

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis
Dithmarschen, Schleswig-Holstein**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Svenja Hubmann

aus Berlin

Datum der Promotion: 05. Juni 2016

Abstract

Einleitung:

Die Klinik für Psychiatrie am Westküstenklinikum Heide sichert die psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung der ca. 135.000 Einwohner des Landkreises Dithmarschen als einziger stationärer Anbieter mit einem Regionalen Psychiatrie-Budget (RPB) auf der Grundlage des §26 der Bundespflegesatzverordnung seit 2008. Im Rahmen des sozialpsychiatrisch ausgerichteten „Heider Modells“ erfolgte schrittweise eine Reduktion stationärer Behandlungszeiten und eine Verlagerung hin zu teilstationärer und ambulanter Versorgung unter Einbindung vielfältiger komplementärer Therapieverfahren.

Fragestellung (Ziel der Arbeit):

Mittels einer Auswertung der Routineleistungsdaten und der psychiatrischen Basisdokumentation des Krankenhauses wurde untersucht, ob mit der Einführung des RPB eine Veränderung der Behandlungsergebnisse und/oder mitarbeiterbezogener Parameter verbunden war.

Methodik:

Im Rahmen einer Vorher-nachher-Vergleichsstudie aller psychiatrischen Fälle der Jahre 2001–2007 vs. 2008–2012 erfolgte die retrospektive Analyse ausgewählter psychiatrischer Qualitätsindikatoren wie Liegedauer, Anzahl Zwangseinweisungen, Fixierungsanzahl und -dauer, Häufigkeit von Suizidalität bei Aufnahme und Entlassung sowie globale Beurteilung der Krankheitsschwere bei Entlassung bei administrativ stabil gehaltener Fallzahl und Gesamtkosten. Zur Beurteilung der Mitarbeiterbelastung wurden Krankenstand, Anzahl der Überstunden und Anzahl von Fortbildungen ausgewertet.

Ergebnisse:

Die untersuchten Indikatoren gaben keinen Hinweis auf ein schlechteres Behandlungsergebnis im RPB. Die Anzahl der Patientenfälle mit gebessertem Zustand nach Entlassung stieg von 82,9% auf 92,3%. Gleichzeitig konnte die durchschnittliche stationäre Verweildauer pro Patient in der Region von 20,6 auf 16,0 Tage reduziert werden (-22,3%). Zudem kam es zu einer signifikanten Reduktion sowohl der Zahl der Unterbringungen nach PsychKG als auch des Anteils der bei Aufnahme suizidalen Patienten sowie der als unverändert entlassenen Patienten. Es konnte eine signifikante Zunahme des Anteils der aus betreuter Wohnform in eine eigene Wohnung zurückverlagerten Patienten

verzeichnet werden (80,4% auf 87,1%). Die mitarbeiterbezogenen Parameter gaben keine Hinweise auf eine Belastungszunahme bzw. Arbeitsverdichtung für das Pflegepersonal. Die Anzahl von Überstunden im Pflegedienst sank im Gegenteil unter dem RPB deutlich (700,12 Überstunden pro Jahr vor dem RPB; 449,40 Stunden unter dem RPB), gleichzeitig engagierten sich alle Mitarbeitenden erheblich in Fort- und Weiterbildungen (44 Mitarbeiter an 776 Tagen).

Schlussfolgerungen:

Die untersuchten Indikatoren geben unter Berücksichtigung aller mit der Untersuchungsmethodik verbundenen Limitationen Hinweise darauf, dass mit der Einführung des RPB keine Verschlechterung der Behandlungsergebnisse psychisch kranker Patienten in der Versorgungsregion verbunden war. Ebenso gaben die mitarbeiterbezogenen Indikatoren keine Hinweise, dass die Veränderung der Versorgungsstruktur und –Vergütung zu Lasten der Mitarbeitenden im RPB ging. Die Wirksamkeit im Hinblick auf patientenzentrierte Ergebnisparameter und die langfristige Wirtschaftlichkeit dieses komplexen integrierten Versorgungsmodells muss im Rahmen prospektiver Forschungsansätze weiter untersucht werden.

Schlüsselwörter:

- Regionales Psychiatrie-Budget
- Finanzierungssystem
- Versorgungsforschung
- psychiatrische Versorgungsform
- Qualitätsindikator

Abstract (English)

Introduction:

The psychiatry department of the “Westküstenklinikum Heide” ensures the psychiatric/psychotherapeutic provision for the approximately 135.000 residents of the rural district Dithmarschen and is the only inpatient clinic with a regional psychiatry budget (RPB) according to Article 26 of the “Bundespfllegesatzverordnung” since 2008. In line with the social-psychiatrically arranged “Heider Model” a gradual reduction of inpatient treatment sessions occurred and shifted to a partially in- and outpatient care with the inclusion of various complementary therapy procedures.

Objectives:

An assessment of the routine performance data and the psychiatric basic documentation of the hospital/clinic should demonstrate if the introduction of a RPB would change the treatment results of patients as well as a change in the parameter of staff/employees.

Methods:

In a before/after comparison of all psychiatric cases in the years of 2001-2007 vs. 2008-2013, we have retrospectively analyzed selected psychiatric quality indicators, such as duration of stay, number of forced admissions, number of restraining procedures and their duration, suicidal tendency at admission and discharge, as well as an evaluation of severity of disease at admission and discharge, with stable caseload and total costs. To evaluate employee stress levels, an analysis of sick days, the amount of overtime as well as the amount of in-house training was performed.

Results:

The examined indicators held no evidence for worse patient outcomes with RPB. The fraction of patients that were in better condition at discharge than at admission increased from 82,9% to 92,3%. At the same time the average length of stay was reduced from 20,6 days to 16,0 days (-22,3%). Additionally, there was significant reduction in the rate of forced admissions, the rate of patients with suicidal tendencies at admission, as well as the amount of patients discharged with no change of their condition. There was a significant increase of patients who could be discharged to their homes, rather than to a form of assisted living (80,4% to 87,1%). The employee related parameters showed no evidence of increase in workload or stress for nursing staff. Overtime for nursing staff dropped significantly with RPB (700,12 hours per person per year before, compared with

449,4 hours per person per year after RPB). Staff also engaged in in-house training (44 members of staff on 776 days).

Conclusion:

In consideration of the limitations of the methodological approach the analysis indicates that introducing the RPB might not be associated with a worsening of outcomes in patients with psychiatric disorders in the region of service provision. In addition, staff associated indicators did not hint at an increased work load for staff caused by the RPB's modified service provision and service reimbursement. The effectiveness on patient centered outcomes and the long-term efficiency of the complex integrated model of service provision should further be investigated by prospective research approaches.

Key words:

- regional budget
- financing system
- health services research
- Mental Health Service
- treatment efficiency

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Abstract (English)	IV
Inhaltsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	X
1. Einleitung	1
1.1 Veränderungen der Versorgungsstrukturen	1
1.2 Überblick Versorgung psychisch Kranker in Deutschland	2
1.2.1 Psychiatrische Versorgung außerhalb des DRG-Systems	3
1.2.2 Überblick: Versorgung psychisch Kranker in Schleswig-Holstein	4
1.3 Innovative Versorgungsformen in der Psychiatrie	5
1.3.1 Integrierte Versorgung (IV)	5
1.3.2 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	6
1.3.3 Regionales Psychiatrie-Budget (RPB)	7
1.3.3.1 Wegbereiter – RPB Landkreis Steinburg mit dem Klinikum Itzehoe	10
1.4 Das Konzept des Regionalen Psychiatrie-Budgets (RPB) im Landkreis Dithmarschen	10
1.4.1 Der Weg zum RPB	12
1.4.2 Praktische Umsetzung des RPB und Finanzierungskonzept (ökonomische Rahmenbedingungen)	14
2. Fragestellung und Zielsetzung	17
3. Methodik	18
3.1 Einordnung des Forschungsvorhabens	18
3.2 Studienkonzept für die Evaluation	18
3.3 Datenerhebung und Messinstrumente	20
3.3.1 Basisdokumentation (BADO) in der Psychiatrie	20
3.3.2 Technische Umsetzung der BADO	23
3.3.3 Datenaufbereitung	23
3.4 Statistische Methodik	31
3.5 Ethische und rechtliche Belange	31
4. Ergebnisse	33
4.1 Patientenbezogene Ergebnisse	33
4.1.1 Soziodemografische und klinische Basisdaten der Patientenfälle	34
4.1.2 Klinisch-anamnestische Indikatoren bei Aufnahme	36
4.1.3 Klinisch-anamnestische Indikatoren bei Entlassung	39
4.1.4 Liegedauer	42
4.1.5 Anzahl Fixierungen und Unterbringung nach PsychKG	43
4.2 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse	46
4.2.1 Anzahl der Überstunden des Pflegepersonals	48
4.2.2 Krankenstand des Pflegepersonals	49
4.2.3 Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen (gesamtes Personal)	50
5. Diskussion	51

5.1 Patientenbezogene Auswertung	51
5.1.1 Soziodemografische und klinische Basisdaten der Patientenfälle	52
5.1.2 Klinisch/Anamnestische Indikatoren bei Aufnahme.....	53
5.1.3 Klinisch-anamnestische Indikatoren bei Entlassung	54
5.1.4 Gesundheitsökonomische Auswertung: Liegedauer	55
5.1.5 Fixierungen und Unterbringung.....	57
5.2 Mitarbeiterbezogene Auswertung	59
5.2.1 Überstunden des Pflegepersonals	59
5.2.2 Krankenstand des Pflegepersonals.....	60
5.2.3 Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen	60
5.3 Limitationen	61
5.3.1 Studiendesign	61
5.3.2 Limitation der Verwendung von Routinedaten (Sekundärdatenanalyse)..	62
5.3.3 Veränderungen im Dokumentationsverfahren.....	64
5.3.4 Limitationen im Analyseverfahren	65
5.3.5 Veränderungen der Versorgungsstruktur	66
5.3.6 Übertragbarkeit auf andere Regionen	67
6. Schlussfolgerung	68
7. Literaturverzeichnis	71
Eidesstattliche Versicherung	76
Lebenslauf	77
Danksagung	80

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung: Kostenentwicklung „regulär“ (links) und mit Regionalem Psychiatrie-Budget - RPB (rechts).....	8
Abbildung 2: Lage des Landkreises Dithmarschen in Schleswig-Holstein	11
Abbildung 3: Studienkonzept Vorher-Nachher-Vergleich (vor/unter RPB - Regionales Psychiatrie-Budget)	19
Abbildung 4: Aufnahmedokumentation (BADO) Westküstenklinik (WKK) Heide bis 2007.....	24
Abbildung 5: Entlassungsdokumentation (BADO) Westküstenklinik (WKK) Heide bis 2007	25
Abbildung 6: Aufnahme Basis-Dokumentation Westküstenklinik (WKK) Heide ab 2008.....	26
Abbildung 7: Entlassung Basis-Dokumentation Westküstenklinik (WKK) Heide ab 2008	27
Abbildung 8: Anzahl Patientenfälle pro Jahr im Westküstenklinikum (WKK) Heide vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)	33
Abbildung 9: <i>Aufnahmediagnose</i> 1 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB) in %	35
Abbildung 10: <i>Aufnahmediagnose 1</i> Tagesklinik (TK)	36
Abbildung 11: Verlauf <i>Wohnsituation</i> 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)	38
Abbildung 12: <i>Berufliche Situation</i> der Patienten in % vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB).....	39
Abbildung 13: Verlauf <i>Art der Entlassung</i> 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB) in %.....	41
Abbildung 14: Verlauf <i>Zustand nach Entlassung</i> 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB) in %.....	42
Abbildung 15: Verlauf <i>Liegedauer</i> 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)	43
Abbildung 16: <i>Anzahl Fixierungen</i> 2002-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)	45
Abbildung 17: <i>Unterbringungen nach PsychKG</i> 2002-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB).....	46
Abbildung 18: <i>Überstunden Pflegepersonal</i> (gesamt; 2002-2012) vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)	48
Abbildung 19: <i>Krankheitsausfall</i> im Pflegedienst in Tagen vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB).....	49
Abbildung 20: <i>Fort-/Weiterbildungstage</i> und Anzahl Mitarbeiter (MA) im Jahresdurchschnitt vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB) .50	
Abbildung 21: Vergleich <i>Liegedauer</i> Regionales Psychiatrie-Psychiatrie (RPB) Steinburg & Dithmarschen	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Umkodierungen der Variable <i>Wohnsituation</i> (Beispiel).....	28
Tabelle 2: Variablen des Auswertungsdatensatzes	30
Tabelle 3: Anzahl Patientenfälle vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)	34
Tabelle 4: Übersicht über alle <i>F-Diagnosen</i> (ICD-10) bei Aufnahme in Prozent.....	35
Tabelle 5: Übersicht über die Auswertung restlicher Aufnahmevariablen vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB).....	37
Tabelle 6: Übersicht über die Auswertung der Entlassungsvariablen vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB).....	40
Tabelle 7: <i>Liegedauer</i> stationärer Patienten vor/unter Regionalem Psychiatrie- Budget (RPB).....	43
Tabelle 8: <i>Fixierungen</i> und <i>Unterbringung nach PsychKG</i> vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB).....	44
Tabelle 9: <i>Überstunden und Krankheitsausfall Pflegepersonal</i> vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB).....	47
Tabelle 10: <i>Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen</i> vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB).....	47

Abkürzungsverzeichnis

AGENS	Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“
BADO	Basisdokumentation
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMVZ	Bundesverband Medizinische Versorgungszentren
DGSMP	Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
DRG	Diagnosis Related Groups
FB	Fortbildung
GKV-WSG	gesetzliches Krankenversicherung-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
GPS	Gute Praxis Sekundärdatenanalyse
GPZ	gemeindepsychiatrisches Zentrum
KGS	Krankengesetz
KH	Krankenhaus
IAS	Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria
IGS	Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IV	Integrierte Versorgung
MA	Mitarbeiter
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PEPP	pauschalisiertes Entgeltsystem in der Psychiatrie
PIA	psychiatrische Institutsambulanz
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
RPB	Regionales Psychiatrie-Budget
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
SGB	Sozialgesetzbuch
SHGT	Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag
SOPs	Standardverfahrensanweisungen (Standard Operating Procedures)
SP	stationärer Patient
TK	Tagesklinik
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VK	Vollkraft
WB	Weiterbildung
WH	Wohnheim
WKK	Westküstenklinikum

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen gilt im europäischen Vergleich als traditionsreich, hochdifferenziert und leistungsfähig (Beske 2004). Trotz alledem gelten viele der tragenden Strukturen als nicht mehr zeitgemäß und stellen teilweise substantielle Probleme für Patienten dar. Besonders bei chronisch Erkrankten führen Versorgungsbrüche bei der Behandlung, erzeugt durch Sektorisierung, zu überhöhten Kosten, Ineffizienz und letztlich zu Qualitätsverlusten. Da ein Gesamtversorgungsprozess, welcher die Bedürfnisse der Patienten bzw. der Versicherten abdeckt, nicht in ausreichendem Umfang etabliert ist, kommt es zu Therapieunterbrechungen, Wirkungsverlusten und ungenügender Nachsorge.

Patienten werden bei der Orientierung in der Versorgungslandschaft nicht ausreichend unterstützt, denn aktuell ist in der Regelversorgung noch kein verlässliches Abstimmungsprocedere zwischen den Leistungserbringern vorhanden.

Oftmals wird die Behandlung des Patienten isoliert und vorrangig aus Sicht des beteiligten Behandlungssystems durchgeführt, was nicht zur Optimierung der Behandlungsqualität, wohl aber zur Steigerung der Kosten beiträgt, da es vorrangig zu mangelnder Abstimmung und Konkurrenz statt Kooperation zwischen Leistungserbringern kommt. Zu einer Steigerung der Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen bedarf es daher laut Weatherly und Lägél einer reibungslos ineinandergreifenden Behandlung und Betreuung der Patienten.

Neue, innovative Versorgungsformen könnten die bisher strikte Trennung zwischen den Sektoren aufheben, die interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtern und auch die verstärkte Kooperation innerhalb der Sektoren anregen (Weatherly und Lägél 2009).

1.1 Veränderungen der Versorgungsstrukturen

Durch vielfältige Veränderungen in der gesundheitsbezogenen Gesetzgebung schuf der Gesetzgeber in den letzten Jahren einen umfangreichen Katalog an neuen Möglichkeiten der Versorgung. Ziel war es, diese anders als im Rahmen der traditionellen Regelversorgung zu gestalten: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren (MVZ), hausarztzentrierte Versorgung, Strukturverträge und Modellvorhaben etc. (Weatherly und Lägél 2009).

Oft kritisiert wird hierbei jedoch, dass diese Versorgungsthemen bisher vorrangig aus der Sicht der Leistungserbringer unter dem Gesichtspunkt der Finanzierung diskutiert werden. *„Medizinische Versorgungsnetze scheinen in ihrer Zielsetzung primär auf die Interessen von Kliniken, Ärzten oder Kostenträgern fokussiert zu sein anstatt auf Patientenbedürfnisse“* (Kronhardt 2004).

1.2 Überblick Versorgung psychisch Kranker in Deutschland

In unserer Gesellschaft sind Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen auch heutzutage noch mit einem Stigma behaftet. Dies führt zu einem hohen Bedarf an Unterstützung aus dem sozialen Umfeld und qualifizierter externer Hilfe aus dem Gesundheitswesen. Die häufig chronischen Verläufe bei dieser Patientengruppe erschweren das Aufnehmen und Aufrechterhalten sozialer Beziehungen zusätzlich.

Das deutsche Gesundheitssystem bietet für diese Erkrankungen umfangreiche therapeutische Möglichkeiten an. Diese können allerdings durch Sektorsierung und Segmentierung häufig nicht ihre volle Wirksamkeit entfalten. Aus diesem Grund wurden schon in den siebziger Jahren innovative Versorgungsansätze gesucht. Die im Jahr 1971 vom Bundestag initiierte Psychiatrie-Enquête stellte im Jahr 1975 den in Auftrag gegebenen „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ vor. Dieser zeigte schwerwiegende Mängel in der Versorgung psychisch kranker Menschen und gab Empfehlungen, um eine verbesserte Zusammenarbeit der Leistungserbringer bei der Behandlung zu erreichen (Deutscher Bundestag 1975). Im Zuge dessen wurde der Begriff einer „Integrationsversorgung“ geprägt. In Hinsicht auf diese Erfahrungen in der psychiatrischen Versorgung hatte die allgemeine Einführung der „Integrierten Versorgung“ durch den Gesetzgeber im Jahr 2000 und ihre weitere Ausgestaltung durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 für viele Psychiater und Nervenärzte nicht denselben Neuheitswert wie für manch andere Fachgruppen. Weitere Gesetzesänderungen (VÄndG, GKV-WSG, usw.) schafften in den letzten Jahren zusätzliche Spielräume für die Gestaltung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung.

Laut Weatherly und Lägél muss sich ein System der Gesundheitssicherung an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Der medizinische Fortschritt sei ein Ergebnis ständiger Interaktionen aller Leistungserbringer (Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen, Psychotherapeuten etc.) untereinander sowie mit den Versicherungen und der Politik. Solche Voraussetzungen sind vor allem für die Versorgung psychisch Erkrankter von

Bedeutung, da so Sektorenbrüche vermieden werden können und eine Niederschwelligkeit der Angebote sichergestellt werden kann. Permanente Kooperation und Koordination der Leistungserbringung sind für diese Patientengruppe essentiell, da sie sonst – durch die Spezifik ihrer Störungen bedingt – durch das soziale Netz zu fallen droht (Weatherly und Lägél 2009).

Aufgrund dieser notwendigen Anpassungen der Versorgungsstrukturen haben sich in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in den letzten drei Jahrzehnten verstärkt innovative integrierte und integrative Strukturen entwickelt. Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen führte dabei auch in der Psychiatrie zu gleichzeitigen Diskussionen über Chancen und Risiken neuer Finanzierungssysteme. Unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten wurde verstärkt nach einem optimalen Ausbaugrad gemeindepsychiatrischer Versorgung sowie nach Möglichkeiten einer effizienten Vernetzung mit stationären Einrichtungen gesucht. Dabei mangelt es in der Psychiatrie, wie auch in anderen medizinischen Disziplinen, noch an geeigneten Steuerungsinstrumenten, die einen nachhaltigen Strukturwandel im Gesundheitssystem herbeiführen könnten.

1.2.1 Psychiatrische Versorgung außerhalb des DRG-Systems

Nicht erst durch die Einführung der „Diagnosis Related Groups“ (DRG) im Jahr 2003 für alle medizinischen Fachdisziplinen außer der Psychiatrie ist die Diskussion über ein der modernen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung angemessenes Finanzierungssystem aktuell geworden (Deister et al. 2004). Seit Beginn der 1990er-Jahre orientiert sich die Personalbesetzung in den stationären und teilstationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen an der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Diese definiert differenzierte Behandlungsleistungen für Patienten mit vergleichbarem Hilfebedarf. Die Umsetzung der Psych-PV glich die Versorgungssituation der Psychiatrie der der anderen medizinischen Fachgebiete weitgehend an. Insbesondere die personelle Ausstattung wurde deutlich verbessert (Deister et al. 2004). Nach aktueller Meinung ist die Psych-PV jedoch nicht mehr flächendeckend und ausreichend finanziert, woraus sich eine uneinheitliche Finanzierungssituation in Deutschland ergibt (Deister et al. 2011b). Das in der somatischen Medizin inzwischen etablierte DRG-System wird weitgehend übereinstimmend nicht als das geeignete Modell zur Finanzierung stationärer psychiatrischer Versorgung angesehen. Die psychiatrische Versorgung wurde deshalb aus dem DRG-System ausgeschlossen. Für die Psychiatrie diskutierte alternative Finanzierungssysteme setzen auf unterschiedliche Anreize zur Leistungssteuerung (Deister et al.

2005). An neue Finanzierungsmodelle für psychiatrische Versorgungsleistungen werden unterschiedliche Erwartungen geknüpft. Hier ist zunächst die Sicherstellung der erforderlichen Behandlungsqualität zu nennen. Hinzu kommen die Berücksichtigung gemeindepsychiatrischer Aspekte und die Flexibilisierung der Behandlungsmöglichkeiten. Wichtiges Ziel ist die Förderung des Prinzips „ambulant vor stationär“. Gesundheitsökonomisch betrachtet stehen die Begrenzung des Kostenanstiegs, eine Erhöhung der Planungssicherheit sowie eine Reduktion des „Drehtüreffektes“ im Vordergrund. Dieser Effekt beschreibt die Situation, dass durch kürzere Verweildauern die Frequenz der stationären Aufnahmen gesteigert wird, was zu erhöhten Kosten und schlechteren Patientenoutcomes führt (Deister et al. 2004; Deister et al. 2011a).

1.2.2 Überblick: Versorgung psychisch Kranker in Schleswig-Holstein

Das nördlichste Bundesland der Bundesrepublik Deutschland, Schleswig-Holstein, zählt 2,8 Millionen Einwohner (Statistische Ämter des Bundes und der Länder – Stand: 30. September 2013). Ein im Bundesvergleich weit überdurchschnittlicher Versorgungsindex von 98% und damit einhergehende hohe finanzielle Aufwendungen führen zu einem nochmals gesteigerten Veränderungsbedarf der Versorgungsstrukturen in diesem Bundesland. Ausgaben der Krankenkassen für die psychiatrische Versorgung stiegen von 80 Millionen Euro 1990 auf 210 Millionen Euro 2006. Die Zahl der behandelten Fälle stieg im selben Zeitraum von 10.000 auf rund 32.000 jährlich. Ursächlich ist dafür auf der einen Seite die gestiegene Akzeptanz psychiatrischer Behandlungen, auf der anderen Seite die Mitversorgung von Patienten aus Hamburg sowie der Ausbau wohnortnaher tagesklinischer Einrichtungen.

Im Land stehen insgesamt 27 Einrichtungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen zur Verfügung. Dabei befassen sich 22 Einrichtungen mit Erwachsenenpsychiatrie, fünf mit Kinder- und Jugendpsychiatrie, und 13 mit Psychosomatik (Stand 2009). In diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2006 32.444 erwachsene psychiatrische Patienten in 1.845 Planbetten, 2.121 kinder- und jugendpsychiatrische Patienten in 229 Planbetten und 3.227 psychosomatische Patienten in 341 Planbetten versorgt. Diese Entwicklungen führen zu der gestiegenen Herausforderung, den Anspruch einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu erfüllen und gleichzeitig das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß Sozialgesetzbuch (SGB V) zu befolgen (Grieve 2008/2009).

1.3 Innovative Versorgungsformen in der Psychiatrie

Im Folgenden werden drei Versorgungsformen vorgestellt, die aufgrund des gezeigten Bedarfs an innovativen Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen und dort vor allem in der Psychiatrie entwickelt wurden. Zunächst wird die Integrierte Versorgung vorgestellt, daraufhin die Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren und abschließend das Regionale Psychiatrie-Budget, welches Hauptthema der vorliegenden Arbeit ist.

1.3.1 Integrierte Versorgung (IV)

Im Jahr 2000 wurde das Modell der Integrierten Versorgung (IV) durch die GKV-Gesundheitsreform gemäß § 140 a-d SGB V eingeführt. Dadurch wurde für die Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen, sektorenübergreifende Versorgungsverträge mit unterschiedlichen Leistungserbringern oder deren Verbänden in verschiedenen Versorgungsformen abzuschließen (beispielsweise zur ambulanten hausärztlichen Versorgung, ambulanten fachärztlichen Versorgung, stationären Versorgung und im Bereich der Rehabilitation und Pflege) (Guderjahn 2005). Man erhoffte sich, dadurch interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsnetze mit abgestimmten Leistungspaketen schaffen zu können. Gemeindenahere psychiatrische Versorgungsziele sollten so umgesetzt werden können, und man nutzte mehr und mehr die Möglichkeit, wirkungsvolle Kooperationen zu etablieren (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007). Da die gesetzlichen Vorgaben sehr komplex waren, wurde die Möglichkeit zur IV wenig genutzt. Durch das Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 wurden die gesetzlichen Vorgaben vereinfacht, sodass im Bereich der somatischen Medizin eine Vielzahl an Verträgen zur IV abgeschlossen wurden. In der Psychiatrie trat die Entwicklung hingegen erst mit Verzögerung ein (Kunze und Priebe 2006). 2011 gab es zwischen 60 und 70 Integrierte Versorgungsverträge für psychisch Kranke. Bisher sind etwa 15 Projekte in den Fachmedien vorgestellt und ein noch kleinerer Teil ist wissenschaftlich evaluiert und publiziert worden (Deichmann und Berghöfer 2011).

Modelle zur Integrierten Versorgung orientieren sich an Managed Care Modellen aus den USA und der Entwicklung von Hometreatment-Ansätzen im angloamerikanischen Raum. Diese sollen den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen verstärken (Steckermaier 2010). Zudem soll eine kostengünstigere und dennoch qualitativ höher wertige Versorgung sichergestellt werden (Henke et al. 2004). Dies führt jedoch zunächst dazu, dass

sinnvolle Versorgungsstrukturen nicht für alle GKV-Versicherten entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. Neu etablierte Versorgungsstrukturen gelten nur für Versicherte solcher Krankenkassen, die einen entsprechenden Vertrag geschlossen haben. Die Versorgung für die in der GKV versicherten Personen entwickelt sich somit sehr unterschiedlich, da nur in Einzelfällen eine Integration von ambulanten und stationären Leistungen geschaffen wird (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007). Man verspricht sich aufgrund der stärkeren Integration verschiedener Ebenen der medizinischen Leistungserbringung in der Integrierten Versorgung nicht nur Kosteneinsparungen durch Synergieeffekte und eine bessere Strukturierung im Fallmanagement, sondern auch Vorteile für den Patienten (Guderjahn 2005).

Obwohl, wie bereits erwähnt, einige IV-Verträge existieren, ist die Integrierte Versorgung nicht flächendeckend verbreitet, da noch immer eine Reihe von Zugangsbarrieren besteht (Lange et al. 2012).

1.3.2 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine Einrichtung zur ambulanten medizinischen Versorgung, die vom deutschen Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 eingeführt worden ist. Diese nimmt unter ärztlicher Leitung fachübergreifend an der vertragsärztlichen Versorgung in beliebiger Organisationsform teil. Das Modell der Medizinischen Versorgungszentren orientiert sich am Modell der ostdeutschen Gesundheitszentren (BMVZ 2014).

Die Teilnahme an der medizinischen Versorgung von GKV-Patienten ist die Voraussetzung für die Gründung und die Leitung eines MVZ. Neben Vertragsärzten können dies auch Krankenhäuser, Heilmittelerbringer oder psychologische Psychotherapeuten sein. Es ergeben sich in vielfältiger Weise Kooperationsmöglichkeiten, z. B. mit Krankenhäusern oder Integrierten Versorgungsgemeinschaften. Bisher liegen allerdings kaum gesicherte Erfahrungen mit MVZ in psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Bereichen vor. Laut dem Bundesministerium für Gesundheit (2006) existieren in Deutschland über 450 Medizinische Versorgungszentren in sieben Bundesländern (davon mehr als ein Drittel in Sachsen). Bisher zählen weniger als 20 Versorgungszentren zu den Fachrichtungen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder Psychotherapie. Bei einer Vielzahl von Medizinischen Versorgungszentren sind jedoch auch Psychiaterinnen und Psychiater sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten beteiligt. Dennoch scheint diese Versorgungsform, ähnlich wie die Integrierte

Versorgung für die psychiatrische Versorgung bisher nur eine geringe Relevanz zu haben (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007).

1.3.3 Regionales Psychiatrie-Budget (RPB)

Das Regionale Psychiatrie-Budget (RPB) ist ein innovatives Modell zur Finanzierung der psychiatrischen Versorgung für jeweils eine spezielle Region (Deister 2003). Da die bereits diskutierten Finanzierungssysteme für die Psychiatrie auf unterschiedliche Anreize zur Leistungssteuerung setzen, wollte man erproben, zu welcher Versorgungsqualität ein Finanzierungssystem führt, welches sich basierend auf vorher festgelegten Ressourcen allein an der zu leistenden Aufgabe, der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Menschen einer definierten Region, orientiert (Deister et al. 2005).

An sich ist das Regionalbudget zunächst einmal nicht mehr als ein anderer Abrechnungsmodus mit den Krankenkassen. Es ist ein Finanzierungsmodell nach §26 der Bundespflegegesetzverordnung zwischen dem Krankenkassenverband einer Region und einem stationären Leistungserbringer mit kompletter Budgetverantwortung. Aus diesem Finanzierungsmodell ergeben sich Ansätze für neue organisatorische und therapeutische Handlungsoptionen.

Im Unterschied zu allen anderen bisher verfügbaren Finanzierungssystemen in Deutschland (einschließlich des DRG-Systems) orientiert sich die Bezahlung nicht alleine an der Behandlung von Erkrankungen, denn es wird ein großer Schwerpunkt auf die Förderung von Prävention gelegt. Das jeweilige RPB wird zwischen dem Krankenkassenverband des Bundeslandes und einer psychiatrischen Klinik für einen festgelegten Zeitraum vereinbart. Der Versorgungsanbieter erhält im Rahmen des RPB ein festgeschriebenes Jahresbudget, welches aus dem Budget des Vorjahres berechnet wird, und verpflichtet sich dazu, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der gesamten Region sicher zu stellen. Abbildung 1 zeigt schematisch die Kostenentwicklung mit RPB im Vergleich zu einem „regulären“ Verlauf, bei dem jährliche Budget-Verhandlungen mit den Krankenkassen und Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erfolgen. Zusätzlich gibt es unter dem RPB keine Einführung des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), mit welchem psychiatrische und psychosomatische Kliniken ab 2013 auf freiwilliger Basis und ab 2015 verpflichtend abrechnen müssen (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Siegburg, Germany 2012). Die stetig steigenden Kosten werden gedeckelt, und es entsteht eine Planungssicherheit in der Finanzierung. Die Behandlungsmodalität (vollstationär,

teilstationär, ambulant oder Behandlung zu Hause) kann dabei frei vom Versorgungsanbieter gewählt werden. Dabei orientiert man sich in gleicher Weise an medizinischen Erfordernissen sowie an den Bedürfnissen der Betroffenen. Die ambulante Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt wird durch das Regionale Psychiatrie-Budget jedoch nicht ersetzt.

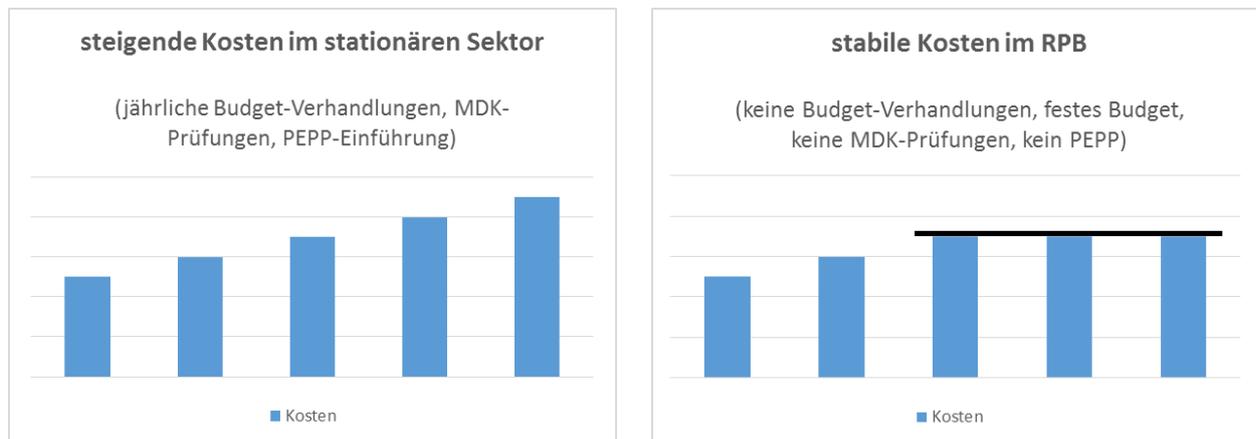


Abbildung 1: Schematische Darstellung: Kostenentwicklung „regulär“ (links) und mit Regionalem Psychiatrie-Budget - RPB (rechts)

Die Zahl der innerhalb eines Jahres behandelten Patienten („Köpfe pro Jahr“) ist die Größe, die einen Einfluss auf die Budgetgröße haben kann. Eine auf die Fallzahl bezogene Betrachtungsweise erfolgt nicht mehr. Über- oder unterschreitet die Patientenzahl einen Wert von 6% sind neue Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern nötig. Die ökonomischen Risiken und Chancen werden für Leistungserbringer und Krankenkassen innerhalb fester Grenzen kontrolliert. Für die Dauer des RPB verzichten die Kostenträger auf die Befristung von Kostenübernahmen. Für diesen Zeitraum werden die Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) einvernehmlich außer Kraft gesetzt (Deister 2003). Bei den bisher bestehenden RPB sind die Budgets von niedergelassenen Ärzten, der niedergelassenen Psychotherapeuten und anderen eigenständigen Bestandteilen der psychiatrischen Versorgungskette noch nicht in das Regionalbudget einbezogen. Eine potentielle Gefahr der Zielvereinbarung zur Versorgung einer bestimmten Anzahl an Patienten liegt darin, dass ein Anreiz geschaffen wird, nur so viele Patienten aufzunehmen wie vorgesehen trotz möglicherweise steigenden Bedarfs. Dadurch entsteht das Risiko, dass einerseits Patienten aus anderen Regionen abgewiesen werden und dass andererseits nötige Behandlungen in das nächste Budgetjahr verschoben werden (Roick et al. 2005).

Im Rahmen einiger Modellprojekte wird diese Form der innovativen Versorgungsstruktur seit einigen Jahren erprobt. Aktuell umfassen sie etwa 1 Million Einwohner in sechs Regionen. In diesen Projekten werden seit mehr als zehn Jahren Menschen aller psychiatrischen Indikationen und Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen in bisher mehr als 45.000 Behandlungsepisoden behandelt (Deister 2011b).

Folgende Auflistung zeigt die derzeit bestehenden RPB-Modelle in Deutschland:

- Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein), 135.000 Einwohner, seit 2003
- Kreis Rendsburg-Eckernförde (Schleswig-Holstein), 270.000 Einwohner, seit 2006
- Kreis Dithmarschen (Schleswig-Holstein), 135.000 Einwohner, seit 2008
- Kreis Herzogtum Lauenburg (Schleswig-Holstein), 186.000 Einwohner, seit 2008
- Kreis Nordhausen, Region Südharz (Thüringen), 90.000 Einwohner, seit 2009
- Kreis Nordfriesland (Schleswig-Holstein), 166.000 Einwohner, seit 2009

Interesse angemeldet haben außerdem:

- die Stadt Hamburg
- die Stadt Potsdam
- die Stadt Rostock (Wiedereingliederungsbudget - Steinhart 2006)

Quellen: Tüchsen; Referatsleiter stationäre Versorgung (Buitmann, Ludger) 2010; Wilms 2012; Bauer und Schlingmann 2011

Die Einführung eines Regionalen Psychiatrie-Budgets erfordert eine grundlegende Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung sowohl in organisatorischer als auch in inhaltlicher Hinsicht. Dabei ist eine Umstrukturierung der Behandlungseinrichtungen nötig, die von der bisherigen abteilungsorientierten Zusammenarbeit (Krankenhausteam, Tagesklinikteam, Institutsambulanzteam) weggeht und auf eine abteilungsübergreifende – genau genommen auf Diagnosegruppen orientierte – Zusammenarbeit abzielt. Die vorhandenen finanziellen Ressourcen können dabei gezielter an die Bedürfnisse der Patienten angepasst werden.

Durch die Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung soll eine Verminderung der vollstationären Behandlungen bei gleichzeitiger Vergrößerung der tagesklinischen und ambulanten Kapazitäten erreicht werden. Auch eine „Behandlung zu Hause“ (Home-treatment) ist möglich. Die inhaltliche und ökonomische Bedeutung präventiver Maßnahmen

soll durch die Steuerungseffekte des Regionalen Psychiatrie-Budgets stärkerer Berücksichtigung finden. Das Gesamtziel ist eine bessere Vernetzung aller beteiligten Versorgungseinheiten.

In einem nächsten Schritt ist die Einbeziehung weiterer Akteure des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, beispielsweise komplementärer Einrichtungen zum betreuten Wohnen und Arbeiten sowie niedergelassener Ärzte, denkbar und wünschenswert (Deister 2003).

1.3.3.1 Wegbereiter – RPB Landkreis Steinburg mit dem Klinikum Itzehoe

Wegbereiter des Regionalen Psychiatrie-Budgets ist das Klinikum Itzehoe im Landkreis Steinburg, Schleswig-Holstein (Deister 2003). Aufgrund des hohen Innovationsbedarfs in der psychiatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein suchten das Gesundheitsministerium, die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Leistungserbringer Anfang der 2000er Jahre gemeinsam nach flexiblen Behandlungsmöglichkeiten (Grieve 2008/2009). Als Resultat erfolgte zum 01.01.2003 die erste Umsetzung eines Regionalen Psychiatrie-Budgets im Rahmen eines Modellprojekts für den Landkreis Steinburg. Das Modellprojekt wurde zwischen den psychiatrischen Kliniken des Kreises Steinburg (Klinikum Itzehoe und Psychiatrisches Centrum Glückstadt) und den Krankenkassenverbänden in Schleswig-Holstein vorerst für einen Zeitraum von fünf Jahren vereinbart (01.01.2003-31.12.2007). Im Rahmen des Modellprojektes erhielten die Versorgungsanbieter ein festgeschriebenes Jahresbudget (ausgerichtet an den Budgets des Jahres 2002). Der Vertrag ist im August 2003 von allen Krankenkassenverbänden unterschrieben worden und trat rückwirkend zum 01.01.2003 in Kraft. Die Begleitforschung begann in den Kreisen Steinburg und Dithmarschen (als Vergleichsregion) am 1. September 2003 (Deister 2003). Der Kreis Dithmarschen wurde als Kontrollregion gewählt, da die dortige Struktur und Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung mit den Bedingungen im Kreis Steinburg vergleichbar sind (König et al. 2010).

1.4 Das Konzept des Regionalen Psychiatrie-Budgets (RPB) im Landkreis Dithmarschen

Der Landkreis Dithmarschen befindet sich im Westen des Bundeslandes Schleswig-Holstein (Abbildung 2). Heide liegt ca. 100 Kilometer nördlich von Hamburg und ist mit rund

20.000 Einwohnern Sitz der Kreisverwaltung des Landkreises. Dithmarschen ist vorwiegend agrarisch geprägt, besitzt mit Brunsbüttel und Hemmingstedt bei Heide aber auch zwei industrielle Schwerpunkte (Haase und Hejnal 2010).



Abbildung 2: Lage des Landkreises Dithmarschen in Schleswig-Holstein

(Quelle: SHGT 2014)

Mit seinen zwei Standorten in Brunsbüttel und Heide ist das Westküstenklinikum (WKK) das wichtigste medizinische Zentrum an der schleswig-holsteinischen Nordseeküste. Mit insgesamt 784 Betten und weiteren tagesklinischen Behandlungsplätzen gilt das Klinikum hinter den Universitätskliniken als drittgrößtes Gesundheitsunternehmen in Schleswig-Holstein. Träger des Westküstenklinikums ist der Landkreis Dithmarschen (WKK 2014). Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Westküstenklinikum Heide sichert die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der ca. 135.000 Einwohner des Landkreises Dithmarschen. Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Ärztlicher Direktor des Westküstenklinikums Heide ist Dr. med. Thomas Birker. Zur Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie gehört ein stationärer Bereich mit 87 Betten sowie eine Tagesklinik am Standort Heide und eine Tagesklinik am Standort Brunsbüttel mit jeweils 15 tagesklinischen Betten. Am Standort Heide werden neben der allgemeinpsychiatrischen Institutsambulanz (PIA) weitere Spezialsprechstunden angeboten: sexualmedizinische Ambulanz, ambulante Gedächtnissprechstunde, ambulante Rehabilitation Sucht/Nachsorge Sucht und Psychoonkologie. Mit dem gemeinnützigen Träger Brücke e.V. besteht eine Kooperation. Zusätzlich wird

ein Hometreatment durch Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie angeboten. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist einem sozialpsychiatrischen Behandlungskonzept verpflichtet und arbeitet deshalb eng mit den komplementären Einrichtungen, den niedergelassenen Nervenärzten und Hausärzten, den Kontakt- und Beratungsstellen, den Selbsthilfegruppen und den Ämtern des Landkreises zusammen. Die Klinik ist in verschiedenen Arbeitskreisen und Gremien des Landkreises vertreten, z. B. im Gemeindepsychiatrischen Verbund, im Arbeitskreis Dezentrale Psychiatrie, im Arbeitskreis Sucht des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sowie im Arbeitskreis Gerontopsychiatrie des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

1.4.1 Der Weg zum RPB

Am 1. Dezember 1995 wurde im Rahmen der Dezentralisierung der Psychiatrie zur Umsetzung der gemeindenahen Versorgung in Schleswig-Holstein im Landkreis Dithmarschen die neu errichtete psychiatrische Abteilung mit vier Akutstationen im Westküstenklinikum (damals noch Kreiskrankenhaus) Heide in Betrieb genommen. Seit dem Jahr 1993 betreibt „Die Brücke Schleswig-Holstein“ eine Tagesklinik in Heide. Es kam im Januar 1998 zu einer Erweiterung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung im Kreis Dithmarschen um eine Station mit dem Schwerpunkt Psychotherapie und Psychosomatik (im Westküstenklinikum Heide) und 2001 um eine Tagesklinik im Süden Dithmarschens (Westküstenklinik Brunsbüttel) (Petersen und Hejnal 2010).

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik orientiert sich bereits seit ihrer Gründung an dem Konzept der gewaltfreien Psychiatrie nach dem „Herner Modell“. Schwerpunkte des Modells sind der Verzicht auf eine Aufnahme-Station, die Durchmischung der Klientel, weitestgehend offene Stationstüren und größtmögliche Gewaltfreiheit (Krisor 1997). Soteria-Elemente (Reizabschirmung durch „weiches“ Zimmer) werden dabei ebenfalls berücksichtigt. Im psychiatrischen Kontext stammt der Begriff Soteria aus den siebziger Jahren und stellt eine alternative stationäre Behandlung von Menschen in psychotischen Krisen mit weniger Zwangsmaßnahmen, zurückhaltendem Umgang mit neuroleptischer Medikation, wohnlicher Einrichtung und offener Stationsführung dar. Das Soteria-Konzept verfolgt auch den milieuthérapeutischen Ansatz (IAS 2014). Dem sozialpsychiatrischen Anteil und der Milieuthérapie wird insgesamt ein hoher Stellenwert eingeräumt. Regelmäßig stattfindende Informationsveranstaltungen zu unterschiedlichen Krankheitsbildern für die Öffentlichkeit, Projektarbeit mit Psychiatrieerfahrenen in Schul-

klassen und Unterstützung eines Vereins zur Integration von Menschen mit Psychiatrieerfahrung („Förderverein Nervennahrung e. V.“) unterstützen diese. Zudem stellt die Klinik Räume für Selbsthilfegruppen (Suchterkrankungen, Depressionen) zur Verfügung und gründete eine Angehörigengruppe „Demenz“, die unter Moderation eines Oberarztes regelmäßige Austauschrunden anbietet. Ebenso wird schon seit vielen Jahren großer Wert auf die Durchführung der Bezugspflege gelegt, und entsprechende Konzepte wurden erarbeitet (Petersen und Hejnal 2010).

Da sich zunehmend eine Diskrepanz zwischen dem therapeutischen Alltag und den bürokratischen Verpflichtungen entwickelt hatte, passte das bestehende Arbeitskonzept letztlich nicht mehr zur notwendigen Organisation der Abteilung. Um den Patienten so viel Normalität wie möglich zu gewähren, versuchte man eine Vergrößerung des Anteils der ambulanten Behandlung zu erreichen. Therapeutische Elemente wie Beurlaubungen in das häusliche Umfeld, Belastungserprobungen und Tagesurlaube waren nur schwer gegenüber den Krankenkassen zu vertreten und erforderten einen hohen bürokratischen Aufwand. Auch die Umwandlung von vollstationären Aufenthalten in tagesklinische Behandlungen und umgekehrt war nicht möglich. Man verspürte einen Stillstand in der konzeptionellen Entwicklung der Klinik. Auch der damals schon spürbare deutliche Ärztemangel stellte ein Problem dar, auf das mit den organisatorischen Möglichkeiten eines Regionalbudgets, beispielsweise durch kotherapeutische Einbeziehung des Pflegepersonals, besser reagiert werden konnte (Haase und Hejnal 2010).

Schon im Jahr 2003 stieg die pflegerische Berufsgruppe in die regelmäßige kotherapeutische Arbeit mit ein. Anfänglich beschränkte sich dies auf die Arbeit mit Suchtpatienten. Zweimal in der Woche leiteten sie das Suchtforum. Die Moderationstechnik („Motivational interviewing“) wurde vorab in Fortbildungsseminaren erworben. Von Beginn an hatten die Pflegekräfte also die Möglichkeit zum eigenständigen Arbeiten mit den Patienten und zur Beziehungsgestaltung. Diese kotherapeutische Mitarbeit wurde im Laufe der Jahre weiter ausgebaut und gefördert, sodass seit März 2006 die Pflege im Moderatorenteam der Psychoedukation (nach dem Alliance-Psychoedukations-Programm) für Psychose-Betroffene mitwirkt. Aktives Mitwirken und innovative Ideen waren erwünscht. Eine Arbeitsgruppe beschäftigte sich ab dem Jahr 2007 damit, einen neuen Therapieplan sowohl für den vollstationären als auch für den tagesklinischen Bereich zu erstellen, denn bereits zum 01.07.2006 wurde eine tagesklinische Einheit mit zehn Plätzen für Patienten ohne

weitere therapeutische Anbindung an eine andere Stationsebene geschaffen. Die Personalauswahl zur tagesklinischen Versorgung der akutpsychiatrischen Stationen erfolgte zu Beginn des Jahres 2007, sodass Mitte desselben Jahres die Akutstationen die tagesklinische Behandlung mit in ihre Versorgung einschlossen. In der zweiten Jahreshälfte wurden im Zuge großer Umbaumaßnahmen aus vier Akutstationen zwei Stationsebenen, die jeweils einen tagesklinischen Bereich erhielten. Auch die Bereiche der Psychotherapie und Psychosomatik wurden in die tagesklinische Behandlung integriert. Dieser Umgestaltungsprozess wurde stetig durch Supervisionen und Mitarbeiterentwicklungsgespräche begleitet. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Stärkung der Qualifikationen der Pflegekräfte sowie deren persönlicher Orientierungsausrichtung (Petersen und Hejnal 2010).

1.4.2 Praktische Umsetzung des RPB und Finanzierungskonzept (ökonomische Rahmenbedingungen)

Das Regionale Psychiatrie-Budget wurde im Landkreis Dithmarschen zum 01.01.2008 eingeführt. Es sieht die Versorgung aller psychischen Erkrankungen im Kreis Dithmarschen vor. Da Dithmarschen bei der Einführung des Regionalbudgets im Landkreis Steinburg im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung als Vergleichsregion gedient hatte, war man frühzeitig über die inhaltliche Konzeption und mögliche Resultate informiert (Haase und Hejnal 2010).

Patienten können nun ohne hinderliche Sektorengrenze je nach Versorgungsbedarf stationär, teilstationär oder ambulant behandelt werden. Gegebenenfalls können Patienten in ihrem alltäglichen Umfeld verbleiben. Dem therapeutischen Team wird eine Behandlungskontinuität über Jahre mit hoher Flexibilität ermöglicht. Dies stellt für Patienten, die einen vollstationären Aufenthalt in der Psychiatrie aus unterschiedlichen Gründen ablehnen, eine Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten dar. Der Grundsatz im RPB lautet: so viel vollstationär wie nötig, so wenig wie möglich (Vgl. Petersen und Hejnal 2010). Der Patient kann mitentscheiden, welche Form des Aufenthalts er für sich präferiert, wenn eine vollstationäre Versorgung nicht zwingend erforderlich ist. Laut Petersen und Hejnal wurde diese Möglichkeit im WKK Heide von vielen Patienten genutzt. Weiter beschreiben sie, dass sich die Durchmischung von tagesklinischen und vollstationären Patienten sehr positiv auf die Patienten auswirke. In Form von Therapiegruppen, Küchendiensten, Bewegungstherapien und Kaffeenachmittagen werden Berührungspunkte geschaffen. Eine

tagesklinische und später ambulante Weiterbehandlung kann eine Zielsetzung für schwer erkrankte vollstationäre Patienten darstellen. Den Patienten der Tagesklinik, die zuvor aus dem vollstationären Setting entlassen worden sind, kann es eine gewisse Sicherheit geben, bei Verschlechterung der Symptomatik oder in Krisenzuständen jederzeit wieder vollstationär behandelt werden zu können (Petersen und Hejnal 2010).

Das RPB wurde auf der Basis des normal vergüteten Vergleichsjahres 2007 festgelegt und löste mit dem Beginn des Jahres 2008 die bisherige Vergütungsform ab. Vorlage für die Entwicklung war das bereits seit 2003 betriebene Modell des regionalen Budgets für das Klinikum Itzehoe im Kreis Steinburg (Deister 2011). Die Krankenkassen stellen pro Kopf und Jahr einen Betrag von 4.185 Euro zur Verfügung, die Versorgungszahl wurde basierend auf den Zahlen von 2007 auf ca. 2.000 Patienten festgelegt. Es werden immer nur Erstkontakte vergütet; dabei ist es unerheblich, wie oft ein Patient pro Jahr behandelt wird und ob dessen Behandlung vollstationär, tagesklinisch oder ambulant erfolgt (Petersen und Hejnal 2010). Somit erhält die Klinik einen Gesamtbetrag von ca. 8 Millionen Euro pro Jahr. Eine Abweichung der Kopfzahl innerhalb von +/- 6% führt nicht zur Veränderung des Budgets, eine Abweichung darüber hinaus macht Verhandlungen mit den Krankenkassen über eine Budgetänderung erforderlich. Aus dem Budget erhält der Kooperationspartner Brücke e.V. ca. 600.000 Euro pro Jahr. Alle stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangebote der Klinik für Psychiatrie werden aus dem verbleibenden Budget finanziert. Wird das zur Verfügung stehende Budget durch die Psychiatrische Klinik nicht aufgebraucht, wird der übrige Anteil an das WKK abgeführt. Übrigbleibende Mittel ermöglichen der Klinik zusätzliche Investitionen in die Struktur oder zusätzliche sozialpsychiatrische Angebote.

Primäres Ziel der Einführung auf Seiten der Krankenkassen war das Erreichen einer Budgetverlässlichkeit für die psychiatrischen Kosten in der Region, auf Seiten der Klinik war es die Vermeidung der DRG-assozierten Administration ab Einführung der DRG-Vergütung in der Psychiatrie sowie die Vermeidung von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Für die Krankenkassen entstand die verlässliche Situation, dass keine Forderungen nach Aufstockung des Bettenplans in der Region mehr vorgebracht werden und damit die Kosten stabilisiert werden konnten.

Die personelle Stationszusammenlegung zu zwei Stationsebenen erfolgte zum 01. Januar 2008, und die von den Arbeitsgruppen erarbeiteten Therapiepläne wurden umgesetzt. Die kotherapeutische Mitarbeit, beispielsweise im Bereich Soziales Kompetenztraining, wurde mehr und mehr ausgebaut. Die Mitarbeiter erhielten die Möglichkeit, an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Neue Therapieangebote wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, das „Montagskino“, die Backgruppe, die kreative Beschäftigung auf den Behandlungsebenen, der „offene Treffpunkt“, die Gartengruppe und die tiergestützte Therapie wurden eingeführt. Ebenso wurden Hausbesuche und Expositionsübungen im Rahmen verhaltenstherapeutischer Therapiekonzepte durch Mitarbeiter des Pflegedienstes begleitet. Diese Maßnahmen erforderten eine deutliche Bereitschaft der Mitarbeiter des Pflegeteams zur Fortbildung und zur Weiterqualifikation. Direkte Auswirkungen davon waren die Erweiterung der Kenntnisse des Pflegepersonals (Haase und Hejnal 2010). Für das Projekt „tiergestütztes Arbeiten“ begann eine Krankenschwester die Ausbildung eines Therapiebegleithundes. Eine andere Arbeitsgruppe beschäftigt sich seit Mitte 2008 mit dem Aufbau eines Streichelzoos ganz in der Nähe des Klinikgeländes. Durch Einsparungen konnten im September 2008 zwei Pkw für ambulante Tätigkeiten angeschafft werden. Bei ambulanten Hausbesuchen werden u.a. Depotmedikamente verabreicht und Reflexionsgespräche geführt. Andere Patienten kommen in das Klinikum, um Depotmedikamente zu erhalten, an Therapien teilzunehmen oder Bezugspflegegespräche zu führen (Petersen und Hejnal 2010).

Zusätzlich wurde zum 01.01.2008 die Stelle des Psychiatrie-Koordinators geschaffen, der als Bindeglied zwischen ärztlicher Leitung und Pflegedirektion fungiert. Er dient ebenso als Schnittstelle zwischen allen Berufsgruppen. Zu seinen Aufgaben zählen u.a. die Personalplanung und -berechnung, das Budgetcontrolling, die Steuerung der Belegung sowie das Erstellen von Statistiken (zu Fixierungen, Patientenbelegungen, Patientenwegen). Des Weiteren betreut er die Abwicklung der räumlichen Umbaumaßnahmen, organisiert Fortbildungsmaßnahmen zur Weiterqualifizierung der Pflegekräfte, wirkt in Arbeitsgruppen mit (z.B. AG Therapieplan) und betreibt Öffentlichkeitsarbeit (Petersen und Hejnal 2010).

2. Fragestellung und Zielsetzung

Im Landkreis Dithmarschen erfolgt die stationäre Versorgung von psychisch Kranken seit 2008 im Rahmen eines Regionalen Psychiatrie-Budgets (RPB). Dieses Konzept führte in den letzten Jahren dazu, dass die Behandlung kontinuierlich aus dem stationären in den ambulanten Sektor verlagert werden konnte. Subjektiv betrachtet entstand eine „Triple-win-Situation“ im Sinne einer Steigerung der Behandlungsqualität für die Patienten, einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Mitarbeiterzufriedenheit sowie einer Stabilisierung der Kosten für die Krankenkassen. Letztgenannte sind eine feststehende Größe, sodass die Stabilisierungsthese keiner weiteren Überprüfung bedarf. Ob sich die RPB-Einführung jedoch auch für die Patienten und Mitarbeiter objektiv positiv ausgewirkt hat, kann nur die nachträgliche Evaluation empirischer Daten zeigen.

Das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, unter Verwendung von anonymisierten Routineleistungsdaten zu analysieren, inwieweit sich ausgewählte Indikatoren der Versorgungsqualität unter dem RPB im Vergleich zu den Vorjahren verändert haben. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des WKK Heide möchte wissen, ob sich die subjektiv gestiegene Behandlungsqualität auch objektiv nachweisen lässt. Die vorliegende Arbeit geht somit folgenden Fragestellungen nach:

Die primäre Fragestellung lautet, inwieweit sich bei gleichbleibendem finanziellen Ressourcenaufwand patientenbezogene Outcomeparameter verändert haben. Die aufgestellte Hypothese besagt, dass die globale Krankheitsschwere trotz gleichbleibender Kosten nicht zugenommen hat und Indikatoren für die Krankheitsschwere keine Verschlechterung des durchschnittlichen Krankheitszustandes der aufgenommenen Patienten anzeigen.

Sekundäre Fragestellungen beschäftigen sich damit, ob und, falls ja, wie sich mitarbeiterbezogene Parameter (Überstunden und Krankenstand) als Indikator der Mitarbeiterzufriedenheit im RPB verändert haben und ob es zu Änderungen bei der Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen gekommen ist.

3. Methodik

Die vorliegende Untersuchung erfolgte im Rahmen eines Forschungsprojektes des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité Universitätsmedizin Berlin zur Evaluation des im Jahr 2008 eingeführten Regionalen Psychiatric-Budgets (RPB) im Landkreis Dithmarschen durch die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des WKK Heide. Anhand von Routinedaten, die im Rahmen der Basisdokumentation (BADO) erhoben wurden, wird der Zeitraum vor der RPB-Einführung (2001-2007) mit dem Zeitraum nach der Einführung (2008-2012) verglichen.

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Entwicklung der patienten- und mitarbeiterbezogenen Qualitätsindikatoren und evaluiert diese unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte.

3.1 Einordnung des Forschungsvorhabens

Das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie machte es sich in Zusammenarbeit mit dem WKK Heide zur Aufgabe, ein Evaluationskonzept zu entwickeln. Datenmanagement, Datenanalyse und Berichterstattung erfolgen in Kooperation mit dem WKK Heide durch das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie im Rahmen der vorliegenden Dissertation.

3.2 Studienkonzept für die Evaluation

Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgte im Rahmen einer Vergleichsstudie der Zeiträume vor (2001-2007) und während (2008-2012) des RPB. Dies geschah unter Einbeziehung der gesamten aufgenommenen Patientenfälle und unter Verwendung von diagnoseunabhängigen Outcomekriterien, wie u.a. Suizidalität, Anzahl von Fixierungen und Zustand der Patienten nach Entlassung, sowie von mitarbeiterbezogenen Parameter wie der Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen (Abbildung 3). Eine genaue Auflistung und Beschreibung der verwendeten Items und Variablen der Basisdokumentation (BADO) findet sich in Kapitel 3.3 Messinstrumente.

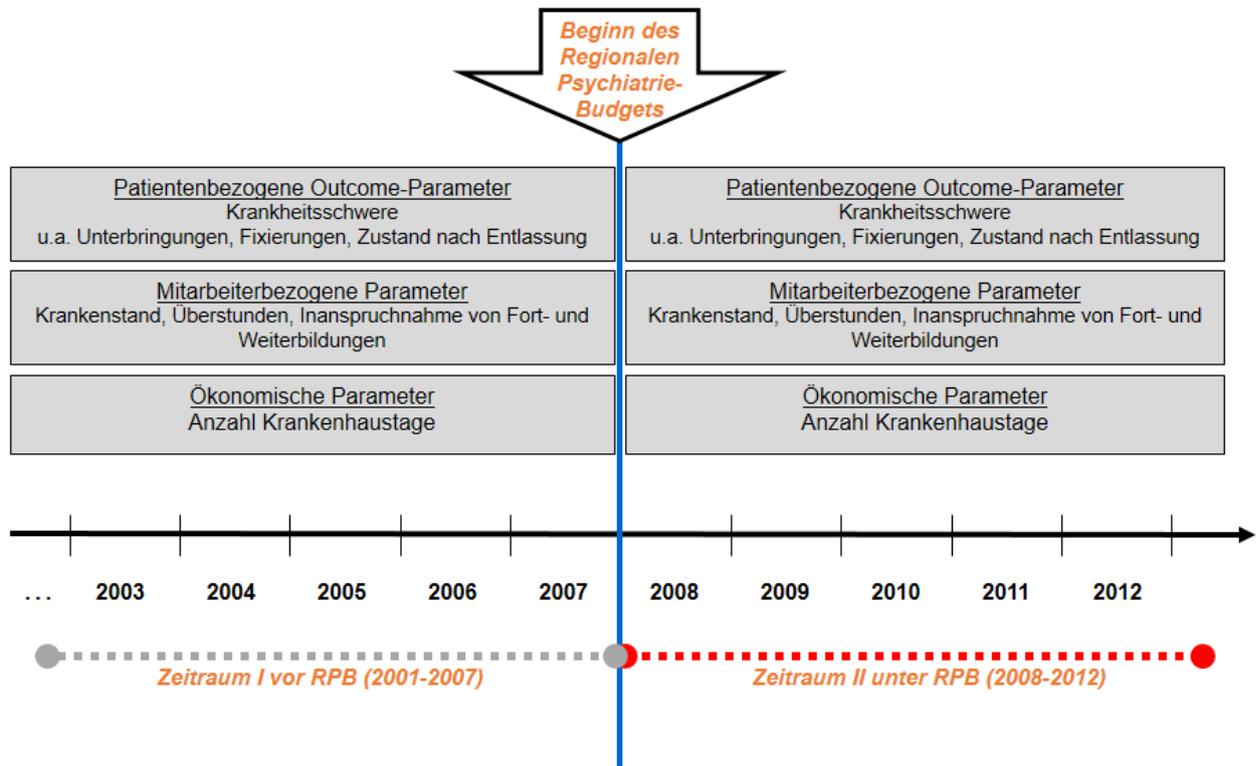


Abbildung 3: Studienkonzept Vorher-Nachher-Vergleich (vor/unter RPB - Regionales Psychiatrie-Budget)

Eingeschlossen wurden alle dokumentierten Patientenfälle, die zwischen dem 01.01.2001 und dem 31.12.2012 in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Heide stationär oder teilstationär aufgenommen wurden. Ausschlaggebend ist hier das jeweilige Aufnahmedatum des Patienten. Die Einführung des RPB erfolgte am 01.01.2008, sodass alle Aufnahmen, die vor diesem Zeitpunkt stattfanden, zum Studienabschnitt I und alle späteren Aufnahmen zum Studienabschnitt II gehören.

Folgende Parameter wurden in beiden Zeiträumen in der Klinik für Psychiatrie erhoben und wurden für die Analyse verwendet:

a) Patientenbezogene Parameter (2001-2012):

- Einzelitems aus der Basisdokumentation (BADO) zur globalen Krankheitsschwere und Suizidalität (ab 2001 in PSYQUADO auf ACCESS-Basis, ab 2008 in Excel erfasst)
- Statistiken über die Anzahl und Dauer von Fixierungen (Indikator für Krankheitschwere, interne Dokumentation WKK Heide)

- Anzahl der Unterbringungen nach PsychKG (Indikator für Krankheitsschwere, interne Dokumentation WKK Heide)

b) Mitarbeiterbezogene Parameter (2002-2012):

- Höhe des Krankenstandes (nur Pflegepersonal) – Anzahl in Tagen (in Excel erfasst)
- Anzahl der Überstunden pro Mitarbeiter (nur Pflegepersonal) und Monat bzw. Jahr (in Excel erfasst)
- Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen (Tage pro Mitarbeiter und Jahr)

c) Ökonomische Parameter (2001-2012):

- Anzahl Krankenhaustage (Errechnung aus Aufnahme- und Entlassungsdaten)

3.3 Datenerhebung und Messinstrumente

Die zu analysierenden Daten wurden aus verschiedenen Abteilungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zentralen Stellen des WKK Heides bezogen:

Das Krankenhauscontrolling stellte eine Dokumentation über die Anzahl stationärer und teilstationärer Behandlungstage zur Verfügung. Die Krankenhausverwaltung war für die Bereitstellung von Mitarbeiterdaten, d.h. von Daten zu Krankheitstagen und Überstunden sowie zu Fort- und Weiterbildungen, zuständig. Informationen über den stationären Bereich stammen aus der Basisdokumentation (BADO). Bei der Verwendung dieser patientenbezogenen klinischen Daten wurde so weit wie möglich auf elektronisch gespeicherte Daten zurückgegriffen.

3.3.1 Basisdokumentation (BADO) in der Psychiatrie

Die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Auftrag gegebene Basisdokumentation für patientenbezogene Daten erfüllt verschiedene Funktionen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung einer präzisen Dokumentation stellt sie ein hilfreiches und praktisches Instrument zur Datenerfassung dar (Gaxiola Mayinger 2009). So unterstützt sie u.a. das Klinikmanagement (Analyse von Patientenströmen, Verweildaueranalysen in Abhängigkeit von klinischen, anamnestischen oder sozialen Variablen) sowie das Qualitätsmanagement (Bereitstellung von Basisdaten zur Korrelationsanalyse mit Qualitätsindikatoren). Sie wurde für

Zwecke der internen und externen Qualitätssicherung konzipiert, ist deutschlandweit akzeptiert und verbreitet und macht deshalb auch Klinikvergleiche möglich machen soll. Man will mit der BADO eine störungsübergreifende Dokumentation schaffen, die sowohl Ergebniskriterien abbildet als auch Patientenmerkmale und Behandlungsprozesse erfasst (Gaebel 2008).

Des Weiteren kann die Basisdokumentation dabei helfen, Fragestellungen der Gesundheitsökonomie (Bedarfsanalysen) und Versorgungsforschung (Basisdaten zur Nutzung stationärer Einrichtungen: Wer nutzt stationäre Einrichtungen? Aus welchem Anlass? Mit welchem Ergebnis?) zu beantworten (Gaxiola Mayinger 2009).

Die BADO gibt es in unterschiedlichen Varianten. Die *BADO-PIA* ist beispielsweise die Basisdokumentation für psychiatrische Institutsambulanzen, die *PO-BADO* dient der psycho-onkologischen Dokumentation (Gaebel 2008).

Ein wesentlicher Bestandteil der Items einer Basisdokumentation besteht aus sozial- und regional-epidemiologischen Angaben. Woher kommt ein Patient und wohin wird er wieder entlassen? Dies dient dazu, sowohl den durch die Abteilungspsychiatrien selbstformulierten Vollversorgungsanspruch für eine Region als auch bestimmte Qualitätsansprüche zu sichern (Saupe 2000).

Als valide Datengrundlage soll die BADO eine effektive und effiziente Patientenbehandlung sicherstellen. Aufgrund des zunehmenden ökonomischen Drucks, der zunehmenden Leistungsdichte und der steigenden Patientenerwartungen ist sie ein unabdingbarer evidenzbasierter Bestandteil des Klinikmanagements geworden (Gaxiola Mayinger 2009). Neben dem Vorteil der Zeitersparnis sichert die BADO durch die bereits vorgegebenen relevanten Items sowie die Möglichkeit der Gegenkontrolle der von Assistenzärzten generierten Daten seitens der Oberärzte eine hinreichend große Validität, Plausibilität und Vollständigkeit der Eingaben bei entsprechender Implementierung (Hübner-Liebermann et al. 2005). Zudem können für die Weiterbehandlung der Patienten anhand der BADO adäquate Arztbriefe erstellt werden. Mittels computergestützter Erstellung schaffen diese durch klare Strukturierung und Vereinheitlichung die Möglichkeit, eine optimale weiterführende Behandlung zu gewährleisten (Gaxiola Mayinger 2009). Auch ein vollständig und akkurat ausgefüllter Einweisungsschein kann im Falle einer Wiederaufnahme dem stationär tätigen Behandler dabei helfen, schnellstmöglich die für den Patienten optimale Weiterbehandlung einzuleiten (Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD et al. 1995).

Im WKK Heide werden für die Basisdokumentation der Patienten die *BADO-Aufnahme* und *BADO-Entlassung* verwendet. Alle Ergebnisse und Berechnungen der patientenbezogenen Daten in dieser Arbeit basieren auf den dort erhobenen Parametern.

Sowohl die Aufnahme- als auch die Entlassungsdokumentation werden für jeden Patienten bei jeder stationären und teilstationären Aufnahme und jeder Entlassung ausgefüllt. Auch bei mehreren Aufenthalten in kurzer Zeit wird für jeden Patienten ein neuer Datensatz angelegt.

Die Dokumentation im WKK Heide wird von den Stationssekretärinnen auf Aktengrundlage durchgeführt. Die Einführung dieser Berufsgruppe erfolgte im Jahr 2008 zur Umstellung auf das RPB. In den vorangegangenen Jahren wurde diese Tätigkeit von ärztlichen und psychologischen Therapeuten vorgenommen.

Im Folgenden wird ein Überblick über den Inhalt des Aufnahme- und des Entlassungsbogens gegeben. Zudem werden mögliche Interpretationsansätze zu den abgefragten Items vorgestellt.

BADO-Aufnahme:

Der Aufnahmebogen dokumentiert hauptsächlich die Aufnahmeumstände (z.B. Einweisungsdiagnose, Einweisungsart) sowie die Herkunft des Patienten. Dies kann anzeigen, inwieweit eine Klinik neben ihrer eigenen Region auch angrenzende Regionen mitversorgt. Auf diese Weise kann überprüft werden, ob der ideale Ablauf einer gelungenen Regionalversorgung eingehalten wird. Dies wäre der Fall, wenn ein Patient auch wieder an Einrichtungen in seiner Herkunftsregion entlassen wird bzw. wenn Aufnahmen in Nachbarregionen auch wieder zu Entlassungen in die Herkunftsregion führen.

Angaben zur *Wohnsituation* des Patienten können durch den Vergleich der Situation bei Aufnahme mit der Situation bei Entlassung Aufschluss darüber geben, inwieweit die Behandlung in die weitere Lebensführung des Patienten eingegriffen hat.

Zudem können Zusammenhänge zwischen Wohnsituation und stationärer bzw. teilstationärer psychiatrischer Aufnahme aufgezeigt werden. Die Variable *berufliche Situation* erfasst das soziale Umfeld des Patienten. Darüber hinaus werden der höchste *Schulabschluss* des Patienten sowie die *Suizidalität* (einschließlich *Suizidversuche*) zum Aufnahmezeitpunkt erfasst.

Der Entlassungsbogen:

Der Entlassungsbogen erfasst Komplikationen wie *Suizidversuche* auf Station, *fremdaggressive Handlungen* im allgemeinen Sinne sowie juristische *Zwangsbehandlungen*, z.B. die Veranlassung einer Zwangsunterbringung oder einer Betreuung zur Sicherung des Aufenthaltszweckes. Ebenso werden notwendig werdende *Fixierungen* während des stationären Aufenthaltes sowie die eingesetzten *therapeutischen Verfahren* wie beispielsweise Ergotherapie, Musiktherapie und krankengymnastische Verfahren dokumentiert. Schließlich werden die therapeutische und regionale Weiterversorgung des Patienten, die Entlassungsumstände (Entlassungsdiagnose, anschließende Wohnsituation etc.) und die ambulante oder komplementäre Weiterbehandlung erfasst. Ein Item, das den Behandlungserfolg widerspiegelt, ist der *Zustand nach Entlassung* (Saupe 2000).

3.3.2 Technische Umsetzung der BADO

Studienzeitraum I (2001-2007) BADO in PSYQUADO

Für die technische Erfassung der Daten der Basisdokumentation wurde im Zeitraum I (2001-2007) die Software PSYQUADO auf Accessbasis eingesetzt. Neben der reinen Datenerfassung bot die Software Auswertungs- und Statistikmodule (Saupe 2000).

Studienzeitraum II (2008-2012) BADO in Excel

Da die bisher eingesetzte Software PSYQUADO nicht mehr zur Verfügung stand, musste auf ein neues System zur Datenerfassung umgestellt werden. Aufgrund einer Empfehlung des benachbarten Klinikums Itzehoe (RPB, Prof. Deister), erfolgt die technische Erfassung der BADO seit 2008 in Excel.

3.3.3 Datenaufbereitung

Im Zuge der Änderung der technischen Datenerfassung zum 01.01.2008 wurden auch einige Items der Aufnahme- und Entlassungsdokumentation geändert, wodurch es zu neuen Antwortmöglichkeiten kam. Dies muss beim Abgleich mit dem ersten Dokumentationszeitraum berücksichtigt werden.

Die zur Datenerfassung eingesetzten Eingabemasken (inklusive aller erfassten Variablen und deren Ausprägungen) sind Abbildungen 5-7 einsehbar.

Methodik

Aufnahme Basis-Dokumentation Erfassungsbogen für die Übernahme in die EDV / V :4.0

KH-Pat. Nr.:	Geb.-Dat.:	Station:
VN:	NN:	
PLZ:	Ort:	Str.:

Aufnahmedatum: ___/___/___ Uhrzeit: ___:___ Arzt: ___ Bearb.: ___ vorige Episode: ja / nein	
Rechtsstatus: <input type="checkbox"/> freiwillig, <input type="checkbox"/> BGB, <input type="checkbox"/> Psych KG, <input type="checkbox"/> unbek. Aufnahmemodus <input type="checkbox"/> niedergelassener Psychologe - <input type="checkbox"/> Nicht ärztl. Psychotherapeut - <input type="checkbox"/> Psych-Dienst - Suchtberatung - <input type="checkbox"/> Selbsthilfegr./Laiengruppe - <input type="checkbox"/> Allg. soz. Dienst/Fam.Fürsorge, Gemeindegewerkschaft <input type="checkbox"/> Sonstige Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte - <input type="checkbox"/> Heim - <input type="checkbox"/> JVA - <input type="checkbox"/> Polizei/Amt <input type="checkbox"/> Patient selbst - Angehörige/Bekannte <input type="checkbox"/> Ausschließlich ärztl. Anweisung - <input type="checkbox"/> Unbekannt - <input type="checkbox"/> Zur Begutachtung -	Ärztliche Einweisung <input type="checkbox"/> Niedergel. Arzt/ALL <input type="checkbox"/> Niedergel.Nervenarzt / Psychotherapeut- <input type="checkbox"/> Sonstiger Facharzt <input type="checkbox"/> Staatl. Einrichtung nicht psychiatr. AKH <input type="checkbox"/> Eigene Ambulanz <input type="checkbox"/> Übernahme v. einer Station d. eigenen Hauses <input type="checkbox"/> Auf eigenen Wunsch ohne ärztl. Einweisung <input type="checkbox"/> Heimbetreuender Arzt <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt/S-P-D <input type="checkbox"/> Arzt anderer öffentlicher Dienststellen JVA/BUWE <input type="checkbox"/> Staatl. Einrichtung für Suchtkranke <input type="checkbox"/> Andere psych. Tages/Nachtklinik <input type="checkbox"/> Notarzt, <input type="checkbox"/> Verlegung aus fremden Krankenhaus <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Herkunft d. Patienten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bundesland: _____, Ausland _____ Unbekannt	Wohnsituation <input type="checkbox"/> Privatwgh/ Zimmer/WG - <input type="checkbox"/> Therap. WG - <input type="checkbox"/> Psych.Überg.Wohnh./ Nachtklinik <input type="checkbox"/> Psychiatrisches Wohnheim - <input type="checkbox"/> Psychiatrie KH Abtlg. - <input type="checkbox"/> Altenwohn/Pflegeheim - <input type="checkbox"/> Einrichtung für Kinder / Jugendliche - <input type="checkbox"/> Anderes Heim - <input type="checkbox"/> JVA - <input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz - <input type="checkbox"/> Unbekannt
Lebt zusammen mit: <input type="checkbox"/> Lebt allein/auch in Institution - <input type="checkbox"/> (Ehe)-Partner - <input type="checkbox"/> Eltern-(teil) - <input type="checkbox"/> Kind-(ern) - <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder - <input type="checkbox"/> Anderer Verwandter - <input type="checkbox"/> Andere nicht verwandte Personen - <input type="checkbox"/> Unbekannt -	Beruf. Situation <input type="checkbox"/> Vollzeit Beruf - <input type="checkbox"/> Teilzeit Beruf- <input type="checkbox"/> Mithelfende(r) Familien-Angehörige (r) - <input type="checkbox"/> Hausfrau/Mann - <input type="checkbox"/> Ausbildg. Schule / Beruf/ Umschulg. - <input type="checkbox"/> Arbeitslos: < 1J / <input type="checkbox"/> > 1 Jahr - Unbekannt <input type="checkbox"/> Beschützt beschäftigt - <input type="checkbox"/> Nie erwerbstätig. - <input type="checkbox"/> Rentenverfahren / Frührentner(in). - <input type="checkbox"/> Altersrente/Pension/Witwen/Witwerrente - <input type="checkbox"/> Kündigungsverfahren - <input type="checkbox"/> Wehr- Zivildienst - <input type="checkbox"/> unbekannt
Höchster Abschluß Sonder - Haupt - Real - Gymn. - IGS/KGS - Fach - Berufs - BGJ/BJV - Hoch/Fachhoch/Uni - kein Schulbesuch - abschl. Ausbildg. - abgebr. Ausbildg. - Unbekannt -	
Psychiatrische Diagnosen Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 2: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 3: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 4: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Suicidalität: <input type="checkbox"/> Suicidversuch - <input type="checkbox"/> Suicidal - <input type="checkbox"/> Nicht - (auch Suicidversuch als Aufnahmegrund)	Somatische Diagnosen Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich
PSYCH-PV: bei Aufnahme: ____, Dat _____/____/____, Dat _____/____/____, Dat _____/____/____ Dat _____/____/____, Dat _____/____/____, Dat _____/____/____, Dat _____/____/____	
Prognose Psychopathol.: <input type="checkbox"/> günstig - <input type="checkbox"/> noch günstig - <input type="checkbox"/> eher schlecht - <input type="checkbox"/> schlecht Allgem. sozial: <input type="checkbox"/> günstig - <input type="checkbox"/> noch günstig - <input type="checkbox"/> eher schlecht - <input type="checkbox"/> schlecht Beruflich: <input type="checkbox"/> günstig - <input type="checkbox"/> noch günstig - <input type="checkbox"/> eher schlecht - <input type="checkbox"/> schlecht, <input type="checkbox"/> entfällt(z.B. Rentner)	
Voraussichtliche Entlassung wenige Tage. - 1 - 3 Woch. - 4 - 6 Woch. - 7 Woch. - 3 Mon. > 3 Mon. - > 6 Mon. - > 1 Jahr aus mediz. Gründen nicht absehbar	Eingetragen in EDV-PSYQUADO Am: _____, durch _____ Zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen © 1995-2001 Dr. med. Dr. phil. Rolf Saupé Stade und Panacea Med-Software Hamburg - badoaufn.doc Vers. 4.0

Abbildung 4: Aufnahmedokumentation (BADO) Westküstenklinik (WKK) Heide bis 2007
 (Quelle: Software PSYQUADO)

Methodik

Entlassung Basis-Dokumentation Erfassungsbogen für die Übernahme in die EDV / V:4.0

KH-Pat. Nr.:		Geb.-Dat.:		Station:	
VN:			NN:		
PLZ:		Ort:		Str.:	

Entlassungsdatum:		Uhrzeit:		Arzt:		Bearb.:	
Aufnahmedatum:		Uhrzeit:		Arzt:		Bearb.:	

Medizinische Komplikationen: <input type="checkbox"/> Nein - <input type="checkbox"/> Ja - <input type="checkbox"/> Intensivstationspflichtig -	Fixierungen keine <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> < 6 Stunden - <input type="checkbox"/> 6 - 12 Stunden - <input type="checkbox"/> 12 - 24 Stunden - <input type="checkbox"/> 1 - 3 Tage <input type="checkbox"/> > 3 Tage längste Zeit: _____ Min, wie oft fixiert: _____
Psychopharmaka während des Aufenthaltes <input type="checkbox"/> Neuroleptika - <input type="checkbox"/> Antidepressiva - <input type="checkbox"/> Tranquilizer. - <input type="checkbox"/> Lithium - <input type="checkbox"/> Geriatrika <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Keine Psychopharmaka Mehrfachnennung möglich	Suicidversuch währ.d. stat.Aufenth. <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein Fremdaggressive Handlung <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein Errichtung einer Zwangsunterbringung o. Betreuung w. d. Aufenthaltes (ZWU) <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein
Psychotherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologie - Einzel / Gruppe <input type="checkbox"/> Entspannungstechniken - Einzel / Gruppe <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie Einzel / Gruppe <input type="checkbox"/> Andere - Einzel / Gruppe <input type="checkbox"/> Keine Psychotherapie Mehrfachnennung möglich	Ergotherapie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Musiktherapie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Kunsttherapie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Krankengymn./Badether. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Psychiatrische Diagnosen Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 2: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 3: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 4: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Suicidalität: <input type="checkbox"/> Suicidversuch - <input type="checkbox"/> Suicidal - <input type="checkbox"/> Nicht -	Somatische Diagnosen Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich Diagnose 1: _____ ICD: _____ <input type="checkbox"/> Klinisch ges. - <input type="checkbox"/> Fraglich
---	---

Art der Entlassung <input type="checkbox"/> Regulär - <input type="checkbox"/> Hausintern - <input type="checkbox"/> Weggelaufen - <input type="checkbox"/> Entgegen ärztlichem Rat - <input type="checkbox"/> Verstorben	Medikation zur Entlassung: <input type="checkbox"/> Neuroleptika - <input type="checkbox"/> Antidepressiva - <input type="checkbox"/> Tranquilizer. - <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Geriatrika - <input type="checkbox"/> Andere Prophylaktika - <input type="checkbox"/> Keine Entfällt, <input type="checkbox"/> verstorben Mehrfachnennung möglich
Behandlungsergebnis: <input type="checkbox"/> Gebessert - <input type="checkbox"/> Unverändert - <input type="checkbox"/> Verschlechtert - <input type="checkbox"/> Verstorben - <input type="checkbox"/> Erfolgreicher Suicid - <input type="checkbox"/> Unbekannt -	Amb. o. kompl. Weiterbehandlung: <input type="checkbox"/> Niedergel. Arzt/ALL - <input type="checkbox"/> Niedergel.Nervenarzt / Psychotherapeut - <input type="checkbox"/> Sonstiger Facharzt - <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe - <input type="checkbox"/> Eigene Ambulanz - <input type="checkbox"/> Sonstige Ambulanz - <input type="checkbox"/> Heim - <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt - <input type="checkbox"/> Arzt anderer öfftl. Dienste (JVA / BUWE). - <input type="checkbox"/> Suchtberatung - <input type="checkbox"/> SPD / Patientenklub - <input type="checkbox"/> Allg. Soz.-Dienst Fam.-Fürsorge, Gem.-Schw. - <input type="checkbox"/> Sonst. Beratungsst. - <input type="checkbox"/> Niedergel. Psychologe <input type="checkbox"/> Verlegung in ein AKH- <input type="checkbox"/> Ärztl. Einweisung <input type="checkbox"/> Keine - <input type="checkbox"/> Unbekannt- <input type="checkbox"/> Entfällt, verstorben Mehrfachnennung möglich
Situation nach Entlassung <input type="checkbox"/> Wie bei Aufnahme <input type="checkbox"/> Privatwhg/ Zimmer/WG - <input type="checkbox"/> Therap. WG- <input type="checkbox"/> Psych.Überg.Wohnh./Nachtambulanz <input type="checkbox"/> Psychiatrisches Wohnheim - <input type="checkbox"/> Psychiatrie KH Abtlg. - Allg.-KH nicht psychiatr. <input type="checkbox"/> Altenwohn/Pflegeheim - <input type="checkbox"/> Einrichtung für Kinder / Jugendliche - <input type="checkbox"/> Anderes Heim- <input type="checkbox"/> JVA - <input type="checkbox"/> Ohne festen Wohnsitz <input type="checkbox"/> Unbekannt - <input type="checkbox"/> Entfällt, verstorben	

Entlassung des Patienten nach:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bundesland: _____, <input type="checkbox"/> Ausland: _____, <input type="checkbox"/> Unbekannt		<input type="checkbox"/> Entfällt, verstorben	

Eingetragen in EDV-PSYQUADO Am: _____, durch _____	Zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen © 1995-2001 Dr.med. Dr.phil. Rolf Sauppe Stade und Panacea Med-Software Hamburg – badoenti.doc Vers. 340
---	---

Abbildung 5: Entlassungsdokumentation (BADO) Westküstenklinik (WKK) Heide bis 2007
(Quelle: Software PSYQUADO)

Westküstenklinikum Heide, Psychiatrie

Erfassungsformulare:

Aufnahmedokumentation

Aufnahme tag <input type="text"/>	Geburtstag <input type="text"/>	Wohnort (PLZ) <input type="text"/>	Aufnahme auf <input type="radio"/> G1 ST <input type="radio"/> S2 ST <input type="radio"/> G1 TK <input type="radio"/> S2 TK <input type="radio"/> G2 ST <input type="radio"/> S3 <input type="radio"/> G2 TK
Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich			Beginn der jetzigen Symptomatik <input type="radio"/> weniger als 1 Woche <input type="radio"/> 1 - 4 Wochen <input type="radio"/> 1 - 3 Monate <input type="radio"/> 4 - 12 Monate <input type="radio"/> länger als 1 Jahr <input type="radio"/> schwankende Intensität <input type="radio"/> sonstiges unbekannt
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet / mit Partner <input type="checkbox"/> bestehende Betreuung <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> geschieden			Vorbehandlung der jetzigen Episode <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> nicht-psychiatr. Arzt <input type="checkbox"/> Psychiater / ärztl. Psychotherapeut <input type="checkbox"/> psycholog. Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Neurologe <input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> PIA WKK <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> anderes unbekannt
Schulausbildung <input type="checkbox"/> Sonderschule / Hauptschule ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschule mit Abschluss / Realschule ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Realschule mit Abschluss / Gymnasium ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Gymnasium mit Abschluss / Studium ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Studium mit Abschluss <input type="checkbox"/> anderes <input type="checkbox"/> unbekannt			frühere psychiatrische Behandlung <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> PIA WKK <input type="checkbox"/> teilstationär, WKK <input type="checkbox"/> teilstationär, anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> vollstationär, WKK <input type="checkbox"/> vollstationär, anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> unbekannt
Wohnsituation <input type="checkbox"/> private Wohnung <input type="checkbox"/> psychiatr. (Übergangs-) Wohnheim <input type="checkbox"/> sonstiges Heim <input type="checkbox"/> andere betreute Wohnform <input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz <input type="checkbox"/> sonstiges unbekannt			Besondere Probleme im vorfeld der jetzigen Episode <input type="checkbox"/> Suizidalität <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ? <input type="checkbox"/> Suizidversuch <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ? <input type="checkbox"/> Fremdaggression <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ? <input type="checkbox"/> kriminelles Verhalten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ? <input type="checkbox"/> Alkohol-Abusus <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ? <input type="checkbox"/> Drogenabusus <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?
Lebenssituation <input type="radio"/> lebt allein <input type="radio"/> mit Partner/-in <input type="radio"/> mit anderen Familienangehörigen <input type="radio"/> mit anderen Personen <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt			Einweisungs-Diagnose 1. ICD-10: F <input type="text"/> nur die ersten zwei Ziffern 2. ICD-10: F <input type="text"/> nur die ersten zwei Ziffern <input type="radio"/> ohne <input type="radio"/> unklar
Berufliche Situation <input type="radio"/> noch in Ausbildung <input type="radio"/> arbeitslos <input type="radio"/> berufstätig, Vollzeit <input type="radio"/> Frührente <input type="radio"/> berufstätig, Teilzeit <input type="radio"/> Altersrente <input type="radio"/> berufstätig, beschützt <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> Hausfrau/-mann mith. Fam.-A. <input type="radio"/> unbekannt			Aufnahme-Diagnose 1. ICD-10: F <input type="text"/> nur die ersten zwei Ziffern 2. ICD-10: F <input type="text"/> nur die ersten zwei Ziffern <input type="radio"/> ohne <input type="radio"/> unklar
Aufnahmeart <input type="radio"/> freiwillig <input type="radio"/> minderjährig <input type="radio"/> Psych-KG <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> BGG <input type="radio"/> unbekannt			
Einweisung durch <input type="radio"/> ohne (Notfall) <input type="checkbox"/> Übernahme, Somatik WKK <input type="radio"/> ärztlicher Notdienst <input type="checkbox"/> anderes Krankenhaus <input type="radio"/> nicht-psychiat. Arzt <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="radio"/> Psychiater / Neurologe <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="radio"/> Gesundheitsamt			

Abbildung 6: Aufnahme Basis-Dokumentation Westküstenklinik (WKK) Heide ab 2008

(Quelle: WKK Heide)

Entlassungsdokumentation

<p>Entlassungstag <input type="text"/> Geburtstag <input type="text"/></p> <p>Entlassung von</p> <p><input type="radio"/> G1 ST</p> <p><input type="radio"/> G1 TK</p> <p><input type="radio"/> G2 ST</p> <p><input type="radio"/> G2 TK</p> <p><input type="radio"/> S2 ST</p> <p><input type="radio"/> S2 TK</p> <p><input type="radio"/> S3</p> <p>durchgeführte Zusatzdiagnostik</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> EEG</p> <p><input type="checkbox"/> CCT</p> <p><input type="checkbox"/> MRT Kopf</p> <p><input type="checkbox"/> Doppler-Halsgefäße</p> <p><input type="checkbox"/> LP</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges</p> <p>Pharmakotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Neuroleptika, typisch</p> <p><input type="checkbox"/> Neuroleptika, atypisch</p> <p><input type="checkbox"/> Neuroleptika, Depot</p> <p><input type="checkbox"/> AD, tri-Acetylcyclisch</p> <p><input type="checkbox"/> AD, SSRI/SNRI</p> <p><input type="checkbox"/> AD, sonstige</p> <p><input type="checkbox"/> Lithium</p> <p><input type="checkbox"/> Carbamac / Valproinat</p> <p><input type="checkbox"/> andere Antiepileptika</p> <p><input type="checkbox"/> Clomethiazol</p> <p><input type="checkbox"/> Anti-Craving-Substanzen</p> <p><input type="checkbox"/> Antidementiva</p> <p><input type="checkbox"/> Nootropika</p> <p><input type="checkbox"/> Anticholinergika</p> <p><input type="checkbox"/> andere Psychopharmaka</p>	<p>Komorbidität</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> neurologisch</p> <p><input type="checkbox"/> internistisch</p> <p><input type="checkbox"/> chirurg.</p> <p><input type="checkbox"/> gynäkologisch</p> <p><input type="checkbox"/> urologisch</p> <p><input type="checkbox"/> HNO</p> <p><input type="checkbox"/> augenärztlich</p> <p><input type="checkbox"/> dermatologisch</p> <p><input type="checkbox"/> Frühreha / Geriatrie</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> <p>Notwendige rechtliche Maßnahmen</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> PsychKG</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuungseinrichtung/-anregung</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuungsunterbringung</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige</p> <p>Besondere Situation / Komplikation</p> <p><input type="checkbox"/> Suizidalität <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Suizidversuch <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Fremd-Aggress. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Fixierung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Entweichung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?</p> <p><input type="checkbox"/> vitale Gefährdung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Alkohol-Abusus <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Drogen-Abusus <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ?</p> <p>Art der Entlassung</p> <p><input type="radio"/> mit ärztlichem Einverständnis</p> <p><input type="radio"/> ohne ärztliches Einverständnis</p> <p><input type="radio"/> Entweichung</p> <p><input type="radio"/> (natürlicher) Tod</p> <p><input type="radio"/> Suizid</p>						
<p>Psychotherap. Maßnahmen</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> supportive PT</p> <p><input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie</p> <p><input type="checkbox"/> tiefenpsychol. PT</p> <p><input type="checkbox"/> Entspannungstechniken</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige</p> <p>andere therapeutische Maßnahmen</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Ergotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> sozialpädagogische Beratung</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeit mit Angehörigen</p> <p><input type="checkbox"/> Musiktherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Sport- Bewegungstherapie</p> <p>biologische Therapiemaßnahmen</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Schlafentzugstherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Lichttherapie</p> <p><input type="checkbox"/> EKT</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige</p> <p>Konsile</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> neurologisch</p> <p><input type="checkbox"/> internistisch</p> <p><input type="checkbox"/> chirurg.</p> <p><input type="checkbox"/> gynäkologisch</p> <p><input type="checkbox"/> urologisch</p> <p><input type="checkbox"/> HNO</p> <p><input type="checkbox"/> augenärztlich</p> <p><input type="checkbox"/> dermatologisch</p> <p><input type="checkbox"/> Frühreha / Geriatrie</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p>	<p>Entlassung, wohin?</p> <p><input type="checkbox"/> private Wohnung</p> <p><input type="checkbox"/> psychiatrisches Wohnheim (WH) Dithmarschen</p> <p><input type="checkbox"/> psych. WH außerhalb von Dithm., offen</p> <p><input type="checkbox"/> psych. WH außerhalb von Dithm., geschlossen</p> <p><input type="checkbox"/> Alten-/Seniorenheim</p> <p><input type="checkbox"/> stationäre Behandlung - Psychiatrie WKK</p> <p><input type="checkbox"/> tagesklinische Behandlung - Psychiatrie WKK</p> <p><input type="checkbox"/> tagesklinische Behandlung - Brücke S-H, Heide</p> <p><input type="checkbox"/> somatische Abt. WKK</p> <p><input type="checkbox"/> in anderes Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> in Betreuung von Angehörigen</p> <p><input type="checkbox"/> anderes</p> <p>Zustand nach Entlassung</p> <p><input type="radio"/> vollständige Remission</p> <p><input type="radio"/> deutliche Besserung</p> <p><input type="radio"/> mäßige Besserung</p> <p><input type="radio"/> geringe Besserung</p> <p><input type="radio"/> unverändert</p> <p><input type="radio"/> Verschlechterung</p> <p><input type="radio"/> unklar</p> <p>Therapeutische Wirkung</p> <p><input type="checkbox"/> Psychopharmaka</p> <p><input type="checkbox"/> Psychotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therap.</p> <p><input type="checkbox"/> biolog. Therapie</p> <p>Entlassungs-Diagnose(n)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ICD-Nummer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td></tr> <tr><td>2.</td></tr> <tr><td>3.</td></tr> <tr><td>4.</td></tr> <tr><td>5.</td></tr> </tbody> </table> <p><input type="radio"/> ohne</p>	ICD-Nummer	1.	2.	3.	4.	5.
ICD-Nummer							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Abbildung 7: Entlassung Basis-Dokumentation Westküstenklinik (WKK) Heide ab 2008

Quelle: WKK Heide)

Aufgrund teilweise unterschiedlicher Variablenausprägungen vor und nach RPB-Einführung ist ein direkter Vergleich der Zeiträume nicht immer möglich. Um eingetretene Entwicklungen dennoch aufzeigen zu können, erfolgt eine partielle Umkodierung der dokumentierten Variablen. Diese Umkodierung dient dazu, bestimmte Variablenausprägungen derart zusammenzufassen, dass beide Zeiträume vergleichbar werden.

Die in Tabelle 1 gezeigte Variable Wohnsituation bei Aufnahme (inklusive bisheriger und neuer Ausprägungen) zeigt beispielhaft die Notwendigkeit und Durchführung der Umkodierung.

Tabelle 1: Umkodierungen der Variable *Wohnsituation* (Beispiel)

Studienzeitraum I Ausprägungen 2001-2007	Studienzeitraum II Ausprägungen 2008-2012		Ausprägungen neu für Analyse
Privatwohnung/Zimmer/WG	private Wohnung	→	<i>private Wohnung</i>
Altenwohnheim/Pflegeheim	sonstiges Heim	→	<i>betreute Wohnform</i>
anderes Heim	andere betreute Wohnform		
Einrichtung für Kinder/Jugendliche	psychiatrisches (Übergangs-)Wohnheim		
psychiatrische Übergangswohnheim/Nachtklinik			
psychiatrisches Wohnheim			
therapeutische Wohngemeinschaft			
ohne festen Wohnsitz	ohne festen Wohnsitz	→	<i>wohnungslos</i>
fehlend	sonstiges unbekannt	→	<i>unbekannt/fehlend</i>
JVA			
psychiatrisches KH (Klinik/Abteilung)			
unbekannt			

Hier wird deutlich, dass es im ersten Studienabschnitt (2001-2007) elf verschiedene Antwortmöglichkeiten auf die gestellte Frage gab und im zweiten Studienabschnitt (2008-2012) lediglich fünf. Um diese unterschiedlichen Ausprägungen bestmöglich kombinieren zu können, werden vier neue Ausprägungen definiert, in die die bisherigen Antwortmöglichkeiten umkodiert werden.

Zudem werden aus den bereits vorliegenden Variablen *Aufnahmedatum* und *Entlassungsdatum* die beiden neuen Variablen *Liegedauer* und *Alter bei Aufnahme* errechnet.

Aus der Einführung der Tagesklinik mit Beginn des RPB folgten teilweise inkonsistente Datensätze. Bei einigen tagesklinischen Patientenfällen existierten nur halbe Datensätze, d.h. ein Fall enthielt nur eine Aufnahme- oder Entlassungsdokumentation. Dies ist durch

bestimmte administrative Vorgänge im WKK Heide zu erklären. Tagesklinische Patienten werden bei Quartalswechsel im Computersystem künstlich „entlassen“ (ohne Entlassungsdokumentation) und erhalten für das neue Quartal eine neue Fallnummer (ohne Aufnahmedokumentation). Diese „Entlassung“ ist rein administrativ und hat keine Auswirkungen auf den tatsächlichen Aufenthalt oder die Behandlung des Patienten. Dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie ist es aufgrund des anonymisierten Datensatzes nicht möglich, Fallnummern spezifischen Patienten zuzuordnen. Aus diesem Grund ist es notwendig, die beschriebenen „halben“ Patientenfälle vom Controlling des WKK Heide zu vollständigen Datensätzen zusammenfügen zu lassen. Dies betrifft ca. 600 Patientenfälle, die daraufhin als komplette Datensätze mit in die Analysen aufgenommen werden können.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass es zu einer Einschränkung der Verwertbarkeit der vorliegenden Daten kommt, da einige Variablen nur in einem der Zeiträume vorliegen (entweder vor oder während des RPB). So wurden beispielsweise in PSYQUADO bis 2008 die Variablen *somatische Diagnosen* und *Prognose bei Aufnahme* erfasst. Diese sind seit 2008 nicht mehr in der Dokumentation enthalten.

Umgekehrt existieren einige Variablen erst seit RPB-Einführung. Zu diesen gehören beispielsweise *Vorbehandlung der jetzigen Episode*, *Beginn der jetzigen Symptomatik*, *frühere psychiatrische Behandlung*, *Familienstand*, *Einweisungsdiagnose* und *Pharmakotherapie*. Aufgrund des Vorhandenseins in nur einem Studienzeitraum (vor oder während des RPB) müssen die soeben beschriebenen Variablen aus der Analyse ausgeschlossen werden. In Tabelle 2 sind alle zur Analyse verwendeten Variablen aufgelistet.

Tabelle 2: Variablen des Auswertungsdatensatzes

Aufnahme	Entlassung	aus Variablen berechnet
Art des Aufenthalts	Aufenthaltsmodus	Alter bei Aufnahme
Aufnahmedatum	Suizidalität	Liegedauer
Entlassungsdatum	Fixierungen	
Geburtsdatum	Fremdaggressivität	
Geschlecht	Ergotherapie	
Aufnahmeart	Musiktherapie	
Einweisung durch	Gymnastik	
Wohnort	andere Therapie	
Wohnsituation	Entlassungsart	
Lebenssituation	Zustand nach Entlassung	
Berufliche Situation	Entlassung wohin	
Bildung	Komorbidität neurologisch	
Suizidalität bei Aufnahme	Komorbidität internistisch	
Aufnahmediagnose 1	Komorbidität chirurgisch	
Aufnahmediagnose 2	Komorbidität gynäkologisch	
	Komorbidität urologisch	
	Komorbidität HNO	
	Komorbidität augenärztlich	
	Komorbidität dermatologisch	
	Komorbidität geriatrisch	
	Komorbidität andere	

Aufgrund einer nach wissenschaftlichen Richtlinien umfassenden Dokumentation im Operationshandbuch ist jeder Schritt der Datenaufbereitung detailliert nachvollziehbar, und es kann, falls erforderlich, jederzeit auf die Ausgangsdatensätze rückgeschlossen werden.

Wesentliche Orientierung für die Sekundärdatenanalyse boten die Qualitätsstandards, die in der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) formuliert wurden. Deren 10 Leitlinien „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ (GPS) wurden im Jahr 2005 publiziert und 2008 erstmalig überarbeitet und gelten als allgemein epidemiologischer Standard (Swart et al. 2005, Swart und Ihle 2008, Swart und Ihle 2010).

Bei den mitarbeiterbezogenen Daten wurden die Anzahl der Überstunden (nur Pflegepersonal; absolut und pro Mitarbeiter), der Krankenstand (nur Pflegepersonal; in Tagen, in Prozent und pro Vollkraft) und die Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen (pro Mitarbeiter und in Tagen) ausgewertet. Dabei wird ein Schwerpunkt auf mögliche Unterschiede vor und unter dem RPB sowie auf die Entwicklung der Parameter seit RPB-Einführung 2008 gelegt. Anders als die patientenbezogenen Daten liegen die mitarbeiterbezogenen Parameter erst ab dem Jahr 2002 vor (bis 2012).

3.4 Statistische Methodik

Im Folgenden sind die statistischen Auswertungsansätze sowie die methodischen Grundlagen des Ergebnisteils dargestellt. Nach einer einführenden soziodemografischen Beschreibung der aufgenommenen Fälle erfolgt eine deskriptive Übersicht der Variablenausprägungen. Dazu werden diese sowohl als relative als auch als absolute Häufigkeiten jeweils für die Zeiträume vor dem RPB (2001-2007), während des RPB (2008-2012) sowie für den gesamten Studienzeitraum (2001-2012) dargestellt.

Ergänzend werden die relativen Häufigkeiten der beiden Studienabschnitte in Balkendiagrammen abgebildet sowie relative und absolute Häufigkeiten im Jahresverlauf 2001-2012 anhand von Verlaufsdiagrammen veranschaulicht.

Für die numerischen Variablen *Alter bei Aufnahme* und *Liegedauer* werden Mittelwerte und Standardabweichungen jeweils für die Zeiträume vor dem RPB (2001-2007), während des RPB (2008-2012) sowie für den gesamten Studienzeitraum (2001-2012) berechnet und grafisch (als Balkendiagramm und im Jahresverlauf) dargestellt. In Bezug auf die Liegedauer werden nur stationäre Fälle in die Analysen mit einbezogen, da Aufenthaltsdauern von stationären und tagesklinischen Patienten nicht direkt vergleichbar sind. Zudem wurde die Tagesklinik erst mit Beginn des RPB eingeführt.

Um festzustellen, ob es mit Einführung des RPB zu signifikanten Unterschieden in den Variablenausprägungen und damit zu direkten positiven oder negativen Effekten durch die Umstellung gekommen ist, erfolgen für die kategorialen Variablen Vergleiche mittels Chi-Quadrat-Tests nach Pearson. Das Signifikanzniveau liegt dabei konventionsgemäß bei $\alpha = 0,05$.

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 22.0 für Windows. Die Grafiken des Ergebnisteils wurden mit Excel erstellt.

3.5 Ethische und rechtliche Belange

Das Qualitätsmanagement des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008 für die Geschäftstätigkeit Forschung und Lehre. Das Forschungsprojekt wurde nach den ethischen Grundsätzen der Deklaration von Helsinki und in Erfüllung der ICH-GCP-Richtlinien durchgeführt.

Alle studienspezifischen Abläufe werden in studieninternen Standardverfahrensanweisungen (Standard Operating Procedures - SOPs) festgeschrieben. Alle in die Datenbearbeitung und Auswertung einbezogenen Mitarbeiter wurden ausführlich über die Studie informiert und arbeiteten ausschließlich nach den SOPs.

Bei den ausgewerteten Daten handelt es sich um vom Krankenhaus routinemäßig erhobene Daten. Diese wurden zur Analyse komplett anonymisiert an das Institut für Sozialmedizin weitergegeben. Die Einwilligung der Patienten in die Auswertung der Daten ist bereits mit dem Behandlungsvertrag erfolgt, da diese routinemäßig durch das Krankenhaus erhoben werden. Die Ethikkommission der Ärztekammer Schleswig-Holstein wurde über das Forschungsvorhaben informiert.

4. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Datenauswertungen auf der Grundlage der von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des WKK Heide zur Verfügung gestellten Routinedaten vorgestellt. Zunächst erfolgt die Präsentation der auf der BADO aufbauenden patientenbezogenen Ergebnisse. Nach einem soziodemografischen Überblick der im Zeitraum von 2001-2012 erhobenen Patientenfälle folgt die Auswertung der Aufnahme- und Entlassungsdokumentation inklusive der daraus berechneten Liegedauer. Darauf folgend werden die zusätzlich intern erhobenen Daten zu Fixierung und Unterbringung nach PsychKG präsentiert. Abschließend erfolgt die Auswertung der mitarbeiterbezogenen Daten von 2002-2012.

Alle präsentierten Parameter sind Qualitätsindikatoren der Versorgung, anhand derer mögliche Veränderungen infolge der RPB-Einführung ablesbar sind.

4.1 Patientenbezogene Ergebnisse

In die vorliegenden Auswertungen werden alle dokumentierten Patientenfälle, die zwischen dem 01.01.2001 und dem 31.12.2012 in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des WKK Heide stationär oder teilstationär aufgenommen wurden, einbezogen. Ausschlaggebend ist hier das jeweilige Aufnahmedatum des Patienten. Insgesamt konnten 19.913 auswertbare Patientenfälle in die vorliegende Arbeit eingeschlossen werden. Die Zahl der behandelten Fälle blieb über die Jahre annähernd konstant. Die Entwicklung der jährlichen Fallzahlen ist in Abbildung 8 dargestellt. Die durchschnittliche Anzahl an Patientenfällen pro Jahr betrug 1.659.

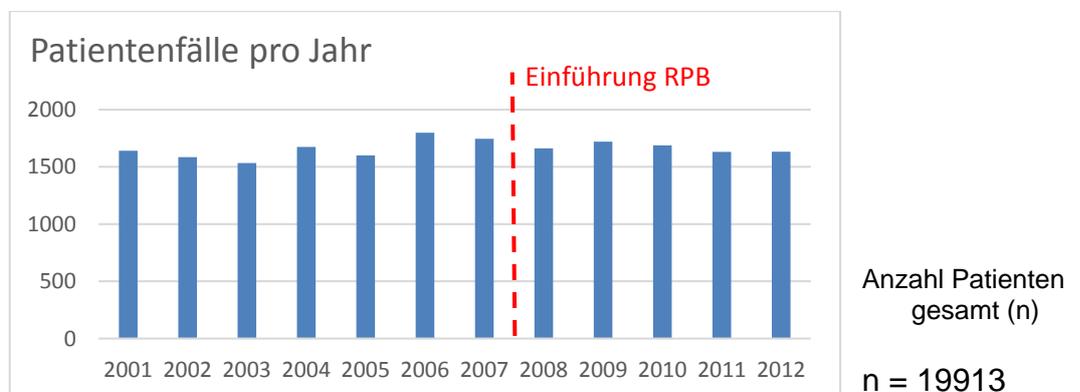


Abbildung 8: Anzahl Patientenfälle pro Jahr im Westküstenklinikum (WKK) Heide vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

Von der Gesamtzahl zählen 11.578 Patientenfälle in den siebenjährigen Studienabschnitt I vor der RPB-Einführung am 01.01.2008 (01.01.2001-31.12.2007) und 8.335 Patientenfälle in den fünfjährigen Studienabschnitt II (01.01.2008-31.12.2012).

Unterteilt man die dokumentierten Fälle in tagesklinisch (TK) und stationär (SP), zeigt sich, wie in Tabelle 3 dargestellt, dass die am 01.01.2008 eingeführte Tagesklinik bis zum Ende des Jahres 2012 1.856 Aufnahmen vorgenommen hat. Stationäre Patientenfälle sind insgesamt 17.925 dokumentiert, davon 11.578 vor und 6.347 unter dem RPB.

Tabelle 3: Anzahl Patientenfälle vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

	Anzahl Fälle	Aufnahmeart	
vor RPB	11.578	SP	11.578
unter RPB	8.335	SP	6.347
		TK	1.856
		unbekannt	132
gesamt	19.913	19.913	

SP = stationärer Patient
TK = Tagesklinik

4.1.1 Soziodemografische und klinische Basisdaten der Patientenfälle

Dieser Teil der Ergebnisdokumentation fasst die soziodemografischen Daten der Aufnahmedokumentation der Patientenfälle zusammen. Von den 19.913 Patientenfällen sind 47,3 % weiblich. Das durchschnittliche Alter beträgt 46,6 Jahre (SD 20,7).

Von den 19.913 aufgenommen Patientenfällen kommen 17.886 (90,5%) Fälle aus dem Landkreis Dithmarschen. Vor der RPB-Einführung lag dieser Anteil bei 89,8%, unter dem RPB bei 91,5%. Der größte Teil der Patienten lebte nicht allein (34,8% mit dem Partner, 13,7 % mit Familienangehörigen, 13,7% mit anderen Personen). 42,3% lebten hingegen ohne andere Personen. Schaut man sich die berufliche Situation der Patienten an, so waren 17,5% in Vollzeit beschäftigt, 29,6% arbeitslos und 29,8% in Rente.

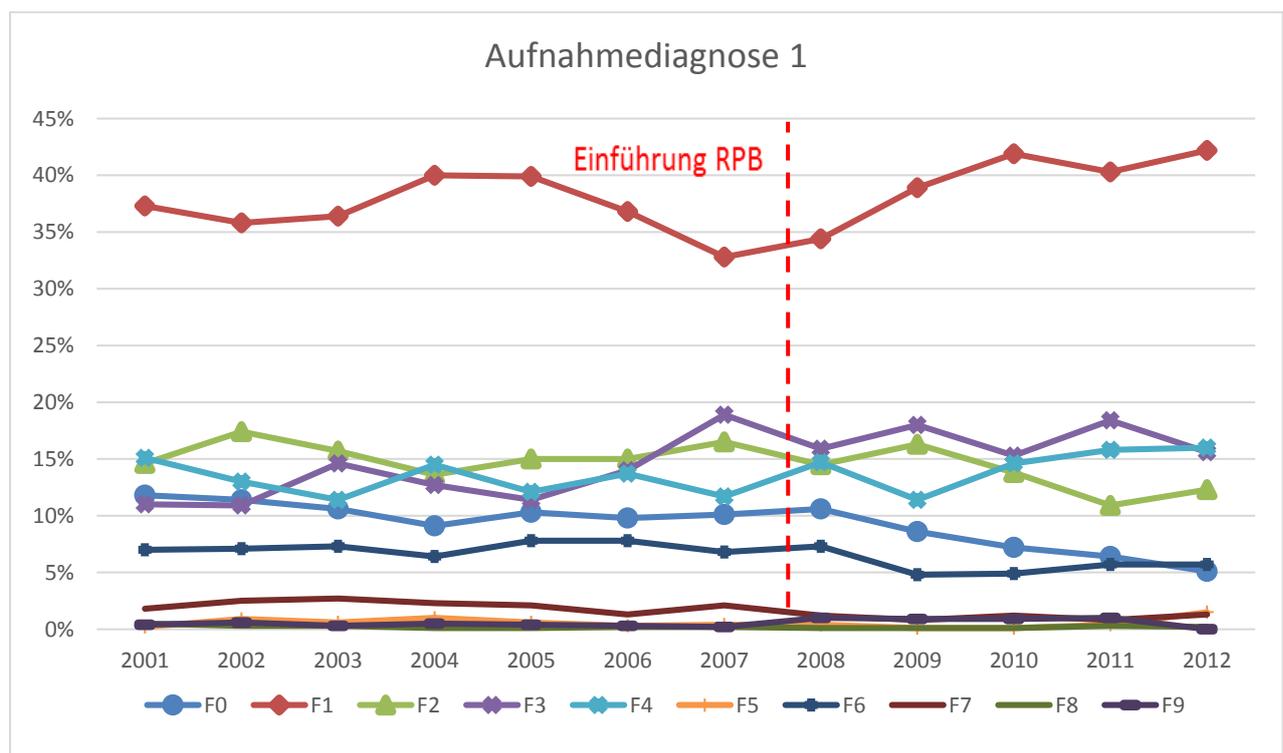
Einen Überblick über die F-Diagnosen (ICD-10) zeigt Tabelle 4. Die F1-Diagnosen (Abhängigkeitserkrankungen) machen mit 37,8% als Diagnose 1 und 49,1% als Diagnose 2 mit Abstand die häufigsten Diagnosen aus. Aus den Jahren 2010 und 2011 liegen leider keine Angaben über die Aufnahmediagnosen 2 vor.

Ergebnisse

Tabelle 4: Übersicht über alle *F-Diagnosen* (ICD-10) bei Aufnahme in Prozent

F-Diagnosen	Häufigkeit Diagnose 1 %	Häufigkeit Diagnose 2 %
F0 (organische Störungen)	9,5	5,5
F1 (Abhängigkeitserkrankungen)	37,8	49,1
F2 (Schizophrenie)	14,8	3,1
F3 (Affektive Störungen)	14,7	7,6
F4 (neurotische Störungen)	13,5	13,6
F5 (Essstörungen u.a.)	0,5	1,8
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	6,6	14,5
F7-9	2,5	3,9

Die Aufnahmediagnose 1 zeigt im Verlauf eine konstant gebliebene Verteilung (Abbildung 9). Nach der RPB-Einführung kam es zu keiner signifikanten Veränderung. Der Anteil der F1-Diagnosen zeigt allerdings steigende, der der F0-Diagnosen eher sinkende Tendenz.



F0 (organische Störungen) F3 (Affektive Störungen) F5 (Essstörungen u.a.)
 F1 (Abhängigkeitserkrankungen) F4 (neurotische Störungen) F6 (Persönlichkeitsstörungen)
 F7-9 (sonstige)

Abbildung 9: Aufnahmediagnose 1 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB) in %

In Abbildung 10 sind die absoluten Werte der Aufnahmediagnosen 1 der 1.856 Patientenfälle der TK dargestellt. Die Abhängigkeitserkrankungen (F1) stellen auch hier mit 571 Patientenfällen den größten Anteil der Aufnahmediagnosen 1 dar. Bei 386 Fällen wurde keine Diagnose angegeben.

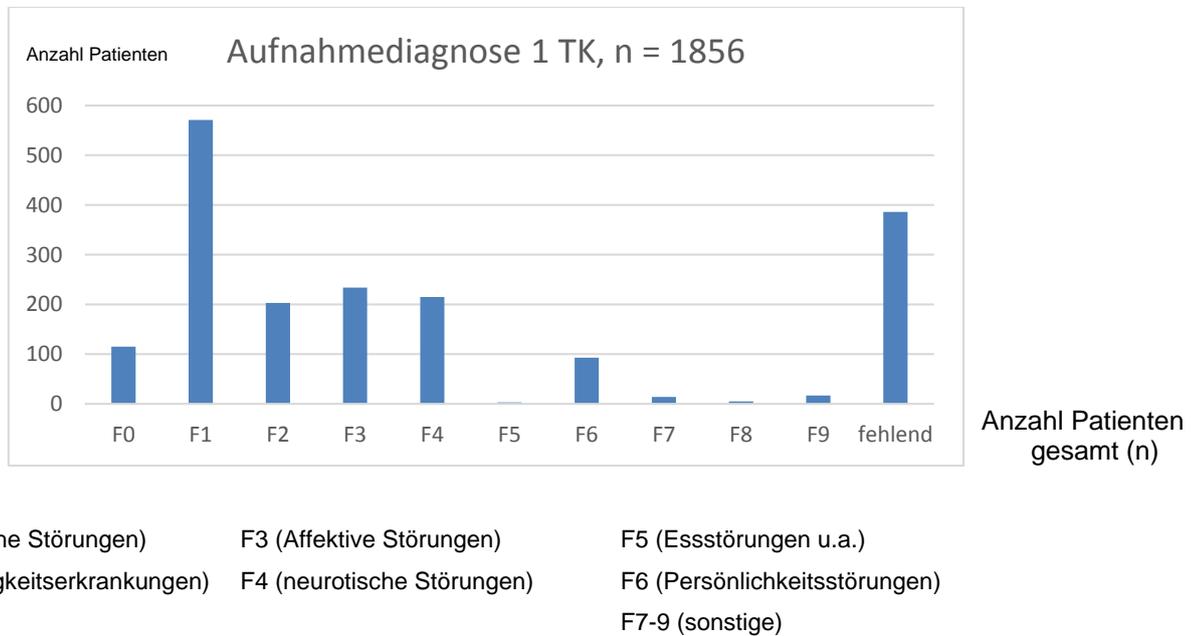


Abbildung 10: *Aufnahmediagnose 1* Tagesklinik (TK)

4.1.2 Klinisch-anamnestische Indikatoren bei Aufnahme

In Tabelle 5 sind die Auswertungen der restlichen Aufnahmedokumentation, die mittels BADO erhoben wurde, dargestellt. Dabei werden die Ergebnisse für den gesamten Zeitraum sowie einzeln für die Zeiträume vor und nach der RPB-Einführung aufgelistet. Ein Schwerpunkt wird hier auf die Qualitätsindikatoren *Aufnahmeart*, *Wohnsituation*, *Lebenssituation*, *Berufliche Situation* und *Suizidalität bei Aufnahme* gelegt. Die Unterschiede zwischen den Studienzeiträumen I und II zeigten für alle Parameter statistisch signifikante Unterschiede.

Ergebnisse

Tabelle 5: Übersicht über die Auswertung restlicher Aufnahmevariablen vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

		gesamt		vor RPB		unter RPB		p-Werte*
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Aufnahmeart	freiwillig	18528	93,8%	10694	92,6%	7834	95,4%	
	PsychKG	856	4,3%	602	5,2%	254	3,1%	
	BGB	349	1,8%	256	2,2%	93	1,1%	
	Sonstiges	29	0,1%			29	0,4%	<0,001
Wohnsituation	private Wohnung	16317	83,1%	9234	80,4%	7083	87,1%	
	betreute Wohnform	2996	15,3%	2055	17,9%	941	11,6%	
	wohnungslos	312	1,6%	203	1,8%	109	1,3%	<0,001
Lebenssituation	alleine lebend	7853	42,3%	5040	44,4%	2813	38,9%	
	mit Partner lebend	6464	34,8%	3845	33,9%	2619	36,3%	
	mit Familienangehörigen lebend	2537	13,7%	1389	12,2%	1148	15,9%	
	mit anderen Personen lebend	1715	9,2%	1072	9,4%	643	8,9%	<0,001
Berufliche Situation	berufstätig, Vollzeit	2910	17,5%	1565	14,5%	1345	22,9%	
	berufstätig, Teilzeit	613	3,7%	411	3,8%	202	3,4%	
	berufstätig, geschützt	956	5,7%	729	6,8%	227	3,9%	
	Hausfrau/-mann	864	5,2%	671	6,2%	193	3,3%	
	arbeitslos	4929	29,6%	3260	30,3%	1669	28,4%	
	in Rente	4963	29,8%	3277	30,5%	1686	28,7%	
	in Ausbildung	727	4,4%	418	3,9%	309	5,3%	
	Sonstiges	674	4,1%	427	4,0%	247	4,2%	<0,001
Suizidalität bei Aufnahme	nicht suizidal	17483	88,2%	9795	84,7%	7688	93,2%	
	suizidal	1702	8,6%	1357	11,7%	345	4,2%	
	Suizidversuch	626	3,2%	412	3,6%	214	2,6%	<0,001

*Chi-Quadrat-Test nach Pearson

Bei der Variable *Aufnahmeart* zeigte sich ein deutlicher Anstieg der freiwilligen Aufnahmen von 92,6% vor RPB- auf 95,4% nach RPB-Einführung. Die Aufnahmen nach PsychKG sind von 5,2% auf 3,1% gesunken. Diese Aufnahmeart (Unterbringung nach PsychKG) wurde detaillierter in einer separaten Dokumentation erfasst (siehe Kapitel 4.1.3.2).

Schaut man sich die Variable *Wohnsituation* an, zeigte sich, dass der Anteil der Menschen, die in einer privaten Wohnung lebten, von 80,4% auf 87,1% gestiegen ist (Abb.11).

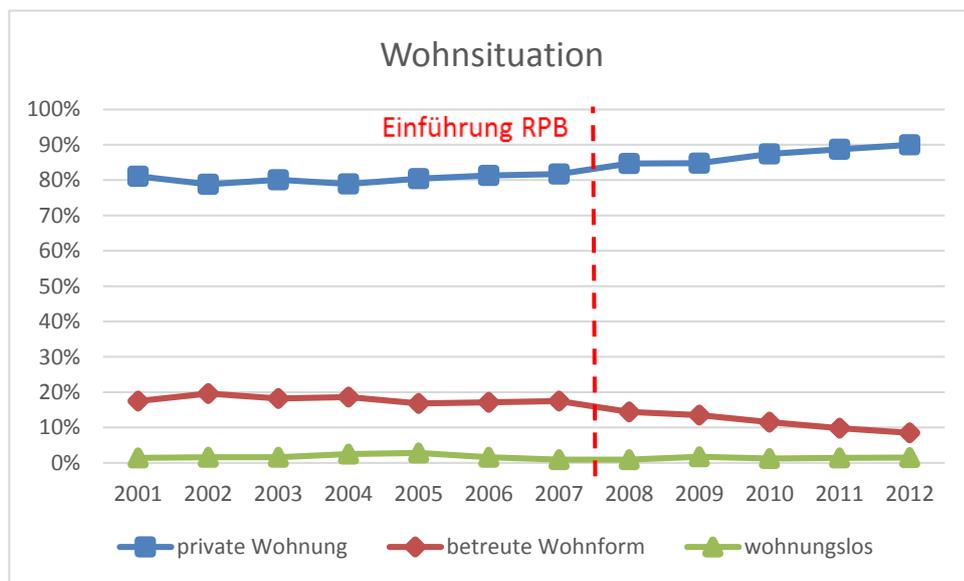


Abbildung 11: Verlauf *Wohnsituation* 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

Die Variable *Lebenssituation* zeigt, dass der Anteil der Alleinlebenden von 44,4% auf 38,9% gesunken und der Anteil der mit Familienangehörigen Zusammenlebenden um 3,7% auf 15,9% gestiegen ist.

Abbildung 12 veranschaulicht den gestiegenen Anteil der Vollzeit-Berufstätigen von 14,5% vor auf 22,9% nach RPB-Einführung. Auch ein Rückgang der Anzahl von Menschen in Arbeitslosigkeit (30,3% auf 28,3%) und in Rente (30,5% auf 28,7%) ist zu verzeichnen.

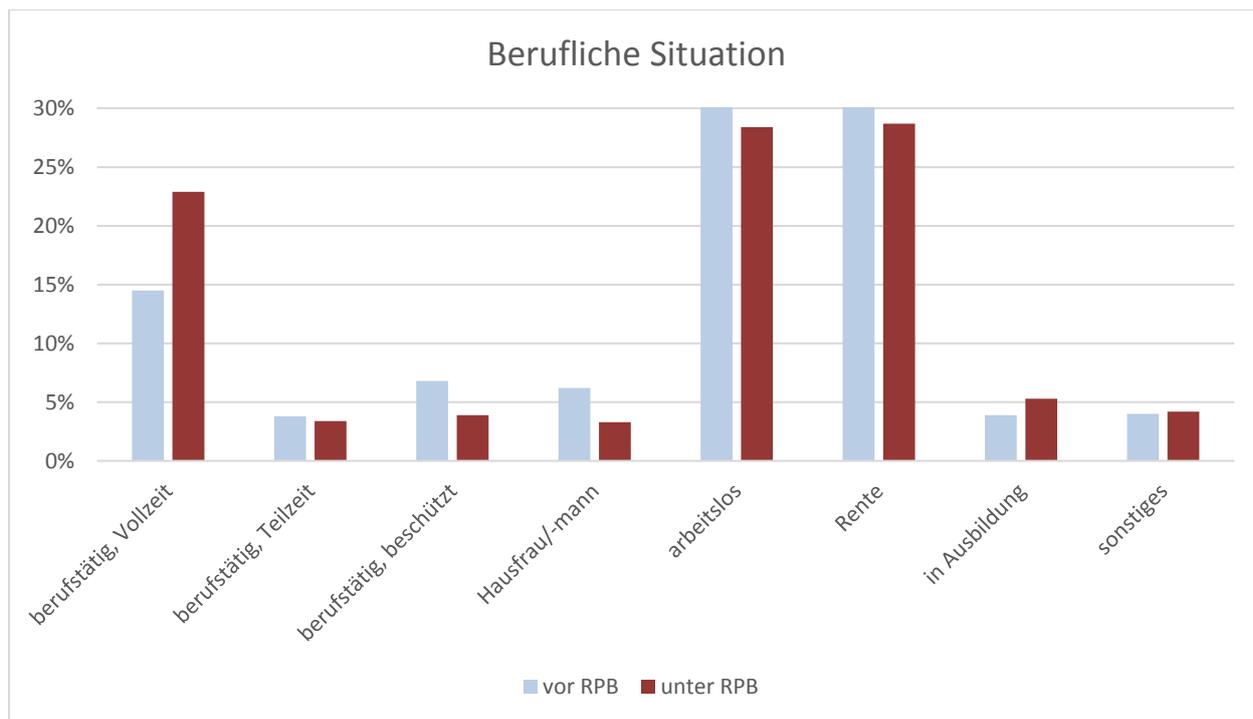


Abbildung 12: *Berufliche Situation* der Patienten in % vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

Abschließend zeigt die Ausprägung *nicht suizidal* der Variable *Suizidalität bei Aufnahme* nach der RPB-Einführung einen Anstieg von 84,7% auf 93,2%. Der Anteil der Suizidversuche bei Aufnahme ist von 3,6% auf 2,6% gesunken.

4.1.3 Klinisch-anamnestische Indikatoren bei Entlassung

In Tabelle 6 sind die Auswertungen der Entlassungsdokumentation, die mittels BADO erhoben wurden, dargestellt. Dabei werden die Ergebnisse für den gesamten Zeitraum sowie für vor und unter dem RPB gezeigt. Ein Schwerpunkt wird hier auf die Qualitätsindikatoren *Suizidalität*, *Fremdaggressivität* und *Fixierungen bei Krankenhausaufenthalt* sowie *Art der Entlassung*, *Zustand nach Entlassung* und *Entlassung wohin* gelegt. Auch hier zeigt ein Vergleich der Studienzeiträume I und II für alle Parameter statistisch signifikante Unterschiede.

Ergebnisse

Tabelle 6: Übersicht über die Auswertung der Entlassungsvariablen vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

		gesamt		vor RPB		unter RPB		p-Werte*
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Suizidalität bei Krankenhausaufenthalt	nicht suizidal	19422	99,1%	11363	99,3%	8059	98,8%	
	suizidal	176	0,9%	82	0,7%	94	1,2%	<0,001
Fremdaggressivität bei Krankenhausaufenthalt	ja	557	2,8%	455	4,0%	102	1,2%	
	nein	19118	97,2%	11051	96,0%	8067	98,8%	<0,001
Fixierung bei Krankenhausaufenthalt	ja	986	5,0%	725	6,3%	261	3,2%	
	nein	18722	95,0%	10812	93,7%	7910	96,8%	<0,001
Art der Entlassung	regulär	16362	84,0%	9231	79,8%	7131	90,2%	
	gegen ärztlichen Rat	2589	13,3%	1872	16,2%	717	9,1%	
	entwichen	472	2,4%	425	3,7%	47	0,6%	
	verstorben	49	0,3%	36	0,3%	13	0,2%	<0,001
Zustand nach Entlassung	besser	17055	86,8%	9550	82,9%	7505	92,3%	
	unverändert	2187	11,1%	1729	15,0%	458	5,6%	
	schlechter	409	2,1%	240	2,1%	169	2,1%	<0,001
Entlassung wohin	private Wohnung	13639	72,4%	8220	72,5%	5419	72,3%	
	betreute Wohnform	3459	18,4%	2527	22,3%	932	12,4%	
	Verlegung	1630	8,7%	485	4,3%	1145	15,3%	<0,001

*Chi-Quadrat-Test nach Pearson

Anknüpfend an die *Suizidalität bei Aufnahme* ist der Prozentsatz der Nichtsuizidalen bei der Variable *Suizidalität bei Krankenhausaufenthalt* allerdings nur minimal von 99,3% auf 98,8% gesunken. Die *Fremdaggressivität* ist um 2,8% auf 1,2% gesunken, die Anzahl der Fixierungen verringerte sich ebenfalls (von 6,3% auf 3,2%; siehe Kapitel 4.1.3.2).

Betrachtet man die Variable *Art der Entlassung*, zeigt sich ein deutlicher Anstieg der *regulär* entlassenen Patienten von 79,8% auf 90,2%. Dies zeigt auch Abbildung 13, in der die Variable über den Zeitraum 2001-2012 dargestellt ist. Die Entlassungen *gegen ärztlichen Rat* sind von 16,2% auf 9,1% gesunken (Abb.9).

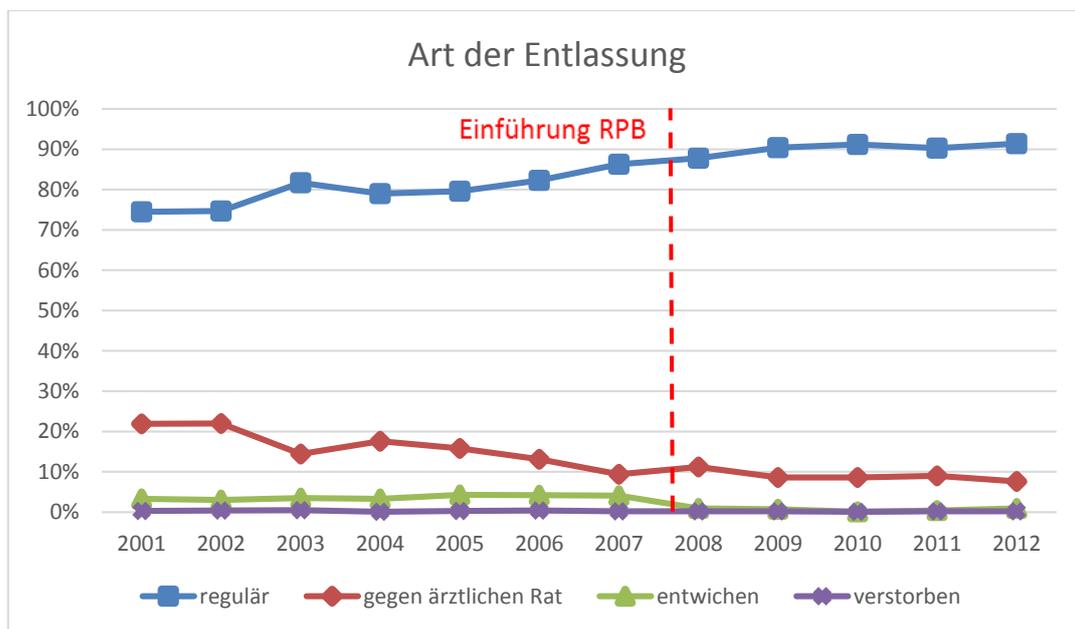


Abbildung 13: Verlauf *Art der Entlassung* 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB) in %

Einer der wichtigsten Indikatoren für die Qualität und den Erfolg der Behandlung ist die Variable *Zustand nach Entlassung*. Dabei ist der prozentuale Anteil der Variablenausprägung *besser* von 82,9% auf 92,3% gestiegen. Der Anteil der Patienten, denen es nach Entlassung *schlechter* ging, ist mit 2,1% gleichgeblieben. Mit einem *unveränderten* Zustand wurden vor dem RPB 15,0% der Patienten entlassen, nach der RPB-Einführung nur noch 5,6%. Grafisch lässt sich die stetige Zunahme der Variablenausprägung *besser* seit der RPB-Einführung und der stetige Abfall der Ausprägung *unverändert* über den Zeitraum 2001-2012 in Abbildung 14 nachvollziehen.

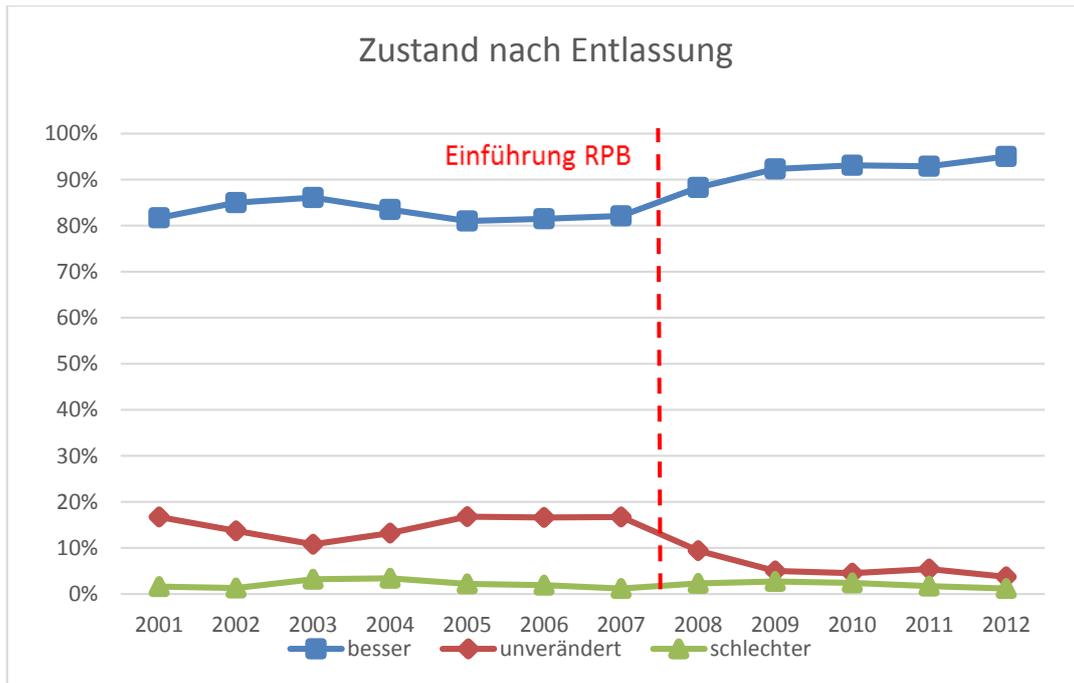


Abbildung 14: Verlauf *Zustand nach Entlassung* 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB) in %

Bei der Variable *Entlassung wohin* blieb der Prozentsatz der Menschen, die in eine *private Wohnung* entlassen wurden, ungefähr gleich (von 72,5% auf 72,3%). In eine *betreute Wohnform* wurden nach RPB-Einführung mit 12,4% der Patientenfälle etwa 10% weniger Patienten entlassen als zuvor. Mit Einführung der Tagesklinik (im Zuge der RPB-Einführung) ist der Anteil der Verlegungen von 4,3% auf 15,3% stark angestiegen, da der Übergang vom stationären Aufenthalt in die Tagesklinik als interne Verlegung dokumentiert wird.

4.1.4 Liegedauer

Eine zentrale Rolle für die Erfolgsbewertung der RPB-Einführung spielt die aus Aufnahme- und Entlassungsdatum errechnete *Liegedauer*. Hier ist zu beachten, dass nur die Liegedauer der stationären Aufenthalte in die Berechnungen mit einfließt, nicht die Aufenthaltsdauer der Tagesklinikpatienten. Für die Auswertung der Variable *Liegedauer* sind 11.578 stationäre Patientenfälle vor RPB-Einführung und 6.333 Fälle für den Zeitraum danach dokumentiert.

Tabelle 7: *Liegedauer* stationärer Patienten vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

	Mittelwert (Tage pro Jahr)	SD
vor RPB (11578 Fälle)	20,6	28,0
unter RPB (6333 Fälle)	16,0	21,2

SD - Standardabweichung

Tabelle 7 zeigt den Mittelwert der Liegedauer vor und nach der RPB-Einführung. Dieser ist von 20,6 Tagen (2002-2007) auf 16,0 Tage (2008-2012) gesunken. Schaut man sich nur die Aufenthaltsdauer der 1.856 Tagesklinikpatienten an, so haben diese Patienten einen durchschnittlichen Aufenthalt von 35,1 Tagen (SD 30,6). Im Gesamtverlauf (Abbildung 15) ist ein stetiger Rückgang der Liegedauer seit RPB-Einführung zu erkennen. 2012 wurde mit durchschnittlich 13,16 Tagen Liegedauer der bisher geringste Wert festgestellt.

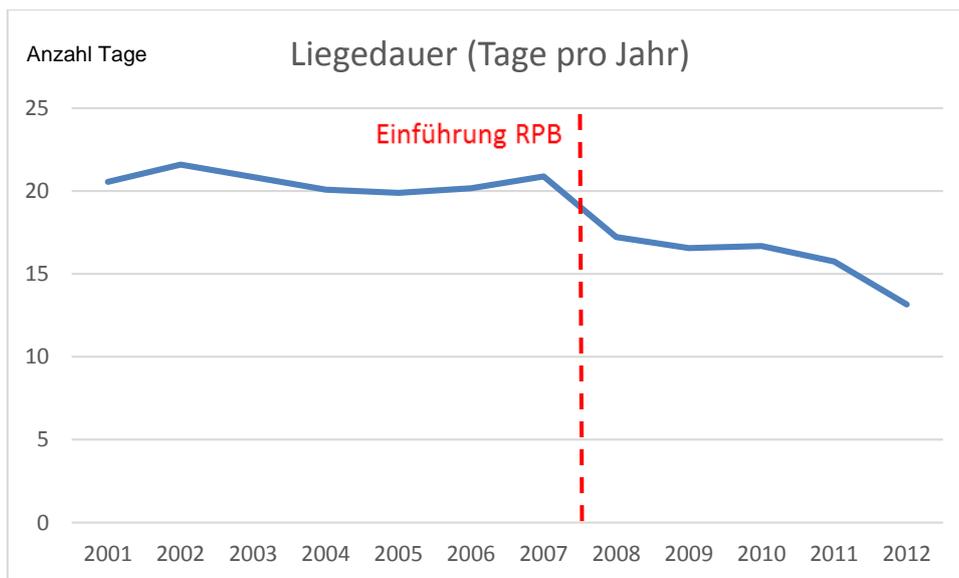


Abbildung 15: Verlauf *Liegedauer* 2001-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

4.1.5 Anzahl Fixierungen und Unterbringung nach PsychKG

Bei der Variable *Fixierungen* werden sowohl die Anzahl der fixierten Patienten pro Jahr als auch die Anzahl der Fixierungen insgesamt und die Dauer der Fixierungen (in Stunden) pro Jahr ausgewertet. Diese Daten entstammen nicht der BADO, sondern einer separat durchgeführten Dokumentation (2002-2012). In jedem der drei erhobenen Parameter sind die durchschnittlichen Werte nach der RPB-Einführung gesunken. So liegt der Jahresdurchschnitt der fixierten Patienten vor der RPB-Einführung bei 123 Patienten pro

Jahr. Diese Zahl reduzierte sich auf durchschnittlich 59,90 Patienten jährlich. Die Gesamtdauer der Fixierungen lag vor dem RPB durchschnittlich bei 5.129 Stunden pro Jahr. Diese Zahl ist unter dem RBP auf 2.654,2 Stunden jährlich gesunken (Tabelle 8). Zu diesen Werten ist anzumerken, dass es sich zwar um absolute Werte handelt, die von der jährlichen Fallzahl abhängen, da diese jedoch, wie in Abbildung 8 zu sehen ist, größtenteils konstant geblieben ist, wurde auf eine Standardisierung der Werte verzichtet.

Tabelle 8: *Fixierungen und Unterbringung nach PsychKG vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)*

Jahr	Anzahl fixierter Patienten	Fixierungen in Stunden	Anzahl Fixierungen	Unterbringungen nach PsychKG
2002	118	4372	447	158
2003	133	5756	626	169
2004	133	5627	558	185
2005	90	4810	449	176
2006	130	6174	567	166
2007	134	4035	479	145
2008	106	4548	501	132
2009	61	2752	211	119
2010	36	2168	87	99
2011	55	2293	96	79
2012	41	1510	114	76
Jahresdurchschnitt vor RBP (2002-2007)	123,00	5129,00	521,00	166,50
Jahresdurchschnitt unter RPB (2008-2012)	59,80	2654,20	201,80	101,00

In Abbildung 16 wird die Anzahl der Fixierungen über die Jahre hinweg grafisch dargestellt. Hierbei fallen die niedrigen Werte von 2010 und 2011 besonders ins Auge, die 2010 bei 87 und 2011 bei 96 Fixierungen lagen. Im Jahr 2006 ist der höchste Wert mit 626 Fixierungen dargestellt, was dem mehr als Siebenfachen des Wertes aus dem Jahr 2010 entspricht.

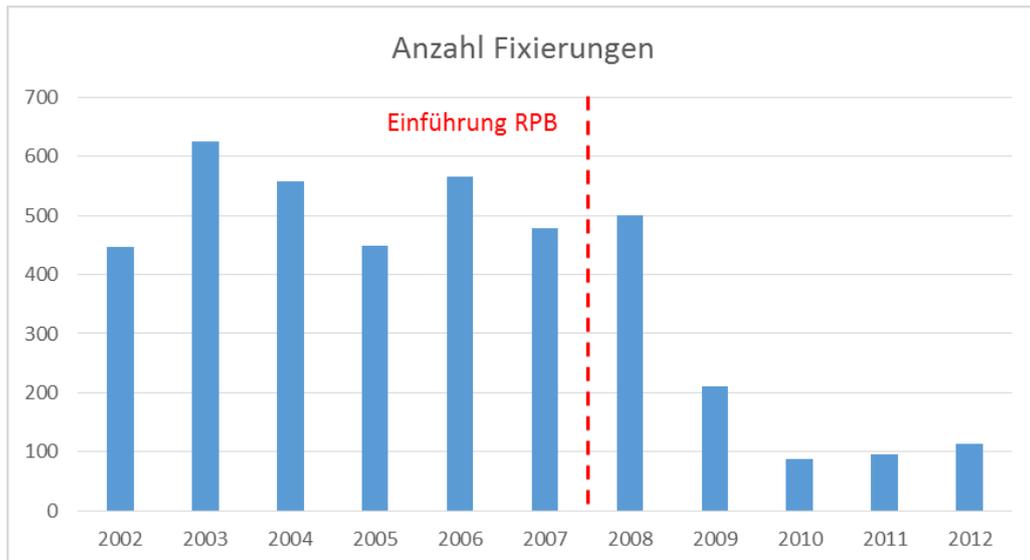


Abbildung 16: Anzahl Fixierungen 2002-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

Auch die Unterbringungen nach PsychKG wurden gesondert dokumentiert. Diese sind ebenfalls in Tabelle 8 dargestellt. Bei der Betrachtung des gesamten Zeitraums wird deutlich, dass die Zahl der Unterbringungen ab RPB-Einführung stetig gesunken ist. Dies spiegelt sich auch in den Durchschnittswerten vor und unter dem RPB wider. Waren es vor der RPB-Einführung im Durchschnitt noch 166,5 Unterbringungen pro Jahr, so ist die Zahl unter dem RPB auf 101 Unterbringungen pro Jahr gesunken. Die bisher geringste Anzahl an Unterbringungen konnte 2012 verzeichnet werden, als nur noch 76 Unterbringungen nach PsychKG veranlasst wurden. Der Verlauf über die Jahre ist zusätzlich in Abbildung 17 dargestellt. Der höchste gemessene Wert stammt mit 185 Unterbringungen aus dem Jahr 2004. Seit diesem Zeitpunkt ist ein stetiger Rückgang der Unterbringungen zu verzeichnen.

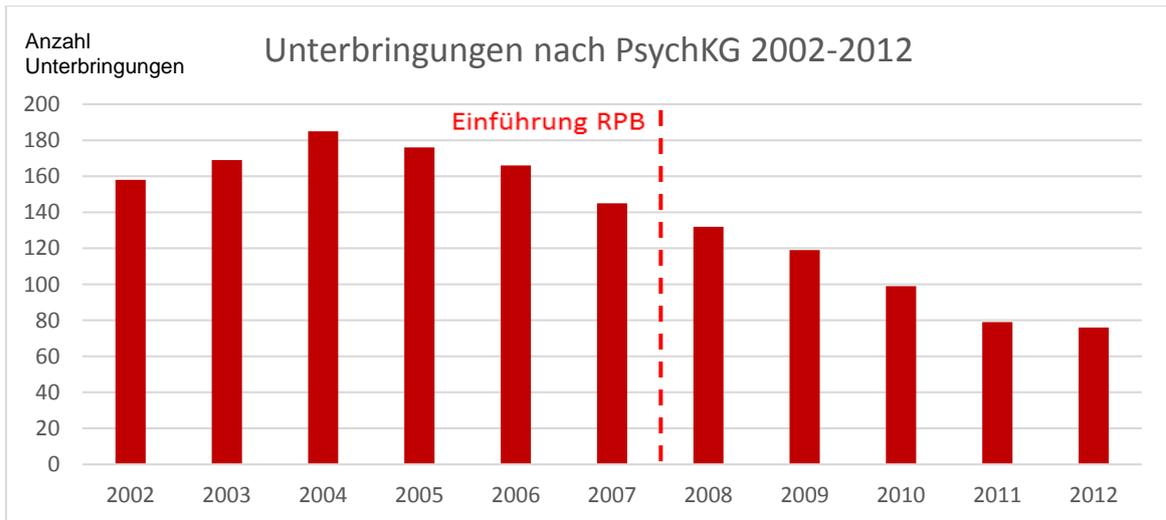


Abbildung 17: *Unterbringungen nach PsychKG 2002-2012 vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)*

4.2 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Auswertungen der mitarbeiterbezogenen Daten dargestellt. In den Jahren vor der RPB-Einführung haben keine wesentlichen Veränderungen in der Personalentwicklung stattgefunden. Auch nach der Einführung bleibt der Personalschlüssel weitestgehend konstant. Die Anzahl der Vollkräfte (VK) im Pflegedienst betrug vor der RPB-Einführung durchschnittlich 55,68 VK, unter dem RPB 55,32 VK.

Ärzte und Psychologen verzeichnen einen Vollkräftezuwachs von zusätzlich 2,39 VK (2007) auf insgesamt 24,35 VK (2012), die Ergotherapeuten von zusätzlich 1,89 VK (2007) auf insgesamt 6,3 VK (2012).

Ergebnisse

Tabelle 9: *Überstunden und Krankheitsausfall Pflegepersonal vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)*

Jahr	VK gesamt	Überstunden		Krankheitsausfall		
		pro MA & Jahr	gesamt	in Tagen	in %	in VK
2002	57,24	18,55	1062	544	3,7	2,09
2003	55,15	12,14	670	588	4,1	2,26
2004	55,04	11,51	634	552	3,4	2,12
2005	54,64	3,09	169	772	5,4	2,96
2006	55,60	10,28	572	779	5,4	2,99
2007	56,41	19,39	1094	599	4,1	2,3
2008	56,37	12,91	728	788	5,3	3,03
2009	55,45	11,36	630	777	5,4	2,98
2010	56,06	5,67	318	831	5,7	3,19
2011	54,36	6,16	335	1548	11,0	5,95
2012	54,36	4,34	236	868	6,1	3,33
Jahresdurchschnitt vor RPB (2002-2007)	55,68	12,49	700,17	639,0	4,34	2,45
Jahresdurchschnitt unter RPB (2008-2012)	55,32	8,09	449,40	962,4	6,69	3,70

VK - Vollkräfte
MA - Mitarbeiter

Tabelle 10: *Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)*

Jahr	FB / WB Tage		MA teilgenommen	
	gesamt	Jahresdurchschnitt	gesamt	Jahresdurchschnitt
Jahresdurchschnitt vor RPB (2002-2007)	190	31,7	2	0,3
Jahresdurchschnitt unter RPB (2008-2012)	776	155,2	44	8,8

MA - Mitarbeiter
FB - Fortbildung
WB - Weiterbildung

4.2.1 Anzahl der Überstunden des Pflegepersonals

Tabelle 9 zeigt die Überstundenentwicklung des Pflegepersonals der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des WKK Heide im Zeitraum 2002 bis 2012. Dargestellt werden die insgesamt geleisteten Überstunden pro Jahr sowie die Überstunden pro Mitarbeiter und Jahr. Dabei wurden die auf Mitarbeiter standardisierten Werte jeweils auf Vollkräfte umgerechnet. Im Jahr 2002 betrug die Gesamtüberstundenzahl 1.062, im Jahr 2012 betrug diese noch 236. Der niedrigste Wert wurde jedoch 2005 mit 169 Überstunden erreicht. In Abbildung 18 ist die Anzahl der Überstunden des Pflegepersonals im Gesamtdurchschnitt pro Jahr über die Jahre hinweg dargestellt. Im Jahr 2002 leistete ein Mitarbeiter des Pflegepersonals noch durchschnittlich 18,55 Überstunden pro Jahr, im Jahr 2012 hat sich diese Zahl auf durchschnittlich 4,34 Stunden pro Mitarbeiter und Jahr verringert. Durchschnittlich machte das Pflegepersonal vor der RPB-Einführung (2002-2007) insgesamt 700,12 Überstunden pro Jahr, unter dem RPB (2008-2012) sind dies noch 449,40 Stunden. Der pro Mitarbeiter standardisierte Mittelwert der Überstunden pro Jahr lag vor der RPB-Einführung bei 12,49 Stunden und danach bei 8,09 Stunden.

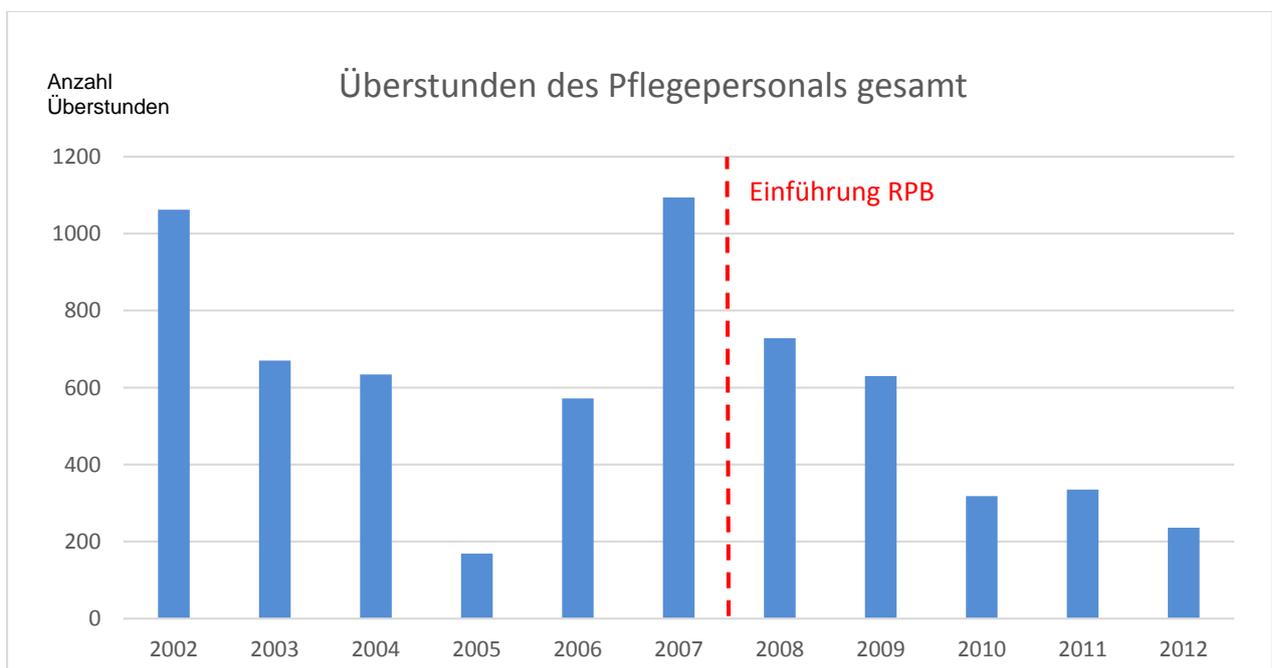


Abbildung 18: *Überstunden Pflegepersonal (gesamt; 2002-2012) vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)*

4.2.2 Krankenstand des Pflegepersonals

Tabelle 9 zeigt den Krankheitsausfall des Pflegedienstes der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des WKK Heide im Zeitraum 2002 bis 2012. Dargestellt wird der krankheitsbedingte Ausfall in Tagen pro Jahr, in Vollkräften pro Jahr und in Prozent der insgesamt vorhandenen Vollkräfte pro Jahr. Vollkräfte entsprechen dabei 2.008 Bruttoarbeitsstunden.

Bei ungefähr gleichbleibendem Personalschlüssel stieg der durchschnittliche Krankheitsausfall pro Jahr von 639 Tagen vor der RPB-Einführung auf 962,40 Tage unter dem RPB an. Begründbar ist dieser starke Anstieg laut WKK Heide vor allem durch 5 Langzeiterkrankte im Jahr 2011, was zu einem Krankheitsausfall von 1.548 Tagen in diesem Jahr geführt hat. Schließt man bei der Berechnung des Jahresdurchschnitts unter dem RPB das Jahr 2011 aus, erhält man einen Wert von 816 Tagen krankheitsbedingten Ausfalls. Der Verlauf der krankheitsbedingten Ausfälle über den Gesamtzeitraum ist in Abbildung 19 dargestellt. Dabei ist das Jahr 2011 als Ausreißer erkennbar, jedoch ist auch ohne dieses Jahr ein Anstieg zu verzeichnen.

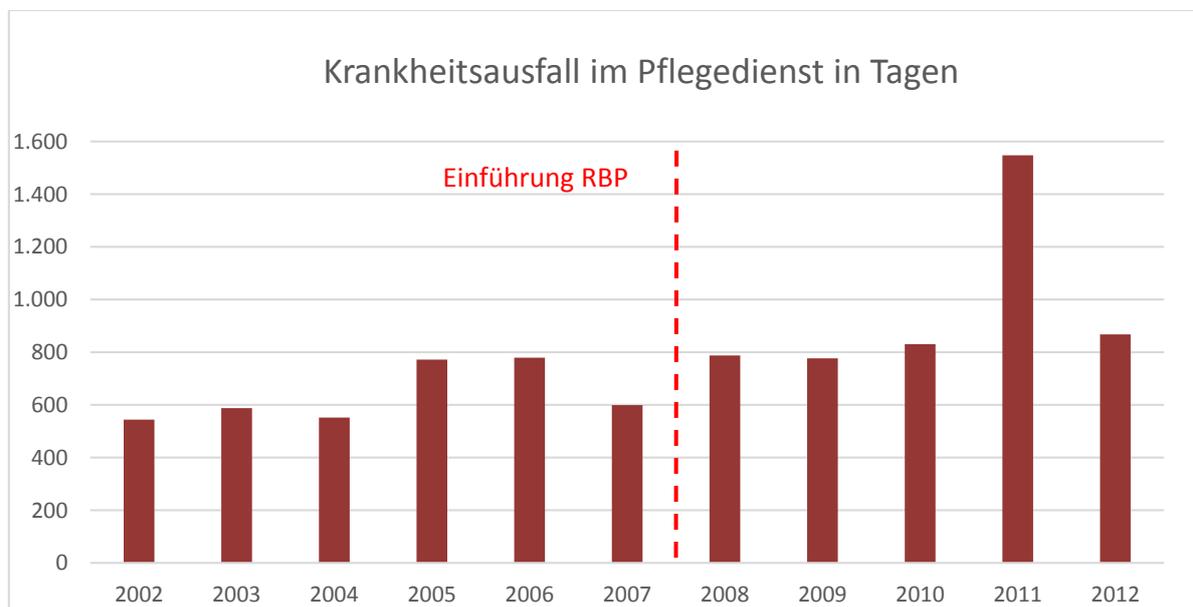


Abbildung 19: Krankheitsausfall im Pflegedienst in Tagen vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

4.2.3 Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen (gesamtes Personal)

Tabelle 10 zeigt die Anzahl in Anspruch genommener Fort- und Weiterbildungen (FB/WB) in Tagen des gesamten Personals der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des WKK Heide in den Jahren 2002 bis 2012. Dargestellt ist die Anzahl der Weiterbildungstage vor und unter dem RPB (gesamt und Jahresdurchschnitt) sowie die Anzahl der Mitarbeiter (MA), die an Fort- oder Weiterbildungen teilgenommen haben (gesamt und Jahresdurchschnitt). Vor der RPB-Einführung nahmen insgesamt zwei Mitarbeiter an derartigen Veranstaltungen teil, die insgesamt 190 Tage betrug. Unter dem RPB bildeten sich insgesamt 44 Mitarbeiter 776 Tage fort bzw. weiter. Von diesen 44 Mitarbeitern absolvierten 19 ein *Soziale-Kompetenz-Training*, acht die Ausbildung *Progressive Muskelentspannung*, sieben besuchten Fortbildungen zu *Verhaltenstherapien* und zehn Mitarbeiter machten eine *Fachweiterbildung zur Psychiatrischen Pflege*. Im Jahresdurchschnitt wurden vor der RPB-Einführung 31,7 Tage Fort- oder Weiterbildungen in Anspruch genommen, unter dem RPB stieg diese Zahl auf durchschnittlich 155,2 in Anspruch genommene Tage an, was in Abbildung 20 veranschaulicht wird. Dort ist ebenfalls der Jahresdurchschnitt der Mitarbeiter, die an Fort- und Weiterbildungen teilgenommen haben, im Vergleich vor (0,3 MA/Jahr) und unter dem RPB (8,8 A/Jahr) dargestellt.

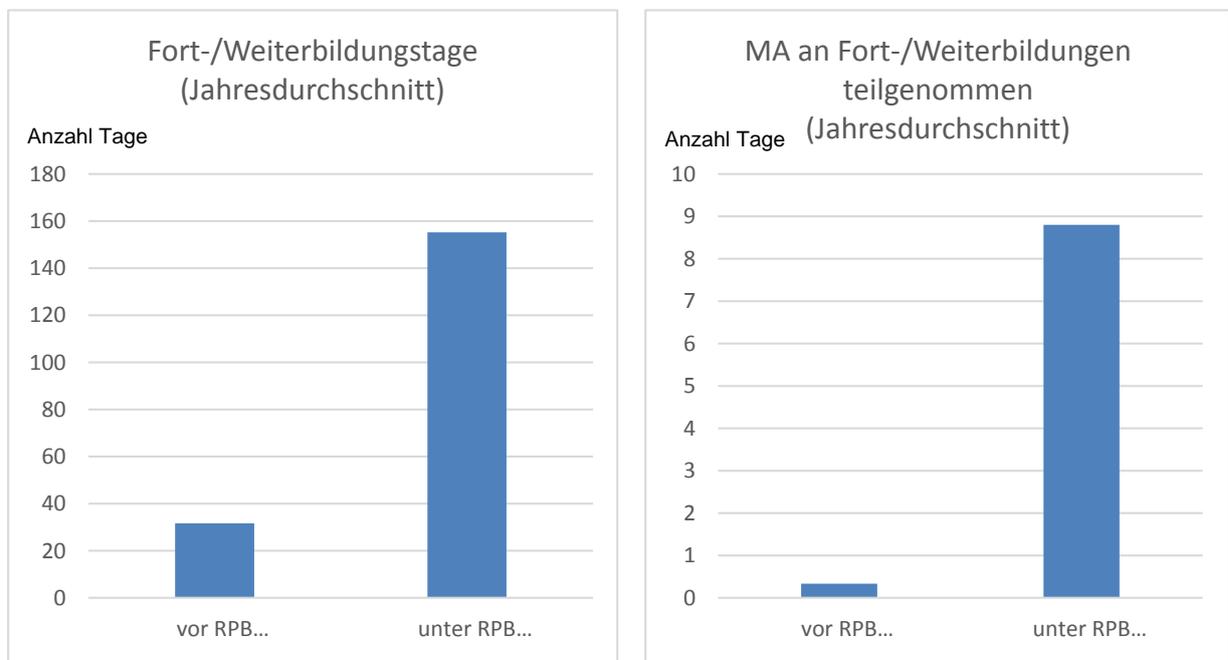


Abbildung 20: Fort-/Weiterbildungstage und Anzahl Mitarbeiter (MA) im Jahresdurchschnitt vor/unter Regionalem Psychiatrie-Budget (RPB)

5. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung in Bezug auf patientenbezogene und mitarbeiterbezogene Parameter kurz zusammengefasst, diskutiert und auf ihre Plausibilität geprüft. Zum Vergleich der erhaltenen Ergebnisse können Auswertungen aus verschiedenen Evaluationen zum RPB im Landkreis Steinburg herangezogen werden, die von der Universität Leipzig (Professur für Gesundheitsökonomie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie) durchgeführt und zwischen 2008 und 2011 veröffentlicht worden sind. Ebenfalls können Vergleiche angestellt werden zu einer Evaluation des RPB in Rendsburg-Eckernförde, durchgeführt im Jahr 2013 vom Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, dem Hamburg Center for Health Economics und dem Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig (König et al. 2013; Roick et al. 2005; Roick et al. 2008; König et al. 2010; Deister et al. 2010; Deister 2011a; König et al. 2013).

5.1 Patientenbezogene Auswertung

Um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu bekräftigen, kann zunächst festgestellt werden, dass die Datenerhebung über das gesamte Versorgungsgebiet stattgefunden hat. Es kam daher zu nahezu keiner Selektion. Außerdem wird im Rahmen dieser Arbeit eine reale Versorgungssituation abgebildet. Bei Daten, die im Rahmen einer Studie entstehen, könnte die Möglichkeit bestehen, diese für Forschungsfragen beschönigen zu wollen. Da mit Routinedaten gearbeitet wurde, gab es daher kein Studiensetting und keinen Anreiz für solch eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse.

Die Ergebnisse der Fallzahlauswertung zeigen zusammenfassend, dass 19.913 Patientenfälle im Evaluationszeitraum 01.01.2001-31.12.2012 für die Auswertung erfasst werden konnten. Dabei waren es 11.578 Fälle vor und 8.335 Fälle nach der RPB-Einführung. 1.856 der Patientenfälle nach der Einführung am 01.01.2008 waren tagesklinisch. Die Anzahl der Fälle pro Jahr blieb weitestgehend konstant. Die durchschnittliche Fallzahl über den gesamten Zeitraum beträgt 1.659 Fälle pro Jahr. Vor dem Hintergrund einer etwa gleichbleibenden Fallzahl lassen sich die unterschiedlichen Ausprägungen der betrachteten Parameter vor und nach der RPB-Einführung aussagekräftig vergleichen. Zur Validität der Ergebnisse trägt bei, dass im Zuge dieser Arbeit die Daten der gesamten im

Evaluationszeitraum 01.01.2001-31.12.2012 aufgenommenen Patientenfälle analysiert werden konnten. Die beispielhafte Analyse nur einer diagnostischen Subgruppe hätte die Interpretationsfähigkeit der Aussagen eingeschränkt. Denn für eine solche Subgruppe könnten sich beispielsweise – bei gleichbleibender Behandlungsqualität – steigende Kosten unter dem RPB ergeben. Dies wäre innerhalb eines RPB einfach kompensierbar durch Einsparung bei einer anderen Diagnosegruppe, die ein deutlich schlechteres Behandlungsergebnis erreicht. Würde diese andere Subgruppe nicht analysiert werden, würden möglicherweise falsche Rückschlüsse gezogen. Des Weiteren sind die Kosten und der Ressourcenaufwand für eine diagnostische Subgruppe aus den Gesamtkosten nicht einfach herauslösbar, da auf Stationen und in Tageskliniken viele verschiedene diagnostische Subgruppen durch dasselbe Personal gleichzeitig betreut werden.

5.1.1 Soziodemografische und klinische Basisdaten der Patientenfälle

17.886 (90,5%) der Fälle kommen aus dem Landkreis Dithmarschen. 2/3 der Patienten lebten nicht allein. Von den Patientenfällen waren 17,5% in Vollzeit beschäftigt, 29,6% sind arbeitslos und 29,8% sind in Rente. F1-Diagnosen (Abhängigkeitserkrankungen) machen als Diagnose 1 und als Diagnose 2 mit Abstand die häufigsten Diagnosen aus. Die Verteilung der Fälle auf die Diagnosegruppen blieb im Verlauf von 2001 bis 2012 überwiegend gleich. Die Diagnoseverteilung unter den tagesklinischen Patientenfällen war der Verteilung bei den stationären Fällen sehr ähnlich, sodass davon ausgegangen werden kann, dass keine Diagnosegruppe speziell in der Tagesklinik und andere auch nicht speziell stationär behandelt wurden. Für eine detaillierte Darstellung aller Auswertungsergebnisse der soziodemografischen und klinischen Basisdaten sei auf Kapitel 4.1.1 verwiesen.

Aus den Auswertungen wird deutlich, dass die Klinik neben ihrer eigenen Region vor der RPB-Einführung zu 10,2% auch angrenzende Regionen mitversorgte. Dieser Wert sank im RPB auf 8,5%. Dies deutet darauf hin, dass die RPB-Einführung zu einer besseren Regionalversorgung beitragen konnte. Vergleicht man diese Werte mit den Ergebnissen des RPB Steinburg, zeigt sich eine positivere Entwicklung. Dort blieb der Wert der mitversorgten Regionen bei 17,6% vor der RPB-Einführung und 17,8% im RPB ähnlich (Deister et al. 2010). Angaben darüber, ob ein Patient aus der eigenen Region wieder an Einrichtungen der eigenen Region entlassen wurde bzw. inwieweit Aufnahmen aus Nachbarregionen wieder zu Entlassungen in Nachbarregionen führten, lagen nicht vor. Diese könnten den idealen Ablauf einer gelungenen Regionalversorgung bestätigen.

In dieser Arbeit wurde eine deskriptive Analyse der F-Diagnosen der Jahre 2001-2012 vorgenommen. Somit lagen Ergebnisse über den Verlauf der Fallzahlen in den einzelnen Diagnosegruppen vor. Nicht betrachtet wird dagegen, wie das Patientenoutcome der einzelnen Diagnosen bzw. Diagnosegruppen ist und welche Schlussfolgerungen sich daraus ziehen ließen. Dies könnte Gegenstand zukünftiger Forschungsprojekte sein. Sowohl bei der Evaluation des RPB Steinburg als auch des RPB Rendsburg-Eckernförde wurden diese Parameter durch Begleitforschung analysiert. Laut König et al. (2013) kam es beispielsweise zu positiven Auswirkungen des RPB auf die Versorgungseffektivität bei Patienten mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises im Landkreis Steinburg. Dies traf in geringerem Ausmaß auch bei affektiven Störungen zu. Für Patienten mit alkoholbedingten Erkrankungen schien das RPB dagegen keine Vorteile zu bringen und lässt im Vergleich mit Patienten, die routineversorgt wurden, sogar eine Verschlechterung erkennen (König et al. 2010; König et al. 2013). Da Suchterkrankungen im RPB Dithmarschen die größte Diagnosegruppe darstellen, ist dieses Ergebnis nicht außer Acht zu lassen und könnte Gegenstand weiterer Forschung werden.

5.1.2 Klinisch/Anamnestische Indikatoren bei Aufnahme

Betrachtet man zusammenfassend die Auswertungsergebnisse der weiteren Aufnahme-daten, lässt sich sagen, dass sich bei allen untersuchten Faktoren eine positive Entwicklung im RPB zeigte.

Es war ein Anstieg der freiwilligen Aufnahmen nach der RPB-Einführung zu beobachten. Die Aufnahmen nach PsychKG sind hingegen gesunken. Damit scheint das Ziel erreicht zu werden, niederschwellig zu arbeiten und durch Bezugspflege Vertrauen zu gewinnen, um die Patienten nicht zu einem stationären Aufenthalt zwingen zu müssen. Ein entscheidender Einflussfaktor der Aufnahmeart im WKK Heide während des RPB wird in Kapitel 5.1.5 genauer erläutert, da parallel zur RPB-Einführung Verträge geschlossen wurden, die einen positiven Einfluss auf die Aufnahmeart hatten.

Sowohl die Zahl der Menschen, die in einer privaten Wohnung leben, als auch der Anteil der mit Familienangehörigen Zusammenlebenden sind unter dem RPB gestiegen; der Anteil der Alleinlebenden ist dagegen gesunken.

Diese Entwicklung ist gerade für psychisch kranke Menschen als erfreulich anzusehen, da für diese die Erhaltung eines „normalen“ Wohn- und Lebensumfeldes eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme an der Gesellschaft darstellt (Arbeitsgruppe Psychiatrie

der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007). Der Anteil der Vollzeit-Berufstätigen stieg um 63,3%. Auch ein Rückgang der Anzahl der Menschen in Arbeitslosigkeit (von 30,3% auf 28,3%) und derjenigen in Rente ist zu beobachten. Die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und die dadurch bessere Lebensqualität durch einerseits finanzielle Absicherung und andererseits Wertschätzung der Arbeitskraft ist für psychisch erkrankte Menschen besonders wichtig. Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die soziale Integration der Patienten seit der RPB-Einführung besser gelingt. Der Anteil der bei Aufnahme als *nicht suizidal* eingestuften Personen verzeichnete einen Anstieg von 84,7% auf 93,2%, und der Anteil der Suizidversuche ist gesunken. Dies deutet darauf hin, dass durch die Steigerung der Lebensqualität und eine bessere Wiedereingliederung besonders schwere Krisen in vielen Fällen verhindert werden können.

Positive Entwicklungen der genannten Aufnahmeparameter lassen insofern Rückschlüsse auf die Einführung des RPB zu, als es sich bei den aufgenommenen Fällen in großer Zahl um Wiederaufnahmen handeln wird, wie es bei psychiatrischen Krankheitsverläufen typisch ist, d.h. auch neu aufgenommene Fälle konnten bereits von potentiell positiven Auswirkungen der RPB-Einführung profitieren.

5.1.3 Klinisch-anamnestische Indikatoren bei Entlassung

Auch die ausgewerteten Daten der Dokumentation bei Entlassung zeigten überwiegend positive Entwicklungen. Anknüpfend an die *Suizidalität bei Aufnahme* ist der Prozentsatz der Nichtsuizidalen bei der Variable *Suizidalität bei Krankenhausaufenthalt* gesunken, wenn auch nur leicht von 99,3% auf 98,8%. Offenbar hat das RPB bei Patienten mit besonderer Krankheitsschwere hier keinen Einfluss. Die *Fremdaggressivität* dagegen ist jedoch deutlich gesunken, ebenso die Anzahl der Fixierungen. Schaut man sich die Variable *Art der Entlassung* an, zeigt sich ein Anstieg des Anteils der *regulär* entlassenen Patienten von 79,8% auf 90,2%. Die Entlassungen *gegen ärztlichen Rat* sind dagegen um fast die Hälfte gesunken. Auch diese Werte sprechen für eine gestiegene Akzeptanz der Behandlung und für die Zufriedenheit mit den dortigen Behandlungsbedingungen.

Die Variable *Entlassung wohin* zeigt, dass der Prozentsatz der Menschen, die in eine *private Wohnung* entlassen wurden, ungefähr gleich blieb. In eine betreute Wohnform wurden nach der RPB-Einführung weniger Patienten entlassen als zuvor. Der Anteil der Verlegungen ist mit der RPB-Einführung von 4,3% auf 15,3% stark angestiegen. Dies ist auf die Einführung der Tagesklinik zurückzuführen, da jeder Wechsel zwischen stationärem Aufenthalt und tagesklinischer Behandlung als Verlegung dokumentiert wird.

Der Anteil der Patientenfälle, die bei *Zustand nach Entlassung* als *besser* bewertet wurden ist von 82,9% auf 92,3% gestiegen. Der Anteil der Fälle, denen es nach Entlassung *schlechter* ging, ist gleich geblieben. Mit einem *unveränderten* Zustand wurden vor dem RPB 15,0% der Patienten entlassen, nach der RPB-Einführung waren es nur noch 5,6%. Dieser bedeutende Indikator für das Patientenoutcome ist als zentrale Zielgröße zu betrachten und die aufgezeigte sehr positive Entwicklung dieses Parameters dokumentiert den positiven Einfluss, den die Einführung eines RPB haben kann. Zurückführen lässt sich diese Entwicklung beispielsweise auf das Bezugspflegekonzept, die Flexibilität der Aufnahmesituation, den milieutherapeutischen Ansatz, die Gewaltfreiheit sowie die neuen Therapieangebote und Projekte.

5.1.4 Gesundheitsökonomische Auswertung: Liegedauer

Betrachtet man den einzigen hier vorliegenden gesundheitsökonomischen Parameter, die stationäre *Liegedauer*, zeigt sich, dass diese von im Durchschnitt 20,6 Tagen im Jahr (2002-2007) auf 16,0 Tage (2008-2012) gesunken ist. Schaut man sich nur die Aufenthaltsdauer der 1.856 Patienten in der 2008 zur RPB-Einführung geschaffenen Tagesklinik an, so haben diese Patienten einen durchschnittlichen Aufenthalt von 35,1 Tagen. Im Laufe der Jahre ist dann ein stetiger Rückgang der stationären Liegedauer seit der RPB-Einführung zu erkennen. Dieser Rückgang beträgt im Vergleich der Jahre 2007 (letztes Jahr vor der RPB-Einführung) und 2012 (aktuellste vorliegende Daten und geringster bisher gemessener Wert) 37,0% (von durchschnittlich 20,9 auf 13,2 Tage). Dies zeigt deutlich, dass das Ziel der schrittweisen Ambulantisierung, gemäß dem Leitsatz „So viel stationär wie nötig, so wenig wie möglich“ (vgl. Petersen und Hejnal 2010) erreicht wurde und weiterhin kontinuierlich fortgeführt wird.

Die gesunkene durchschnittliche Liegedauer pro Patientenfall bei konstanter jährlicher Fallzahl zeigt, dass die geringere Liegedauer nicht auf den sogenannten „Drehtüreffekt“ zurückzuführen ist. Dies bedeutet, dass Patienten nicht kumuliert über mehrere Aufenthalte hinweg ebenso lang behandelt wurden wie vor der RPB-Einführung (nur auf mehrere Aufenthalte und somit Fälle verteilt), sondern es tatsächlich zu einer Reduktion der absoluten Behandlungszeit pro Patient gekommen ist. Im Falle des „Drehtüreffekts“ wäre die Liegedauer zwar ebenfalls gesunken, aber die Fallzahl wäre gleichzeitig gestiegen. Gesundheitsökonomisch gesehen ist es von großer Bedeutung, dass stationäre Behandlungen eine möglichst optimale Dauer aufweisen. Eine Reduktion der kostenintensiven

vollstationären Behandlung führt kurzfristig zwar zu Kosteneinsparungen, sind die Liegedauern jedoch zu kurz, bewirken sie eine Zunahme der krankheitsbedingten Beschwerden, was erneute stationäre Aufnahmen und somit höhere Folgekosten verursachen kann. Ist die Liegedauer hingegen zu lang, führen die entstandenen Mehrkosten (im Vergleich zur optimalen Liegedauer) nicht zu entsprechenden Steigerungen des Patientenoutcomes. Ein direkter Steuerungsanreiz, um diese optimale Liegedauer zu erreichen, wird im RPB dadurch gesetzt, dass die Zahl der behandelten Patienten festgeschrieben ist und die Leistungserbringer selbstständig für eine optimale Ausnutzung der zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel verantwortlich sind. Dabei erhöhen sich die Gelder nicht, wenn ein Patient mehrmals aufgenommen wird, sondern Nachverhandlungen können erst dann geführt werden, wenn die Anzahl der behandelten individuellen Patienten eine bestimmte Grenze (6%) überschreitet (Deister et al. 2010).

Die im Zuge der RPB-Einführung festgesetzte Absicht, keine „anderen Patienten“, sondern wie nach dem Beispiel in Itzehoe „Patienten anders“ zu behandeln, soll noch einmal verdeutlicht werden (Deister et al. 2010). Es handelt sich bei den ambulant versorgten Menschen nicht um Patienten, die vorher außerhalb des klinischen Settings behandelt wurden. Es handelt sich dabei überwiegend um Patienten, die vorher vollstationär versorgt wurden. Diese Entwicklung trägt stark zur Reduktion der durchschnittlichen stationären Liegedauer bei.

Vergleicht man die vorliegenden Werte des RPB Dithmarschen mit der Evaluation des RPB Steinburg, zeigt sich, dass auch dort die Liegedauer mit der RPB-Einführung stark gesenkt werden konnte. Ein Vergleich der ersten fünf Jahre unter dem RPB zeigt für den Kreis Steinburg einen Rückgang der Liegedauer um 27,8%, von 25,2 Tagen im Jahr 2002 auf 18,2 Tage in 2007 (Deister 2011a). Im späteren Verlauf fiel dieser Wert stetig weiter. Der zuletzt ermittelte Wert für das RPB Steinburg aus dem Jahr 2012 zeigt eine durchschnittliche Liegedauer von 14,6 Tagen, was einer Reduktion um 42,1% im Zehnjahresvergleich entspricht (Deister 2013) (Abbildung 21).

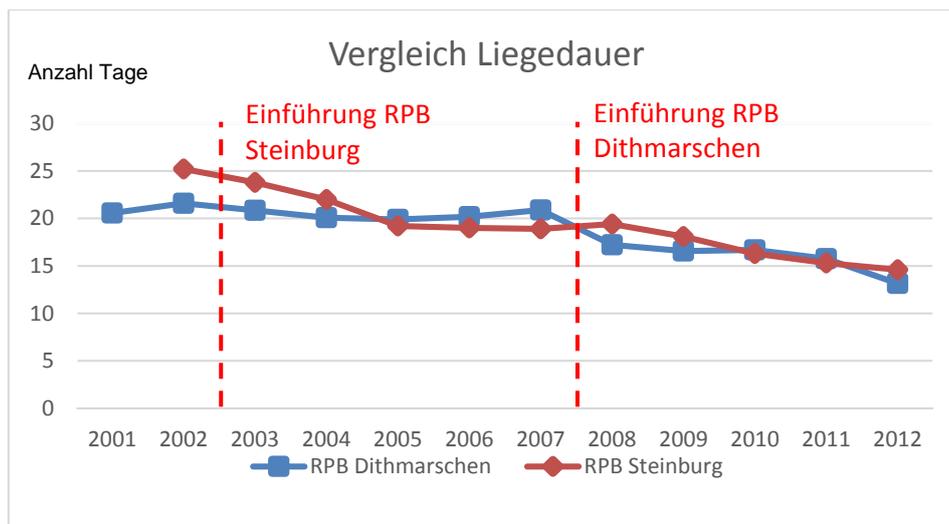


Abbildung 21: Vergleich *Liegedauer* Regionales Psychiatrie-Psychiatrie (RPB) Steinburg & Dithmarschen (Quelle: eigene Darstellung, Werte aus Deister (2013))

Da die Reduktion der Liegedauer im RPB Dithmarschen in den ersten fünf Jahren bereits stärker ausfiel als im RPB Steinburg (37,0% vs. 27,8%) und das RPB Steinburg in den darauffolgenden fünf Jahren die Liegedauer weiter stark reduzieren konnte, ist zu vermuten, dass sich auch im RPB Dithmarschen eine weiter sinkende durchschnittliche Liegedauer zeigen wird. Einschränkend muss gesagt werden, dass im WKK Heide bereits von einer abnehmenden durchschnittlichen Liegedauer vor der RPB-Einführung ausgegangen wurde (20,9 vs. 25,2 Tage) und der absolute Wert 2012 bereits unter dem des RPB Steinburg lag (13,2 vs. 14,6 Tage). Vor dem Hintergrund der bereits erörterten „optimalen Liegedauer“ ist zu erwarten, dass es ab einem bestimmten Zeitpunkt zu einem Stillstand der Liegedauerreduktion und einem Einpendeln auf einen bestimmten Wert kommt. Wann dieser Zeitpunkt erreicht sein wird und wie weit die durchschnittliche Liegedauer noch reduziert werden kann, ohne Einbußen bei den Patientenoutcomes in Kauf nehmen zu müssen, kann anhand der vorliegenden Daten nicht prognostiziert werden.

5.1.5 Fixierungen und Unterbringung

Der Jahresdurchschnitt der fixierten Patienten vor der RPB-Einführung lag bei 123 Patienten und sank anschließend um etwa die Hälfte auf 60 Patienten. Die Gesamtdauer aller Fixierungen lag vor dem RPB durchschnittlich bei 5.129 Stunden pro Jahr. Diese Zahl reduzierte sich unter dem RPB. Die Anzahl der Unterbringungen nach PsychKG sind ebenfalls stetig gesunken. Für eine detaillierte Darstellung aller Ergebnisse sei auf Kapitel 4.1.5 verwiesen. Beide Entwicklungen deuten auf ein besseres Patientenoutcome hin,

das Unterbringungen nach PsychKG und Fixierungen seltener notwendig macht. Die im RPB eingeführten „weichen Zimmer“ und verstärkte Bezugspflege dienen explizit dem Ziel, diese Werte so niedrig wie möglich zu halten.

Einschränkend muss gesagt werden, dass es für die Entwicklung der *Unterbringung nach PsychKG* einen weiteren – von der RPB-Einführung unabhängigen – Einflussfaktor gab, der im Folgenden näher dargestellt werden soll. Die Kooperation des WKK Heide mit dem Landkreis in der Betreuung psychisch Kranker wurde sukzessive über mehrere Jahre ausgeweitet und vertieft. Ein erster Vertrag über die fachärztliche Begutachtung bei Unterbringung nach PsychKG trat zum 01.01.2011 in Kraft. Als der Landkreis im Sozialpsychiatrischen Dienst keinen Facharzt mehr einstellen konnte, übernahm die Psychiatrische Klinik des WKK die amtsärztlichen Aufgaben bei Unterbringung nach PsychKG und für die Begutachtung nach SGB XII (Sozialgesetzbuch), welches die Vorschriften für die Sozialhilfe in Deutschland enthält. Während der normalen Dienstzeiten erfolgte die Tätigkeit durch die Klinik, in der Nacht und an Wochenenden übernahmen sieben Fachärzte des WKK die Tätigkeit auf privatrechtlicher Basis. Der mögliche Effekt einer Senkung der Schwelle zur Einweisung in stationäre Behandlung konnte bei dieser Kompetenzkonstellation nicht auftreten, da für den Landkreis das Regionale Psychiatrie-Budget besteht, stationäre Aufnahmen also nicht gesondert vergütet werden. Vergleichbare Kooperationen in der Begutachtung mit Kliniken, die nach pauschalitem Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP) vergütet werden, würden eventuell zu einem Anstieg der stationären Aufnahmen führen, wenn die Abtrennung der Entscheidungshoheit von der Klinik zum Sozialpsychiatrischen Dienst nicht mehr gegeben ist.

Das genannte neu etablierte Modell zur Unterbringung nach PsychKG und die neue Rolle des WKK Heide in diesem Modell könnten dazu geführt haben, dass die Schwelle für Zwangseinweisungen höher liegt als zuvor, da die Fachärzte des WKK ihre Patientenklintel, die sie nun gegebenenfalls einweisen müssten, teilweise bereits durch vorangegangene Behandlungen kennen und sie dadurch eher zu einem freiwilligen Aufenthalt überreden könnten. Sofern sich diese neue Rolle des WKK Heide tatsächlich in der hier beschriebenen Art auf die Unterbringung nach PsychKG ausgewirkt haben sollte, würde dies einerseits ein Artefakt für die vorliegende Auswertung darstellen, andererseits wäre dies eine positive Entwicklung. Da das neue Modell zur Unterbringung nach PsychKG erst zum 01.01.2011 in Kraft trat, lassen sich die Werte zur Unterbringung für die Jahre 2008-2010 unabhängig von solchen Beeinflussungen betrachten. Für diesen Zeitraum

nach der RPB-Einführung zeigte sich bereits ein starker Rückgang der *Unterbringung nach PsychKG* auf 99 Unterbringungen in 2010. Dies entsprach zu diesem Zeitpunkt bereits einem Rückgang von über 40% gegenüber der Zeit vor dem RPB, der in den folgenden zwei Jahren fortgeführt werden konnte (Gestellungsvertrag 2010).

5.2 Mitarbeiterbezogene Auswertung

Laut Petersen und Hejnal (2010) war anfangs ein großer Teil des Pflegepersonals durch das Vorhaben, am WKK Heide ein Regionalbudget einzuführen, verunsichert. Viele Mitarbeiter bezweifelten, dass durch eine Reduktion der vollstationären Behandlungstage und den Ausbau der ambulanten Therapien eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden könnte. Hinzu kam, dass durch die Reduktion der Anzahl der Akutstationen von vier auf zwei bei vielen Mitarbeitern Angst vor Personalabbau entstand. Zudem wurden Zeitmangel und erhöhter Leistungsdruck befürchtet. Es wurden Bedenken geäußert, ob man der neuen Anforderung, als Pflegekraft auch kotherapeutisch tätig sein zu müssen, gewachsen sei. Einige sahen darin auch die Gefahr der Spaltung des Teams und einer Herabwürdigung ihrer bisher geleisteten Arbeit. Trotz dieser Bedenken konnte die Reduktion der vollstationären Bettenzahl laut Haase und Hejnal (2010) zu einer entspannteren Arbeitsatmosphäre beitragen. Die Behandlungsqualität sei durch die Bezugspflege verbessert worden und durch das Gewähren größerer Handlungsspielräume in der Behandlung, könne die Arbeit am Patienten viel zielgerichteter stattfinden.

Die Auswertung der mitarbeiterbezogenen Daten unterstützt die These, dass es trotz der anfänglich offenbar vorhandenen Skepsis und Verunsicherung zu keinerlei negativen Auswirkungen der RPB-Einführung gekommen ist. Sowohl Überstunden als auch die Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen entwickelten sich positiv und es kam offenbar weder zu einer Belastungszunahme noch zur Arbeitsverdichtung unter dem RPB.

5.2.1 Überstunden des Pflegepersonals

Pro Pflegedienstmitarbeiter und Jahr wurden vor der RPB-Einführung durchschnittlich 12,5 Überstunden geleistet. Im Zeitraum seit der RPB-Einführung liegt dieser Wert bei durchschnittlich 8,1 Stunden im Jahr. 2002 leistete ein Mitarbeiter des Pflegepersonals noch durchschnittlich 18,6 Überstunden pro Jahr, im Jahr 2012 hat sich diese Zahl auf durchschnittlich 4,3 Stunden pro Jahr verringert. Insgesamt fielen also bei nahezu gleichbleibendem Personalschlüssel weniger Überstunden an, was für die Zufriedenheit und

Entlastung des Personals spricht und außerdem einen Hinweis darauf gibt, dass es durch die RPB-Einführung zu keinem Mehraufwand für das Pflegepersonal kam. Da nur die Dokumentation der Überstunden des Pflegepersonals vorliegt, können über das restliche Personal der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik keine Angaben in Bezug auf geleistete Überstunden gemacht werden.

5.2.2 Krankenstand des Pflegepersonals

Bei ungefähr gleichbleibendem Personalschlüssel ist der jährliche Krankheitsausfall des Pflegepersonals im Durchschnitt gestiegen. Begründbar ist dieser (starke) Anstieg laut WKK Heide vor allem durch fünf Langzeiterkrankte im Jahr 2011, die allein einen Krankheitsausfall von 1.548 Tagen in diesem Jahr verursachten. Schließt man bei der Berechnung des Jahresdurchschnitts unter dem RPB das Jahr 2011 aus, ergeben sich 816 Tage krankheitsbedingten Ausfalls. Dabei ist das Jahr 2011 als Ausreißer erkennbar, jedoch ist auch ohne dieses Jahr ein Anstieg zu verzeichnen. Abgesehen vom genannten Ausnahmejahr 2011, kann ein in etwa gleichbleibender Krankenstand ein Indikator dafür sein, dass es trotz Umstrukturierungen und einem erweiterten Aufgabenspektrum nicht zu einer Mehrbelastung des Pflegepersonals gekommen ist. Hinzuzufügen ist hierbei außerdem, dass das Durchschnittsalter des Personals insgesamt gestiegen ist, weil das Team seit ca. 15 Jahren stabil ist und seitdem praktisch keine personellen Veränderungen mehr stattgefunden haben (Chefarzt Dr. Birker, persönliche Mitteilung).

5.2.3 Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen

Die vorliegenden Daten zu durchgeführten Fort- und Weiterbildungen beziehen sich auf das gesamte Personal des WKK Heide. Dabei nehmen die Fort- und Weiterbildungen des Pflegepersonals im Bereich der Kotherapie einen großen Teil der Weiterbildungen insgesamt ein. Auch hier lässt sich eine positive Entwicklung feststellen. Die Zahl der Mitarbeiter, die vor der RPB-Einführung insgesamt an derartigen Veranstaltungen teilnahmen, war sehr gering (zwei Personen, 190 Tage). Unter dem RPB bildeten sich insgesamt deutlich mehr Mitarbeiter (44 Personen) fort bzw. weiter und dies auch insgesamt länger (776 Tage). So stieg auch der durchschnittliche Wert auf 155 in Anspruch genommene Fort- bzw. Weiterbildungstage pro Jahr an. Dabei gibt die bereits aufgezeigte positive Entwicklung der Überstunden einen Hinweis darauf, dass die operativen Tätigkeiten des Pflegepersonals offenbar nicht unter diesen Weiterbildungen gelitten haben.

5.3 Limitationen

Hinsichtlich der Zuverlässigkeit sowie der Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit bestehen eine Reihe von Einschränkungen.

5.3.1 Studiendesign

Für die Evaluation des RPB wurde das Design eines prä-post-Vergleichs gewählt. Dieser hat gegenüber einer prospektiven Beobachtungsstudie den Nachteil, dass mögliche Einflussfaktoren nicht dokumentiert oder kontrolliert werden konnten. Mögliche Einflussfaktoren durch Veränderungen der Dokumentationsmethode, der Versorgungsstruktur oder der beteiligten Personen im Versorgungsmodell mussten im Rahmen dieser Evaluation im Nachhinein versucht werden zu identifizieren und in ihrer Einflussstärke auf die Ergebnisse eingeschätzt werden. Zudem ist denkbar, dass die Veränderung der als Zielgrößen für die Qualität der Versorgung gewählten Indikatoren nicht auf die Veränderung der Versorgungsstruktur zurückzuführen ist, sondern auf allgemeine langfristige Veränderungen der wirtschaftlichen Lage, soziologischer Parameter oder z.B. durch Migration.

Mit der Einführung des RPB in Dithmarschen wurde keine Kontrollregion für eine prospektive kontrollierte Studie festgelegt, wie es bei Einführung des RPB Steinburg der Fall gewesen war. In der kontrollierten Studie im Landkreis Steinburg war der Landkreis Dithmarschen die Kontrollregion gewesen. Dithmarschen war aber an einer zügigen Implementierung des RPB interessiert, in der eine prospektive Studie nicht vorgesehen war. Verglichen werden konnten daher nur die Werte vor und nach der Einführung des RPB in Dithmarschen. Erweitert werden konnte der Vergleich zwar teilweise um Daten der bereits evaluierten RPB in Steinburg und Rendsburg-Eckernförde, aber ein soziodemografischer Wandel oder andere bisher unbekannte Einflussfaktoren (wie zum Beispiel Umstrukturierungen im Landkreis oder in der Region Schleswig-Holstein, ein Wandel der sozialen Situation oder Migration) bleiben somit unentdeckt. Es kann daher nicht eindeutig festgestellt werden, ob die beschriebenen Veränderungen allein auf die RPB-Einführung, auf soziodemografische Veränderungen oder teilweise auch auf die allgemeine Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zurückzuführen sind (Roick et al. 2005).

5.3.2 Limitation der Verwendung von Routinedaten (Sekundärdatenanalyse)

Allgemein bieten Routineleistungsdaten für die Versorgungsforschung eine Vielzahl von Vorteilen. Da sie jederzeit zur Verfügung stehen, sind sie schnell verfügbar und kostengünstig. Generiert werden sie zur Leistungserbringung bzw. Kostenerstattung und sind daher häufig aktueller als andere routinemäßig verfügbare Daten. Als weitere positive Eigenschaften sind die Vollständigkeit, die geringere Selektion in Bezug auf ein Drop-out oder einer Verweigerung im Vergleich zu Primärdaten aus eigens geplanten Forschungsprojekten und der eindeutige Bevölkerungsbezug zu nennen. Durch die standardisierte Erfassung kommt es zu weniger Verzerrungen, und das Versorgungsgeschehen wird nahezu ohne Selektionsbias dargestellt. Zudem entsteht kein Erinnerungs- und Interviewbias. Aus den genannten Gründen haben sich Routinedaten als sinnvoll und nützlich erwiesen (Swart und Ihle 2010). Wichtig ist dennoch, dass bei der Nutzung von Routinedaten mögliche Einflussfaktoren auf die Dokumentation exploriert werden und gute Kenntnis über die Art der Dokumentation und Datengenerierung besteht.

Natürlich gibt es bei der Nutzung von Routinedaten wie bei jeder Datenquelle und Methode auch Grenzen, deren Auswirkungen individuell geprüft werden müssen. Hierbei sind die Validität und die Vollständigkeit der Erhebung bzw. der Dokumentation zu prüfen (Schubert et al. 2008).

Die vorliegende Arbeit beruht auf Routinedaten, die innerhalb der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des WKK Heide erhoben wurden. Die Arbeit mit Routinedaten ermöglicht es, ein umfangreiches Bild der Versorgung darstellen zu können, das weniger durch subjektive Einschätzungen oder durch wunschgemäßes Antwortverhalten verzerrt wird. Da die Daten jedoch in diesem Fall zu ökonomischen Zwecken und nicht zur Beantwortung der Fragestellung erfasst wurden, kann die Qualität beispielsweise in Bezug auf Vollständigkeit einzelner Items teilweise reduziert sein. Gleichzeitig ist dabei jedoch die Analyse auf die vorhandenen Daten beschränkt. So wurden keine zusätzlichen Daten zur Effektivität der psychiatrischen Versorgung oder zur subjektiven Lebensqualität der Patienten erhoben. In zukünftigen Studien könnten weitere Messinstrumente, die beispielsweise das Patientenoutcome oder die Behandlungsqualität in speziellen Diagnosegruppen evaluieren, eingesetzt werden (Deister et al. 2004).

Aufgrund von Datenschutzrichtlinien für die Erhebung von Routinedaten stützte sich die vorliegende Arbeit auf Daten zu Patientenfällen, ohne dabei individuelle Patienten identifizieren zu können. Dies bedeutet, dass keine konkreten Analysen zu Wiederaufnahmen

oder der absoluten Zahl von stationären oder teilstationären Aufnahmen pro Patient möglich sind. Vor dem Hintergrund der konstant gebliebenen absoluten Fallzahl nach der RPB-Einführung kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die durchschnittliche Zahl an Aufnahmen (Fällen) pro Patient konstant geblieben ist.

In die Analyse der vorliegenden Daten gingen sowohl vollstationär als auch tagesklinisch behandelte Patientenfälle ein. Die tagesklinische Behandlung wurde dabei erst mit der RPB-Einführung 2008 etabliert, d.h. es fehlen Vergleichswerte aus der Zeit vor dem RPB. Soweit möglich, wurde darauf geachtet, dass bei Variablen, deren Ausprägungen direkt von der Art des Aufenthalts abhängen, die tagesklinischen Fälle für den Vergleich der Zeiträume von vor und nach der RPB-Einführung herausgelassen wurden. So wurden die tagesklinisch behandelten Fälle für die Berechnung der Liegedauer ausgeschlossen, damit die Liegedauern der stationären Fälle verglichen werden konnten. Die Behandlungsdauer in der Tagesklinik war mit durchschnittlich 35,1 Tagen etwa doppelt so lang wie ein stationärer Aufenthalt nach der RPB-Einführung. In den restlichen Analysen wurden die Tagesklinikfälle hingegen berücksichtigt, da hier nicht von einem Einfluss der Aufenthaltsart auf die Variablenausprägungen ausgegangen wird.

Dagegen kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Einführung der Tagesklinik einen Einfluss auf die soziodemografischen Parameter hat. Patienten der Tagesklinik werden zumeist von einer stationären Behandlung dorthin verlegt. Dort werden sie formal erneut aufgenommen, weshalb diese Fälle doppelt in die soziodemografischen Statistiken einfließen.

Dadurch, dass die absolute Fallzahl (inkl. tagesklinischer Fälle) vor und unter dem RPB konstant geblieben ist, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die doppelten Aufnahmen durch die tagesklinische Behandlung nicht zusätzliche Fälle erzeugten, sondern vielmehr mehrfache stationäre Aufnahmen vor der RPB-Einführung ersetzen. Zugleich werden tagesklinische Patienten auch nicht ausschließlich von einer vorher erfolgten stationären Behandlung verlegt, sondern die Tagesklinik soll vor allem als Ersatz für eine stationäre Behandlung dienen. Inwieweit die tagesklinischen Patienten vorher stationär behandelt wurden bzw. ob es sich um komplett neu aufgenommene Fälle handelt, kann aufgrund der bereits genannten Anonymität der Daten nicht festgestellt werden.

5.3.3 Veränderungen im Dokumentationsverfahren

Während des Beobachtungszeitraums kam es zu mehreren Veränderungen in der Erfassung der Routineleistungsdaten. Zusätzlich zur Einführung des RPB änderten sich sowohl Dokumentationsitems der Basisdokumentation als auch die dokumentierenden Personen.

Im Methodikteil dieser Arbeit wurde bereits die Problematik des Zeitpunktes der Dokumentation der Routinedaten angesprochen. Die Dokumentation im WKK Heide wird seit Einführung des RPB von den Stationssekretärinnen auf Grundlage der Krankengeschichte durchgeführt. Die Einführung dieser Berufsgruppe erfolgte im Jahr 2008 mit Umstellung auf das RPB. In den vorangegangenen Jahren wurde diese Tätigkeit von ärztlichen und psychologischen Therapeuten vorgenommen. Es stellt sich mit Recht die Frage, wie valide die Dokumentation auf Grundlage der Krankengeschichte und die Dokumentation ohne Behandler des Patienten ist. Es wurde zudem berichtet, dass die Dokumentation durch die Stationssekretärinnen in Ausnahmefällen bis zu einem halben Jahr nach Abschluss des Patientenfalls durchgeführt wurde, abhängig davon, wann die Krankengeschichte des Patienten abgeschlossen wurde. Dieser Zeitverzug war aber nicht die Regel. Hier kann argumentiert werden, dass die standardisierte Kodierung von wenigen relativ globalen Items eher robust gegenüber Verzerrung in einem solchen Verfahren ist, als dies bei psychopathologischen Skalen z.B. der Fall sein würde.

Die Erfassung der Informationen in der Basisdokumentation, wie sie vor und nach Einführung des RPB in Dithmarschen verwendet wurde, erfolgte sehr standardisiert. Auch erfassen die Einzelitems den Gesundheitszustand der Patienten nur sehr grob und sind daher gegenüber einer Änderung des Dokumentationsverfahrens als robuster anzusehen, als umfangreiche psychopathologische Skalen. Die Dokumentation durch die Stationssekretärinnen ist aufgrund dieser starken Standardisierung der Kodierung nicht grundsätzlich als unverwertbar anzusehen. Der Wechsel der dokumentierenden Person ist als nennenswerter Einflussfaktor anzusehen, jedoch ist er in seiner Auswirkung als nicht so schwerwiegend einzuschätzen.

Mit der Einführung des RPB 2008 wurden einige Items der Aufnahme- und Entlassungsdokumentation modifiziert. So fielen teilweise bisher erhobene Parameter weg, andere Parameter kamen hinzu und bei manchen änderten sich die dokumentierten Ausprägungen. Während der Wegfall bzw. die Hinzunahme von Parametern dazu führte, dass diese

aus den Analysen ausgeschlossen werden mussten, konnten Parameter, bei denen sich die Ausprägungen änderte, umkodiert werden und blieben für die Analyse erhalten. Das Vorgehen der Umkodierung lässt sich in Kapitel 3.3.3 nachvollziehen. Mit dieser Umkodierung und Zusammenführung in neue Variablenausprägungen (generiert aus den jeweiligen Variablen der Dokumentation vor und nach RBP-Einführung), wurde versucht, eine Vergleichbarkeit der beiden Zeiträume zu ermöglichen. Der damit verbundene mögliche Informationsverlust ist eine typische Limitation bei der Sekundärdatenanalyse. In diesem Fall waren aber im Wesentlichen dichotomisierte oder kategoriale Variablenausprägungen, die auf wenige Kategorien beschränkt waren, von der Umkodierung betroffen, nicht aber stetige Variablen. Letztere waren in dieser Evaluation nicht Bestandteil. Von daher ist der verzerrende Einfluss als nicht so stark anzusehen.

5.3.4 Limitationen im Analyseverfahren

Eingeschlossen in die Analysen wurden alle dokumentierten Patientenfälle, die zwischen dem 01.01.2001 und dem 31.12.2012 in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Heide stationär oder teilstationär aufgenommen wurden. Die Zuordnung der Patientenfälle zum jeweiligen Studienabschnitt (I oder II) erfolgte dabei ebenfalls auf Grundlage der jeweiligen Aufnahmedaten. Dies führte dazu, dass Patientenfälle, die Ende 2007 (d.h. vor der RPB-Einführung) aufgenommen wurden, jedoch überwiegend in 2008 (d.h. im RPB) behandelt wurden, zu Studienabschnitt I gezählt wurden. Diese Problematik wäre bei jedweder Festlegung eines Stichtages gegeben, da es immer Patienten gäbe, die während des Übergangs der Studienzeiträume behandelt wurden. Angesichts des langen Analysezeitraums, der im Vergleich geringen Anzahl an Patientenfällen, die davon betroffen sind, und der notwendigen Umstellungsphase zu Beginn der RPB-Einführung kann davon ausgegangen werden, dass diese punktuelle Unschärfe die Analyseergebnisse nicht beeinträchtigt.

In der vorliegenden Evaluation wurde eine Übersicht über die Häufigkeit der behandelten Diagnosen gegeben, dabei wurden jedoch nicht die ICD-10-Diagnosegruppen in ihren Subgruppen untersucht. Der Grund für dieses Vorgehen liegt in der unterschiedlichen Häufigkeit und Relevanz der einzelnen psychischen Störungen. Kommende Untersuchungen könnten dennoch den Einfluss der gestellten Diagnose auf die Behandlung innerhalb eines RPB untersuchen und feststellen, ob die Einführung eines RPB für bestimmte Diagnosegruppen vorteilhafter ist als für andere.

5.3.5 Veränderungen der Versorgungsstruktur

Seit Einführung des RPB zum Januar 2008 kam es zu weiteren Änderungen und Weiterentwicklungen der Versorgungsstruktur. Die Versorgungsbedingungen wurden während des untersuchten Zeitraumes unter RPB nicht völlig stabil gehalten, was darauf zurückzuführen ist, dass die Akteure vor Ort Entscheidungen zur Weiterentwicklung des „Heider Modells“ nicht unter dem Gesichtspunkt der späteren Evaluierbarkeit ihres Modells getroffen haben.

Zu diesen Veränderungen gehört die Einführung der Beteiligung der Oberärzte des WKK seit 2011 an der Gestellung des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass es hierdurch zu Veränderungen der Indikatoren *Zwangsbehandlung* und *Unterbringungsverfahren* kam. Wie bereits detailliert in Kapitel 5.1.5 beschrieben, ist der Rückgang der Unterbringungen nach PsychKG und Anzahl der Fixierungen denkbar auch als ein Ergebnis dieser Umstrukturierung zu sehen. Es kann nicht beurteilt werden, welchen Einfluss diese strukturelle Veränderung und welchen Einfluss das RPB an sich auf diese Entwicklung hatte. Da auch das RBP zum Ziel hat, präventiv die Patienten aufzunehmen, bevor sich ihr Krankheitszustand verschlechtert und eine Verteuerung der Behandlung eintritt, bewegen sich beide Änderungen hinsichtlich ihres Effekts in dieselbe Richtung und sind daher beide bei den Rückgängen der Unterbringungen nach PsychKG und der Anzahl der Fixierungen zu berücksichtigen.

Dieser Einflussfaktor kann aber nur Einfluss auf die o.g. beiden Indikatoren haben, nicht aber auf andere patientenbezogene Ergebnisse wie Veränderung der beruflichen Situation (weniger arbeitslos, mehr in Vollzeitbeschäftigung), der Wohnsituation (mehr selbstständig wohnend), oder des Zustands bei Entlassung (mehr Patienten gebessert entlassen). Von daher sind durch diese Strukturveränderung nicht alle Ergebnisse der Evaluation in Frage zu stellen.

5.3.6 Übertragbarkeit auf andere Regionen

Die vorliegenden Daten beziehen sich auf ein psychiatrisches Versorgungskrankenhaus mit dem Landkreis Dithmarschen als Einzugsgebiet, welches etwa 135.000 Personen umfasst. Ziel der Arbeit ist nicht die generelle Evaluation des Konzepts eines Regionalen Psychiatrie-Budgets. Evaluiert wird ein spezifisches, komplexes Modellprojekt zur Einführung eines Regionalen Psychiatrie-Budgets in einer konkreten Region und in einem bestehenden Versorgungsumfeld. Um die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auf andere Regionen und Projekte übertragen zu können, müssen zunächst die dort bestehenden

Gegebenheiten in organisatorischer, regionaler und versorgungstechnischer Hinsicht genau betrachtet und auf ihre strukturelle Vergleichbarkeit hin geprüft werden.

Das betrachtete RPB ist noch nicht in vollem Umfang umgesetzt worden, was ebenfalls bei möglichen Übertragungen auf andere RPB berücksichtigt werden muss. Eine unvollständige Implementierung konnte in anderen Regionen zu einem Effizienzverlust und Einbußen in der Behandlungskontinuität führen (Roick et al. 2005). Zusätzlich besteht die Gefahr einer Kostenverschiebung aus dem RPB hin zu den Vertragsärzten. Roick et al. berichten allerdings, dass sich im Kreis Steinburg die Kosten der niedergelassenen Nervenärzte und der komplementären Einrichtungen in der Umgebungsregion nicht erhöht hätten (Roick et al. 2008).

6. Schlussfolgerung

Das Modellprojekt des Regionalen Psychiatrie-Budgets Dithmarschen hat gezeigt, dass daraus Steuerungsanreize für die psychiatrische Versorgung resultieren, die relevante Auswirkungen auf Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger haben können. Es konnte gezeigt werden, dass es bereits nach kurzer Zeit zu einer deutlichen Reduktion der stationären und zu einem deutlichen Ausbau der ambulanten Behandlungskapazitäten kam. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ konnte gestärkt werden. Für die Patienten bedeutete dies, dass die Zeit in stationärer Behandlung durchschnittlich um mehr als ein Drittel abgenommen hat. Die Behandlung konnte durchgehend stärker an den Patientenbedürfnissen orientiert erfolgen.

Die Auswertungen konnten bei Berücksichtigung aller Limitationen Hinweise darauf geben, dass diese Veränderungen nicht zulasten der Behandlungsqualität erreicht wurden, sondern dass im Gegenteil die soziale Integration und der Allgemeinzustand der Patienten nach der Entlassung eher verbessert werden konnte. Auch zeigt sich, dass die Einführung anscheinend nicht zulasten der Mitarbeiterzufriedenheit (vor allem des Pflegepersonals) geschah, sondern dass die Überstunden der Mitarbeiter reduziert werden konnten.

Für die beteiligten Kostenträger kam es insbesondere zu Planungssicherheit im Modellzeitraum bzgl. der aufzuwendenden Kosten. Für die Leistungserbringer kam es zu einer deutlich erhöhten Flexibilität der Behandlungsmöglichkeiten, die wesentlich stärker von medizinischen Kriterien als von ökonomischen Zwängen bestimmt wurde. Dabei werden im RPB für Leistungserbringer Anreize gesetzt, Patienten so zu behandeln, dass bei geringerem Ressourcenverbrauch eine langfristige Beschwerdefreiheit erreicht wird. Das RPB erlaubt den Leistungserbringern, ihre personellen und finanziellen Ressourcen besser an die Patientenbedürfnisse anzupassen.

Für eine Vermeidung der Aufnahme von besonders schwer kranken Patienten, wie in anderen Modellen psychiatrischer Versorgung möglich ist und in Selektivverträgen im Rahmen der Integrierten Versorgung aus ökonomischen Gründen zu sehen ist, schafft das RPB keinen Anreiz, da die komplette Abdeckung der Regionalversorgung vertraglich vereinbart ist. Die Vermeidung der Aufnahme von Patienten in das RPB ist ökonomisch allenfalls für die leicht kranken Patienten sinnvoll, keinesfalls aber für die schwer Kranken.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein Regionales Budget unter der Berücksichtigung aller genannten Limitationen die Voraussetzungen dafür schaffen kann, grundlegende strukturelle und inhaltliche Veränderungen der psychiatrischen Versorgung bewirken zu können und dabei gegenüber den bisherigen Versorgungsstrukturen Patienten mit höherer Kontinuität, Flexibilität und Nachhaltigkeit betreuen zu können. Damit fügt sich das Regionale Psychiatrie-Budget sehr gut in die Vorstellungen über eine patientengerechte Umgestaltung der Versorgung psychisch Kranker ein (Roick et al. 2005). Die Ergebnisse dieser Evaluation sind aufgrund der Limitationen durch Studiendesign sowie Datenqualität mit Zurückhaltung zu beurteilen. Detailliertere Analysen und eine höhere Validität der Ergebnisse sollten in einem weiteren Schritt mit einem prospektiven Studiendesign angestrebt werden.

Das Modellprojekt des RPB Dithmarschen umfasst bisher lediglich den Bereich der klinischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Übrige Behandlungs- und Betreuungsbereiche im gemeindenahen Versorgungssystem sind davon bisher ausgeschlossen. Daher wäre es sinnvoll, die Ausweitung des Finanzierungssystems auf die Gruppe der niedergelassenen Nervenärzte bzw. der Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und ggf. Hausärzte zu diskutieren.

Ein zukünftiges Finanzierungskonzept für die Psychiatrie und Psychotherapie muss spezifische Anforderungen erfüllen, um sowohl den gemeindepsychiatrischen Anforderungen als auch den vorhandenen ökonomischen Rahmenbedingungen gerecht werden zu können. Sowohl die Evaluation der RPB in Steinburg als auch in Rendsburg-Eckernförde haben gezeigt, dass sich durch ein Regionales Psychiatrie-Budget ein flexibleres, an den Behandlungsbedürfnissen der Patienten orientiertes und qualitätssicherndes Versorgungssystem verwirklichen lässt, das die vorhandenen Ressourcen optimal nutzt (Roick et al. 2008; Deister 2013; König et al. 2013). Für das RPB Dithmarschen gibt es Hinweise darauf, dass diese Eigenschaften ebenfalls erfüllt werden und mit der Einführung die Qualität der Behandlung nicht gesunken ist.

Das RPB Steinburg gilt mit der Einführung im Jahr 2003 als Vorreiter und auch als Vorbild der RPB-Bewegung, gefolgt vom RPB Rendsburg-Eckernförde und fünf weiteren RPB. Das Beispiel des RPB Dithmarschen zeigt, dass das Grundprinzip regionaler Budgetverantwortung auch in unterschiedlichen Regionen greifen kann. Je nach Struktur einer Region werden jedoch Anpassungen der Regeln erforderlich sein. Auch in anderen Regionen wird konkret über die Umsetzung eines Regionalen Budgets diskutiert (Deister et al.

2010). In diesen Regionen besteht ebenfalls eine enge und möglichst konstante Beziehung zwischen den Einwohnern einer Region und der versorgenden Klinik bzw. den Kliniken, wodurch eine gut funktionierende Regionalversorgung gelingen kann.

7. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007): Psychiatrie in Deutschland, Strukturen, Leistungen, Perspektiven. erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003). Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007
- Bauer, Anke; Schlingmann, Carina (2011): Zwischenbericht der begleitenden Evaluation „Regionales Psychiatriebudget (RPB) in Nordfriesland“. Fachkliniken Nordfriesland gGmbH.
- Beske, Fritz (2004): Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich. Eine Antwort auf die Kritik. Band 100 in der Schriftenreihe des Fritz Beske für Gesundheits-Systemforschung Kiel.
- BMVZ - Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.
abgerufen am 31. März 2014
[Online im Internet:] URL: <http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/>
- Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD et al. (1995): Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. In: *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* 24, S. 3–41.
- Deichmann, M.; Berghöfer, A. (2011): Modelle Integrierter Versorgung bei Psychisch Kranken in Deutschland. eine systematische Übersicht. Hausarbeit. Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie.
- Deister, A. (2011a): Vom Fall zum Menschen - Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. In: *Gesundheitswesen* 73 (02), S. 85–88. DOI: 10.1055/s-0030-1270493.
- Deister, Arno (2003): Ein Regionales Psychiatrie-Budget für den Kreis Steinburg. Informationen über das Modellprojekt.
- Deister, Arno (2011b): Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG. Dokumentation des Expertenworkshops am 04. Juli 2011 in Berlin gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Herausgegeben von Aktion Psychisch Kranke e. V. In: *Psychiatrie Verlag*, S. 128–130.

- Deister, Arno (2013): Erfahrungen mit einem Regionalen Budget. für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kreis Steinburg, 12.11.2013.
- Deister, Arno; Heinze, Martin; Ärztekammer Schleswig-Holstein (2011a): Zukunftsfähiges Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie. Regionale Verantwortung ist nach Erfahrungen von Experten die Basis für ein künftiges Entgeltsystem, das begrenzte Ressourcen sinnvoll einsetzt. In: *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* (3), S. 64–69, zuletzt geprüft am 06.04.2014.
- Deister, Arno; Heinze, Martin; Kieser, Christian; Wilms, Bettina (2011b): Zukunftsfähiges Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie. Regionale Verantwortung ist nach Erfahrungen von Experten die Basis für ein künftiges Entgeltsystem, das begrenzte Ressourcen sinnvoll einsetzt. Ärztekammer Schleswig-Holstein. In: *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* (3).
- Deister, Arno; Roick, Christiane, Zeichner, Dirk; Ziegler, Bernhard (2005): Psychiatrische Versorgung: Kein Anreiz zur Fallzahlausweitung. Ein Modellprojekt aus Schleswig-Holstein, das ein regionales Psychiatriebudget einführt, zeigt bereits in der Halbzeitbilanz die gewünschten Steuerungseffekte. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (38).
- Deister, Arno; Zeichner, Dirk; Roick, Christiane (2004): Ein Regionales Budget für die Psychiatrie. Erste Erfahrungen aus einem Modellprojekt. In: *psychoneuro* 30 (05), S. 285–288.
- Deister, Arno; Zeichner, Dirk; Witt, Thorsten; Forster, Hans-Jürgen (2010): Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. In: *Psychiat Prax* 37 (07), S. 335–342. DOI: 10.1055/s-0030-1248438.
- Deutscher Bundestag (1975): Psychiatrie Enquete Bundestagsdrucksache. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Bonn: Dr Hans Heger, 53 Bonn- Bad Godesberg; Druck: Bonner Universitätsdruckerei, 53.
- Gaebel, Wolfgang (2008): Routine-Daten in der Psychiatrie. Die Entwicklung eines Daten-Sets zur sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. 3. Hauptstadtseminar. DGPPN. Berlin-Mitte, 17.06.2008.
- Gaxiola Mayinger, Daniela (2009): Die Basisdokumentation (BADO) als Instrument der Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Klinik - Auswertungen aus dem Bezirkskrankenhaus Augsburg 1999-2003. Dissertation/Monographie zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnmedizin. Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München, München.
- Gestellungsvertrag zwischen der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH sowie dem Kreis Dithmarschen. Heide, 09.03.2010.

- Grieve, Oliver (2008/2009): Gesundheit Schleswig-Holstein Jahrbuch 2008/2009 - Gesundheitsversorgung der Zukunft. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, S. S.51, zuletzt geprüft am 20.03.2014.
- Guderjahn, Tim (2005): Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen. [Studienarbeit]. 1. Aufl. [München]: GRIN-Verl. Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/837394974>.
- Haase, Andreas; Hejnal, Thorsten (2010): Der therapeutische Alltag hat sich verändert. Erfahrungen mit dem regionalen Psychriatriebudget Dithmarschen. In: *Soziale Psychiatrie* (127), S. 19–22.
- Henke, Klaus-Dirk; Rich, Robert F.; Steinbach, Axel; Borchardt, Katja (2004): Auf dem Wege zu einer integrierten Versorgung. Neue sozialrechtliche Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA und am Beispiel Berlins.
- Hübner-Liebermann, B.; Spießl, H.; Cording, C. (2005): Wer kommt woher, wer geht wohin? Behandlungswege stationär-psychiatrischer Patienten. In: *Nervenarzt* 76 (7), S. 856–864. DOI: 10.1007/s00115-004-1815-3.
- IAS – Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria. Stand: Januar 2014
abgerufen am 31. März 2014
[Online im Internet:] URL: <http://www.soteria-netzwerk.de/entstehung.htm>
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Siegburg, Germany (2012): PEPP- Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie Psychosomatik Version 2012/2013 Definitionshandbuch. Definitionshandbuch. Online verfügbar unter https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/psy/definitionshandbuch_pepp_2012_13.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2014.
- König, Hans-Helmut; Heider, Dirk; Rechlin, Thomas; Hoffmann, Peter; Birker, Thomas; Heinrich, Sven et al. (2013): Wie wirkt das Regionale Psychriatriebudget (RPB) in einer Region mit initial niedriger Bettenmessziffer? In: *Psychiat Prax* 40 (08), S. 430–438. DOI: 10.1055/s-0033-1343186.
- König, Hans-Helmut; Heinrich, Sven; Heider, Dirk; Deister, Arno; Zeichner, Dirk; Birker, Thomas et al. (2010): Das Regionale Psychriatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? In: *Psychiat Prax* 37 (01), S. 34–42. DOI: 10.1055/s-0029-1223418.
- Krisor, Matthias (1997): Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch. 2. überarbeitete Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie, Bd. 50).

- Kronhardt, M. (2004): Erfolgsfaktoren des Managements medizinischer Versorgungsnetze. 1. Aufl. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag (Marktorientiertes Management (Hrsg. Lingenfeld, M.) Gabler Edition Wissenschaft).
- Kunze, Heinrich; Priebe, Stefan (2006): Integrierte Versorgung - Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. In: *Psychiat Prax* 33 (2), S. 53–55.
- Lange, A.; Braun, S.; Greiner, W. (2012): Ökonomische Aspekte der integrierten Versorgung. In: *Bundesgesundheitsbl.* 55 (5), S. 643–651. DOI: 10.1007/s00103-012-1471-x.
- Petersen, Hans-Peter; Hejnal, Torsten (2010): Regionales Psychriatriebudget. Chancen und Möglichkeiten, die die psychiatrische Regelversorgung gemeindenah und personenzentriert zu gestalten. In: *Psych Pflege* 16 (01), S. 40–43.
- Referatsleiter stationäre Versorgung (Buitmann, Ludger) (2010): Rahmenbedingungen aus der Sicht der Krankenkassen verbunden mit den Erfahrungen aus Regionalen Psychriatriebudgets. vdek - Verband der Ersatzkassen, Landesvertretung Schleswig-Holstein. Bremen, 12.03.2010.
- Roick, Christiane; Deister, Arno; Zeichner, Dirk; Birker, Thomas; König, Hans-Helmut; Angermeyer, Matthias C. (2005): Das Regionale Psychriatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. In: *Psychiat Prax* 32 (04), S. 177–184. DOI: 10.1055/s-2004-834736.
- Roick, Christiane; Heinrich, Sven; Deister, Arno; Zeichner, Dirk; Birker, Thomas; Heider, Dirk et al. (2008): Das Regionale Psychriatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. In: *Psychiat Prax* 35 (06), S. 279–285.
- Saupe, Rolf (2000): PSYQUADO. Bedienhandbuch - Basisdokumentation und Qualitätssicherung für die Psychiatrie in Allgemeinkrankenhäusern und anderen psychiatrischen Abteilungen: Panacea KG für Med-Software GmbH & TAE GmbH.
- Schubert, Ingrid; Köster, I.; Küpper-Nybelen, J.; Ihle, P. (2008): Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. In: *Bundesgesundheitsbl.* 51 (10), S. 1095–1105. DOI: 10.1007/s00103-008-0644-0.
- SHGT – Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag (Verband der Gemeinden, Ämter und Zweckverbänden
abgerufen am 31. März 2014
[Online im Internet:] URL: <http://www.shgt.de/de/id124.htm>

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Stand: 18. März 2014

abgerufen am 23. März 2014

[Online im Internet:] URL: http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_zs01_shs.asp

Steckermaier, Holger (2010): Integrierte Versorgung und Managed Care in der Gemeindepsychiatrie- Aufbau eines ambulanten Versorgungsnetzwerkes nach § 140a ff SGB V. Masterarbeit. Hochschule München, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, München. Master Mental Health.

Steinhart, Ingmar (2006): Psychiatrie ohne Schubladen. Personenbezogene Finanzierung aus einem regionalen Psychriebudget. In: *Psychosoziale Umschau - Aktuelles aus Psychiatrie und Gemeinde* 21 (03), S. 26–29.

Swart, E.; Ihle, P. (2010): Methoden der Sekundärdatenanalyse. In: *Gesundheitswesen* 72 (06), S. 315. DOI: 10.1055/s-0030-1254166.

Swart, E.; Ihle, P.; Geyer, S.; Grobe, T.; Hofmann, W. (2005): GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (A-GENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). In: *Gesundheitswesen* 67 (06), S. 416–421. DOI: 10.1055/s-2005-858356.

Swart, Enno; Ihle, Peter (2008): Der Nutzen von GKV-Routinedaten für die Versorgungsforschung. In: *Bundesgesundheitsbl.* 51 (10), S. 1093–1094. DOI: 10.1007/s00103-008-0643-1.

Tüchsen, Ingo: Das Regionale Psychiatrie Budget (RPB) in Nordfriesland. Erfahrungen einer Klinik.

Weatherly, J. N.; Lägel, R. (2009): Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: MWV, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/633665145>.

Wilms, B. (2012): Das Regionalbudget - eine neue Form der Flexibilisierung in der psychiatrischen. Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg des Universitätsklinikums Jena. Die Zukunft der psychiatrischen Versorgung in Thüringen - Chancen und Perspektiven. Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit. Erfurt, 16.02.2012. Online verfügbar unter http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/referat45/vortrag_dr._bettina_wilms_das_regionalbudget_-_eine_neue_form_der_flexibilisierung_in_der_psychiatrische.pdf.

WKK – Westküstenklinikum Heide

abgerufen 31. März 2014

[Online im Internet:] URL: <http://www.westkuestenklinikum.de/index.php?id=14>

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Svenja Hubmann, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Danksagung

Ich möchte mich sehr herzlich bei Frau Dr. med. Anne Berghöfer für die freundliche und engagierte Beratung bedanken. Weiterhin danke ich dem gesamten Team des Projektbereichs Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung der Charité, ganz besonders Frau Ulrike Stasun, für die Datenverarbeitung.

Ein weiterer Dank geht an das Westküstenklinikum in Heide (Dithmarschen, Schleswig-Holstein), den Chefarzt und ärztlichen Direktor, Herrn Dr. med. Thomas Birker, und den Koordinator des Projektes, Herrn Thorsten Hejnal, für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung bei der Durchführung meiner wissenschaftlichen Arbeit sowie an die vielen weiteren Mitarbeiter des WKK, die mir geduldig alle Fragen beantwortet haben.

Für die Übernahme der Betreuung bedanke ich mich bei Priv.-Doz. Dr. Thomas Keil, Forschungsbeauftragter des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Von ganzem Herzen bedanke ich mich bei meinem Partner und besten Freund Sven Svoboda für die immerwährende Motivation und bedingungslose Unterstützung beim Verfassen meiner wissenschaftlichen Arbeit. Ohne den Rückhalt und die Aufopferung wäre die Fertigstellung meiner Dissertation unmöglich gewesen. DANKE.