Ja	0,59	(0,43 - 0,81)	<0,01
Krankenhaus-Empfehlung	Keine	0,69	(0,42 - 1,14)	n.s.
	Psychotherapie	0,67	(0,45 - 1,01)	n.s.
	Medikamente	1,10	(0,73 - 1,66)	n.s.
	Kombiniert	1		
Aktuelle medikamentöse Behandlung	Keine	0,93	(0,59 - 1,47)	n.s.
	Empfohlen	1		
	Neue/Empfohlen	0,85	(0,53 - 1,36)	n.s.
	Andere Medikamente	0,89	(0,61 - 1,30)	n.s.
Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung	Keine	0,65	(0,36 - 1,16)	n.s.
	Psychotherapie	1,01	(0,44 - 2,31)	n.s.
	ärztl. Behand. ohne Psychotherapie	0,62	(0,4 - 0,96)	<0,05
	Psychiatr. Behand. u. Psychotherapie	0,92	(0,64 - 1,33)	n.s.
	sonst. ärztl. Behand. u. Psychotherapie	1		
Berücksichtigung der KH-Empfehlung	Nein	0,48	(0,3 - 0,77)	<0,01
	Ja	1		
ADS	Je Punktwert	0,92	(0,9 - 0,93)	<0,001
Modellgüte	c-Wert		0,79	

*kontrolliert für Alter, Geschlecht, Hauptentlassungsdiagnose, Erwerbsstatus und Art der Aufnahme

[#] Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

Unter Kontrolle der übrigen Merkmale haben Hauptentlassungsdiagnosen keinen substanziellen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung der Beschwerden im Vergleich zum Zeitraum direkt nach der Entlassung aus dem In-

dex-Krankenhaus. Auch soziodemografischer und sonstige versorgungsstruktureller Merkmale haben keine substanzielle Bedeutung für den subjektiv wahrgenommenen Behandlungserfolg. Lediglich beim Alter und in der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung zeigt sich ein knapp statistisch signifikanter Einfluss, den wir allerdings nicht überbewerten möchten.

3.4 Zusammenfassende Diskussion

Sind bei den Patienten mit den genannten psychischen Störungen im zeitlichen Verlauf (kalenderjährliche Querschnitte) Verkürzungen der Verweilzeiten nachweisbar?

Die Auswertungen auf der Basis der Daten der ehemaligen GEK belegen einen erheblichen Rückgang der fallbezogenen Verweildauer in den letzten 20 Jahren: Krankenhausbehandlungen mit Hauptentlassungsdiagnosen aus dem Kapitel F „Psychische Störungen“ dauerten 1990 durchschnittlich 36 Tage (im Jahr 2000: 28,6 Tage) und aktuell (in 2010) noch 22,5 Tage. Die entspricht einer Abnahme gegenüber dem Bezugsjahr 1990 um 38%. Bezogen auf das Jahr 2000 ist die Verweildauer um 21% gesunken. Die Verkürzung der Verweilzeit fand im Zeitraum von 1996 bis 2003 statt, seither scheint so etwas wie eine Stabilisierung der fallbezogenen Verweilzeit eingetreten zu sein.

Bei den psychischen Störungen, die im Mittelpunkt des diesjährigen Reports stehen, ist die fallbezogene Verweilzeit seit 2000 um 16% gesunken, und damit weniger stark als bei den psychischen Störungen insgesamt. Allerdings treten markante Unterschiede in Abhängigkeit von der Hauptentlassungsdiagnose auf: Bei den Angst-, Anpassungs- und somatoformen Störungen dauern psychiatrische Krankenhausbehandlungen aktuell nur noch zwischen 22,9 und 15,2 Tage. Sie sind damit 34% bis zu 41% kürzer als im Jahr 2000 und wesentlich stärker reduziert als bei den psychischen Störungen insgesamt. Dass sich bei den vier Zielerkrankungen insgesamt nur eine unterdurchschnittlichen Reduktion der Verweilzeit beobachten lässt, resultiert aus der geringen Reduktion bei der zahlenmäßig am stärksten ins Gewicht fallenden Diagnosegruppe „Depression“: Zwar hat sich auch hier die fallbezogene Verweilzeit verkürzt, allerdings „nur“ um 12% (von 40,6 auf 35,5 Tage). Seit dem Jahr 2003 werden bei Krankenhausfällen mit

der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ zudem keine substanziellen Verkürzungen der Verweildauer mehr beobachtet. Dies lässt sich möglicherweise dahingehend interpretieren, dass die minimal vertretbare (optimale?) Verweildauer erreicht wurde.

Wie hoch ist die 1-Jahres-Rehospitalisierungsrate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufgrund von psychischen Störungen?

Die in den diesjährigen BARMER GEK Report Krankenhaus einbezogenen psychischen Störungen sind Erkrankungen mit einem rezidivierenden klinischen Verlauf und einem hohen Anteil psychischer Komorbidität: die Wahrscheinlichkeit für einen erneuten Krankenhausaufenthalt in den ersten zwei Jahren nach Entlassung mit einer entsprechenden Diagnose beträgt 30%, unter einer beliebigen psychischen Störung steigt sie auf nahezu 40%.

Stationäre Wiedereinweisungen treten gehäuft in den ersten Tagen nach Entlassung auf und nehmen dann im zeitlichen Verlauf ab: etwa ein Drittel aller in 2 Jahren nach Entlassung beobachteten Wiederaufnahmen erfolgt bereits innerhalb der ersten 30 Tage, knapp die Hälfte in den ersten 3 Monaten.

Werden die Rehospitalisierungsraten nach einzelnen Diagnosen differenziert betrachtet, zeigen sich erhebliche Unterschiede. Die niedrigste Wiedereinweisungsrate haben Patienten mit somatoformen Störungen (F45)(14,6%). Höhere Rehospitalisierungsraten werden bei Patienten mit Angststörungen (F41), anhaltenden affektiven Störungen (F34) oder Anpassungsstörungen (F43) beobachtet : Sie werden zu jeweils ca. 21% innerhalb eines Jahres erneut stationär behandelt. Mit Abstand am häufigsten, nämlich zu 34,3%, sind Personen mit der Diagnose rezidivierende depressive Störung (F33) von einer Rehospitalisierung innerhalb eines Jahres nach Entlassung aus dem Index-Aufenthalt betroffen.

Allerdings sind auch Depressionen, zumindest auf der 3-stelligen ICD-Ebene keine homogene Erkrankungsgruppe: Innerhalb der rezidivierenden depressiven Störungen bewegt sich die 1-Jahres-Rehospitalisierungsrate zwischen 24,9% („sonstige rezidivierende depressive Störung, F33.8“) und 40,7% („rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, F33.4“).

Auch in der Patientenbefragung wurde die erneute Krankenhausbehandlung erhoben: die patientenberichtete Rehospitalisierungsrate entspricht sowohl bei den Befragten mit Hauptentlassungsdiagnose „Anpassungsstörung“ als auch bei denjenigen mit „Somatoformen Störungen“ der Rate, die sich aus den Analysen der Routinedaten der ehemaligen GEK ergibt. Demgegenüber berichten Patienten mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ oder mit der Hauptentlassungsdiagnose „Angststörung“ deutlich seltener über erneute Krankenhausaufenthalte als es nach den Angaben zu den Routinedaten zu erwarten gewesen wäre: Beispielsweise werden 28% der Patienten mit Angststörungen innerhalb eines Jahres erneut wegen einer beliebigen psychischen Störung erneut im Krankenhaus behandelt, in unserer Patientenstichprobe sind es nur 15%. Das deutet darauf hin, dass sich an der Befragung tendenziell eher weniger schwer erkrankte Patienten beteiligt haben.

Wovon hängt es ab, ob es zu einer erneuten Krankenhauseinweisung kommt?

Zur Beantwortung dieser Frage haben wir in diesem Report zwei Analysen berechnet: eine auf der Basis der Routinedaten und eine auf der Basis der Befragungsdaten. In beide Analysen konnten zwar Angaben zu Alter, Geschlecht und Hauptdiagnose einbezogen werden, darüber hinaus gehende Merkmale unterscheiden sich aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen aber erheblich.

In dem allein auf den Routinedaten beruhenden Modell erweisen sich die Hauptentlassungsdiagnose, die Verweilzeit des initialen Krankenhauses sowie die Anzahl vorausgegangener psychiatrischer Krankenhausaufenthalte und mitunter das Alter der Patienten als unabhängige, statistisch signifikante Einflussfaktoren auf die 1-Jahres-Rehospitalisierungsrate.

Gegenüber der Diagnose „Depressive Episode (F32)“ haben, mit Ausnahme der rezidivierenden depressiven Störung (F33) alle anderen untersuchten Diagnosen niedrigere Rehospitalisierungsraten. Den bedeutsamsten Einfluss haben allerdings vorausgegangene Krankenhausbehandlungen bei psychischen Störung: wer sich zum zweiten Mal in stationäre psychische Behandlung begibt, hat eine etwa doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, in den kommenden 12 Monaten ein

weiteres, dann drittes Mal, stationär psychiatrisch behandelt zu werden, wie eine Person, die erstmalig stationär behandelt wird.

Anzumerken ist der Effekt der Verweildauer des initialen Krankenhausaufenthaltes: sehr kurze aber auch lange Verweildauern (von über 20 Tagen) gehen mit einem geringeren Risiko für Rehospitalisierung einher. Keinen Effekt hat dagegen das Jahr, in dem die Index-Behandlung stattgefunden hat. Eine im zeitlichen Verlauf zu- oder abnehmende Tendenz zu Rehospitalisierungen lässt sich damit unter gleichzeitiger Betrachtung weiterer Einflussfaktoren nicht belegen!

Das Modell auf der Basis von Patientenangaben beinhaltet neben den o.g. Variablen die Merkmale „Erwerbsstatus“, „Art der Aufnahme“, „Einhaltung der Krankenhaus-Empfehlungen zur Weiterbehandlung“ sowie „Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt“. Nicht nur die einbezogenen Variablen unterscheiden sich erheblich von denen des oben beschriebenen Modells, sondern auch die Ergebnisse: zunächst sind die Unterschiede in der Rehospitalisierungsrate in Abhängigkeit von der Zielerkrankung tendenziell größer als in den auf Routinedaten beruhenden Analysen. Die in Folge dessen getrennt nach Hauptdiagnose berechneten Modelle (mit im Vergleich zum Routinedaten-basierten Modell viel kleineren Stichproben) zeigen kaum statistisch signifikante Einflussgrößen. Am ehesten und zumindest von der Tendenz her durchgängig relevant für die Rehospitalisierung ein knappes Jahr nach Entlassung erweist sich das Merkmal „Beginn einer Psychotherapie vor Aufnahme zum Index-Aufenthalt“ als Risikofaktor. D.h., eine aus einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung heraus notwendige stationäre psychiatrische Behandlung ist ein Indikator für einen schweren Verlauf. Insgesamt weist das Modell mit einem c-Wert von 0,63 eine geringere Modellgüte auf als das Modell, das allein auf Routinedaten basiert (c-Wert 0,71).

Wie lange dauert es nach der Entlassung bis zur Aufnahme ambulanter Psychotherapie?

Die Patientenbefragung zeigt, dass sich knapp ein Jahr nach der Entlassung aus dem initialen Krankenhausaufenthalt 62,4% der Personen in psychotherapeutischer Behandlung befinden. Die Hälfte dieser Personen hatte ihre Psychotherapie bereits vor dem Index-Aufenthalt begonnen. Für diese Gruppe ist eine sehr kurze Wartezeit von weniger als einem Monat charakteristisch (48,0%), was

den Schluss nahe legt, dass ein Großteil nach der Entlassung von ihrem Psychotherapeuten bzw. ihrer -therapeutin weiter behandelt werden.

Für die weiteren Analysen ist die Gruppe derjenigen Personen relevant, die nach dem Index-Aufenthalt in einem Krankenhaus mit einer Psychotherapie begannen (30,0%). Von diesen Personen erhielten 41,4% direkt im Anschluss, d.h. mit einer Wartezeit von weniger als einem Monat eine psychotherapeutische Behandlung und weitere 38,6% warteten zwischen einem und drei Monaten auf den Therapiebeginn. Insofern scheint eine Wartezeit von maximal drei Monaten nach der Krankenhausentlassung der Regelfall zu sein. Allerdings musste ein Fünftel (20,0%) der Befragten, die nach dem Index-Aufenthalt eine Therapie begonnen haben, Wartezeiten von mindestens vier Monaten in Kauf nehmen.

Wer erhält innerhalb von 3 Monaten ambulante Psychotherapie?

In die multivariate Analyse wurden alle Personen einbezogen, die erst nach einem akut stationären Aufenthalt eine psychotherapeutische Behandlung begonnen haben. Die Chance auf eine Wartezeit von maximal drei Monaten wird durch den Erwerbsstatus „Facharbeiter“ (OR 3,30, p-Wert <0,05) deutlich, allerdings statistisch nur schwach signifikant, erhöht. Zudem zeigt sich ein deutlicher, allerdings ebenfalls statistisch nur schwach signifikanter begünstigender Effekt einer sehr kurzen Wegezeit von maximal 15 Minuten. Letzteres weist eventuell indirekt auf einen begünstigenden Effekt der Wohngegend hin. Mit einer höheren Psychotherapeutendichte steigt auch die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von drei Monaten nach der Krankenhausentlassung eine Psychotherapie zu beginnen. Das Modell weist zwar mit einem c-Wert von 0,73 eine zufriedenstellende Güte auf, allerdings tragen die einbezogenen Merkmale nur sehr eingeschränkt zu einer Erklärung einer Wartezeit von maximal drei Monaten im Vergleich zu einer längeren Wartezeit bei.

Welche Erfahrung haben die Betroffenen im Anschluss an die Entlassung aus dem Index-Aufenthalt in Bezug auf den Übergang aus der stationären in die ambulante Versorgung gemacht?

Ein Großteil der Befragungsteilnehmer berichtet, dass vom Krankenhaus Empfehlungen für die ambulante Weiterbehandlung ausgesprochen wurden. Dabei wird insbesondere Personen mit der Diagnose „Depression“ in 51,1% der Fälle zu

einer kombinierten medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung geraten. Diese Empfehlung zur kombinierten Therapie erhalten lediglich 37,1% der Personen mit Anpassungsstörungen und 36,9% der Personen mit somatoformen Störungen.

Insgesamt 74% der Befragungsteilnehmer nehmen auch knapp ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt noch Medikamente aufgrund der psychischen Störung ein. Außerdem befinden sich zum Befragungszeitpunkt noch 83% der Patienten mit psychischen Störungen aufgrund ihrer seelischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung. Eine wichtige Rolle spielt dabei der Facharzt für Psychiatrie, insgesamt 53% der Befragten lassen sich von einem Psychiater behandeln.

Nach Einschätzung der Patienten werden die Empfehlungen des Krankenhauses in der überwiegenden Mehrzahl (88%) auch von den niedergelassenen Ärzten berücksichtigt. Die multivariaten Analysen zu den Einflussgrößen auf die patientenseitigen Erfahrungen zeigen, dass die Empfehlungen des Krankenhauses die Weichen für die ambulante Weiterbehandlung von Personen mit psychischen Störungen stellen. Sie bilden eine wichtige Basis für die Bestandsaufnahme und die Behandlungsplanung der niedergelassenen Ärzte. Falls keine Empfehlungen zur Weiterbehandlung ausgesprochen werden, wird dieser Schritt auch im weiteren Verlauf der ambulanten Behandlung nicht nachgeholt. Ein Abweichen von den Empfehlungen geht unter der Kontrolle anderer Merkmale mit einer stärkeren Unzufriedenheit mit der Qualität der ambulanten Nachsorge, einer stärkeren Beeinträchtigung der seelischen Befindlichkeit und einem höheren Risiko für weitere Krankenhausaufenthalte einher. Die Abweichung von den Empfehlungen könnte als Folge eines schweren Erkrankungsverlaufs oder als Ursache eines schweren Erkrankungsverlaufs interpretiert werden. Da sich in den multivariaten Modellen immer wieder ein maßgeblicher Effekt der Erkrankungsschwere beispielsweise auf Rehospitalisation, Befindlichkeit oder subjektiven Behandlungserfolg zeigt, neigen wird zu der ersten Interpretation: Abweichung von den Empfehlungen als Folge eines schwereren Erkrankungsverlaufs.

Die patientenseitigen Erfahrungen in der ambulanten Weiterbehandlung in Bezug auf eine patientenzentrierte Versorgung stellen sich eher durchwachsen dar. Dabei zeigt sich, dass die in der vorliegenden Befragung beobachteten Ska-

lenwerte der Patienten mit psychischen Störungen mit den Ergebnissen bei Diabetikern in der deutschen Routineversorgung korrespondieren (Szecsenyi et al. (2008) (vgl. Tabelle 3-41).

Tabelle 3-41: Patientenzentrierte Versorgung in verschiedenen Studien (PACIC 5A)

	Glasgow et al. 2005b*	Szecsenyi et al. 2008 [#]		Aktueller Report
Erkrankung	Diabetes	Diabetes		Psych. Störung
Versorgungsform	Routine	DMP	Routine	Routine
Assess	3,3	3,3	2,9	2,9
Agree	3,4	3,2	3,0	3,2
Advise	3,3	3,3	3,0	2,6
Assist	3,1	3,2	2,8	2,6
Arrange	2,7	2,9	2,5	2,2
Pacic 5A Gesamt	3,2	3,1	2,8	2,7

Teilnehmer: 1.399, davon 909 Teilnehmer in einem Disease Management Programm (DMP)

* Teilnehmer: 363 Patienten mit Diabetes Typ 2

Aus Sicht der Patienten mit psychischen Störungen findet eine zumindest zufriedenstellende Bestandsaufnahme der Ist-Situation (Assess) und Einbeziehung der Patienten in die Behandlungsplanung (Agree) statt. Eine sehr ähnliche Bewertung nehmen auch Diabetiker in der deutschen Routineversorgung vor. Nach den Angaben der Befragten mit psychischen Störungen werden die Anforderungen an eine verhaltensorientierte Beratung (Advise) und individuelle Hilfestellung (Assist) in der ärztlichen Betreuung ansatzweise erfüllt. Die Scorewerte in der Studie von Szecsenyi et al. (2008) deuten darauf hin, dass diese Aspekte in der Routineversorgung bei somatischen Erkrankungen eher umgesetzt werden als in der Routineversorgung bei psychischen Erkrankungen. Auffallend ist die Subskala Arrange. Die koordinierende Funktion der ärztlichen Behandlung erweist sich bereits in der deutschen Routineversorgung von Diabetikern als Schwachpunkt (Szecsenyi et al. 2008). In der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wird dieser Wert nochmals unterschritten. Angesichts der zwar breiten und vielschichtigen, allerdings oftmals schlecht aufeinander abgestimmten An-

gebotsstrukturen (Schulz et al. 2008) zur Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen ist diese Tendenz bedenklich.

Wie ist die seelische Befindlichkeit von Personen ca. ein Jahr nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus und durch welche Faktoren wird sie beeinflusst?

Die Unterschiede zwischen den Rehospitalisierungsraten bei Routinedaten und Patientenbefragung deuten darauf hin, dass sich an der Befragung tendenziell eher weniger schwer erkrankte Personen beteiligt haben. Aber auch in dieser Gruppe zeigen sich knapp ein Jahr nach der Entlassung aus dem Krankenhaus teilweise erhebliche Beeinträchtigungen der Befindlichkeit. Beispielsweise leiden unter den Personen mit der Diagnose Depression 59% an ausgeprägten depressiven Symptomen, die Anzeichen für eine Major Depression sind. Unter der Kontrolle anderer Merkmale, zeigt sich, dass die aktuelle Befindlichkeit maßgeblich durch die Schwere der Erkrankung beeinflusst wird. So weisen Personen mit einer Rehospitalisierung nach ihrer Entlassung wesentlich häufiger Anzeichen einer „Major Depression“ auf (OR 3,22, p-Wert <0,001). Dies verdeutlicht nochmals die Gefahr der Chronifizierung der Erkrankungsverläufe, die sich bereits auch in der erhöhten Gefahr einer Krankenhauswiedereinweisung bei vorausgegangen Krankenhausaufenthalten ausdrückt (s.o.).

Die erheblichen Einschränkungen der Befindlichkeit spiegeln sich auch in der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Allgemeinen wider. Das veranschaulicht der Vergleich mit der im Jahr 2009 durchgeführten Befragung von Patienten der BARMER GEK ca. neun Monate nach der Implantation eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks (vgl. Tabelle 3-41).

Knapp ein Jahr nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus stufen Patienten mit psychischen Störungen ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen deutlich seltener als „Ausgezeichnet“ oder „Sehr gut“ und wesentlich häufiger als „Schlecht“ ein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Patienten, die ein neues Hüft- oder Kniegelenk erhalten haben mit durchschnittlich 61 bzw. 64 Jahren deutlich älter sind als die Befragungsteilnehmer mit psychischen Störungen (49,3 Jahre).

Tabelle 3-42: Selbstberichteter Gesundheitszustand – Patienten der BARMER GEK nach Implantation eines künstlichen Hüft-/Kniegelenks und nach stationärer Behandlung aufgrund psychischer Störungen

Subjektiver Gesundheitszustand	Report Krankenhaus 2010		Aktueller Report 2011
	Hüftgelenk n=1.100	Kniegelenk n=1.033	Psychische Störung n=1.704
Ausgezeichnet	6,2%	4,3%	1,2%
Sehr gut	17,2%	13,0%	7,6%
Gut	54,1%	53,5%	34,7%
Weniger gut	18,0%	24,6%	38,3%
Schlecht	4,6%	4,5%	18,1%

Trotz der teilweise erheblichen Einschränkungen bewertet die Mehrheit der Patienten mit psychischen Störungen bezogen auf den Zeitpunkt unmittelbar nach der Krankenhaus-Entlassung ihre aktuelle Befindlichkeit als „Sehr viel besser“ (34,1%) bzw. „Etwas besser“ (34,8%) ein. Von großen Verbesserungen berichten insbesondere Personen mit der Diagnose „Depression“ (35,6%) oder „Angststörung“ (40,9%). Unter der Kontrolle weiterer Merkmale erweist sich die Erkrankungsschwere als wesentlicher Einflussfaktor darauf, ob sich die Befindlichkeit nach Einschätzung der Patienten seit der Entlassung aus dem Krankenhaus gebessert hat.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Patientenbefragung, dass es seit der Entlassung aus dem Krankenhaus bei einem Großteil der Befragten zu Verbesserungen der Befindlichkeit gekommen ist, obwohl die Betroffenen teilweise erheblich unter ausgeprägten depressiven Symptomen sowie Ängsten und Unruhe leiden. Im Vergleich zu älteren Patienten nach dem Einsetzen eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks schätzen Patienten mit psychischen Störungen ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich schlechter ein.

Konsequenzen für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung?

„Die zentralen Behandlungsziele sind die vollständige Symptoremision sowie die Rückfallprophylaxe. Die hierzu geeignete Behandlungsplanung ist im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung mit dem Patienten abzustimmen.“

So heißt es in der nationalen Versorgungsleitlinie Depression (NVL-Depression 2009), wobei die Aussage auch für die anderen im Rahmen des aktuellen BARMER GEK Report Krankenhaus untersuchten psychischen Störungen gelten dürfte.

In diesem Sinne erfolgreich ist die stationäre psychiatrische Behandlung in etwa der Hälfte der Patienten: 40% der depressiven Patienten, die sich an der Befragung beteiligt haben, weisen ca. 11 Monate nach Entlassung aus psychiatrischer Versorgung keine Anzeichen einer Majoren Depression auf, ca. 46% der Befragungsteilnehmer mit Angststörungen keine Hinweise auf eine manifeste Panikstörung. Nach 2 Jahren sind ca. 60% aller Patienten mit einer der Zieldiagnosen noch nicht wieder aufgrund psychischen Störungen stationär behandelt worden (Routinedaten).

Die hier vorgelegten Ergebnisse zu verschiedenen Aspekten der stationären und post-stationären Behandlung deuten darauf hin, dass es sich bei den einbezogenen Patienten vielfach um schwer erkrankte Personen handelt (z.B. hoher Anteil an Personen mit vorausgehender Psychotherapie bzw. hoher Anteil an Personen mit vorausgehendem stationären Krankenhausaufenthalt). Gerade für die schweren und chronischen Formen der Depression sowie aufgrund des hohen Risikos einer Chronifizierung wird daher ein intensiver Behandlungsbedarf konstatiert und eine kontinuierliche und abgestimmte medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung gefordert (NVL-Depression 2009).

Die vorliegenden Ergebnisse belegen, dass die Empfehlungen zur Weiterbehandlung des initial behandelnden Krankenhauses weitgehend umgesetzt werden und es diesen Patienten auch besser geht als Patienten, bei denen die Empfehlungen nicht (mehr) umgesetzt werden. Da detaillierte Informationen über die Gründe für das Abweichen von den Empfehlungen des Krankenhauses aus methodischen Gründen nicht erfasst wurden, ist die Beurteilung dieses Befundes nicht ganz einfach, wir denken jedoch, dass die Ergebnisse als Indikator für einen höheren Schweregrad gedeutet werden sollten. Das geforderte partizipative Versorgungsmanagement scheint nach den hier vorliegenden Daten allerdings noch stark verbesserungsbedürftig, zumindest gemessen an den geringen Zustimmungsraten zur Koordination der psychischen und somatischen Behandlung,

aber auch zur patientenzentrierten Beratung und individuell zugeschnittenen Hilfestellungen.

Auch objektive Indikatoren, wie die stationäre Wiedereinweisungsrate, deuten auf Probleme ab der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung hin: Rehospitalisierungen treten gehäuft in den ersten Tagen nach Entlassung auf und nehmen dann im zeitlichen Verlauf ab: etwa ein Drittel aller in den ersten 2 Jahren nach Entlassung beobachteten Wiederaufnahmen erfolgt bereits innerhalb der ersten 30 Tage, knapp die Hälfte in den ersten 3 Monaten. Bei diesen Personen handelt es sich in hohem Ausmaß um Patienten mit vorausgehenden psychiatrischen Krankenhausaufenthalten, d.h. besonders schwer erkrankte Patienten. Vermutlich lassen sich diese schweren Verläufe auch durch ein adäquateres Versorgungsmanagement nur wenig reduzieren, aber die Erfahrungen aus der Evaluation des Modellvorhabens zum Regionalen Psychiatrie-Budget belegen, dass die Aufhebung unterschiedlicher Finanzierungsmechanismen eine flexiblere Gestaltung und eine besser an individuelle Erfordernisse angepasste Versorgung psychisch erkrankter Menschen ermöglicht und zudem dazu führt, dass stationäre Versorgungskapazität zu Gunsten ambulanter Kapazitäten und neuer Behandlungsformen umgewidmet wird (König et al. 2010, Deister 2011).

Moniert an der gegenwärtigen Situation wird, dass einer sinnvollen Kooperation der verschiedenen Akteure der Behandlung das derzeit fraktionierte Versorgungssystem mit wenig vernetzten ambulanten, stationären und rehabilitativen Angeboten gegenüber steht (NVL 2009) und dass die gegenwärtig bestehenden Finanzierungssysteme die Zunahme der Bettenkapazitäten unterstützen sowie gleichzeitig der ambulanten Behandlung die tragfähige ökonomisch Grundlage entziehen (Deister 2011). Die seit mehreren Jahren und seit der Umstellung des komplett fallpauschalierten Entgeltsystems in der somatischen Krankenhausversorgung intensiver geführte Diskussion über ein neues Finanzierungssystem der psychiatrischen Versorgung verbindet sich mit einer Debatte darüber, welches die adäquaten Anreize und Steuerungssysteme sein könnten, um die Grenzen zwischen den verschiedenen Finanzierungsbereichen (stationär, tagesklinisch, ambulant) zu überwinden (Beine 2007). Der Gesetzgeber hat die Selbstverwal-

tungspartner mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG 2009, §17d) beauftragt, bis Ende 2009 die Grundstrukturen eines neuen pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu vereinbaren. Zu hoffen ist, dass die Neugestaltung des Entgeltsystems für die stationäre psychiatrische Versorgung Anreize für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsformen enthält oder zumindest vielversprechende Ansätze nicht behindert.

4 Literatur

Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG), Ges. v. 17.03.2009 BGBl.

Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung, S3-Leitlinie/. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression, www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de 2009, abgerufen: 11-3-2010

AOLG -Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven. http://www.qmkonline.de/beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf 2007, abgerufen: 24-3-2010

Beine, K. H. Konzept für ein zukünftiges Entgeltsystem der Krankenhausbehandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für alle Altersgruppen. 2007, abgerufen: 5-7-2011

Bitzer, E. M., Grobe, T. G., Schilling, E., Dörning, H., & Schwartz, F. W. GEK-Report Krankenaus 2009 - Schwerpunkt: Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen St. Augustin: Asgard 2009

Bitzer, E. M., Grobe, T. G., Neusser, S., Schneider, A., Dörning, H., & Schwartz, F. W. Barmer GEK Report Krankenhaus 2010 - Schwerpunktthema: Trends in der Endoprothetik des Hüft- und Kniegelenks St. Augustin: Barmer GEK 2010

Bullinger, M. & Kirchberger, I. Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung Göttingen: Hogrefe 1998

Deister, A. [Changes in mental health care by a regional budget--results of a pilot project in schleswig-holstein (Germany)] Vom Fall zum Menschen--Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. Das Gesundheitswesen, 2011, 73(2):85-88

Glasgow, R. E., Wagner, E. H., Schaefer, J. et al. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*, 2005, 43 (5):436-444-a

Glasgow, R. E., Whitesides, H., Nelson, C. C. et al. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care*, 2005, 28(11):2655-2661 -b

Grobe, T., Dörning, H., & Schwartz, F. W. GEK-Gesundheitsreport 2001 (Schwerpunkt: Psychische Störungen) St. Augustin: Asgard 2001

Hautzinger, M. & Bailer, M. ADS - Allgemeine Depressions Skala - Manual Göttingen: Beltz Test 1992

König, H.-H., Heinrich, S., Hieder, D. et al. Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen?

Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. *Psychiatrische Praxis*, 2010, 37:34-42

Laux, L., Glanzmann, P., & Spielberger, C. D. STAI State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Weinheim: Beltz Test GmbH 1981

Lehr, D., Hillert, A., Schmitz, E. et al. Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depressions Scales (STDS-T). *Diagnostica*, 2008, 54(2):61-70

Radoschewski, M. & Bellach, B. M. Der SF-36 im Bundesgesundheitsurvey - Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. *Das Gesundheitswesen*, 1999, 61(Sonderheft 2):191-199

Rosemann, T., Laux, G., Droesemeyer, S. et al. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *J Eval.Clin Pract.*, 2007, 13(5):806-813

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. Psychotherapeutische Versorgung Berlin: Robert Koch-Institut 2008

Statistisches Bundesamt. Nutzungsgrad und Verweildauer in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Art der Fachabteilung. www.gbe.de 2011, abgerufen: 5-7-2011

Szecsényi, J., Rosemann, T., Joos, S. et al. German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the chronic care model: an evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. *Diabetes Care*, 2008, 31(6):1150-1154

Zepf, S., Mengele, U., Marx, A., & Hartmann, S. Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland Gießen: Psycho-sozial-Verlag 2001

Zerssen D. Die Beschwerdenliste Weinheim: Beltz 1976

5 Abkürzungsverzeichnis

ADS-K	Allgemeine Depressionsskala, Kurzform
BL	Bundesland
D	Deutschland
d	day (engl., Tag)
DRG	Diagnosis Related Group
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD10	International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision
ISEG	Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung
J	Jahr
KH	Krankenhaus
CI	Konfidenzintervall
Mio.	Million
MW	Mittelwert
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
n.s.	nicht signifikant
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Odds ratio
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
PHQ	Patient Health Questionnaire
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
STAI	State-Trait Angst Inventar
stand.	alters- (und ggf. geschlechts-) standardisiert (vgl. Erläuterungen im Anhang)
stat.	stationär
Tsd.	Tausend
VJ	Versicherungsjahr

6 Anhang – Allgemeiner Teil

6.1 Standardpopulation Bevölkerung Routineteil

Die Standardisierung der entsprechend gekennzeichneten Ergebnisse des Reportes wurde nach der Methode der direkten Standardisierung vorgenommen. Als Referenz für die Standardisierung der Auswertungsergebnisse bei Darstellungen zu längerfristigen Trends wurde im Routineteil der Reportes die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland Ende 1993 gewählt (Kennzeichnung durch: *stand.*).

Tabelle 6-1: Bevölkerung Deutschland Ende 1993

Altersgruppe	Anzahl Männer 1993 (Tsd.)	Anzahl Frauen 1993 (Tsd.)
0	410,2	388,9
1-4	1.809,3	1.719,8
5-9	2.325,2	2.204,6
10-14	2.282,3	2.167,4
15-20	2.161,4	2.038,8
20-24	2.791,7	2.625,1
25-29	3.688,0	3.411,2
30-34	3.610,3	3.367,3
35-39	3.114,0	2.939,0
40-44	2.862,7	2.773,3
45-49	2.353,8	2.272,0
50-54	2.979,6	2.905,4
55-59	2.766,5	2.776,6
60-64	2.046,6	2.186,6
65-69	1.649,2	2.251,9
70-74	1.183,7	2.163,0
75-79	593,6	1.256,1
80-84	566,4	1.388,7
85-89	249,4	719,2
90-	74,6	264,5

Bei Darstellungen zu aktuellen Auswertungsergebnissen wurde zur Standardisierung die Alters- und Geschlechtsverteilung der durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2009 gewählt (gesonderte Kennzeichnung durch: *D2009.*). Aktuellere und adäquatere Angaben zur Bevölkerung im Jahr 2010 wären nach Erfahrungen aus den letzten Jahren erst in der zweiten Jahreshälfte 2011 nach Fertigstellung des Reportes verfügbar gewesen.

Tabelle 6-2: Bevölkerung Deutschland 2009

Altersgruppe	Anzahl Männer 2009	Anzahl Frauen 2009
0	345.563	328.428
1-4	1.412.486	1.339.691
5-9	1.886.995	1.793.307
10-14	2.038.023	1.933.050
15-20	2.254.433	2.142.728
20-24	2.505.633	2.409.448
25-29	2.522.097	2.456.994
30-34	2.387.717	2.327.544
35-39	2.758.279	2.668.834
40-44	3.560.260	3.396.334
45-49	3.540.801	3.415.711
50-54	3.013.317	2.964.640
55-59	2.669.863	2.726.407
60-64	2.098.159	2.168.584
65-69	2.406.791	2.604.013
70-74	2.132.893	2.496.589
75-79	1.298.989	1.750.798
80-84	817.736	1.466.736
85-89	353.048	964.409
90-	130.187	387.255

6.2 Tabellen zum Allgemeinen Teil

Erläuterungen zu den nachfolgenden Tabellen befinden sich in den entsprechenden Textabschnitten des Reportes.

Tabelle 6-3: Krankenhausfälle und -tage sowie durchschnittliche Verweildauer: 2001 - 2010 (Versicherte insgesamt, GEK, stand.)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
KH-Fälle je 1000 Vers.Jahre	188	189	186	178	175	175	179	182	186	187
KH-Tage je 1000 Vers. Jahre	1883	1840	1739	1633	1597	1557	1573	1562	1578	1560
durchschnittliche Verweildauer [d]	10,03	9,74	9,34	9,19	9,11	8,89	8,77	8,60	8,48	8,32

Tabelle 6-4: Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK)

Alter	Männer	Frauen	Insgesamt
	Fälle / 1.000 VJ*	Fälle / 1.000 VJ*	Fälle / 1.000 VJ*
0	712	594	654
1-4	162	134	149
5-9	75	65	70
10-14	69	69	69
15-20	86	116	101
20-24	84	132	108
25-29	87	183	135
30-34	90	208	149
35-39	102	166	134
40-44	121	130	125
45-49	143	139	141
50-54	183	163	173
55-59	234	190	212
60-64	288	228	258
65-69	360	287	322
70-74	441	350	392
75-79	558	453	498
80-84	658	555	592
85-89	762	660	687
90-	871	684	731
Gesamt, stand. D2009	201	218	210

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“, bei Neugeborenen (Altersgruppe 0 Jahre, geboren im Jahr 2010) ergeben sich durch den Bezug auf Versicherungsjahre erhöhte Werte, da diese durchschnittlich nur ein halbes Jahr versichert waren.

Tabelle 6-5: Krankenhaustage nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK)

Alter	Männer	Frauen	insgesamt
	Tage / 1.000 VJ*	Tage / 1.000 VJ*	Tage / 1.000 VJ*
0	6.630	5.676	6.165
1-4	800	684	744
5-9	442	345	395
10-14	526	493	510
15-20	613	939	772
20-24	673	967	817
25-29	790	1.286	1.035
30-34	836	1.462	1.145
35-39	898	1.276	1.084
40-44	1.051	1.114	1.082
45-49	1.247	1.250	1.249
50-54	1.618	1.495	1.557
55-59	2.076	1.726	1.899
60-64	2.559	2.025	2.287
65-69	3.278	2.623	2.937
70-74	4.111	3.377	3.715
75-79	5.493	4.738	5.060
80-84	6.775	6.155	6.377
85-89	8.102	7.485	7.650
90-	8.825	7.320	7.698
Gesamt, stand. D2009	1.798	1.986	1.893

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“, bei Neugeborenen (Altersgruppe 0 Jahre, geboren im Jahr 2010) ergeben sich durch den Bezug auf Versicherungsjahre erhöhte Werte, da diese durchschnittlich nur ein halbes Jahr versichert waren.

*Tabelle 6-6: Krankenhaustage je Fall nach Alter und Geschlecht: 2010
(BARMER GEK)*

Alter	Männer	Frauen	insgesamt
	Tage / 1.000 VJ*	Tage / 1.000 VJ*	Tage / 1.000 VJ*
0	9,3	9,6	9,4
1-4	4,9	5,1	5,0
5-9	5,9	5,3	5,6
10-14	7,7	7,2	7,4
15-20	7,1	8,1	7,7
20-24	8,0	7,3	7,6
25-29	9,0	7,0	7,7
30-34	9,3	7,0	7,7
35-39	8,8	7,7	8,1
40-44	8,7	8,6	8,6
45-49	8,7	9,0	8,8
50-54	8,9	9,1	9,0
55-59	8,9	9,1	9,0
60-64	8,9	8,9	8,9
65-69	9,1	9,1	9,1
70-74	9,3	9,6	9,5
75-79	9,8	10,5	10,2
80-84	10,3	11,1	10,8
85-89	10,6	11,3	11,1
90-	10,1	10,7	10,5
Gesamt, stand. D2009	9,0	9,1	9,0

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“.

*Tabelle 6-7: Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Versicherungs-
jahr nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK)*

Alter	Männer	Frauen	insgesamt
	Euro je VJ*	Euro je VJ*	Euro je VJ*
0	3.472 €	3.047 €	3.265 €
1-4	397 €	331 €	365 €
5-9	191 €	155 €	174 €
10-14	212 €	193 €	203 €
15-20	252 €	333 €	291 €
20-24	241 €	312 €	276 €
25-29	267 €	416 €	341 €
30-34	273 €	484 €	377 €
35-39	311 €	437 €	373 €
40-44	394 €	401 €	398 €
45-49	485 €	464 €	475 €
50-54	665 €	561 €	613 €
55-59	909 €	678 €	792 €
60-64	1.175 €	844 €	1.007 €
65-69	1.517 €	1.078 €	1.289 €
70-74	1.834 €	1.328 €	1.561 €
75-79	2.369 €	1.768 €	2.024 €
80-84	2.692 €	2.128 €	2.330 €
85-89	2.884 €	2.402 €	2.531 €
90-	2.940 €	2.289 €	2.453 €
Gesamt, stand. D2009	752 €	736 €	744 €

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“, bei Neugeborenen (Altersgruppe 0 Jahre, geboren im Jahr 2010) ergeben sich durch den Bezug auf Versicherungsjahre erhöhte Werte, da diese durchschnittlich nur ein halbes Jahr versichert waren.

Tabelle 6-8: Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Fall nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK)

Alter	Männer	Frauen	insgesamt
	Euro je Fall*	Euro je Fall*	Euro je Fall*
0	4.875 €	5.133 €	4.989 €
1-4	2.448 €	2.466 €	2.456 €
5-9	2.541 €	2.371 €	2.464 €
10-14	3.084 €	2.809 €	2.951 €
15-20	2.935 €	2.858 €	2.892 €
20-24	2.851 €	2.369 €	2.562 €
25-29	3.056 €	2.274 €	2.531 €
30-34	3.029 €	2.320 €	2.538 €
35-39	3.043 €	2.629 €	2.790 €
40-44	3.261 €	3.083 €	3.171 €
45-49	3.381 €	3.345 €	3.364 €
50-54	3.641 €	3.434 €	3.544 €
55-59	3.884 €	3.571 €	3.742 €
60-64	4.078 €	3.702 €	3.908 €
65-69	4.213 €	3.761 €	4.004 €
70-74	4.155 €	3.793 €	3.981 €
75-79	4.243 €	3.906 €	4.067 €
80-84	4.090 €	3.833 €	3.936 €
85-89	3.785 €	3.641 €	3.684 €
90-	3.375 €	3.345 €	3.354 €
Gesamt, stand. D2009	3.747 €	3.370 €	3.547 €

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“.

*Tabelle 6-9: Krankenhausfälle nach Bundesländern: 2010
(BARMER GEK, stand. D2009)*

Alter	Männer	Frauen	insgesamt
	Fälle / 1.000 VJ*	Fälle / 1.000 VJ*	Fälle / 1.000 VJ*
Schleswig-Holstein	193	211	202
Hamburg	190	205	198
Niedersachsen	192	214	203
Bremen	176	200	189
Nordrhein-Westfalen	212	232	222
Hessen	196	214	205
Rheinland-Pfalz	209	224	217
Baden-Württemberg	171	188	179
Bayern	202	218	210
Saarland	212	225	218
Berlin	186	206	197
Brandenburg	214	234	224
Mecklenburg-Vorpommern	219	219	219
Sachsen	199	210	204
Sachsen-Anhalt	224	232	228
Thüringen	220	235	228
Alle Bundesländer	201	218	210

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“.

*Tabelle 6-10: Krankenhaustage nach Bundesländern: 2010
(BARMER GEK, stand. D2009)*

Alter	Männer	Frauen	insgesamt
	Tage / 1.000 VJ*	Tage / 1.000 VJ*	Tage / 1.000 VJ*
Schleswig-Holstein	1.705	1.881	1.795
Hamburg	1.776	1.931	1.855
Niedersachsen	1.739	1.952	1.848
Bremen	1.564	1.940	1.755
Nordrhein-Westfalen	1.934	2.161	2.050
Hessen	1.736	1.953	1.847
Rheinland-Pfalz	1.826	1.989	1.909
Baden-Württemberg	1.567	1.757	1.664
Bayern	1.769	1.957	1.865
Saarland	1.906	2.094	2.002
Berlin	1.702	1.924	1.815
Brandenburg	1.898	2.088	1.995
Mecklenburg-Vorpommern	1.853	1.837	1.845
Sachsen	1.802	1.871	1.837
Sachsen-Anhalt	1.964	1.967	1.966
Thüringen	1.959	2.057	2.009
Alle Bundesländer	1.798	1.986	1.893

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“.

*Tabelle 6-11: Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Versicherungs-
jahr nach Bundesländern: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009)*

Alter	Männer	Frauen	insgesamt
	Euro je VJ*	Euro je VJ*	Euro je VJ*
Schleswig-Holstein	723 €	712 €	718 €
Hamburg	763 €	739 €	751 €
Niedersachsen	726 €	715 €	721 €
Bremen	650 €	755 €	704 €
Nordrhein-Westfalen	772 €	771 €	771 €
Hessen	734 €	728 €	731 €
Rheinland-Pfalz	782 €	761 €	771 €
Baden-Württemberg	682 €	669 €	675 €
Bayern	776 €	755 €	765 €
Saarland	824 €	785 €	804 €
Berlin	769 €	751 €	760 €
Brandenburg	782 €	766 €	774 €
Mecklenburg-Vorpommern	761 €	693 €	726 €
Sachsen	717 €	676 €	696 €
Sachsen-Anhalt	815 €	728 €	771 €
Thüringen	802 €	747 €	774 €
Alle Bundesländer	752 €	736 €	744 €

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“.

*Tabelle 6-12: Krankenhausfälle nach ICD10-Kapiteln: 2010
(BARMER GEK, stand. D2009)*

ICD10-Kapitel		Männer Fälle* je 1.000 VJ	Frauen Fälle* je 1.000 VJ	gesamt Fälle* je 1.000 VJ
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,3	6,3	6,3
II	Neubildungen	22,0	22,1	22,1
III	Krankh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe sowie Stör. des Immunsystems.	1,2	1,6	1,4
IV	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	4,8	6,1	5,5
V	Psychische u. Verhaltensstörungen	15,3	13,1	14,2
VI	Krankh. d. Nervensystems	9,5	8,3	8,9
VII	Krankh. d. Auges u. d. Augenanhangsgebilde	3,7	4,8	4,3
VIII	Krankh. d. Ohres u. d. Warzenfortsatzes	1,7	1,9	1,8
IX	Krankh. d. Kreislaufsystems	34,7	27,6	31,1
X	Krankh. d. Atmungssystems	14,0	11,4	12,7
XI	Krankh. d. Verdauungssystems	22,1	19,9	21,0
XII	Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	3,3	2,8	3,1
XIII	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	17,3	23,1	20,3
XIV	Krankh. d. Urogenitalsystems	10,5	12,2	11,4
XV	Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	0,0	20,2	10,3
XVI	Bestimmte Zustände, d. ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	3,1	2,4	2,8
XVII	Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	1,6	1,2	1,4
XVIII	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	8,6	9,7	9,2
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	18,7	21,7	20,2
XX**	Äußere Ursachen v. Morbidität u. Mortalität	0,0	0,0	0,0
XXI	Faktoren, d. d. Gesundheitszustand beeinflussen	1,9	1,7	1,8
Insgesamt		200,6	218,3	209,6

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“. ** Kapitel XX wird bei Krankenhausdiagnosen regulär nicht verwendet, in der Todesursachenstatistik wird es parallel zu Kapitel XIX kodiert.

*Tabelle 6-13: Krankenhaustage nach ICD10-Kapiteln: 2010
(BARMER GEK, stand. D2009)*

ICD10-Kapiteln		Männer Tage* je 1.000 VJ	Frauen Tage* je 1.000 VJ	gesamt Tage* je 1.000 VJ
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	52	50	51
II	Neubildungen	206	198	202
III	Krankh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe sowie Stör. des Immunsystems.	10	13	11
IV	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	49	50	50
V	Psychische u. Verhaltensstörungen	306	340	323
VI	Krankh. d. Nervensystems	71	69	70
VII	Krankh. d. Auges u. d. Augenanhangsgebilde	16	20	18
VIII	Krankh. d. Ohres u. d. Warzenfortsatzes	10	11	10
IX	Krankh. d. Kreislaufsystems	306	251	278
X	Krankh. d. Atmungssystems	113	92	102
XI	Krankh. d. Verdauungssystems	158	155	156
XII	Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	28	25	27
XIII	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	151	220	186
XIV	Krankh. d. Urogenitalsystems	72	78	75
XV	Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	0	108	55
XVI	Bestimmte Zustände, d. ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	41	33	37
XVII	Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	11	9	10
XVIII	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	42	53	47
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	145	203	174
XX**	Äußere Ursachen v. Morbidität u. Mortalität	0	0	0
XXI	Faktoren, d. d. Gesundheitszustand beeinflussen	8	7	8
Insgesamt		1.798	1.986	1.893

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“. ** Kapitel XX wird bei Krankenhausdiagnosen regulär nicht verwendet, in der Todesursachenstatistik wird es parallel zu Kapitel XIX kodiert.

*Tabelle 6-14: Krankenhaustage je Fall nach ICD10-Kapiteln: 2010
(BARMER GEK, stand. D2009)*

ICD10-Kapitel		Männer Tage je Fall*	Frauen Tage je Fall*	gesamt Tage je Fall*
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,3	7,9	8,1
II	Neubildungen	9,3	8,9	9,1
III	Krankh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe sowie Stör. des Immunsystems.	8,1	8,2	8,1
IV	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	10,2	8,2	9,1
V	Psychische u. Verhaltensstörungen	20,0	26,0	22,8
VI	Krankh. d. Nervensystems	7,5	8,3	7,9
VII	Krankh. d. Auges u. d. Augenanhangsgebilde	4,5	4,2	4,3
VIII	Krankh. d. Ohres u. d. Warzenfortsatzes	5,5	5,9	5,7
IX	Krankh. d. Kreislaufsystems	8,8	9,1	9,0
X	Krankh. d. Atmungssystems	8,0	8,0	8,0
XI	Krankh. d. Verdauungssystems	7,2	7,8	7,4
XII	Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	8,5	9,2	8,8
XIII	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	8,7	9,5	9,2
XIV	Krankh. d. Urogenitalsystems	6,8	6,4	6,6
XV	Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	4,3	5,4	5,4
XVI	Bestimmte Zustände, d. ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	13,1	13,7	13,3
XVII	Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	7,2	7,5	7,3
XVIII	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	4,9	5,4	5,2
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	7,7	9,3	8,6
XX**	Äußere Ursachen v. Morbidität u. Mortalität	-	-	-
XXI	Faktoren, d. d. Gesundheitszustand beeinflussen	4,2	4,2	4,2
Insgesamt		9,0	9,1	9,0

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhaufälle mit Aufnahmegrund „Geburt“. ** Kapitel XX wird bei Krankenhausdiagnosen regulär nicht verwendet, in der Todesursachenstatistik wird es parallel zu Kapitel XIX kodiert.

*Tabelle 6-15: Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Versicherungs-
jahr nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009)*

ICD10-Kapitel		Männer Euro je VJ*	Frauen Euro je VJ*	gesamt Euro je VJ*
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	20,54 €	16,38 €	18,42 €
II	Neubildungen	103,17 €	95,03 €	99,02 €
III	Krankh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe sowie Stör. des Immunsystems.	4,32 €	4,66 €	4,49 €
IV	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	17,12 €	18,24 €	17,69 €
V	Psychische u. Verhaltensstörungen	69,25 €	75,53 €	72,45 €
VI	Krankh. d. Nervensystems	27,51 €	24,67 €	26,06 €
VII	Krankh. d. Auges u. d. Augenanhangsgebilde	6,68 €	7,97 €	7,34 €
VIII	Krankh. d. Ohres u. d. Warzenfortsatzes	4,23 €	4,36 €	4,29 €
IX	Krankh. d. Kreislaufsystems	167,55 €	107,56 €	136,97 €
X	Krankh. d. Atmungssystems	42,77 €	31,89 €	37,23 €
XI	Krankh. d. Verdauungssystems	66,62 €	58,75 €	62,61 €
XII	Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	9,15 €	7,70 €	8,41 €
XIII	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	68,50 €	91,64 €	80,30 €
XIV	Krankh. d. Urogenitalsystems	26,90 €	30,65 €	28,81 €
XV	Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	0,01 €	35,88 €	18,30 €
XVI	Bestimmte Zustände, d. ihren Ursprung i. d. Perina- talperiode haben	21,61 €	18,45 €	20,00 €
XVII	Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosome- nanomalien	8,70 €	6,49 €	7,57 €
XVIII	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	13,78 €	16,09 €	14,96 €
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	67,13 €	80,01 €	73,70 €
XX**	Äußere Ursachen v. Morbidität u. Mortalität	0,00 €	0,00 €	0,00 €
XXI	Faktoren, d. d. Gesundheitszustand beeinflussen	5,44 €	3,43 €	4,41 €
Insgesamt		751,66 €	735,70 €	743,52 €

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Auf-
nahmegrund „Geburt“. ** Kapitel XX wird bei Krankenhausdiagnosen regulär nicht verwen-
det, in der Todesursachenstatistik wird es parallel zu Kapitel XIX kodiert.

Tabelle 6-16: Relevante 3-stellige ICD10-Diagnosen: Krankenhaus-Aufenthalte 2010 (TOP 100 - Sortierung nach zurechenbaren stat. Leistungstagen, BARMER GEK, stand. D2009)

ICD10	Diagnose	KH-Fälle je 10.000 VJ*	KH-Tage je 10.000 VJ*	Tage je Fall*
F33	Rezidivierende depressive Störung	14,72	560,8	38,1
F32	Depressive Episode	15,75	519,7	33,0
F20	Schizophrenie	11,80	426,5	36,1
I50	Herzinsuffizienz	35,15	424,2	12,1
I63	Hirninfarkt	25,00	337,4	13,5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	37,75	322,2	8,5
S72	Fraktur des Femurs	18,24	308,2	16,9
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	20,55	277,4	13,5
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	23,22	272,9	11,8
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	23,74	243,6	10,3
I70	Atherosklerose	19,12	233,3	12,2
P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, an- derenorts nicht klassifiziert	9,02	228,6	25,4
I21	Akuter Myokardinfarkt	22,74	219,2	9,6
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	16,24	215,6	13,3
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	32,00	204,6	6,4
K80	Cholelithiasis	24,68	184,1	7,5
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	16,73	183,5	11,0
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	20,68	182,2	8,8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	19,93	179,8	9,0
T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	10,55	171,5	16,2
I20	Angina pectoris	30,08	167,7	5,6
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	16,81	167,1	9,9
K57	Divertikulose des Darmes	15,77	164,5	10,4
M54	Rückenschmerzen	19,02	154,8	8,1
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8,12	153,9	18,9
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	23,64	151,6	6,4
F25	Schizoaffektive Störungen	3,88	149,1	38,4

ICD10	Diagnose	KH-Fälle je 10.000 VJ*	KH-Tage je 10.000 VJ*	Tage je Fall*
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	23,00	138,8	6,0
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	18,20	137,9	7,6
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	10,28	131,4	12,8
F31	Bipolare affektive Störung	3,47	130,3	37,5
S06	Intrakranielle Verletzung	24,76	126,8	5,1
S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	9,06	124,3	13,7
M48	Sonstige Spondylopathien	11,39	121,6	10,7
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	12,33	118,2	9,6
G40	Epilepsie	15,67	115,6	7,4
A41	Sonstige Sepsis	7,61	111,9	14,7
K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	12,02	110,2	9,2
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	4,40	109,1	24,8
R55	Synkope und Kollaps	17,64	103,0	5,8
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	13,23	95,7	7,2
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	10,43	91,9	8,8
S52	Fraktur des Unterarmes	16,22	91,7	5,7
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	11,56	90,4	7,8
I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	6,18	89,6	14,5
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	7,71	88,3	11,5
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteri- tis und Kolitis infektiösen und nicht näher be- zeichneten Ursprungs	18,33	88,3	4,8
G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	12,25	86,6	7,1
J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	16,37	86,6	5,3
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	6,22	85,5	13,7
K40	Hernia inguinalis	21,18	83,9	4,0
T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8,31	82,1	9,9
K35	Akute Appendizitis	12,61	79,1	6,3
F41	Andere Angststörungen	3,29	74,3	22,6
G20	Primäres Parkinson-Syndrom	4,93	73,0	14,8
F45	Somatoforme Störungen	4,74	73,0	15,4
K85	Akute Pankreatitis	5,89	70,1	11,9

ICD10	Diagnose	KH-Fälle je 10.000 VJ*	KH-Tage je 10.000 VJ*	Tage je Fall*
I26	Lungenembolie	6,04	69,6	11,5
E86	Volumenmangel	8,74	69,6	8,0
N17	Akutes Nierenversagen	5,37	69,3	12,9
F50	Essstörungen	1,59	68,5	43,0
N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	11,15	68,2	6,1
K29	Gastritis und Duodenitis	11,72	68,2	5,8
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	3,70	66,0	17,8
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	6,17	65,6	10,6
D25	Leiomyom des Uterus	9,76	64,9	6,6
N20	Nieren- und Ureterstein	13,21	64,8	4,9
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	8,05	64,5	8,0
S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	6,61	64,4	9,7
N40	Prostatahyperplasie	8,14	64,2	7,9
I61	Intrazerebrale Blutung	3,75	64,1	17,1
M75	Schulterläsionen	12,90	62,7	4,9
J20	Akute Bronchitis	10,03	62,4	6,2
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	2,75	61,1	22,2
A46	Erysipel [Wundrose]	6,17	60,9	9,9
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	5,14	60,4	11,7
J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	4,61	59,5	12,9
I83	Varizen der unteren Extremitäten	11,80	58,8	5,0
T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5,96	58,3	9,8
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	4,44	55,7	12,5
K70	Alkoholische Leberkrankheit	4,35	55,6	12,8
O70	Dammriss unter der Geburt	12,02	54,1	4,5
C16	Bösartige Neubildung des Magens	4,74	52,8	11,1
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	7,75	52,4	6,8
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	8,86	52,1	5,9

ICD10	Diagnose	KH-Fälle je 10.000 VJ*	KH-Tage je 10.000 VJ*	Tage je Fall*
N81	Genitalprolaps bei der Frau	6,10	52,0	8,5
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	5,97	48,6	8,1
G47	Schlafstörungen	16,06	48,5	3,0
A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	9,32	48,0	5,2
E10	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1- Diabetes]	5,12	47,6	9,3
M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	3,54	47,3	13,4
K43	Hernia ventralis	5,82	47,2	8,1
M47	Spondylose	5,48	46,8	8,5
H81	Störungen der Vestibularfunktion	7,85	45,8	5,8
N18	Chronische Nierenkrankheit	4,73	45,7	9,6
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	13,15	45,6	3,5
R07	Hals- und Brustschmerzen	13,12	45,6	3,5
E04	Sonstige nichttoxische Struma	8,78	44,7	5,1
K25	Ulcus ventriculi	4,61	44,3	9,6
I47	Paroxysmale Tachykardie	7,23	44,2	6,1
Gesamt (je 10.000 VJ)		2.096	18.935	9,0
Anteil Top100-Diagnosen an gesamt		57,6%	64,7%	

* Vollstationäre Krankenhausbehandlungen, ohne Geburten bzw. Krankenhausfälle mit Aufnahmegrund „Geburt“.

7 Anhang – Ergänzende Auswertungen zum Schwerpunktthema

7.1 Psychometrische Prüfung

PACIC

In den Tabellen 7-1 und 7-2 sind die zentralen psychometrischen Kennwerte des PACIC und seiner fünf Subskalen dargestellt.

Tabelle 7-1: PACIC – Psychometrische Kennwerte

Kennwerte	Aktivierung	Verstehbarkeit	Therapieziele	Problemlösung	Koordination	Gesamtscore
Anzahl Items	3	3	5	4	5	20
Anwortausfälle	13,9% ^a	13,4% ^a	11,5% (15,4%) ^a	9,1% (12,7%) ^a	10,5% (13,8%) ^a	21,1% (25,9%) ^a
Bodeneffekt ^b	11,2%	8,7%	15,6%	10,9%	39,5%	9,2%
Deckeneffekt ^c	18,9%	8,4%	3,7%	18,9%	2,0%	2,3%
Cronbach's alpha	0,81	0,63	0,72	0,85	0,76	0,78

a: ohne Korrektur fehlender Einzelwerte

b: Bodeneffekt: Anteil der Personen, der den niedrigst möglichen (Sub-)Skalenwert aufweist

c: Deckeneffekt: Anteil der Personen, der den höchst möglichen (Sub-)Skalenwert aufweist

Auffallend ist die große Anzahl fehlender Werte, selbst in den kurzen, nur drei Items umfassenden Subskalen 'Aktivierung/Einbezug des Patienten' und 'Erreichbarkeit/Organisation/Verstehbarkeit der Versorgung'. Glasgow et al. (2005a) empfehlen die Bildung der Subskalen sowie der Gesamtskala auf der Basis aller ausgefüllten Items. Angesichts der Anwortausfälle zwischen 13,4% und 25,9% wurden verschiedene Alternativen zum Umgang mit fehlenden Werten geprüft. Eine deutliche Reduktion der Anwortausfälle bei stabilen Ergebnissen ergab sich dabei für die folgende Variante. In Subskalen mit mehr als drei Items darf ein Item fehlen. Der Gesamtscore wird nur berechnet, wenn aus den Subskalen mit vier und mehr Items maximal ein Item fehlt (insgesamt maximal 3). In den drei

Subskalen kann die Zahl der Antwortausfälle damit auf 9,1% bis 11,5% reduziert werden für den Gesamtscore bleibt die Zahl der Antwortausfälle weiterhin hoch.

Alle Subskalen weisen Bodeneffekte auf, die bei der Skala 'Koordination der Weiterbehandlung' mit 39,5% besonders ausgeprägt sind. Gleichzeitig weisen die Subskalen 'Aktivierung/Einbezug des Patienten' und 'Problemlösung' auch deutliche Deckeneffekte auf. Die Gesamtskala weist moderate Boden- und geringe Deckeneffekte auf.

Die Reliabilität des PACIC ist mit einem Cronbach's alpha von 0,78 akzeptabel. Mit Ausnahme der Subskala 'Erreichbarkeit/Organisation/Verstehbarkeit der Versorgung' ist die interne Konsistenz der PACIC-Subskalen ebenfalls gut (0,72 bis 0,85) und liegt (zum Teil deutlich) über dem für Gruppenvergleiche empfohlenen Wert von 0,7.

Um Hinweise auf potenzielle patientenseitige Störgrößen auf die Ausprägung der PACIC-Subskalen zu gewinnen, wurden Mittelwertvergleiche (einfaktorielle Varianzanalyse) in Altersgruppen, nach Geschlecht, Hauptdiagnose und Erwerbsstatus durchgeführt (vgl. Tabelle 7-2). Keinen substanziellen oder statistisch nachweisbaren Einfluss auf die Bewertung der Betreuungsqualität haben demnach Geschlecht und Erwerbsstatus. Auch die Hauptdiagnose des Index-Aufenthaltes wirkt sich nicht substanziell auf die Bewertung der Betreuungsqualität aus⁹. Allerdings bewerten Befragte im Alter zwischen 61 und 75 Jahren die Betreuung statistisch signifikant negativer als jüngere Befragte. Dies trifft insbesondere auf die Subskala 'Aktivierung/Einbezug des Patienten' zu: hier fühlen sich die 41- bis 50-Jährigen deutlich, d.h. um 0,4 Punkte und knapp statistisch signifikant stärker in die Behandlungsplanung eingebunden als die 61- bis 75-Jährigen (Score_{Aktivierung} 3,4 vs. 2,9 $p < 0,001$).

⁹ Zwar unterscheiden sich die Subskalen 'Aktivierung/Einbezug des Patienten' und 'Erreichbarkeit/Organisation/Verstehbarkeit der Versorgung' knapp statistisch signifikant in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose, diese Unterschiede sind aber sehr gering (maximal 0,1 Punkt) und sollten von daher nicht überinterpretiert werden.

Tabelle 7-2: PACIC – Subgruppenanalyse zu Störgrößen des PACIC

Merkmal	Ausprägung	Aktivie- rung	Versteh- barkeit	Zielverein- barungen	Problem- lösung	Koordi- nation	PACIC Gesamt
Alter	=< 40 Jahre	3,3	2,9	2,5	3,2	1,9	2,7
	41 bis 50	3,4	3,0	2,6	3,3	2,0	2,8
	51 bis 60	3,3	2,9	2,7	3,3	2,1	2,8
	61 bis 75	2,9	2,8	2,4	2,9	1,8	2,5
p-Wert		<0,001	<0,01	<0,01	<0,001	<0,01	<0,001
Geschlecht	weiblich	3,2	2,9	2,6	3,2	2,0	2,7
	männlich	3,2	3,0	2,6	3,2	2,0	2,7
p-Wert		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Hauptentlas- sungsdiagno- se	Depression	3,3	3,0	2,6	3,2	2,0	2,7
	Angst- störung	3,1	2,8	2,5	3,1	1,9	2,6
	Anpassungs- störung	3,1	2,8	2,6	3,2	1,9	2,6
	Somatoform- e Störung	3,2	2,9	2,6	3,1	2,0	2,7
p-Wert		<0,05	<0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Erwerbs- status	ungelernt	3,1	2,9	2,6	3,1	2,1	2,6
	Facharbeiter	3,3	3,0	2,7	3,3	2,0	2,8
	Angestellt niedrig/ mittel	3,2	2,9	2,5	3,2	1,9	2,7
	Angestellt hoch/ leitend	3,4	3,1	2,6	3,3	2,1	2,8
	Selbständig/ mithelfende FA	3,1	2,9	2,6	3,3	2,0	2,7
	War/bin nicht berufstätig	3,2	2,8	2,5	3,1	2,0	2,6
p-Wert		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Die Verteilung der fehlenden Werte über die Altersgruppen zeigt, dass über alle Subskalen sowie in der Gesamtskala die Gruppe der 61- bis 75-Jährigen statistisch signifikant deutlich höhere Antwortausfälle aufweist, als die jüngeren Altersgruppen. Diese sind beispielsweise in der Subskala Verstehbarkeit in der ältesten Gruppe um knapp 10 Prozentpunkte statistisch signifikant höher als in der jüngsten Altersgruppe.

Tabelle 7-3: Anteil der Antwortausfälle bei der Bewertung der Prozessqualität nach Alter

Merkmal	Ausprägung	Aktivierung	Verstehbarkeit	Zielvereinbarungen	Problemlösung	Koordination	PACIC Gesamt
Alter	=< 40 Jahre	12,9%	9,7%	9,0%	7,7%	8,5%	18,6%
	41 bis 50	11,6%	11,2%	9,3%	7,6%	8,4%	17,0%
	51 bis 60	13,9%	14,7%	11,7%	8,8%	10,7%	21,3%
	61 bis 75	18,4%	19,1%	17,5%	13,4%	15,4%	29,4%
p-Wert		<0,05	<0,001	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001

p-Wert für fehlende im Vergleich zu nicht-fehlenden Werten nach Altersgruppen

PACIC 5A

Der PACIC 5A von Glasgow et al. (2005b) ist eine Weiterentwicklung des PACIC (Glasgow et al. 2005a), der auf dessen Items basiert, diese um sechs weitere ergänzt und neu zu fünf Subskalen zusammensetzt¹⁰. Der PACIC 5A und seine Subskalen weisen in der rohen Berechnung hohe Antwortausfälle (Gesamtscore 27,7% und Subskalen 13,0 bis 18,0%) auf. Zum Umgang mit fehlenden Werten im PACIC 5A und seinen Subskalen machen Glasgow et al. (2005b) und Rosemann et al. (2007) keine Angaben. Daher wurden von uns verschiedene Alternativen zum Umgang mit fehlenden Werten geprüft. Eine deutliche Reduktion der Antwortausfälle bei stabilen Ergebnissen ergab sich dabei für die folgende Variante. Für die Berechnung des Scores der Subskalen wurde jeweils der Mittelwert über die vorhandenen Items gebildet, sofern maximal ein Item fehlt, der Gesamtscore wird gebildet, wenn in den einzelnen Subskalen maximal ein Item fehlt. Damit können die Antwortausfälle in den Subskalen auf 9,7% bis 10,8% reduziert werden, die des Gesamtscores auf 14,8% (vgl. Tabelle 7-4).

¹⁰ Der PACIC enthält ein Item (...war ich zufrieden mit der Organisation meiner Behandlung), dass nicht in den den Gesamtscore des PACIC 5A und seiner Subskalen eingeht.

Tabelle 7-4: PACIC 5A – Psychometrische Kennwerte

Kennwerte	Assess	Advise	Agree	Assist	Arrange	Gesamt
Anwortausfälle	10,3% (15,4%) ^a	10,8% (18,0%) ^a	9,7% (17,7%) ^a	10,4% (16,2%) ^a	9,9% (13,0%) ^a	14,8% (27,7%) ^a
Bodeneffekt	11,8%	8,5%	8,6%	17,1%	24,8%	10,1%
Deckeneffekt	10,6%	3,5%	13,3%	3,5%	2,5%	2,1%
Cronbach's alpha	0,81	0,70	0,82	0,74	0,69	0,93

a: ohne Korrektur fehlender Einzelwerte

b: Bodeneffekt: Anteil der Personen, der den niedrigst möglichen (Sub-)Skalenwert aufweist

c: Deckeneffekt: Anteil der Personen, der den höchst möglichen (Sub-)Skalenwert aufweist

In den Subskalen „Assess“, „Advise“ und „Agree“ sowie in der Gesamtskala zeigen sich moderate Bodeneffekte. In den beiden übrigen Subskalen „Assist“ und „Arrange“ treten ausgeprägte Bodeneffekte auf. Deckeneffekte weisen die Subskalen „Assess“ und „Agree“ auf, die moderat bzw. deutlich ausfallen (vgl. Tabelle 7-4).

Mit einem Cronbach's Alpha von 0,93 erreicht der Gesamtscore des PACIC 5A eine sehr gute interne Konsistenz, die erheblich besser ist als die des PACIC (vgl. Tabelle 7-1). Eine gute interne Konsistenz weisen die Subskalen „Assess“ und „Agree“ auf, während die interne Konsistenz der Subskalen „Advise“ und „Arrange“ gerade noch akzeptabel ist (vgl. Tabelle 7-4).

Tabelle 7-5: PACIC 5A – Subgruppenanalyse zu Störgrößen des PACIC 5A

Merkmal	Ausprägung	Assess	Advise	Agree	Assist	Arrange	P5A Gesamt
Alter	Bis 40 Jahre	3,0	2,6	3,2	2,6	2,2	2,7
	41 bis 50	3,1	2,6	3,3	2,7	2,3	2,8
	51 bis 60	3,0	2,7	3,3	2,7	2,4	2,8
	61 bis 75	2,6	2,5	2,9	2,4	2,1	2,5
p-Wert		<0,001	n.s.	n.s.	<0,001	<0,001	<0,001
Geschlecht	weiblich	3,0	2,6	3,2	2,6	2,2	2,8
	männlich	2,9	2,6	3,2	2,6	2,3	2,8
p-Wert		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,05	n.s.
Hauptent- lassungs- diagnosen	Depression	3,0	2,6	3,2	2,6	2,3	2,7
	Angststörung	2,9	2,9	2,6	3,0	2,6	2,6
	Anpassungs- störung	3,0	2,6	3,1	2,6	2,2	2,6
	Somatoforme Störung	2,9	2,7	3,2	2,5	2,2	2,7
p-Wert		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Erwerbs- status	ungelernt	2,9	2,7	3,0	2,6	2,3	2,6
	Facharbeiter	3,0	2,7	3,3	2,7	2,4	2,8
	Angestellt niedrig/mit- tel	2,9	2,6	3,1	2,6	2,2	2,7
	Angestellt hoch/leitend	3,1	2,7	3,2	2,7	2,3	2,8
	Selbständig/ mithelfende	2,8	2,6	3,1	2,7	2,2	2,6
	nicht berufs- tätig	2,9	2,5	3,1	2,6	2,2	2,6
p-Wert		n.s.	<0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

In der Subgruppenanalyse zum PACIC 5A und seiner Subskalen zeigt sich folgendes (vgl. Tabelle 7-5):

- Die Ausprägungen des PACIC 5A und seiner Subskalen werden nicht statistisch signifikant durch die Hauptentlassungsdiagnose beeinflusst. Es besteht keine Gefahr, dass die Bewertungen in den Subskalen oder der Gesamtskala substanziell durch das Geschlecht oder den Erwerbsstatus verzerrt werden. Auch die Unterschiede in den Subskalen „Arrange“ und „Advise“ nach Geschlecht bzw. Erwerbsstatus sind lediglich geringfügig und nur auf dem 0,05-Niveau statistisch signifikant.
- Bei Personen in der ältesten Altersgruppe (61 bis 75 Jahre) fällt die Bewertung negativer aus, als in den jüngeren Altersgruppen. Dies trifft insbesondere auf die Subskala „Assess“ zu: hier fühlen sich die 61 bis 75-Jährigen deutlich, d.h. um 0,5 Punkte und statistisch signifikant seltener in die Behandlungsplanung eingebunden als die 41- bis 50-Jährigen (Score_{Assess} 2,6 vs. 3,1 p<0,001). Dabei sind die Unterschiede in den Subskalen „Advise“ und „Agree“ nicht substanziell.

Um den möglichen Einfluss des Alters auf den PACIC 5A und seine Subskalen weiter zu prüfen, wurden die Antwortausfälle in den einzelnen Altersgruppen betrachtet.

Tabelle 7-6: Anteil der Antwortausfälle bei der Bewertung der Prozessqualität nach Alter

Merkmal	Ausprägung	Assess	Advise	Agree	Assist	Arrange	P5A Gesamt
Alter	≤ 40 Jahre	8,5%	8,4%	7,4%	8,2%	7,9%	10,9%
	41 bis 50	8,4%	9,1%	8,3%	8,3%	7,9%	12,2%
	51 bis 60	10,9%	11,5%	9,5%	10,4%	10,1%	15,7%
	61 bis 75	14,1%	15,2%	14,9%	15,8%	14,9%	22,1%
p-Wert		<0,01	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

p-Wert für fehlende im Vergleich zu nicht-fehlenden Werten nach Altersgruppen

Die Verteilung der fehlenden Werte über die Altersgruppen zeigt, dass über alle Subskalen sowie in der Gesamtskala die Gruppe der 61- bis 75-Jährigen statistisch signifikant deutlich höhere Antwortausfälle aufweist als die jüngeren Altersgruppen. Diese sind beispielsweise in der Subskala „Arrange“ um 7 Prozentpunkte statistisch signifikant höher als in der jüngsten Altersgruppe.

Alter und Prozessqualität. Mit dem PACIC sowie dessen Weiterentwicklung PACIC 5A und dessen Subskalen wird erfasst, inwieweit die Behandlung chronisch Kranker aus Patientensicht verschiedene Elemente des Chronic Illness Care Modells berücksichtigt. Beispielsweise geben die Patienten an, wie häufig es seit ihrer Entlassung aus der akut-stationären oder teilstationären Einrichtung vorkommt, dass ihnen verschiedene Behandlungen vorgeschlagen oder erläutert werden (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51). Dabei zeigen der PACIC und der PACIC 5A sowie seine Subskalen, dass die angeführten Aspekte in der Behandlung der Altersgruppe der 61- bis 75-Jährigen statistisch signifikant seltener vorkommen, als in der Behandlung jüngerer Personen (Tabelle 7-3 bzw. Tabelle 7-6). Zudem weist die älteste Altersgruppe (61 bis 75 Jahre) bei der Beantwortung dieser Items deutlich und statistisch signifikant mehr Antwortausfälle auf, als jüngere Altersgruppen. Dies deutet darauf hin, dass die Akzeptanz der Instrumente zur Erfassung der Prozessqualität in der Gruppe der 61 bis 75-Jährigen geringer ist, als in der jüngsten Altersgruppe der bis 40-Jährigen. Mögliche Hintergründe könnten sein, dass älteren Patienten einige der erfragten Aspekte (etwa Erläuterung verschiedener Behandlungsmöglichkeiten) nicht wichtig sind und/oder derartige Aspekte in der Behandlung älterer Menschen nicht bzw. seltener vorkommen.

Prozessqualität. Die Prozessqualität wird mit Items erfasst, auf deren Basis der PACIC und seine Subskalen (20 Items) oder der PACIC 5A und seine Subskalen (25 Items) gebildet werden können. Der Vergleich der psychometrischen Kennwerte zeigt, dass der PACIC 5A und seine Subskalen weniger Antwortausfälle und eine höhere Reliabilität (Cronbach's Alpha zwischen 0,69 und 0,93 vs. 0,63 und 0,85) sowie geringere Bodeneffekte aufweisen. Daher wird für die weiteren Auswertungen der PACIC 5A und seine Subskalen verwendet.

Beschwerdeliste nach von Zerssen

Die Reliabilität der Skala, die zur Erfassung aktueller psychosomatischer Beschwerden von Zerssen (1976) entwickelt wurde, ist mit einem Cronbach's Alpha von 0,93 sehr hoch (vgl. Tabelle 7-7). Die Beschwerdeliste beinhaltet 24 Items. In der rohen Berechnung treten hohe Antwortausfälle (19,1%) auf. Werden bis zu zwei fehlende Antworten durch den Mittelwert der gültig beantworteten

Items ersetzt, reduziert sich der Anteil ohne gültigen Skalenwert auf akzeptable auf 4,5%. Dabei gibt es weder Boden- noch Deckeneffekte.

Tabelle 7-7: Aktuelle Befindlichkeit – Psychometrische Kennwerte

Kennwerte	Beschwerde- liste	PHQ-9	PHQ-Panik	ADS-K	STAI-State
Anzahl Items	24	9	5	15	20
Anwortausfälle	4,5% (19,1%) ^a	3,0% (6,6%) ^a	2,3%	5,2% (11,5%) ^a	5,5% (11,7%) ^a
Bodeneffekt	0,4%	16,0%	n.r.	1,7%	0,7%
Deckeneffekt	0,1%	18,5%	n.r.	0,5%	0,7%
Cronbach's alpha	0,93	0,90	0,96	0,94	0,96

a: ohne Korrektur fehlender Einzelwerte; n.r.: nicht relevant

Erwartungsgemäß weisen Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störungen“ mit einem Wert von 40,7 statistisch signifikant die höchsten Ausprägungen auf der Beschwerdeliste auf. Mit Werten zwischen 34,5 und 35,6 sind die Ausprägungen bei den anderen Hauptentlassungsdiagnosen deutlich niedriger. Das spricht für die Validität der Skala.

Die Subgruppenanalysen zu möglichen Störgrößen (vgl. Tabelle 7-9) zeigen, dass das Geschlecht der Befragten keinen substanziellen Einfluss auf den Scorewert der Beschwerdeliste besitzt. Das Alter hat dagegen einen statistisch signifikanten Einfluss auf den Beschwerdescore. Dabei geben die 51- bis 60-Jährigen am häufigsten psychosomatische Beschwerden an. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich hier auch um die größte Altersgruppe unter den Befragten handelt. Insofern sollte der mögliche Effekt des Alters nicht überbewertet werden.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9 und PHQ-Panik)

Mit den Subskalen der Kurzform des Patient Health Questionnaire (PHQ) wird das Ausmaß eines depressiven Syndroms (PHQ-9) sowie das Vorliegen einer Panikstörung (PHQ-Panik) erfasst. Die Subskalen weisen eine hohe (PHQ-9) bis sehr hohe (PHQ-Panik) Reliabilität auf. Der PHQ-9 beinhaltet 9 Items. In der rohen Berechnung des (PHQ-9) treten Antwortausfälle in Höhe von 6,6% auf, die

durch die angewendeten Korrekturverfahren (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51) auf 3,0% reduziert werden konnten (vgl. Tabelle 7-7). Der PHQ-Panik beinhaltet 5 Items. Es treten nur geringe Antwortausfälle von 2,3% auf, daher werden keine Korrekturverfahren angewendet. Da der PHQ-Panik zu einem dichotomen Ergebnis (Panikstörung ja/nein) verrechnet wird, sind Boden- und Deckeneffekte nicht relevant.

Beim **PHQ-9** weisen Menschen, deren Hauptentlassungsdiagnose „Depression“, „Anpassungsstörung“ aber auch „Somatoforme Störung“, ist erwartungsgemäß mit Werten zwischen 2,0 und 2,1, statistisch signifikant häufiger ein depressives Syndrom auf als Personen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Angststörungen“, deren Ausprägung durchschnittlich bei 1,6 liegt (vgl. Tabelle 7-8). Das spricht für die Validität der Skala. Interessanterweise ist der PHQ-9 mit einem Scorewert von 2,1 bei Personen mit somatoformen Störungen sogar noch etwas stärker ausgeprägt, als bei Personen mit Depressionen (2,0).

Die Subgruppenanalysen zu möglichen Störgrößen (vgl. Tabelle 7-9) zeigen, dass das Geschlecht der Befragten keinen substanziellen Einfluss auf den Scorewert des **PHQ-9** besitzt. Zudem zeigt sich, dass die mittleren Altersgruppen zwischen 51 und 60 Jahren sowie zwischen 41 und 50 Jahren knapp ein Jahr nach ihrer Entlassung statistisch signifikant häufiger unter einem depressiven Syndrom leiden, als die Älteren (61 bis 75 Jahren). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich hier auch um die größte Altersgruppe unter den Befragten handelt. Insofern sollte der mögliche Effekt des Alters nicht überbewertet werden.

Die Scorewerte des **PHQ-Panik** werden nicht durch das Geschlecht der Befragten beeinflusst (vgl. Tabelle 7-9). Die Altersgruppen der 51- bis 60-Jährigen weist statistisch signifikant höhere Scorewerte auf, als die Älteren (61 bis 75 Jahren). Auch hier ist zu berücksichtigen, dass es sich hier auch um die größte Altersgruppe unter den Befragten handelt. Insofern sollte der mögliche Effekt des Alters nicht überbewertet werden. Erwartungsgemäß weisen Menschen mit der Hauptentlassungsdiagnose „Angststörung“ statistisch signifikant höhere Scorewerte auf, als Befragte mit einer anderen Hauptentlassungsdiagnose (vgl. Tabelle 7-8).

Tabelle 7-8: Aktuelle Befindlichkeit – Validität der Skalen

Merkmal	Ausprägung	Beschwerde- liste	PHQ-9	PHQ-Panik	ADS-K	STAI-State
Hauptent- lassungs- diagnose	Depression	35,6	2,0	0,3	20,1	51,5
	Angststö- rung	34,6	1,6	0,5	16,7	49,3
	Anpassungs- störung	34,5	2,0	0,3	19,9	50,7
	Somatoforme Störung	40,7	2,1	0,4	20,2	53,3
p-Wert		<0,001	<0,001	<0,001	<0,01	n.s.

Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K)

Die Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K), die nach Hinweisen auf ein depressives Syndrom screent, erreicht eine sehr hohe Reliabilität. Die Skala beinhaltet 15 Items. In der rohen Berechnung des ADS-K treten Antwortausfälle (11,5%) auf, die durch die angewendeten Korrekturverfahren (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51 und Tabelle 7-7) auf 5,2% reduziert werden konnten. Die Boden- und Deckeneffekten sind sehr gering.

Erwartungsgemäß finden sich Unterschiede nach der Hauptentlassungsdiagnose. Personen mit Depressionen, aber auch Personen mit somatoformen Störungen weisen auf dem ADS-K mit Durchschnitts-Werten von 20,1 bzw. 20,2 die höchsten Ausprägungen auf (vgl. Tabelle 7-8). Die hohen Scorewerte von Personen mit Depressionen sprechen für die Validität der Skala. Interessant ist die geringfügig stärkere Ausprägung bei Personen mit somatoformen Störungen, die sich auch im PHQ-9 zeigt (s.o.).

Die Subgruppenanalyse zu möglichen Störgrößen (vgl. Tabelle 7-9) zeigt, dass das Geschlecht der Befragten keinen substanziellen Einfluss auf die Ausprägungen des ADS-K hat. Es zeigen sich Unterschiede in den verschiedenen untersuchten Altersgruppen (die höchsten Ausprägungen haben 51- bis 60-Jährige). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich hier auch um die größte Altersgruppe

unter den Befragten handelt. Insofern sollte der mögliche Effekt des Alters nicht überbewertet werden.

STAI State

Die Reliabilität des STAI-State, der mit insgesamt 20 Items Angst als Zustand im Sinne von Anspannung, Besorgtheit oder Nervosität erfasst, ist sehr hoch, mit einem Cronbach's Alpha von 0,96. In der rohen Berechnung des STAI State treten Antwortausfälle (11,7%) auf, die durch die angewendeten Korrekturverfahren (vgl. 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51 und Tabelle 7-7) auf 5,5% reduziert werden konnten. Die Boden- und Deckeneffekten sind sehr gering.

Personen mit somatoformen Störungen weisen mit Scorewerten von 53,3 die höchsten Werte auf (vgl. Tabelle 7-8). Der Unterschied zu den anderen Hauptentlassungsdiagnosen ist zwar nicht substanziell, allerdings ist es erstaunlich, dass Personen mit Angststörungen den niedrigsten Scorewert aufweisen (49,3). Zu erwarten wäre, dass Menschen mit Angststörungen auch höhere Werte auf dem STAI State erreichen, der Angst als Zustand erfasst.

Die Subgruppenanalyse zu möglichen Störgrößen (vgl. Tabelle 7-9) zeigt, dass das Geschlecht der Befragten keinen substanziellen Einfluss auf die Ausprägungen des STAI State hat. Einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Höhe der Scorewerte hat das Alter (die höchsten Ausprägungen haben 51- bis 60-Jährige). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich hier auch um die größte Altersgruppe unter den Befragten handelt. Insofern sollte der mögliche Effekt des Alters nicht überbewertet werden.

Tabelle 7-9: Aktuelle Befindlichkeit – mögliche Störgrößen

Merkmal	Ausprägung	Beschwerde- liste	PHQ-9	PHQ-Panik	ADS-K	STAI-State
Alter	Bis 40 Jahre	32,3	1,9	0,3	18,9	50,4
	41 bis 50	36,8	2,1	0,3	20,8	53,1
	51 bis 60	39,3	2,2	0,4	21,6	53,1
	61 bis 75	34,1	1,6	0,2	17,3	47,7
p-Wert		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Geschlecht	weiblich	36,3	2,0	0,3	19,8	51,4
	männlich	34,3	1,9	0,3	19,8	51,1
p-Wert		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Konstruktvalidität

Aus den Interkorrelationen der verschiedenen verwendeten (Sub-)Skalen des PACIC 5A, PHQ-9 und ADS-K können Hinweise auf die Konstruktvalidität gewonnen werden. Bei dem PHQ-9 und dem ADS-K handelt es sich um (Sub-)Skalen, die ähnliche Phänomene erfassen. Beide (Sub-)Skalen korrelieren untereinander hoch (Spearman 0,873) und statistisch signifikant (vgl. Tabelle 7-10). Das spricht für eine hohe Validität der Skalen.

Bezogen auf den PACIC 5A zeigt sich, dass die Bewertung der Prozessqualität weder durch die Hauptdiagnose, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Indexaufenthalt noch durch die aktuelle Befindlichkeit verzerrt wird. So weisen die Korrelation mit den Skalen zur aktuellen (psycho-) somatischen und seelischen Befindlichkeit nicht auf einen substanziellen Zusammenhang zwischen der aktuellen Befindlichkeit und der Bewertung der Prozessqualität hin (vgl. Tabelle 7-9).

Tabelle 7-10: Aktuelle Beschwerden - Korrelation der Skalen untereinander

	PHQ-9	PHQ-Panik	ADS-K	STAI-State
Beschwerdeliste	0,737***	0,449***	0,723***	0,694***
PHQ-9	1	0,366***	0,873***	0,780***
PHQ-Panik		1	0,395***	0,370***
ADS-K			1	0,853***

Alle Korrelationen sind mit einem p-Wert von <0,001 hoch signifikant

7.2 Ergänzende Auswertungen zur Deskription

Tabelle 7-11: Akut-stationär - Patientencharakteristika nach Art der Aufnahme

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK und Patientenbefragung)

Charakteristikum	Normalfall	Notfall	p-Wert
Alter¹	n=1.269	n=461	
Bis 40 Jahre	24,5%	28,2%	<0,05
41 – 50 Jahre	24,0%	24,5%	
51 – 60 Jahre	29,2%	21,9%	
61 – 75 Jahre	22,4%	25,4%	
Mittelwert (Min. - Max.)	49,5 Jahr (20 – 74)	48,7 Jahre (20 -74)	
Geschlecht¹	n=1.269	n=461	
weiblich	78,0%	72,0%	<0,01
männlich	22,0%	28,0%	
Erwerbsstatus²	n=1238	n=445	
Arbeiter, ungelernt	8,6%	9,2%	<0,05
Facharbeiter	16,0%	20,9%	
Angestellter 'niedrig'	40,6%	39,3%	
Angestellter 'hoch'	15,5%	11,0%	
Selbständig/mithelfend	7,2%	5,6%	
nicht berufstätig	12,1%	13,9%	

Tabelle 7-12: Tagesklinik - Art der Aufnahme in die Tagesklinik bezogen auf Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK)

Krankenhaus-Aufnahme	Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ n=441
Reguläre Aufnahme	95,7%
Notfall	4,3%

Tabelle 7-13: Tagesklinik - Als hilfreich empfundene Angebote während des Krankenhausaufenthalts

(Nur Befragte mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; Mehrfachnennungen möglich; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Hilfreiche Angebote	Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ n=434
Anzahl	
Keins	/
Eins	5,1%
Zwei	11,3%
Drei und mehr	83,6%
Einzelgespräche	84,3%
Behandlung mit Medikamenten	73,3%
Gruppengespräche	71,2%
Bewegungsangebote	66,4%
Informationen zur Erkrankung	65,4%
Sonstige hilfreiche Angebote	
Weitere therapeutische Angebote (z.B. Kunsttherapie)*	18,4%
Kontakt zu Mitpatienten*	3,5%
Auszeit/Ruhe*	1,2%
Betreuung allgemein*	0,5%
Andere sonstige Angebote	5,3%

* Häufiger in den Freitexten genannte hilfreiche Angebote und Umstände

„weitere therapeutische Angebote“: Enthalten sind Angaben zu spezifischen Therapieformen, etwa Kunsttherapie

„Kontakt zu Mitpatienten“: Angaben wie Gespräche mit Mitpatienten und das Gefühl nicht als einziger an ihrer Erkrankung zu leiden

„Betreuung allgemein“: in diese Kategorie gingen Angaben ein, die sich auf die Betreuung durch das nicht-ärztliche Personal beziehen, etwa Krankenpfleger als Ansprechpartner.

„Ruhe und Auszeit“: Angaben wie Abstand zum Alltag und eine Auszeit

Tabelle 7-14: Tagesklinik - Krankenhausempfehlungen zur Weiterbehandlung

(Nur Befragten mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; Mehrfachnennungen möglich; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Empfehlungen des Krankenhauses	Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ n=439
Anzahl	
Keine	5,0%
Eine	20,5%
Zwei	40,6%
Drei und mehr	33,9%
Art der Empfehlung	
Psychotherapie	77,2%
Medikamente	73,8%
Hausarzt	30,3
Selbsthilfegruppe	14,1%
Andere Empfehlung	
Tagesklinik*	5,9%
Rehabilitation*	2,5%
Sonstige Therapien*	2,3%
Facharzt (Psychiater/ Neurologe)*	2,1%
Sozialpsychiatrische Betreuung*	1,4%
Andere sonstige Empfehlungen	3,6%

* Häufiger in den Freitexten genannte Empfehlungen zur ambulanten Weiterbehandlung
 „Tagesklinik“: Empfehlung zu einer teilstationären Weiterbehandlung in einer Tagesklinik
 „Facharzt (Neurologe/Psychiater)“: Empfehlungen zur Weiterbehandlung durch einen Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie
 „sonstige Therapien“: Spezifische Therapieempfehlungen wie Ergo- oder Bewegungstherapie
 „Rehabilitation“: Empfehlungen zu einem Rehabilitationsaufenthalt
 „sozialpsychiatrische Betreuung“: Empfehlungen zu einer längerfristigen Betreuung über einen sozialpsychiatrischen Dienst oder in Tagesstätten, oder in Wohngruppen und Heimen.

Tabelle 7-15: Tagesklinik - Empfehlung der Tagesklinik zur Weiterbehandlung mit Medikamenten und/oder Psychotherapie

(Nur Personen mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Empfehlungen	Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ n=439
Keine	8,0%
Psychotherapie	18,2%
Medikamente	14,8%
Kombiniert	59,0%

Tabelle 7-16: Tagesklinik – Rehospitalisierung

(Nur Befragte mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Waren sie seither erneut wegen der gleichen seelischen Erkrankung im Krankenhaus?	Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ n=438
nein	76,0%
ja, einmal	18,0%
ja, mehrmals	5,9%

Tabelle 7-17: Tagesklinik - Aktuelle ärztliche Behandlung

(Nur Befragte mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Ärztliche Behandlung	Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“
Anzahl	n=428
Keine	13,1%
Eine	55,1%
Zwei	25,9%
Drei und mehr	5,8%
Hausarzt	28,3%
Neurologe	34,4%
Psychiater	58,9%
anderes Fachgebiet ^a	3,3%
Berücksichtigung der Krankenhausempfehlungen	n=314
ja	90,1%
nein	9,9%

Tabelle 7-18: Tagesklinik - Aktuelle Einnahme von Medikamenten aufgrund seelischer Erkrankung

(Nur Befragte mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Medikamente	Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“ n=439
Keine Medikamente	20,7%
Vom KH empfohlen	50,1%
Vom KH empfohlen und neu verordnet	9,6%
Nur neu verordnet	19,6%

Tabelle 7-19: Tagesklinik - PACIC 5A

(Nur Befragte mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

PACIC 5A	n	Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“
Assess	400	3,0
Advise	395	2,7
Agree	399	3,3
Assist	403	2,6
Arrange	404	2,3
Gesamt	379	2,8

Tabelle 7-20: Akut-stationär – Psychotherapie zum Zeitpunkt der Befragung

(Nur Personen mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

	Beginn der Therapie		Gesamt	p-Wert
	vor Index-Aufenthalt	nach dem Index- Aufenthalt		
Therapeut gefunden über ... (Mehrfachnennungen möglich)	n=372	n=347	n=719	
Arzt	48,4%	29,7%	39,4%	<0,001
Angehörige/Bekannte	27,4%	22,2%	24,9%	n.s.
Krankenhaus	14,3%	36,0%	24,8%	<0,001
gelbe Seiten	12,6%	11,2%	12,0%	n.s.
Internet	8,1%	8,7%	8,3%	n.s.
Krankenkasse	4,8%	8,1%	6,4%	n.s.
Wartezeit auf Psychotherapie	n=379	n=358	n=737	
Weniger als 1 Monat	49,1%	42,5%	45,9%	<0,05
1-3 Monate	35,9%	37,4%	36,6%	
4-6 Monate	9,5%	10,9%	10,2%	
6-9 Monate	2,1%	6,2%	4,1%	
Länger als 9 Monate	3,4%	3,1%	3,3%	
Häufigkeit der Therapiesitzungen	n=363	n=330	n=693	
Wöchentlich	33,1%	41,2%	36,9%	<0,05
Alle 14 Tage	26,7%	25,5%	26,1%	
Monatlich	30,6%	23,3%	27,1%	
Vierteljährlich	7,4 %	9,4%	8,4%	
Seltener	2,2%	0,6%	1,4%	
Wegezeit zur Therapie	n=382	n=352	n=734	
Bis 15 Minuten	19,1%	22,4%	20,7 %	n.s.
> 15 bis 30 Min	42,9%	45,2%	44,0%	
> 30 bis 60 Min	32,2%	28,7%	30,5%	
Mehr als 60 Minuten	5,8%	3,7%	4,8%	

p-Wert für Unterschiede innerhalb der Subgruppen bezüglich des Beginns der Psychotherapie
(vor- oder nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt)

Tabelle 7-21: Akut-stationär – Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung nach Art der Hauptentlassungsdiagnose

(ca. 11 Monate nach dem Index-Aufenthalt; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung	Hauptentlassungsdiagnose				Gesamt n=1.562	p-Wert
	Depression n=1.135	Angst n=108	Anpassung n=205	Somatoform n=114		
Keine	11,0%	13,9%	19,0%	21,1%	13,0%	<0,05
Psychotherapie	3,5%	6,5%	3,9%	4,4%	3,8%	
Ärztliche Behandlung ohne Psychotherapie	26,3%	24,1%	19,5%	24,6%	25,2%	
Psychiatr. Behandlung und Psychotherapie	26,8%	25,0%	21,5%	19,3%	25,4%	
Sonstige ärztliche Behandlung und Psychotherapie	32,3%	30,6%	36,1%	30,7%	32,6%	

p-Wert für Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hauptentlassungsdiagnosen

Tabelle 7-22: Akut-stationär – Wartezeit auf den Beginn der Psychotherapie nach Krankenhaus-Empfehlung zur Aufnahme einer Psychotherapie

(Nur Personen mit Therapiebeginn nach dem Index-Aufenthalt;
Quelle: Patientenbefragung)

	Empfehlung des Krankenhauses zur Aufnahme einer Psychotherapie		Gesamt	p-Wert
	Ja	Nein		
Wartezeit auf Psychotherapie	n=407	n=77		
Weniger als 1 Monat	40,5%	46,8%	41,5%	n.s.
1-3 Monate	39,3%	35,1%	38,6%	
4-6 Monate	10,8%	11,7%	11,0%	
6-9 Monate	6,6%	2,6%	7,0%	
Länger als 9 Monate	2,7%	3,9%	2,9%	

p-Wert für Unterschiede innerhalb der Subgruppen bezüglich des Beginns der Psychotherapie

Tabelle 7-23: Tagesklinik - Psychotherapie zum Zeitpunkt der Befragung bezogen auf Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Psychotherapie	Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“
	n=408
Aktuell keine	38,2%
Ja, Beginn vor Index-Aufenthalt	26,7%
Ja, Beginn nach Index-Aufenthalt	35,1%

Tabelle 7-24: Tagesklinik – Psychotherapie

(Nur Personen mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression“, die sich aktuell in einer Psychotherapie befinden, Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

	Beginn der Therapie		Gesamt	p-Wert
	vor Index-Aufenthalt	nach dem In- dex-Aufenthalt		
Therapeut gefunden über ... (Mehrfachnennungen möglich)	n=103	n=134	n=237	
Arzt	46,6%	39,6%	42,6%	n.s.
Angehörige/Bekannte	33,0%	26,1%	29,1%	n.s.
Krankenhaus	12,6%	29,9%	22,4%	<0,01
gelbe Seiten	12,6%	10,5%	11,4%	n.s.
Internet	5,8%	9,0%	7,6%	n.s.
Krankenkasse	5,8%	7,5%	6,8%	n.s.
Wartezeit auf Psychotherapie	n=107	n=141	n=248	
Weniger als 1 Monat	37,4%	44,0%	41,1%	n.s.
1-3 Monate	41,1%	34,8%	37,5%	
4-6 Monate	12,3%	12,1%	12,5%	
6-9 Monate	4,7%	2,8%	3,6%	
Länger als 9 Monate	4,7%	5,7%	5,2%	
Häufigkeit der Therapiesitzungen	n=107	n=142	n=249	
Wöchentlich	32,7%	44,4%	39,4%	n.s.
Alle 14 Tage	30,8%	28,9%	29,7%	
Monatlich	23,4%	19,7%	21,3%	
Vierteljährlich	7,5%	4,9%	6,0%	
Seltener	5,6%	2,1%	3,6%	
Wegezeit zur Therapie	n=108	n=141	n=241	
Bis 15 Minuten	22,2%	18,4%	20,0%	n.s.
> 15 bis 30 Min	45,4%	48,6%	47,2%	
> 30 bis 60 Min	29,6%	29,6%	29,6%	
Mehr als 60 Minuten	2,7%	3,5%	3,2%	

p-Wert für Unterschiede innerhalb der Subgruppen bezüglich des Beginns der Psychotherapie (vor- oder nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt)

Tabelle 7-25: Akut-stationär – Stark ausgeprägte Beschwerden in Beschwerdeliste nach Art der Hauptentlassungsdiagnose

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

	Hauptentlassungsdiagnose*				Gesamt n=1647	p-Wert
	Depression n=1192	Angst n=113	Anpassung n=223	Somato- form n=119		
Starke Beschwerden						
Innere Unruhe	39,9%	38,9%	43,1%	40,3%	40,3%	n.s.
Energielosigkeit	36,2%	24,8%	25,6%	42,0%	34,4%	<0,001
Mattigkeit	34,9%	28,3%	24,2%	45,4%	33,8%	<0,001
Innere Gespanntheit	33,1%	32,7%	30,5%	41,2%	33,3%	n.s.
Müdigkeit	33,4%	30,1%	26,5%	43,7%	33,0%	<0,05
Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit	34,7%	18,6%	28,3%	26,9%	32,1%	<0,01
Angstgefühl	28,2%	45,1%	35,9%	29,4%	30,5%	<0,001
Konzentrationsschwäche	28,9%	22,1%	22,9%	31,1%	27,8%	n.s.
Schlaflosigkeit	26,4%	21,2%	30,5%	30,3%	26,9%	n.s.
Beschwerden beim Heben oder Tragen	24,9%	20,4%	22,0%	37,8%	25,1%	<0,01
Schwächegefühl	24,5%	21,2%	18,8%	36,1%	24,4%	<0,01
Schweregefühl / Müdigkeit in den Beinen	24,6%	18,6%	17,0%	32,8%	23,7%	<0,01
Reizbarkeit	23,0%	18,6%	26,5%	23,5%	23,2%	n.s.
Taubheitsgefühl in Händen oder Füßen	18,7%	14,2%	19,3%	31,0%	19,4%	<0,01
Wetterfühligkeit	18,6%	18,6%	15,7%	27,7%	18,9%	n.s.
Kopfschmerzen/ Druck im Kopf/ Gesichtsschmerzen	13,8%	17,7%	14,4%	27,7%	15,1%	<0,001
Druck/Völlegefühl im Leib	13,7%	8,0%	11,7%	22,7%	13,7%	<0,01
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	12,9%	20,4%	10,8%	16,8%	13,4%	n.s.
Beschwerden beim Sehen oder Hören	11,7%	12,4%	6,7%	16,0%	11,4%	n.s.
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	11,1%	10,6%	10,3%	10,9%	10,9%	n.s.
Leibschmerzen	10,2%	11,5%	8,5%	21,0%	10,8%	<0,01
Schwindelgefühl	10,0%	13,3%	7,2%	21,9%	10,7%	<0,001
Anfallsweise Atemnot	6,2%	8,0%	4,9%	8,4%	6,3%	n.s.
Erstickungsgefühl	3,1%	7,1%	2,2%	6,7%	3,5%	<0,05

*Einbezogen werden Personen, bei denen maximal zwei Items der Beschwerdeliste fehlen

Tabelle 7-26: Akut stationär - Korrelation verschiedener Aspekte der Befindlichkeit

(Nur Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; Spearmansche Rangkorrelation; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

	Beschwerde- liste	PHQ-9	PHQ-Panik	STAI-State	Selbstbewer- tung
Allgemeiner Gesund- heitszustand	0,608 n=1176	0,699 n=1200	0,288 n=1207	0,722 n=1168	0,604 n=1221
Beschwerdeliste		0,741 n=1171	0,432 n=1173	0,685 n=1131	0,495 n=1181
PHQ-9			0,358 n=1207	0,797 n=1151	0,585 n=1203
PHQ-Panik				0,373 n=1159	0,244 n=1210
STAI-State					0,601 n=1172

Alle Korrelationen sind mit einem p-Wert von <0,001 hoch signifikant

Tabelle 7-27: Akut stationär - Korrelation verschiedener Aspekte der Befindlichkeit

(Nur Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Angststörung“; Spearmansche Rangkorrelation; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

	Beschwerde- liste	PHQ-9	PHQ-Panik	STAI-State	Selbstbewer- tung
Allgemeiner Gesund- heitszustand	0,595*** n=111	0,611*** n=112	0,287** n=116	0,666*** n=113	0,531*** n=113
Beschwerdeliste		0,719*** n=111	0,447*** n=112	0,697*** n=109	0,449*** n=109
PHQ-9			0,430*** n=113	0,796*** n=110	0,531*** n=110
PHQ-Panik				0,372*** 114	0,324*** 114
STAI-State					0,589*** n=111

p-Wert:<0,05 ** p-Wert: <0,01 *** p-Wert: <0,001

Tabelle 7-28: Akut stationär - Korrelation verschiedener Aspekte der Befindlichkeit

(Nur Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Anpassungsstörung“; Spearmanische Rangkorrelation; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

	Beschwerdeliste	PHQ-9	PHQ-Panik	STAI-State	Selbstbewertung
Allgemeiner Gesundheitszustand	0,584*** n=222	0,584*** n=221	0,309*** n=226	0,633*** n=218	0,542*** n=228
Beschwerdeliste		0,681*** n=217	0,477*** n=220	0,648*** n=212	0,433*** n=221
PHQ-9			0,375*** n=221	0,723*** n=212	0,552*** n=220
PHQ-Panik				0,354*** n=216	0,185** n=225
STAI-State					0,561*** n=217

*p-Wert:<0,05 ** p-Wert: <0,01 *** p-Wert: <0,001

Tabelle 7-29: Akut stationär - Korrelation verschiedener Aspekte der Befindlichkeit

(Nur Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störung“ Spearmanische Rangkorrelation; Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

	Beschwerdeliste	PHQ-9	PHQ-Panik	STAI-State	Selbstbewertung
Allgemeiner Gesundheitszustand	0,618*** 118	0,643*** 116	0,331*** 118	0,720*** 114	0,474*** 120
Beschwerdeliste		0,791*** 116	0,525*** 115	0,759*** 111	0,468*** 117
PHQ-9			0,398*** 115	0,799*** 109	0,602*** 115
PHQ-Panik				0,504*** 110	0,278** 117
STAI-State					0,530*** 112

p-Wert:<0,05 ** p-Wert: <0,01 *** p-Wert: <0,001

Tabelle 7-30: Tagesklinik - Seelische Befindlichkeit und subjektiver Erfolg

(Nur Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“

Quelle: Routinedaten der BARMER GEK und Patientenbefragung)

Allgemeiner Gesundheitszustand	n=439	PHQ-9	n=434
Ausgezeichnet	0,7%	Keine	12,4%
Sehr gut	4,3%	Mild	25,3%
Gut	38,5%	Mittel	21,0%
Weniger gut	38,3%	Ausgeprägt	21,7%
Schlecht	18,2%	Schwer	19,6%
Beschwerdeliste	n=426	ADS-K	n=424
MW	37,0	Mittelwerte	20,6
Min - Max	0 - 72	Min-Max (STD)	0 - 45 (11,4)
Standardabweichung	14,1	Anteil > 18 Punkte	58,5%
PHQ-9 „Major Depression“	n=434	PHQ-Panik	n=436
Nein	37,8%	Nein	72,5%
Ja	62,2%	Ja	27,5%
STAI-State	n=422	Geht es Ihnen heute ...	n=437
Mittelwerte	52,2	... sehr viel besser?	29,1%
Min-Max (STD)	20 - 80 (14,1)	... etwas besser?	40,5%
		... genauso gut?	8,5%
		... etwas schlechter?	13,7%
		... sehr viel schlechter?	8,2%

7.3 Ergänzende Auswertungen zu Einflussgrößen

Tabelle 7-31: Akut-stationär - Einflussgrößen auf das Risiko einer Rehospitalisierung nach Hauptentlassungsdiagnose

(Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Merkmal	Ausprägung*	Depression (n=1.133)			Angststörung (n=108)			Anpassungsstörung (n=207)			Somatoforme Störung (n=112)		
		OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		0,32	(0,22 - 0,46)	<0,001	0,03	(0 - 0,24)	<0,01	0,58	(0,25 - 1,32)	n.s.	0,15	(0,03 - 0,8)	<0,05
Alter	Bis 40	1,18	(0,80 – 1,73)	n.s.	1			1			0,31	(0,05 – 1,87)	n.s.
	41 bis 50	1,04	(0,72 – 1,52)	n.s.	4,47	(0,79 – 25,38)	n.s.	0,79	(0,36 – 1,73)	n.s.	1,18	(0,34 – 4,14)	n.s.
	51 bis 60	1			2,57	(0,36 – 18,14)	n.s.	0,61	(0,27 – 1,37)	n.s.	1		
	61 bis 75	0,78	(0,53 - 1,15)	n.s.	3,69	(0,57 - 23,83)	n.s.	0,37	(0,10 - 1,30)	n.s.	0,15	(0,01 - 1,87)	n.s.
Geschlecht	Weiblich	1			1			1			1		
	männlich	1,20	(0,87 - 1,67)	n.s.	0,48	(0,11 - 2,05)	n.s.	0,92	(0,41 - 2,06)	n.s.	0,61	(0,15 - 2,47)	n.s.
Erwerbs-status	Arbeiter	0,90	(0,52 – 1,55)	n.s.	0,56	(0,05 – 6,38)	n.s.	1,31	(0,48 – 3,56)	n.s.	2,80	(0,37 – 21,16)	n.s.
	Facharbeiter	1,07	(0,71 – 1,59)	n.s.	3,36	(0,76 – 14,94)	n.s.	1,51	(0,61 – 3,73)	n.s.	1,68	(0,32 – 8,84)	n.s.
	Angestellt „N“	1			1						1		
	Angestellt „H“	0,80	(0,53 – 1,22)	n.s.	6,35	(0,95 – 42,62)	n.s.	1,31	(0,47 – 3,62)	n.s.	3,41	(0,6 – 19,27)	n.s.
	selbstständig	1,45	(0,83 – 2,54)	n.s.	2,43	(0,19 – 31,03)	n.s.	1,85	(0,57 – 6,03)	n.s.	3,50	(0,2 – 62,94)	n.s.
	nicht berufstätig	1,20	(0,78 - 1,84)	n.s.	1,03	(0,16 - 6,67)	n.s.	1,10	(0,38 - 3,22)	n.s.	1,27	(0,19 - 8,33)	n.s.
Aufnahme	Normalfall	1			1			1			1		
	Notfall	1,43	(1,05 - 1,95)	<0,05	1,59	(0,49 - 5,15)	n.s.	1,20	(0,63 - 2,28)	n.s.	1,86	(0,55 - 6,26)	n.s.
KH-Empfehlung	Keine	0,71	(0,42 – 1,20)	n.s.	1,79	(0,32 – 9,97)	n.s.	1,02	(0,43 – 2,4)	n.s.	1,38	(0,24 – 8,02)	n.s.
	Psychotherapie	0,42	(0,27 – 0,63)	n.s.	0,75	(0,16 – 3,56)	n.s.	0,55	(0,25 – 1,18)	n.s.	0,80	(0,19 – 3,28)	n.s.
	Medikamente	0,93	(0,66 – 1,33)	<0,001	2,16	(0,47 – 9,90)	n.s.	1,46	(0,52 – 4,11)	n.s.	1,53	(0,21 – 11,34)	n.s.
	Kombiniert	1		n.s.	1			1			1		
PT vor KH-Aufenthalt	Ja	1,52	(1,14 – 2,03)	<0,01	1,43	(0,34 – 5,95)	n.s.	0,82	(0,42 – 1,61)	n.s.	0,77	(0,19 – 3,1)	n.s.
	Nein	1			1			1			1		
Modellgüte		0,63			0,74			0,63			0,72		

PT: Psychotherapie; * zur Klassifikation der Merkmalsausprägung, siehe 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

Angestellte 'N': einfache und mittlere Angestellte

Angestellte 'H': gehobene und leitende Angestellter

Tabelle 7-32: Tagesklinik - Einflussgrößen auf das Risiko einer Rehospitalisierung

(Nur Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; logistische Regression, n=402, Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Variable	Ausprägung*	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		0,22	(0,12 - 0,39)	0,000
Alter (Jahre)	Bis 40 Jahre	1		
	41 – 50 Jahre	1,15	(0,6 – 2,19)	n.s.
	51 – 60 Jahre	1,48	(0,8 – 2,72)	n.s.
	61 – 75 Jahre	1,74	(0,78 – 3,9)	n.s.
Geschlecht	weiblich	1		
	männlich	0,95	(0,54 – 1,67)	n.s.
Krankenhaus-Aufnahme	Normalfall	1		
	Notfall	1,41	(0,46 – 4,34)	n.s.
Erwerbsstatus	Arbeiter ungelernt	1,82	(0,75 – 4,39)	n.s.
	Facharbeiter	1,62	(0,88 – 2,99)	n.s.
	Angestellt „niedrig“	1		
	Angestellt „hoch“	1,01	(0,42 – 2,42)	n.s.
	Selbständig	0,26	(0,03 – 2,05)	n.s.
	nicht berufstätig	2,94	(1,41 – 6,14)	n.s.
Krankenhaus-Empfehlung	Keine	0,40	(0,13 – 1,24)	n.s.
	Psychotherapie	0,60	(0,31 – 1,15)	n.s.
	Medikamente	0,52	(0,24 – 1,13)	n.s.
	Kombiniert	1		
Psychotherapie vor KH-Aufenthalt	Ja	1,54	(0,91 – 2,59)	0,106
	Nein	1		
Modellgüte	c-Wert		0,68	

* zur Klassifikation der Merkmalsausprägung, siehe 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

Tabelle 7-33: Akut-stationär - Einflussgrößen auf die Wahrscheinlichkeit sich zum Befragungszeitpunkt in psychotherapeutischer Behandlung zu befinden nach Hauptentlassungsdiagnose

		Depression (n=1.133)			Angststörung (n=108)			Anpassungsstörung (n=207)			Somatoforme Störung (n=112)		
		OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		3,35	(2,38 - 4,7)	<0,001	5,87	(1,7 - 20,24)	<0,01	3,15	(1,31 - 7,56)	0,010	1,56	(0,49 - 4,98)	n.s.
Alter	Bis 40	0,80	(0,55 - 1,18)	n.s.	1			1			0,55	(0,16 - 1,83)	n.s.
	41 bis 50	0,67	(0,46 - 0,97)	<0,05	1,50	(0,42 - 5,34)	n.s.	1,58	(0,68 - 3,67)	n.s.	1,10	(0,36 - 3,4)	n.s.
	51 bis 60	1			1,01	(0,26 - 3,99)	n.s.	0,72	(0,32 - 1,61)	n.s.	1		
	61 bis 75	0,68	(0,48 - 0,98)	<0,05	1,01	(0,27 - 3,84)	n.s.	0,90	(0,29 - 2,77)	n.s.	0,46	(0,08 - 2,73)	n.s.
Geschlecht	Weiblich	1			1			1			1		
	männlich	0,99	(0,72 - 1,36)	n.s.	0,80	(0,25 - 2,53)	n.s.	0,62	(0,28 - 1,36)	n.s.	1,18	(0,4 - 3,46)	n.s.
Erwerbsstatus	Arbeiter	1,17	(0,7 - 1,97)	n.s.	1,29	(0,21 - 7,81)	n.s.	0,37	(0,13 - 1,02)	n.s.	3,63	(0,64 - 20,66)	n.s.
	Facharbeiter	1,20	(0,81 - 1,78)	n.s.	0,42	(0,11 - 1,66)	n.s.	0,75	(0,3 - 1,89)	n.s.	2,76	(0,84 - 9,14)	n.s.
	Angestellt „N“	1			1			1			1		
	Angestellt „H“	1,04	(0,71 - 1,53)	n.s.	0,17	(0,03 - 0,98)	<0,05	0,75	(0,26 - 2,13)	n.s.	4,09	(0,76 - 22,05)	n.s.
	selbständig	0,92	(0,53 - 1,59)	n.s.	0,21	(0,03 - 1,26)	n.s.	1,12	(0,3 - 4,11)	n.s.	1,32	(0,16 - 10,93)	n.s.
	nicht berufstätig	1,43	(0,92 - 2,21)	n.s.	0,68	(0,17 - 2,72)	n.s.	1,54	(0,5 - 4,78)	n.s.	1,32	(0,29 - 4,06)	n.s.
Aufnahme	Normalfall	1			1						1		
	Notfall	0,74	(0,55 - 1)	n.s.	0,95	(0,35 - 2,58)	n.s.	0,48	(0,25 - 0,92)	<0,05	1,12	(0,41 - 3,08)	n.s.
Krankenhaus-Empfehlung	Keine	0,29	(0,18 - 0,46)	<0,001	0,13	(0,03 - 0,54)	<0,01	0,56	(0,23 - 1,33)	n.s.	0,26	(0,07 - 0,96)	<0,05
	Psychotherapie	0,90	(0,63 - 1,3)	n.s.	0,84	(0,25 - 2,78)	n.s.	1,11	(0,51 - 2,43)	n.s.	0,57	(0,2 - 1,6)	n.s.
	Medikamente	0,20	(0,14 - 0,28)	<0,001	0,12	(0,03 - 0,5)	<0,01	0,15	(0,05 - 0,48)	<0,01	0,04	(0 - 0,35)	<0,01
	Kombiniert	1			1			1			1		
Rehospitalisierung	Ja	1,42	(1,05 - 1,93)	<0,05	1,77	(0,48 - 6,44)	n.s.	1,86	(0,93 - 3,74)	n.s.	1,42	(0,37 - 5,42)	n.s.
	Nein	1			1			1			1		
Modellgüte		0,70			0,76			0,74			0,79		

* Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen siehe 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

Angestellte 'N': einfache und mittlere Angestellte Angestellte 'H': gehobene und leitende Angestellte

Tabelle 7-34: Akut-stationär - Einflussgrößen auf die patientenseitigen Erfahrungen in verschiedenen Subskalen*

(Großteil zutreffender Aspekte bei Personen, die sich in ärztlicher Behandlung befinden; logistische Regression, alle Störungsbilder)

Variable [#]	Ausprägung [#]	Advise (n=968)			Agree (n=982)			Assist (n=965)			Arrange (n=964)		
		OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		0,69	(0,39 - 1,24)	0,218	1,79	(1,11 - 2,9)	0,017	0,62	(0,36 - 1,08)	0,094	0,31	(0,15 - 0,63)	0,001
KH-Empfehlung	Keine	1,01	(0,48 - 2,12)	n.s.	0,66	(0,36 - 1,19)	n.s.	0,50	(0,23 - 1,09)	n.s.	0,41	(0,12 - 1,41)	n.s.
	Psychotherapie	0,84	(0,49 - 1,44)	n.s.	0,65	(0,43 - 0,99)	<0,05	0,62	(0,38 - 1,04)	n.s.	0,81	(0,42 - 1,58)	n.s.
	Medikamente	1,00	(0,62 - 1,62)	n.s.	0,72	(0,49 - 1,06)	n.s.	0,50	(0,31 - 0,83)	<0,01	0,77	(0,41 - 1,45)	n.s.
	Kombiniert	1			1			1			1		
Medikamente	Keine	0,66	(0,34 - 1,28)	n.s.	0,75	(0,46 - 1,23)	n.s.	0,58	(0,31 - 1,08)	n.s.	0,53	(0,21 - 1,33)	n.s.
	Empfohlene	1			1			1			1		
	Neue/Empfohlene	1,13	(0,68 - 1,88)	n.s.	1,28	(0,83 - 1,96)	n.s.	1,51	(0,95 - 2,41)	n.s.	1,04	(0,57 - 1,91)	n.s.
	Andere Med.	0,80	(0,51 - 1,25)	n.s.	1,01	(0,71 - 1,44)	n.s.	0,75	(0,49 - 1,15)	n.s.	0,80	(0,45 - 1,41)	n.s.
Ärztliche u. Psychothe. Behandlung	Arzt/ <u>keine</u> PT	0,37	(0,23 - 0,61)	<0,001	0,52	(0,35 - 0,76)	<0,01	0,44	(0,28 - 0,7)	<0,01	0,39	(0,21 - 0,73)	<0,01
	Psychiater/ PT	0,72	(0,49 - 1,06)	n.s.	1,07	(0,78 - 1,48)	n.s.	0,92	(0,64 - 1,33)	n.s.	0,61	(0,37 - 0,99)	<0,05
	anderer Arzt/ PT	1			1			1			1		
Berücksichtigung der KH-Empfehlung	Ja	1			1			1			1		
	Nein	0,52	(0,26 - 1,02)	n.s.	0,35	(0,21 - 0,6)	<0,001	0,58	(0,30 - 1,11)	n.s.	0,35	(0,12 - 1)	n.s.
ADS	Je Punktwert	0,98	(0,97 - 1)	n.s.	0,98	(0,97 - 0,99)	<0,01	0,99	(0,98 - 1,01)	n.s.	0,99	(0,97 - 1,01)	n.s.
Modellgüte		0,68			0,66			0,69			0,72		

PT: Psychotherapie

kontrolliert für Alter, Geschlecht, Hauptentlassungsdiagnose, Erwerbsstatus, Art der Aufnahme, Rehospitalisierung und Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt

Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen siehe 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

Tabelle 7-35: Modelle zu Einflussgrößen auf die Befindlichkeit nach Hauptentlassungsdiagnose

	Depression	Angststörung	Anpassungsstörung	Somatoforme Störung
Outcome	PHQ-9: Majore Depression (Ja/Nein)	PHQ-Panik: Panikstörung (Ja/Nein)	STAI State: Zustandsangst (Ja/Nein)	PHQ-9: Majore Depression (Ja/Nein) Beschwerdeliste: Beschwerdescore (<42/>=42)
Potenzielle Einflussgrößen				
(sozio-) demografisch	Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus ^a	Alter, Geschlecht ^a	Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus ^a	Alter, Geschlecht ^a
Vorheriges Geschehen	Art der Aufnahme, Psychotherapie <u>vor</u> dem Index-Aufenthalt, Rehospitalisierung. Krankenhaus-Empfehlung	Art der Aufnahme, Psychotherapie <u>vor</u> dem Index-Aufenthalt, Rehospitalisierung. Krankenhaus-Empfehlung	Art der Aufnahme, Psychotherapie <u>vor</u> dem Index-Aufenthalt, Rehospitalisierung. Krankenhaus-Empfehlung	Art der Aufnahme, Psychotherapie <u>vor</u> dem Index-Aufenthalt, Rehospitalisierung. Krankenhaus-Empfehlung
Aktuelle Situation	Aktuelle medikamentöse Behandlung, Ärztl. u. psychotherap. Behandlung, Berücksichtigung der Krankenhaus-Empfehlungen	Einnahme von Medikamenten ^b Ärztl. u. psychotherap. Behandlung, Berücksichtigung der Krankenhaus-Empfehlungen	Einnahme von Medikamenten ^b Ärztl. u. psychotherap. Behandlung, Berücksichtigung der Krankenhaus-Empfehlungen	Einnahme von Medikamenten ^b Ärztl. u. Psychotherap. Behandlung, Berücksichtigung der Krankenhaus-Empfehlungen

[#] Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen siehe 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

a Lediglich für Modelle, die einen Stichprobenumfang von über 100 Teilnehmern umfassen (depressive Störung und Anpassungsstörung) wird die Variable Erwerbsstatus einbezogen.

b Aufgrund der geringen Stichprobengröße in den Gruppen „Angststörung“, „Anpassungsstörungen“ und „somatoforme Störung“ wird die Variable „Einnahme von Medikamenten“ (Ja/Nein) verwendet, die eine dichotomisierte Version der Variablen „Aktuelle medikamentöse Behandlung“ darstellt.

Tabelle 7-36: Akut-stationär – Majore Depression zum Zeitpunkt der Befragung (Major Depression vs. keine Major Depression)

(Nur Befragte Hauptentlassungsdiagnose „Depression“; logistische Regression n=937, Quelle: Routinedaten BARMER GEK, Patientenbefragung)

Variable [#]	Ausprägung [#]	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		1,30	(0,81 - 2,08)	0,285
Alter	Bis 40 Jahre (vs. 51 – 60 Jahre)	0,66	(0,43 - 1)	n.s.
	41 – 50 Jahre (vs. 51 – 60 Jahre)	0,97	(0,64 – 1,46)	n.s.
	61 – 75 Jahre (vs. 51 – 60 Jahre)	0,49	(0,32 - 0,74)	<0,01
Geschlecht	Männlich (vs. weiblich)	0,91	(0,63 - 1,29)	n.s.
Erwerbsstatus	Arbeiter (vs. Angestellter 'niegrig')	2,67	(1,42 - 5,01)	<0,01
	Facharbeiter (vs. Angestellter 'niegrig')	1,17	(0,75 – 1,81)	n.s.
	Angestellter 'hoch' (vs. Angestellter 'niegrig')	1,13	(0,74 – 1,71)	n.s.
	Selbständig/mithelfend (vs. Angestellter 'niegrig')	1,19	(0,64 – 2,22)	n.s.
	nicht berufstätig (vs. Angestellter 'niegrig')	2,38	(1,42 - 4)	<0,01
Aufnahme	Notfall (vs. Regulär)	0,54	(0,39 - 0,77)	<0,001
Psychotherapie vor KH-Aufenthalt	Ja (vs. nein)	1,44	(0,99 - 2,11)	n.s.
Rehospitalisierung	Ja (vs. nein)	3,22	(2,22 - 4,68)	<0,001
Krankenhaus-Empfehlung	Keine (vs. kombiniert)	1,15	(0,62 – 2,11)	n.s.
	Psychotherapie(vs. kombiniert)	0,90	(0,57 – 1,41)	n.s.
	Medikamente (vs. kombiniert)	0,63	(0,42 - 0,94)	<0,05
Aktuelle medikamentöse Behandlung	Keine (vs. empfohlen)	1,71	(1,04 – 2,82)	<0,05
	Neue/Empfohlen (vs. empfohlen)	2,20	(1,33 – 3,63)	<0,01
	Andere Medikamente (vs. empfohlen)	1,49	(0,98 - 2,26)	n.s.
Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung	Keine	0,26	(0,14 – 0,47)	<0,001
	Psychotherapie	0,38	(0,18 – 0,82)	<0,05
	ärztl. Behand. ohne Psychotherapie	0,91	(0,58 – 1,42)	n.s.
	Psychiatr. Behand. u. Psychotherapie	0,98	(0,66 – 1,45)	n.s.
	sonst. ärztl. Behand. u. Psychotherapie	1		
Berücksichtigung der KH-Empfehlung	Nein (vs. ja)	1,80	(0,98 – 3,31)	n.s.
Modellgüte	c-Wert		0,75	

[#] Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen siehe 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

Tabelle 7-37: Akut-stationär – Panikstörungen zum Zeitpunkt der Befragung (Panikstörung vs. keine Panikstörung)

(Nur Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Angststörung“; logistische Regression n=89, Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Variable [#]	Ausprägung [#]	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		4,18	(0,87 - 20,02)	0,074
Alter	Bis 40 Jahre	1		
	41 – 50 Jahre	0,64	(0,16 – 2,52)	n.s.
	51 – 60 Jahre	0,66	(0,14 – 3,16)	n.s.
	61 – 75 Jahre	0,53	(0,11 – 2,52)	n.s.
Geschlecht	Männlich (vs. weiblich)	0,87	(0,27 – 2,83)	n.s.
Aufnahme	Notfall (vs. Regulär)	0,59	(0,19 – 1,79)	n.s.
Psychotherapie vor KH-Aufenthalt	Ja (vs. nein)	0,65	(0,16 – 2,7)	n.s.
Rehospitalisierung	Ja (vs. nein)	4,91	(1,08 – 22,22)	<0,05
Krankenhaus-Empfehlung	Keine	3,62	(0,45 – 29)	n.s.
	Psychotherapie	1,65	(0,38 – 7,15)	n.s.
	Medikamente	2,33	(0,47 – 11,47)	n.s.
	Kombiniert	1		
Aktuelle Einnahme v. Medikamenten	Nein (vs. ja)	0,27	(0,05 – 1,36)	n.s.
Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung	Keine	0,07	(0,01 – 0,68)	<0,05
	Psychotherapie	0,16	(0,01 – 2,4)	n.s.
	ärztl. Behand. ohne Psychotherapie	0,27	(0,06 – 1,3)	n.s.
	Psychiatr. Behand. u. Psychotherapie	0,50	(0,12 – 2,12)	n.s.
	sonst. ärztl. Behand. u. Psychotherapie	1		
Berücksichtigung der KH-Empfehlung	Nein (vs. ja)	0,35	(0,07 – 1,69)	n.s.
Modellgüte	c-Wert		0,79	

[#] Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen siehe 3.1.2 Patientenbefragung – Erhebungsinstrumente, Seite 51

Tabelle 7-38: Akut-stationär – STAI State Zustandsangst zum Zeitpunkt der Befragung (STAI State ≥ 50 vs. STAI State < 50)

(Nur Befragte Hauptentlassungsdiagnose „Anpassungsstörung“; logistische Regression $n=159$, Quelle: Routinedaten BARMER GEK, Patientenbefragung)

Variable [#]	Ausprägung [#]	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		4,13	(1,15 - 14,83)	0,030
Alter	41 – 50 Jahre (vs. bis 40 Jahre)	0,29	(0,11 – 0,79)	<0,05
	51 – 60 Jahre	0,23	(0,08 – 0,68)	<0,01
	61 – 75 Jahre	0,19	(0,04 - 0,90)	<0,05
Geschlecht	Männlich (vs. weiblich)	0,46	(0,17 - 1,25)	n.s.
Erwerbsstatus	Arbeiter (vs. Angestellter 'niedrig')	2,60	(0,75 – 9,03)	n.s.
	Facharbeiter (vs. Angestellter 'niedrig')	1,01	(0,34 – 3)	n.s.
	Angestellter 'hoch' (vs. Angestellter 'niedrig')	1,24	(0,37 – 4,14)	n.s.
	Selbständig/mithelfend (vs. Angestellter 'niedrig')	1,31	(0,28 – 6,13)	n.s.
	nicht berufstätig (vs. Angestellter 'niedrig')	0,58	(0,16 - 2,04)	n.s.
Aufnahme	Notfall (vs. regulär)	2,34	(1 - 5,47)	n.s.
Psychotherapie vor KH-Aufenthalt	Ja (vs. nein)	1,00	(0,37 - 2,68)	n.s.
Rehospitalisierung	Ja (vs. nein)	1,11	(0,48 - 2,55)	n.s.
Krankenhaus-Empfehlung	Keine	1,09	(0,34 – 3,46)	n.s.
	Psychotherapie	0,78	(0,3 – 2,02)	n.s.
	Medikamente	1,14	(0,3 - 4,32)	n.s.
	Kombiniert	1		
Aktuelle Einnahme v. Medikamenten	Nein (vs. ja)	1,21	(0,38 – 3,84)	n.s.
Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung	Keine	0,12	(0,03 – 0,56)	<0,01
	Psychotherapie	0,15	(0,02 – 1,04)	n.s.
	ärztl. Behand. ohne Psychotherapie	0,44	(0,12 – 1,56)	n.s.
	Psychiatr. Behand. u. Psychotherapie	0,44	(0,16 - 1,22)	n.s.
	sonst. ärztl. Behand. u. Psychotherapie	1		
Berücksichtigung der KH-Empfehlung	Ja (vs. nein)	6,21	(1,18 - 32,7)	<0,05
Modellgüte	c-Wert		0,76	

[#] Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen siehe 51, ab Seite 50

Tabelle 7-39: Akut-stationär – (Psycho-) somatische Beschwerden und Majore Depression zum Zeitpunkt der Befragung*

(Nur Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „somatoforme Störung“; logistische Regression, Quelle: Routinedaten der BARMER GEK, Patientenbefragung)

Variable [#]	Ausprägung [#]	Beschwerdeliste (≥42 vs. <42) n=94			Majore Depression (Ja vs. Nein) n=95		
		OR	95% CI	p-Wert	OR	95% CI	p-Wert
Intercept		1,13	(0,21 - 6,2)	0,884	4,48	(0,68 - 29,43)	0,119
Aufnahme	regulär	1			1		
	Notfall	1,16	(0,36 - 3,77)	n.s.	0,41	(0,13 - 1,32)	n.s.
Rehospitalisierung	Ja (vs. nein)	1,06	(0,27 - 4,09)	n.s.	1,21	(0,26 - 5,68)	n.s.
KH-Empfehlung	Keine	0,71	(0,12 - 4,27)	n.s.	3,04	(0,38 - 24,03)	n.s.
	Psychotherapie	0,98	(0,28 - 3,37)	n.s.	0,81	(0,20 - 3,25)	n.s.
	Medikamente	0,55	(0,11 - 2,9)	n.s.	0,35	(0,06 - 1,96)	n.s.
	Kombiniert	1			1		
Aktuelle Einnahme v. Medikamenten	Nein	0,50	(0,12 - 2,02)	n.s.	0,31	(0,07 - 1,32)	n.s.
	Ja	1			1		
Ärztliche u. psychotherapeutische Behandlung	Keine	1,16	(0,17 - 8,07)	n.s.	0,34	(0,05 - 2,38)	n.s.
	Psychotherapie	1,16	(0,09 - 15,06)	n.s.	0,09	(0 - 1,68)	n.s.
	ärztl. Behand. ohne Psychotherapie	1,31	(0,27 - 6,36)	n.s.	2,03	(0,33 - 12,29)	n.s.
	Psychiatr. Behand. u. Psychotherapie	0,17	(0,03 - 0,85)	<0,05	0,47	(0,09 - 2,32)	n.s.
	sonst. ärztl. Behand. u. Psychotherapie	1			1		
Berücksichtigung der KH-Empfehlung	Nein	2,86	(0,56 - 14,53)	n.s.	0,52	(0,1 - 2,69)	n.s.
	Ja	1			1		
Modellgüte		0,75			0,80		

* kontrolliert für Alter, Geschlecht, Hauptentlassungsdiagnose, Psychotherapie vor dem Index-Aufenthalt

Erläuterungen zur Operationalisierung der Variablen siehe 3.1.2 Patientenbefragung - Erhebungsinstrumente, ab Seite 51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Maßzahlen des stationären Leistungsgeschehens.....	17
Tabelle 2-2:	Häufige 3-stellige ICD10-Diagnosen – Anteil an den erfassten vollstat. Leistungsfällen: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	34
Tabelle 2-3:	Relevante 3-stellige ICD10-Diagnosen – Anteil an den erfassten stat. Leistungstagen: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	35
Tabelle 2-4:	Häufige 3-stellige ICD10-Diagnosen – unter Einbeziehung aller erfassten Diagnoseangaben zu Krankenhausbehandlungsfällen.....	37
Tabelle 2-5:	Häufigkeit der Dokumentation von OPS-Schlüsseln bei vollstationären Krankenhausbehandlungen nach Kapiteln 2010.....	41
Tabelle 2-6:	Häufigkeit der Dokumentation von OPS-Schlüsseln bei vollstationären Krankenhausbehandlungen nach Gruppen 2010.....	42
Tabelle 3-1:	Selektionskriterien für die Versichertenbefragung.....	51
Tabelle 3-2:	Die Subskalen und Items des PACIC 5A.....	52
Tabelle 3-3:	PHQ-9.....	55
Tabelle 3-4:	Ausgewählte Diagnosen und Diagnosegruppen – vollstationäre Leistungstage 2010	62
Tabelle 3-5:	Vollstationäre Versorgung psychischer Störungen 1990 bis 2010.....	65
Tabelle 3-6:	Vollstationäre Versorgung F32, F33, F34, F41, F43 oder 45, 2000 bis 2010	67
Tabelle 3-7:	Vollstationäre Versorgung Depressionen 2000 bis 2010.....	68
Tabelle 3-8:	Vollstationäre Versorgung Angststörungen 2000 bis 2010.....	70
Tabelle 3-9:	Vollstationäre Versorgung Anpassungs-/ Belastungsstörungen 2000 bis 2010. .71	
Tabelle 3-10:	Vollstationäre Versorgung Somatoforme Störungen 2000 bis 2010.....	72
Tabelle 3-11:	Patienten mit Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung nach Entlassung zu ausgewählten Zeitpunkten (GEK).....	75
Tabelle 3-12:	Patienten mit einzelnen Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung mit einer der Zieldiagnosen (GEK).....	77
Tabelle 3-13:	Patienten mit einzelnen Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung mit einer Diagnose aus Kapitel V (GEK).....	78
Tabelle 3-14:	Patienten mit differenzierten Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung 364 Tage nach Entlassung (GEK).....	81
Tabelle 3-15:	Patienten mit Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung 364 Tage nach Entlassung in Kalenderjahren (GEK).....	83

Tabelle 3-16: Patienten mit Zieldiagnosen: Anteil mit erneuter Krankenhausbehandlung 364 Tage nach Entlassung nach Anzahl vorausgehender Behandlungen (GEK)...	84
Tabelle 3-17: Patienten mit Krankenhausbehandlung unter Zieldiagnosen: Risikofaktoren für erneute Krankenhausbehandlungen im Jahr nach Entlassung, logistische Regression (GEK).....	86
Tabelle 3-18: Stichprobenumfang.....	91
Tabelle 3-19: Teilnahmbereitschaft - Einflussgrößen auf die Wahrscheinlichkeit, sich an der Befragung zu beteiligen.....	92
Tabelle 3-20: Ausfüllqualität der auswertbaren Erhebungsbögen (n=2.289).....	93
Tabelle 3-21: Patientencharakteristika nach Behandlungssetting.....	99
Tabelle 3-22: Akut-stationär - Patientencharakteristika nach Hauptdiagnose	100
Tabelle 3-23: Akut-stationär - Stationäre Aufnahme.....	102
Tabelle 3-24: Akut-stationär - Als hilfreich empfundene Angebote während des Krankenhausaufenthalts.....	104
Tabelle 3-25: Akut-stationär - Empfehlungen des Krankenhauses zur Weiterbehandlung.....	106
Tabelle 3-26: Akut-stationär - Psychotherapie zum Zeitpunkt der Befragung nach Art der Hauptentlassungsdiagnose.....	109
Tabelle 3-27: Akut-stationär - Charakteristika der Psychotherapie.....	112
Tabelle 3-28: Akut-stationär - Aktuelle ärztliche Behandlung nach Art der Hauptdiagnose des Index-Aufenthalts.....	115
Tabelle 3-29: Akut-stationär - PACIC 5A nach Hauptentlassungsdiagnose.....	116
Tabelle 3-30: Akut-stationär - (Psycho-) somatische Beschwerden nach Hauptentlassungsdiagnose nach der Beschwerdeliste.....	118
Tabelle 3-31: Akut-stationär - Depressivität zum Zeitpunkt der Befragung nach Hauptentlassungsdiagnose des Index-Aufenthalts.....	120
Tabelle 3-32: Akut-stationär - Angststörung und Ängstlichkeit zum Zeitpunkt der Befragung nach Hauptentlassungsdiagnose des Index-Aufenthalts.....	121
Tabelle 3-33: Akut-stationär - Aktueller Gesundheitszustand nach Hauptentlassungsdiagnose.....	122
Tabelle 3-34: Akut-stationär - Subjektiver Erfolg	123
Tabelle 3-35: Akut-stationär - Rehospitalisierung nach Hauptentlassungsdiagnose.....	124
Tabelle 3-36: Akut-stationär - Einflussgrößen auf das Risiko einer Rehospitalisierung nach dem Index-Aufenthalt.....	126
Tabelle 3-37: Akut-stationär - Einflussgrößen auf die Wahrscheinlichkeit, zum Zeitpunkt der Befragung in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung zu sein.....	128

Tabelle 3-38:	Akut-stationär - Einflussgrößen auf die Wartezeit bis zum Beginn der Psychotherapie (bis zu 3 Monate vs. länger als 3 Monate).....	131
Tabelle 3-39:	Akut-stationär – Einflussgrößen auf die patientenseitige Erfahrung Subskala Assess*	133
Tabelle 3-40:	Akut-stationär – Einflussgrößen auf aktuelle Beschwerden im Vergleich zur Zeit direkt nach der Entlassung aus dem Index-Aufenthalt.....	140
Tabelle 3-41:	Patientenzentrierte Versorgung in verschiedenen Studien (PACIC 5A).....	147
Tabelle 3-42:	Selbstberichteter Gesundheitszustand – Patienten der BARMER GEK nach Implantation eines künstlichen Hüft-/Kniegelenks und nach stationärer Behandlung aufgrund psychischer Störungen.....	149
Tabelle 6-1:	Bevölkerung Deutschland Ende 1993.....	157
Tabelle 6-2:	Bevölkerung Deutschland 2009.....	158
Tabelle 6-3:	Krankenhausfälle und -tage sowie durchschnittliche Verweildauer: 2001 - 2010 (Versicherte insgesamt, GEK, stand.).....	159
Tabelle 6-4:	Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK).....	160
Tabelle 6-5:	Krankenhaustage nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK).....	161
Tabelle 6-6:	Krankenhaustage je Fall nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK).....	162
Tabelle 6-7:	Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Versicherungsjahr nach nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK).....	163
Tabelle 6-8:	Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Fall nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK).....	164
Tabelle 6-9:	Krankenhausfälle nach Bundesländern: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	165
Tabelle 6-10:	Krankenhaustage nach Bundesländern: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	166
Tabelle 6-11:	Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Versicherungsjahr nach Bundesländern: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	167
Tabelle 6-12:	Krankenhausfälle nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	168
Tabelle 6-13:	Krankenhaustage nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	169
Tabelle 6-14:	Krankenhaustage je Fall nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	170
Tabelle 6-15:	Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Versicherungsjahr nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	171

Tabelle 6-16:	Relevante 3-stellige ICD10-Diagnosen: Krankenhaus-Aufenthalte 2010 (TOP 100 - Sortierung nach zurechenbaren stat. Leistungstagen, BARMER GEK, stand. D2009).....	172
Tabelle 7-1:	PACIC – Psychometrische Kennwerte	176
Tabelle 7-2:	PACIC – Subgruppenanalyse zu Störgrößen des PACIC.....	178
Tabelle 7-3:	Anteil der Antwortausfälle bei der Bewertung der Prozessqualität nach Alter. .	179
Tabelle 7-4:	PACIC 5A – Psychometrische Kennwerte	180
Tabelle 7-5:	PACIC 5A – Subgruppenanalyse zu Störgrößen des PACIC 5A.....	181
Tabelle 7-6:	Anteil der Antwortausfälle bei der Bewertung der Prozessqualität nach Alter. .	182
Tabelle 7-7:	Aktuelle Befindlichkeit – Psychometrische Kennwerte	184
Tabelle 7-8:	Aktuelle Befindlichkeit – Validität der Skalen.....	186
Tabelle 7-9:	Aktuelle Befindlichkeit – mögliche Störgrößen	188
Tabelle 7-10:	Aktuelle Beschwerden - Korrelation der Skalen untereinander.....	188
Tabelle 7-11:	Akut-stationär - Patientencharakteristika nach Art der Aufnahme.....	189
Tabelle 7-12:	Tagesklinik - Art der Aufnahme in die Tagesklinik bezogen auf Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“	189
Tabelle 7-13:	Tagesklinik - Als hilfreich empfundene Angebote während des Krankenhausaufenthalts.....	190
Tabelle 7-14:	Tagesklinik - Krankenhausempfehlungen zur Weiterbehandlung	191
Tabelle 7-15:	Tagesklinik - Empfehlung der Tagesklinik zur Weiterbehandlung mit Medikamenten und/oder Psychotherapie	192
Tabelle 7-16:	Tagesklinik – Rehospitalisierung.....	192
Tabelle 7-17:	Tagesklinik - Aktuelle ärztliche Behandlung.....	193
Tabelle 7-18:	Tagesklinik - Aktuelle Einnahme von Medikamenten aufgrund seelischer Erkrankung.....	193
Tabelle 7-19:	Tagesklinik - PACIC 5A	194
Tabelle 7-20:	Akut-stationär – Psychotherapie zum Zeitpunkt der Befragung.....	195
Tabelle 7-21:	Akut-stationär – Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung nach Art der Hauptentlassungsdiagnose.....	196
Tabelle 7-22:	Akut-stationär – Wartezeit auf den Beginn der Psychotherapie nach Krankenhaus-Empfehlung zur Aufnahme einer Psychotherapie.....	196
Tabelle 7-23:	Tagesklinik - Psychotherapie zum Zeitpunkt der Befragung bezogen auf Befragte mit der Hauptentlassungsdiagnose „Depression“	197
Tabelle 7-24:	Tagesklinik – Psychotherapie.....	198

Tabelle 7-25: Akut-stationär – Stark ausgeprägte Beschwerden in Beschwerdeliste nach Art der Hauptentlassungsdiagnose.....	199
Tabelle 7-26: Akut stationär - Korrelation verschiedener Aspekte der Befindlichkeit	200
Tabelle 7-27: Akut stationär - Korrelation verschiedener Aspekte der Befindlichkeit	200
Tabelle 7-28: Akut stationär - Korrelation verschiedener Aspekte der Befindlichkeit	201
Tabelle 7-29: Akut stationär - Korrelation verschiedener Aspekte der Befindlichkeit	201
Tabelle 7-30: Tagesklinik - Seelische Befindlichkeit und subjektiver Erfolg.....	202
Tabelle 7-31: Akut-stationär - Einflussgrößen auf das Risiko einer Rehospitalisierung nach Hauptentlassungsdiagnose.....	203
Tabelle 7-32: Tagesklinik - Einflussgrößen auf das Risiko einer Rehospitalisierung.....	204
Tabelle 7-33: Akut-stationär - Einflussgrößen auf die Wahrscheinlichkeit sich zum Befragungszeitpunkt in psychotherapeutischer Behandlung zu befinden nach Hauptentlassungsdiagnose	205
Tabelle 7-34: Akut-stationär - Einflussgrößen auf die patientenseitigen Erfahrungen in verschiedenen Subskalen.....	206
Tabelle 7-35: Modelle zu Einflussgrößen auf die Befindlichkeit nach Hauptentlassungsdiagnose.....	207
Tabelle 7-36: Akut-stationär – Majore Depression zum Zeitpunkt der Befragung (Major Depression vs. keine Major Depression).....	208
Tabelle 7-37: Akut-stationär – Panikstörungen zum Zeitpunkt der Befragung (Panikstörung vs. keine Panikstörung).....	209
Tabelle 7-38: Akut-stationär – STAI State Zustandsangst zum Zeitpunkt der Befragung (STAI State ≥ 50 vs. STAI State < 50).....	210
Tabelle 7-39: Akut-stationär – (Psycho-) somatische Beschwerden und Majore Depression zum Zeitpunkt der Befragung.....	211

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 2-1: Anteil der BARMER GEK-Versicherten an der Bevölkerung (%) nach Bundesländern am 31. Dezember 2009.....	14
Abbildung 2-2: Krankenhausfälle und -tage: 1990 - 2010 (Versicherte insgesamt, GEK, stand.).....	18
Abbildung 2-3: Durchschnittliche fallbezogene Verweildauer 1990 - 2010 (Versicherte insgesamt, GEK, stand.).....	20
Abbildung 2-4: Vollstationäre Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK).....	21
Abbildung 2-5: Vollstationäre Krankenhaustage nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK).....	22
Abbildung 2-6: Kosten vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht: 2010 (BARMER GEK).....	23
Abbildung 2-7: Krankenhausfälle, -kosten und -tage nach Bundesländern: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	25
Abbildung 2-8: Krankenhaustage in sechs relevanten ICD10-Kapiteln: 1990 - 2010 (GEK, stand.).....	26
Abbildung 2-9: Relative Veränderung der Verweilzeiten in sechs relevanten ICD10-Kapiteln zwischen 1990 und 2010 (GEK, stand.).....	27
Abbildung 2-10: Krankenhausfälle nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	28
Abbildung 2-11: Krankenhaustage nach ICD 10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	29
Abbildung 2-12: Durchschnittliche Verweildauer nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	30
Abbildung 2-13: Vollstationäre Behandlungskosten nach ICD10-Kapiteln: 2010 (BARMER GEK, stand. D2009).....	32
Abbildung 2-14: Häufigkeit von 3-stelligen ICD-Diagnosen als Hauptdiagnosen vs. Häufigkeit als beliebige Haupt- oder Begleitdiagnose 2010.....	39
Abbildung 3-1: Patienten mit Zieldiagnosen: Anteil ohne erneute Krankenhausbehandlung nach Entlassung 2000 bis 2009 (GEK).....	74
Abbildung 3-2: Patienten mit einzelnen Zieldiagnosen: Anteil ohne erneute Krankenhausbe- handlung mit einer der Zieldiagnosen (GEK).....	76

ICD 10-Kapitel

Kapitel ICD10	Diag. - klasse ICD9*	ICD10-Zif- fern:	Beschreibung
I	I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	II	C00-D48	Neubildungen
III	(IV)	D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Störungen mit Beteiligung. des Immunsystems
IV	(III)	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	(VI)	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	(VI)	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	(VI)	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	VII	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	VIII	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	IX	K00-K93	Krankheiten der Verdauungssystems
XII	XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	X	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	XI	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	XV	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	XIV	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	XVI	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	XVII	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	E-Code	V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	V-Code	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

* Bis 1999 verwendete ICD9-Diagnoseklasse mit der inhaltlich größten Übereinstimmung zum angeführten ICD10-Kapitel

**In der BARMER GEK-Edition Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse
sind bisher erschienen:**

- Band 1: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport. 2010*
ISBN 978-3-537-44101-0 Euro 14,90
- Band 2: *Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. 2010*
ISBN 978-3-537-44102-7 Euro 14,90
- Band 3: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. 2010*
ISBN 978-3-537-44103-4 Euro 14,90
- Band 4: *Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010*
ISBN 978-3-537-44104-1 Euro 14,90
- Band 5: *Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2010. 2010*
ISBN 978-3-537-44105-8 Euro 14,90
- Band 6: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2011. 2011*
ISBN 978-3-537-44106-5 Euro 14,90
- Band 7: *Band 7: Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.: BARMER GEK Zahnreport 2011. 2011*
ISBN 978-3-537-44107-2 Euro 14,90
- Band 8: *Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2011 . 2011*
ISBN 978-3-537-44108-9 Euro 14,90