

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. med. Jürgen Deckert

**Die Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Bezirk
Unterfranken – eine Erhebung der Indexjahre 2004, 2008 und 2012**

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Jasmin Eberhardt

aus

Schwäbisch Hall

Würzburg, Oktober 2019



Referent: Prof. Dr. med. Hans-Peter Volz

Korreferent: Prof. i.R. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 21.08.2020

Die Promovendin ist Ärztin

In liebevoller Erinnerung an meine Eltern Erika und Herbert Eberhardt.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. EINLEITUNG | 1 |
| 1.1 Bedeutung psychischer Erkrankungen für den Einzelnen und die Gesellschaft | 1 |
| 1.2 Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Folge der Psychiatrie-Enquête | 3 |
| 1.3 Versorgungssituation psychisch kranker Menschen im Bezirk Unterfranken im Beobachtungszeitraum..... | 9 |
| 1.4 Stand der Forschung..... | 14 |
| 1.5 Zielsetzung | 20 |
| 1.6 Fragestellungen und Hypothesen | 22 |
| 2. METHODEN | 25 |
| 2.1 Datenerhebung der stationären Basisdaten | 25 |
| 2.1.1 Fälle und Patienten | 25 |
| 2.1.2 Nutzungsgrad | 26 |
| 2.1.3 Verweildauer..... | 27 |
| 2.1.4 Herkunft der Behandlungsfälle | 27 |
| 2.1.5 Hauptentlassdiagnosen der Behandlungsfälle | 28 |
| 2.2 Datenerhebung zur ambulanten Versorgung | 29 |
| 2.2.1 Psychiatrische Institutsambulanzen..... | 29 |
| 2.2.2 Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten | 30 |
| 2.2.3 Daten zur komplementären Versorgung | 32 |
| 2.3 Datenerhebung der Subgruppen | 34 |
| 2.3.1 Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit..... | 34 |
| 2.3.2 Wiederaufnahmen..... | 35 |
| 2.3.3 Kurzzeitlieger | 37 |
| 2.4 Statistische Auswertung | 37 |
| 3. ERGEBNISSE | 39 |
| 3.1 Stationäre Basisdaten | 39 |
| 3.1.1 Fälle und Patienten | 39 |
| 3.1.2 Nutzungsgrad | 40 |
| 3.1.3 Verweildauer der Behandlungsfälle | 41 |
| 3.1.4 Herkunft der Behandlungsfälle | 43 |
| 3.1.5 Hauptentlassdiagnosen der Behandlungsfälle | 44 |
| 3.2 Daten zur ambulanten Versorgung | 47 |

| | |
|---|------------|
| 3.2.1 Psychiatrische Institutsambulanzen | 47 |
| 3.2.2 Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten | 49 |
| 3.2.3 Komplementäre Versorgung..... | 54 |
| 3.3 Subgruppen | 58 |
| 3.3.1 Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit..... | 59 |
| 3.3.2 Wiederaufnahmen..... | 60 |
| 3.3.3 Kurzzeitlieger | 65 |
| 4. DISKUSSION..... | 68 |
| 4.1 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Hypothesen..... | 68 |
| 4.1.1 Stationäre Daten | 68 |
| 4.1.2 Ambulante Versorgung..... | 74 |
| 4.1.3 Komplementäre Versorgung..... | 80 |
| 4.1.4 Zusammenschau stationärer, ambulanter und komplementärer Daten..... | 84 |
| 4.2 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Subgruppen | 89 |
| 4.2.1 Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit..... | 89 |
| 4.2.2 Wiederaufnahmen im Indexjahr..... | 91 |
| 4.2.3 Kurzzeitlieger | 96 |
| 4.2.4 Zusammenschau der Subgruppen..... | 97 |
| 4.3 Einschränkungen | 100 |
| 4.4 Ausblick | 102 |
| 5. ZUSAMMENFASSUNG | 106 |
| 6. LITERATUR..... | 109 |
| 7. TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS..... | 142 |
| 8. ANHANG | 146 |
| DANKSAGUNG | |
| LEBENS LAUF | |

ABKÜRZUNGEN

| | |
|---------|---|
| AGS | Amtlicher Gemeindeschlüssel |
| AmBADO | Ambulante Basisdokumentation |
| ASK | Ambulant-sensitive Krankenhausfälle |
| BAG | Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BGS98 | Bundes-Gesundheitssurvey 1998 |
| BIDAQ | Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung |
| BKH | Bezirkskrankenhaus |
| BOSS | Branchenorganisation und Softwaresysteme |
| BPfIV | Bundespflugesatzverordnung |
| CIRS | Critical Incident Reporting System |
| DAK | Deutsche Angestellten Krankenkasse |
| DEGS1 | Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland |
| DGPPN | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde |
| DIMDI | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |
| DRG | Diagnosis Related Group |
| DPtV | Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung |
| FA/FÄ | Facharzt/Fachärzte |
| GEK | Gmünder Ersatzkasse |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GKV-VSG | Versorgungsstärkungsgesetz in der Gesetzlichen Krankenversicherung |
| GMK | Gesundheitsministerkonferenz |
| ICD-10 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 |
| IGES | Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH |
| KAZ | Kernarbeitszeit |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KHG | Krankenhausfinanzierungsgesetz |
| KJP | Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| KVB | Kassenärztliche Vereinigung Bayerns |
| KZL | Kurzzeitlieger |
| LK | Landkreis |
| PEPP | Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik |

| | |
|----------|--|
| PIA | Psychiatrische Institutsambulanz |
| PID | Patientenidentifikationsnummer |
| PSB | Psychosoziale Suchtberatungsstelle |
| PsychPV | Psychiatrie Personalverordnung |
| PsychThG | Psychotherapeutengesetz |
| PsychVVG | Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SpDis | Sozialpsychiatrische Dienste |
| VK | Vollzeitkräfte |
| VWD | Verweildauer |
| WfbM | Werkstätte(n) für behinderte Menschen |
| WHO | World Health Organization |

1. EINLEITUNG

1.1 Bedeutung psychischer Erkrankungen für den Einzelnen und die Gesellschaft

Psychische Erkrankungen sind ein häufiges Phänomen in Deutschland: In einem Dreijahreszeitraum von 2005 bis 2007 suchten ein Drittel aller Versicherten entsprechend der Daten dreier Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung Kontakt zum Versorgungssystem aufgrund psychischer Erkrankungen (Gaebel et al. 2013). Kennzeichnend für diese Erkrankungen sind subjektives Leid und damit einhergehende Einschränkungen in allen Lebensbereichen. Daneben kann es bei den Betroffenen zu Einbußen in der Lebensqualität und zu ökonomischen Konsequenzen kommen. Im Vergleich zu chronisch somatischen Erkrankungen werden psychisch kranke Menschen eher als verantwortlich für ihre Situation eingestuft (Corrigan et al. 2000). Stigmatisierung auf verschiedenen Ebenen bis hin zur Selbststigmatisierung mit Einschränkungen des Selbstwertes sind häufige Begleitphänomene (Rüsch & Berger 2019). Psychische Störungen führen daneben auch zu einer verringerten Lebenserwartung von im Median 10 Jahren (Walker et al. 2015) bei u.a. schlechterer Versorgung im Hinblick auf somatische Erkrankungen (Thornicroft 2011). Gerade in der Altersgruppe bis 25 Jahre stellen Suizide daneben auch die zweit häufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen in Bayern dar (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016).

Ein Blick auf die Entwicklung des Gesamtkrankenstandes im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen verdeutlicht die Bedeutungszunahme psychischer Erkrankungen für die Gesellschaft: Im Jahr 2004 belegte diese Erkrankungsentität mit anteilig 9,8% an allen Arbeitsunfähigkeitstagen den Platz 4. Im Jahr 2016 hat sich dieser Anteil nahezu verdoppelt auf 17,1% mit zwischenzeitlicher Belegung des 2. Platzes nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Deutsche Angestellten Krankenkasse [DAK] 2005; Storm et al. 2017). Der Anteil psychischer Erkrankungen an Erwerbsunfähigkeitsrentenneuzugängen stieg von 31,1%

2004 auf 42,8% im Jahr 2016 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018), was zusätzlich die Relevanz dieser Erkrankungsgruppe unterstreicht. Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ist daneben problematisch, dass hier häufig junge Menschen betroffen sind (Jacobi et al. 2014). Vor diesem Hintergrund ist die gesundheitsökonomische Dimension indirekter Krankheitskosten psychischer Erkrankungen beträchtlich: Verfügbare Zahlen aus dem Jahr 2008 schätzen bereits damals den Produktionsausfall auf ca. 26 Milliarden Euro und einen Verlust an Bruttowertschöpfung auf ca. 45 Milliarden Euro, entsprechend 1,8% des Bruttoinlandsprodukts (Deutscher Bundestag 2012). Ebenfalls bei den direkten Krankheitskosten für einzelne Erkrankungsgruppen (klassifiziert nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD-10]) im Gesundheitssystem zeigt sich der Bedeutungszuwachs psychischer Erkrankungen: Im Jahr 2004 belegten die Ausgaben für psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99) noch Platz 3 auf der Rangliste der Ausgaben, während diese im Jahr 2015 nach den Krankheiten des Kreislaufsystems zu dem größten wirtschaftlichen Ressourcenverbrauch mit Ausgaben von ca. 44,4 Milliarden Euro führten (Statistisches Bundesamt 2017a, 2017b).

Psychische Erkrankungen betreffen allerdings nicht nur die psychiatrisch-psycho-somatische Versorgung im engeren Sinne, da allgemein die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Personen mit psychischen Erkrankungen erhöht ist (Jacobi et al. 2004a) und u.a. die Gefahr eines „doctor-hopping“ besteht (Schneider et al. 2013). Psychiatrische Komorbidität findet sich daneben häufig bei chronischen körperlichen Erkrankungen wie koronare Herzerkrankung, Apoplex und Krebserkrankungen bzw. bei somatisch multimorbiden Patienten. Hier führen sie zu einer Verringerung der Lebensqualität, einem schlechterem Krankheitsverlauf sowie einer Steigerung der Mortalität (Baumeister et al. 2005; Beutel & Schulz 2011; Maske et al. 2013; Kang et al. 2015) mit beträchtlichen ökonomischen Konsequenzen und verlängerter stationären Liegezeiten (Hochlehnert et al. 2007; Jansen et al. 2018). Andererseits stellen psychische Erkrankungen einen Risikofaktor für somatische Erkrankungen dar (Kapfhammer 2011; Penninx & Lange 2018).

Wie diesen Ausführungen zu entnehmen ist, haben psychische Erkrankungen weitreichende Folgen für den Einzelnen und die sozialen Sicherungssysteme. Das Robert Koch-Institut konstatiert in seinem Bericht „Gesundheit in Deutschland“ (2015), dass psychische Gesundheit nicht mehr auf die Zuständigkeit der psychiatrischen Versorgung begrenzt ist, sondern in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegt. Vor diesem Hintergrund ist psychische Gesundheit zu einem Querschnittsthema geworden, das u.a. relevant für die Bereiche Erziehung, Bildung und Arbeitswelt ist (Robert Koch-Institut 2015).

1.2 Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Folge der Psychiatrie-Enquête

Ausgangspunkt der bisher umfassendsten Reformen des deutschen Gesundheitssystems (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2017) waren die desolaten Zustände, die eine Sachverständigenkommission in ihrem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ beschrieb und Ende November 1975 dem Bundestag vorstellte. In diesem Bericht wurde die alarmierende Lage psychisch kranker Menschen in den psychiatrischen Großkrankenhäusern mit Monopolstellung in meist ungünstiger geographischer Lage skizziert. Es gab kaum Privatsphäre, da die Patienten in Schlafsälen mit stellenweise mehr als 10 bis 20 Betten untergebracht waren. Die Relation Patient zu Behandler war für heutige Zeiten undenkbar: Ein Arzt war für durchschnittlich 57,9 Betten (in einer Klinik mit 501-1000 Betten), ein Psychologe für ca. 500 und ein Sozialarbeiter für ca. 540 Betten zuständig. Das Pflegepersonal wurde als unqualifiziert eingestuft. Im Mai 1973 waren deutschlandweit 59% der Patienten länger als 2 Jahre und 31% länger als 10 Jahre in den psychiatrischen Krankenhäusern hospitalisiert. Im Hinblick auf den extramuralen Versorgungsbereich ist dies wenig erstaunlich: Teilstationäre Angebote waren damals bundesweit nur sehr vereinzelt etabliert. Die ambulante Versorgung bestand aus wenigen niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten. Im Bezirk Unterfranken gab es im Jahr 1974 ca. 11 bis 14 Nervenärzte und etwa 5 bis 7 Psychotherapeuten in unausgewogener gebietlicher Verteilung. Daneben zeigte sich ebenfalls, dass die komplementären bzw. re-

habilitativen Angebote und Leistungen für spezielle Untergruppen (Kinder und Jugendliche, gerontopsychiatrische Patienten, soziale Randgruppen und geistig behinderte Menschen) defizitär bis kaum existent waren. Die einzelnen Versorgungsbereiche und -angebote waren bis dato ebenfalls wenig koordiniert. Praktische Ärzte und Allgemeinmediziner waren – neben anderem Personal – nicht ausreichend weitergebildet im Umgang mit psychisch kranken Menschen. (Deutscher Bundestag 1975)

Entsprechend den Grundsätzen der Psychiatrie-Enquête, Gleichstellung psychisch mit somatisch Kranken, Schaffung eines umfassenden bedarfsgerechtem Versorgungssystems, gemeindenah und koordiniert vor dem Hintergrund einer dezentralen Organisation der Versorgung und Enthospitalisierung von Langzeitpatienten (Deutscher Bundestag 1975), fanden in den Folgejahren große strukturelle Umbauten der Versorgungslandschaft statt (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003). In Anlehnung an die Expertenkommission (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988) traten andere Schwerpunktsetzungen in den Vordergrund: Der Fokus lag hiernach auf den Grundbedürfnissen der Kranken – vor allem bei der Gruppe der chronisch Kranken – und deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch Gestaltung von Wohnmöglichkeiten und beruflicher Integration.

Nennenswerte Bereiche und deren chronologische Entwicklungen werden im Folgenden aufgeführt:

In den 70er Jahren etablierten sich meist an den Gesundheitsämtern angesiedelt die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDis) (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003).

In Ergänzung zu der ambulanten Versorgung durch Niedergelassene wurde für die Gruppe der schwer und chronisch psychisch Kranken die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) zunächst 1976 in der Reichsversicherungsordnung und letztlich 1989 im Sozialgesetzbuch (SGB) V verankert. Mit der Überarbeitung des § 118 Absatz 2 SGB V im Jahr 2000 wurden neben den Fachkranken-

häusern auch psychiatrische Abteilungen mit regionaler Pflichtversorgung ermächtigt, PIAs zu betreiben. (Spengler 2003)

In den 80er Jahren vollzog sich die Auflösung der aus dem 19. Jahrhundert stammenden Anstaltspsychiatrie, also der Heil- und Pflegeanstalt: Aus den (Landes-)Krankenhäusern wurden Fachkliniken mit medizinischem Versorgungsauftrag. Die Funktion der Pflegeanstalt verteilte sich auf gemeindepsychiatrische Strukturen sowie die Behinderten-, Alten- und die Jugendhilfe. Chronisch psychisch kranke Patienten wurden dabei in Heime umgesiedelt. Nicht aufgelöste Langzeitbereiche erhielten hierbei Heimstatus. (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003; Kunze 2015)

Ende der 80er Jahre wurden medizinische und berufliche Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen geschaffen. Bereits in den 90er Jahren waren rehabilitative Leistungen ebenfalls ambulant und teilstationär nach dem Bundessozialhilfegesetz etabliert. (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003)

Ende der 80er Jahre wurden ebenfalls die seit 1967 bestehenden Psychotherapie-Richtlinien modifiziert und durch die Verhaltenstherapie in der vertragsärztlichen Versorgung ergänzt. Daneben fand die Psychosomatische Grundversorgung mit niederschweligen Interventionen Eingang in die ärztliche Primärversorgung. (Rüger & Bell 2004)

Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) am 1. Januar 1999 wurden zwei neue Heilberufe (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) geschaffen. Hierdurch wurde der Zugang psychisch Kranker zur psychotherapeutischen Versorgung verbessert. Gleichzeitig wurde im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes (§ 1 Absatz 1 PsychThG) der Titel „Psychotherapeut“ gesetzlich geschützt mit Verkammerung sowie Professionalisierung des Berufsstandes und zunehmender Positionierung der Psychotherapie in der Gesundheitspolitik. (Nübling 2009)

Parallel zu diesen Prozessen wurden die psychiatrischen Fachkliniken umstrukturiert und stellenweise dezentralisiert: Psychiatrische Betten wurden in Fach-

kliniken abgebaut und in psychiatrischen Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern aufgebaut. Insgesamt vollzog sich bis zum Jahr 2000 ein merklich quantitativer Auf- und Ausbau der ambulanten, teilstationären, komplementären und rehabilitativen Sektoren. (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003)

Anfang 2000 rückten psychische Erkrankungen zunehmend in den Fokus der nationalen und internationalen Öffentlichkeit. Im Rahmen der Deklaration von Helsinki aus dem Jahr 2005 verständigten sich die Mitgliedstaaten, aktiv gegen Stigmatisierung und Diskriminierung vorzugehen. (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007)

Der Prozess der Enquête wurde daneben von multiplen flankierenden gesetzlichen Veränderungen begleitet, die u.a. erst die Weiterentwicklungen ermöglichten. Eine Darstellung in aller Ausführlichkeit der Aktivitäten bzw. gesetzlichen Veränderungen würde hier allerdings den Rahmen sprengen. Als Meilenstein ist die – aktuell in Ablösung befindliche – Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung im Jahr 1990 zu nennen, welche eine Rechtsgrundlage für eine adäquate personelle Ausstattung in Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen mit Pflichteinzugsgebiet sicherstellte und zumindest bis Mitte der 90er Jahre in den Kliniken zu einer deutlichen Stellenmehrung führte (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003). Zum anderen die UN-Behindertenrechtskonvention (2007), welche am 03.05.2008 in Kraft getreten ist, die für körperlich und seelisch behinderte Menschen konsequent die gesellschaftliche Inklusion fordert. Die Interessen der Patienten wurden daneben durch das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ mit Verankerung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) §§ 630a bis 630h BGB im Jahr 2013 gestärkt.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen vollzog sich ein Wertewandel (Jäger & Rössler 2012) und Paradigmenwechsel von der Instituts- zur Personenzentrierung (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2017). Dies spiegelt sich beispielsweise auch wider im § 27 Absatz 1 Satz 4 SGB V Krankenbehandlung, „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen

Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, (...)“. Die Sozialgesetzgebung wird damit verstärkt dem zwischenzeitlich vorherrschenden biopsychosozialen Krankheitsmodell gerecht, welches multiple Einflussfaktoren auf das psychische Krankheitsgeschehen und einen komplexen Hilfebedarf (Seger & Ellies 2017) berücksichtigt. Problematisch in der Umsetzung zeigt sich hierbei das von verschiedenen Kostenträgern finanzierte, da auf diversen Sozialgesetzbüchern basierende, Gesundheitssystem (Muschalla & Linden 2011) mit fehlender gemeinsamer Versorgungsplanung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018). In diesem fragmentierten Finanzierungssystem besteht die Gefahr der Dominanz von betriebswirtschaftlichen Steuerungsanreizen, Intransparenz und erschwertem Zugang für Patienten zu komplexen Hilfen mit in der Konsequenz eines erhöhten Risikos für Behandlungsabbrüche bzw. Behandlungsdiskontinuitäten (Ommen et al. 2007; Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2012).

Zur Abfederung des zersplitterten Versorgungssystems gab es ab 2004 die Möglichkeit, leistungssektorenübergreifende Verträge mit den Krankenkassen und Vertretern aus den einzelnen Versorgungsbereichen im Rahmen der integrierten Versorgung gemäß § 140a-d des SGB V abzuschließen. Im Zuge dessen entstanden dabei vereinzelt sektorenübergreifende Modellprojekte (nach § 64b SGB V) mit dem Ziel einer stärkeren Ambulantisierung. Allerdings blieben diese bisher ohne durchschlagenden Erfolg bei der Überwindung der Sektorgrenzen. Zur Vermeidung von finanziellen Fehlanreizen wurde letztlich nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) ab 2009 auf den Weg gebracht. Im Hinblick auf massive Widerstände bei der Umsetzung mündete dieses letztlich in das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Im Jahr 2015 trat daneben das Versorgungsstärkungsgesetz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in Kraft, welches zwischenzeitlich weitreichende Veränderungen im ambulanten Sektor bewirkte. (Übersicht in Koch-Stoecker & Driessen 2017)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die unwürdigen Ausgangszustände einer lediglich verwahrenden Anstaltspsychiatrie von 1975 überwunden wurden: In einem differenzierten Versorgungssystem steht ein breites Spektrum an vielfältigen evidenzbasierten psychopharmakologischen und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Bei Versorgung von 95,7% der Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ambulant und lediglich 4,2% stationär und 0,1% teilstationär (Gaebel et al. 2013), findet die Behandlung dabei gemeindenah bzw. ambulant vor stationär statt mit Erhöhung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Kritisch anzumerken im Rahmen der Enquête ist die nur zum Teil gelungene Dezentralisierung bei anhaltend schwerpunktmäßiger Versorgung von Patienten in psychiatrischen Fachkliniken anstatt in an Allgemeinkrankenhäusern angegliederten Fachabteilungen (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007). Die Gleichstellung psychisch mit somatisch kranken Menschen ist daneben anhaltend unbefriedigend und aufgrund dessen aktuell Bestandteil des Europäischen Aktionsplanes für psychische Gesundheit (2013 - 2020) der World Health Organization (WHO). Ebenfalls wiederholter Kritikpunkt bleibt auch das sich zunehmend entwickelnde Parallelsystem Psychosomatik neben der Psychiatrie mit nicht spezifischem Diagnosespektrum, der Gefahr der Stigmatisierung psychiatrischer Patienten und geringer Beteiligung an der Akutversorgung bei elektiver Aufnahmepraxis – meist wohnortfern und ohne Vernetzung (Borrmann-Hassenbach et al. 2012; Schneider et al. 2012).

Im Rahmen der positiven Entwicklungen der Psychiatrie-Enquête haben sich allerdings auch drei neue Problematiken auf der Ebene des Gesundheitssystems ergeben:

Erste Problematik: Aus ehemals langjährigen „Anstaltsinsassen“ ist bedingt durch die Deinstitutionalisierung die Subgruppe der schwer psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfs- und hohem Ressourcenbedarf entstanden. Diese Subgruppe macht ca. 1 bis 2% der erwachsenen Bevölkerung aus (Güh-

ne et al. 2015) und stellt eine heterogene Gruppe mit weitreichenden psychosozialen Beeinträchtigungen dar (Huttner 2006).

Zweite Problematik: Bei den Verlegungen der Langzeitpatienten in Heime wird anstelle einer Enthospitalisierung eine Trans-Institutionalisierung diskutiert (Bitter et al. 2009; Mir et al. 2013), bei wenig Entlassperspektive und fehlenden zielgruppenspezifischen therapeutischen Konzepten (Franz et al. 2010). Wenn gleich sich die Lebensqualität verbessert hat (Bitter et al. 2009), wird bemängelt, dass das soziale Netzwerk in der Gemeinde für chronisch psychisch Erkrankte lediglich aus Leidensgenossen, Betreuungspersonen und Behandlern fernab der sozialen Normalität besteht (Hambrecht 2007).

Dritte Problematik: Mit dem Bettenabbau in psychiatrischen Fachkliniken kam es parallel zu einer Zunahme der Plätze im Maßregelvollzug (Mir et al. 2013; Chow & Priebe 2016). Neben weiteren Gründen wird hierbei ein Zusammenhang mit Behandlungsdefiziten im Regelversorgungssystem vermutet (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2012).

1.3 Versorgungssituation psychisch kranker Menschen im Bezirk Unterfranken im Beobachtungszeitraum

Die Studie und die folgenden Ausführungen fokussieren sich auf die Versorgungssituation psychisch kranker Menschen ab dem 18. Lebensjahr. Die stationäre Versorgung im Bezirk Unterfranken wird durch die zwei Bezirkskrankenhäuser (BKHs) in Lohr am Main und Werneck mit Aufnahmeverpflichtung gewährleistet. Daneben hat das BKH Lohr seit 1996 am Sozialzentrum am Rosensee in Aschaffenburg eine Krisenstation mit 8 Planbetten. Des Weiteren gibt es im Bezirk Unterfranken noch die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Würzburg und die psychosomatischen Kliniken in Bad Neustadt (Saale) bzw. in Bad Kissingen ohne Aufnahmeverpflichtung. Neben psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken gab es im Beobachtungszeitraum noch 14 Betten in der Suchtrehabilitation in Lohr. Der Fokus der vorliegenden Analyse liegt auf den, im Folgenden näher erläuterten, BKHs in Lohr und Werneck. Die Außenstand-

orte der BKHs werden im Hinblick auf Vollständigkeit erwähnt, sind allerdings, wie die teilstationäre Versorgung und der Bereich der stationären Rehabilitation, nicht Bestandteil dieser Untersuchung.

Das BKH Lohr versorgt mit konstant 291 Planbetten psychisch kranke Menschen des westlichen Unterfrankens aus dem Stadt- und Landkreis (LK) Würzburg und Aschaffenburg sowie den LK Main-Spessart und LK Miltenberg (Übersicht siehe Abbildung 1). Das BKH Werneck mit einer Bettenkapazität von 290 Betten hat die Versorgungsverpflichtung für das östliche Unterfranken (Stadt- und LK Schweinfurt, LK Haßberge, LK Rhön-Grabfeld, LK Bad Kissingen und LK Kitzingen).



Abbildung 1: Bezirk Unterfranken mit neun Landkreisen und drei kreisfreien Städten.
(Quelle: Bezirk Unterfranken. Wiedergabe mit Genehmigung)

Die Pflichtversorgungsgebiete beider BKHs bleiben gebietlich unverändert über die Jahre 2004 bis 2012. Daneben verändert sich die volljährige Bevölkerung im Einzugsgebiet nicht bedeutsam mit -3,0% im regionalen Pflichtversorgungsge-

biet des BKH Lohr (801.041 Einwohner in 2004, 795.315 Einwohner in 2008, 777.299 Einwohner in 2012) und -4,3% im Pflichteinzugsgebiet des BKH Werneck (543.588 Einwohner in 2004, 532.181 in 2008 sowie 520.428 Einwohner in 2012). Das Versorgungsgebiet des BKH Lohr ist hierbei in den Indexjahren um ca. 260.000 Einwohner größer als der zu versorgende Bereich des BKH Werneck. (Regionaldatenbank Deutschland 2017)

Beide BKHs bieten ein analoges Behandlungsspektrum bestehend aus gerontopsychiatrischen, psychosomatischen und allgemeinspsychiatrischen (offen und geschützt geführten) Stationen. Daneben gibt es Stationen zur Krisenintervention und Entgiftungs- und Motivationsstationen für suchtkranke Menschen. Im Unterschied zum BKH Werneck bietet das BKH Lohr die Möglichkeit der Durchführung einer Elektrokrampftherapie. In den Jahren 2004, 2008 und 2012 kam es zu keinen größeren baulichen Veränderungen mit Sperrungen von Stationen in den BKHs.

Die teilstationäre Versorgung erfolgt am BKH Lohr mit 27 Plätzen und am Sozialzentrum am Rosensee in Aschaffenburg mit 40 Plätzen. Das BKH Werneck bietet seit 01.09.1995 eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik in Schweinfurt mit 20 Behandlungsplätzen. Des Weiteren gibt es tagesklinische Plätze an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Würzburg sowie an der Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt an der Saale.

Die spezialärztliche ambulante Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung wird von Fachärzten (FÄ) für Psychiatrie und Psychotherapie, FÄ für Nervenheilkunde bzw. Neurologie und Psychiatrie, Neurologen, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Bezeichnung seit 2003; ehemals FÄ für Psychotherapeutische Medizin [1992 bis 2003]), FÄ mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychologischen Psychotherapeuten erbracht (Kruse et al. 2012). Daneben finden niederschwellige Interventionen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung durch entsprechend weitergebildete Haus- und Fachärzte statt. Der Hausarzt ist dabei ein zentraler Ansprechpartner

bei psychischen Beschwerden (Kovess-Masfety et al. 2007; Larisch et al. 2013) und in der Nachsorge (Bauer et al. 2014).

Ergänzt wird der niedergelassene ambulante Bereich durch PIAs, die entsprechend ihrem Versorgungsauftrag nach § 118 Absatz 1 Satz 2 SGB V auch in der Umsetzung chronisch, schwer kranke Menschen mit Komplexleistungen versorgen (Valdes-Stauber & Kilian 2013). Die PIAs der Versorgungskliniken sind am BKH Lohr, am Standort im Sozialzentrum am Rosensee in Aschaffenburg, am BKH Werneck und seit Mitte 2012 ergänzend an der PIA in Schweinfurt angesiedelt. Daneben wird die ambulante Versorgung durch die Hochschulambulanzen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg und Ambulanzen von diversen Ausbildungsstätten wie z.B. die Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation und Würzburger Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. im Bezirk Unterfranken verstärkt.

An der Schnittstelle zwischen Klinik und dem ambulanten Bereich gibt es SpDis und Psychosoziale Suchtberatungsstellen (PSBs), die im Folgenden dem komplementären Bereich zugeordnet werden. Wichtige Aufgaben der SpDis umfassen bei psychisch chronisch kranken Menschen die Koordination der gemeindepsychiatrischen Versorgung, die patientenorientierte Koordination von komplexen Hilfen sowie Beratung und aufsuchende Hilfen (Melchinger 2008b). Suchtmittelabhängige Menschen finden zusätzlich Unterstützung bei PSBs.

Die komplementären Versorgungsangebote wirken verstärkt in das psychosoziale Umfeld der Patienten hinein und gliedern sich neben den SpDis und PSBs in die Bereiche Wohnen, Alltagsgestaltung und Arbeit. Rehabilitative Anliegen stehen hier im Vordergrund.

Im Hinblick auf die Wohnmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen gibt es in Deutschland verschiedene Wohnformen wie betreutes Einzelwohnen, betreute Wohngruppen, dezentraler Wohnverbund, Wohn- und Pflegeheime, soziotherapeutische Einrichtungen, Familienpflege und Übergangseinrichtungen (Stengler et al. 2015). Diese Einrichtungen finden sich ebenfalls im Bezirk Unterfran-

ken. Der Fokus liegt in dieser Studie auf dem ambulant betreuten Wohnen und der Psychiatrischen Familienpflege.

Im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege erfolgt die Betreuung eines so weit stabilen psychisch kranken Menschen in einer Gastfamilie mit dem Ziel der sozialen Integration. Die Gastfamilie erhält hierbei eine adäquate Vergütung. (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2007)

Zur Alltagsgestaltung besteht die Möglichkeit des Besuches von Tagesstätten im Bezirk Unterfranken. Einerseits fungieren diese als niederschwellige Kontaktstellen, andererseits bieten sie tagesstrukturierende Maßnahmen im Sinne eines teilstationären Angebotes zur Stabilisierung und Rezidivprophylaxe psychischer Erkrankungen. Das Beschäftigungsprogramm ist dabei klar strukturiert bei reduziertem therapeutischem Umfang zur Vermeidung von Überforderung. (Bezirk Unterfranken 2017)

Die berufliche Rehabilitation wird daneben im psychiatrischen Gesamtbehandlungsplan im Hinblick auf die internationale Studienlage in den S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ für psychisch kranke Menschen empfohlen (Falkai 2013). Der Stellenwert der Arbeit hinsichtlich der Tagesstrukturierung, dem Knüpfen von Sozialkontakten, dem Beitrag zu einem positiven Selbstwert und der Sicherung des finanziellen Lebensunterhaltes (Brieger & Hoffmann 2012) macht diese Empfehlung nachvollziehbar. Im Bezirk Unterfranken besteht hier die Möglichkeit des Besuchs von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), wobei der Fokus in der vorliegenden Arbeit speziell auf den Werkstätten für psychisch behinderte Menschen liegt.

Für psychisch kranke Menschen, die in WfbMs unterfordert wären, bietet sich als Zwischenstufe zwischen dem allgemeinen Arbeitsmarkt und den WfbMs die Anstellung in Integrationsfirmen an. Integrationsfirmen (synonym genannt Selbsthilfefirmen) arbeiten nach allgemeinen wirtschaftlichen Wettbewerbsbedingungen. Im Unterschied zu anderen Wirtschaftsbetrieben verfolgen sie aller-

dings als ein Teilziel die Schaffung von Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Menschen. Integrationsfirmen bieten hierbei Arbeitsbedingungen auf der Grundlage eines regulären Arbeitsvertrages. Dennoch besteht im Rahmen der Anstellung bei Integrationsfirmen die Möglichkeit, auf soziale bzw. psychische Problemlagen adäquat reagieren zu können mit dem Ziel der Stabilisierung des Leistungspotenzials ihrer Arbeitnehmer. (Verband der bayerischen Bezirke 1999)

Eine weitere Form der beruflichen Teilhabe stellt die Zuverdienstmöglichkeit mit einem Beschäftigungsumfang von in der Regel bis zu 15 Stunden pro Woche dar. Hierbei handelt es sich um ein niederschwelliges Arbeitsangebot für Menschen mit (psychischen) Behinderungen mit vorübergehender oder dauerhafter Erwerbsminderung. Die Rahmenbedingungen orientieren sich dabei an den Bedürfnissen der Beschäftigten, Leistungsschwankungen werden berücksichtigt. Ziel ist die Teilhabe an der Arbeit mit Steigerung der Arbeitsgrundfähigkeit unter Umständen vor dem Hintergrund einer beruflichen Eingliederung. Weitere Ziele sind die Stabilisierung sozialer Fähigkeiten und die Tagsstrukturierung im Rahmen einer finanziellen Motivation durch monetären Zuverdienst. (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2009)

Ergänzend zu den erläuterten Angeboten gibt es einen Krisendienst in Würzburg seit 1990 mit Zuständigkeit für Stadt und LK Würzburg, LK Kitzingen und den LK Main-Spessart. Weitere Hilfsangebote sind diverse Selbsthilfegruppen und SGB V-Leistungen wie die Ergo- und Soziotherapie, welche im Zusammenhang dieser Untersuchung nicht weiter vertieft werden.

1.4 Stand der Forschung

Wie bereits unter 1.2 dargestellt, erfolgten im Rahmen der Psychiatrie-Enquête bis zum Jahr 2000 große strukturelle Änderungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungslandschaft. In der Folgezeit stand die Abstimmung der entwickelten Sektoren mit der Weiterentwicklung regionaler Verbundstrukturen im Vordergrund (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007). Im Hinblick auf diesen Fokuswechsel stellt sich die Frage, wie sich die psychiatrische Versorgungslandschaft und deren Inan-

spruchnahme im Zeitraum von 2004 bis 2012 bzw. bei den Niedergelassenen von 2008 bis 2012 in Deutschland und speziell in Bayern in den einzelnen Bereichen entwickelt haben. Erschwerend bei der Beurteilung ist, dass Themen zur Versorgungsforschung und Epidemiologie bislang leider nur unzureichend erforscht sind, wohingegen Deutschland in der Erforschung einzelner Krankheitsbilder wie Schizophrenie, depressiver Erkrankungen und Alkoholabhängigkeit im internationalen Vergleich hinsichtlich des Publikationsoutput unter den vordersten Plätzen rangiert (Falkai et al. 2013). Erst am 17.03.2011 beschloss der Bayerische Landtag die Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Bayern (Bayerischer Landtag 2011). Bedingt unter anderem durch die gesetzlich vorgeschriebene Begleitforschung entsprechend § 17d Absatz 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zum psychiatrisch-psychosomatischen Entgeltssystem zeigte sich in den letzten Jahren eine spürbare Zunahme der Forschung. Insgesamt lässt sich zwischenzeitlich eine große Anzahl von Veröffentlichungen zur Versorgungssituation psychiatrisch kranker Menschen in Deutschland finden. Bei genauerer Sichtung zeigt sich allerdings gerade für den hier interessierenden Zeitraum eine unzureichende Datenlage.

Um das deutsche psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem abzubilden, stehen Daten einzelner gesetzlicher Krankenversicherungen (GKV), des Statistischen Bundesamtes, vereinzelt auch der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. Daten aus der Mitgliederstatistik der Ärztekammer und Einzelstudien zur Verfügung (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2017). Daneben gibt es regelmäßige Auswertungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) zu den psychiatrischen Fachkliniken und des Bayerischen Instituts für Daten, Analysen und Qualitätssicherung (BIDAQ) im Rahmen der Ambulanten Basisdokumentation (AmBADO). Leider sind diese Datensätze nicht für Studienzwecke der Öffentlichkeit zugänglich. Für Deutschland und die Bundesländer existieren von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Erhebungsjahre 2005 und 2010 Datenerhebungen zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgungslage im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenzen (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012). Kontinuier-

liche Umfragen des Deutschen Krankenhausinstituts im Rahmen des PSYCHI-
atrie Barometers gibt es erst seit 2011 (Blum et al. 2011).

Mit Bezugnahme auf die aufgeführten Quellen lässt sich im Hinblick auf die
Entwicklungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsland-
schaft für den interessierenden Zeitraum – soweit darstellbar – in den einzelnen
Bereichen folgende Veränderungen feststellen:

Im **stationären Bereich** haben sich die zur Verfügung stehenden Bettenkapazi-
täten für Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2004 auf das Jahr 2012 nicht
wesentlich verändert mit deutschlandweit einer diskreten Bettenzunahme von
+1,8% und bayernweit einer Abnahme von -3,8% (Statistisches Bundesamt
2005, 2013c). Die bereits für den Zeitraum von 1996 bis 2006 an der Klinik und
Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am
Bezirksklinikum Regensburg verzeichnete Zunahme der stationärer Behand-
lungsfälle (Hübner-Liebermann et al. 2008) setzt sich ebenfalls deutschlandweit
fort (Statistisches Bundesamt 2018): Die altersstandardisierte Fallzahl je
100.000 Einwohner, als Korrelat für die stationäre Inanspruchnahme in deut-
schen Krankenhäusern aufgrund einer ICD-10 F-Diagnose, ist sowohl für
Deutschland von 1241 auf 1509 (+21,6%) als auch für Bayern von 1187 auf
1457 (+22,7%) von 2004 auf 2012 angestiegen. Betrachtet man die Behand-
lungsfälle für alle ICD-10 Diagnosen als Behandlungsanlässe in deutschen
Krankenhäusern, zeigt sich hierzu im Vergleich lediglich ein moderater Anstieg
der altersstandardisierten Fallzahl je 100.000 Einwohner für Deutschland mit
+6,8% bzw. für Bayern mit +5,0% (Statistisches Bundesamt 2018). Kranken-
kassendaten der Barmer Gmünder Ersatzkasse (GEK) bestätigen ebenfalls den
Trend der erhöhten stationären Inanspruchnahme der Versicherten von Kran-
kenhausbehandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen mit Zunahme der
Betroffenen je 1.000 Versicherten von 7,0 in 2004 auf 8,5 in 2010 (Bitzer et al.
2011).

Die **PIAs** zeigen, gemäß den Gesundheitsministerkonferenz-Berichten (GMK-
Berichten) 2007 und 2012, für die Erhebungsjahre 2005 und 2010 ebenfalls
Ausbauten der Behandlungskapazitäten: In Bayern steigt die Anzahl der PIAs

von 39 auf 49 an und deutschlandweit zeigt sich eine Zunahme von 418 auf 491 PIAs. Mit dem Ausbau der Kapazitäten stieg ebenfalls die Inanspruchnahme: Während 2005 deutschlandweit 8,3 Fälle pro 1.000 Einwohner in PIAs behandelt werden, hat sich die Anzahl der behandelten Fälle pro 1.000 Einwohner in 2010 auf 16,5 nahezu verdoppelt. (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012)

Im **niedergelassenen ambulanten Bereich** ist die Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in der Niederlassung seit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz in 2007 gestiegen, da dieses die Flexibilisierung des Vertragsarztrechts mit Teilzulassung und im Angestelltenverhältnis ermöglichte. Allerdings haben sich unter Berücksichtigung des Teilnahmeumfangs – welcher ab 2009 verfügbar ist – im Zeitraum von 2009 auf 2015 die Kapazitäten lediglich bei den Psychologischen Psychotherapeuten mit +17,6% erhöht, während die Versorgung durch ärztliche Psychotherapeuten (+1,9%) und Nervenärzte (-1,8%) praktisch unverändert geblieben ist. (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns [KVB] 2017)

Ein Vergleich von 2006 mit dem Jahr 2013 zeigt sowohl in Deutschland als auch in Bayern, sowohl in ländlichen als auch in städtischen Regionen, eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bezogen auf 100.000 Einwohner, wobei unter dem Begriff der Psychotherapeuten auch ärztliche, psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten subsumiert werden. (Robert Koch-Institut 2015)

Betrachtet man nun die Inanspruchnahme der FÄ für Neurologie und FÄ für Psychiatrie bzw. von Psychotherapeuten anhand der Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) im Vergleich zum Bundes-Gesundheitssurvey (BGS98), zeigt sich in den Daten der DEGS1 eine signifikant höhere Inanspruchnahme dieser Fachgruppen (Rattay et al. 2013). Ebenfalls lassen sich für den Zeitraum von 2004 bis 2008 steigende Behandlungsraten in der Gruppe der Nervenärzte und Kinder- und Jugendpsychiater von 8,3% auf 8,8% bzw. in der Gruppe der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten (inkl. Kinder- und Jugendpsychoherapeuten) von 1,7% auf 2,2% fest-

stellen (Grobe et al. 2010). Aufgrund einer Änderung der Aufbereitung der Datensystematik, bedingt durch die Einführung der lebenslangen Arztnummer mit neuer Fachgebietszuordnung ab dem 3. Quartal 2008, ist hier allerdings anhand der Barmer Gmünder Ersatzkasse (GEK) Arztberichte (Grobe et al. 2010; Grobe et al. 2014) kein Vergleich der Daten für den primär interessierenden Zeitraum von 2008 mit den ambulanten Daten aus 2012 möglich.

Für verschiedene Zeiträume lassen sich aus verschiedenen Quellen daneben für Deutschland (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung 2007; Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV] 2018a) und Bayern (KVB 2009; KBV 2018a) eine Zunahme an genehmigter Richtlinien-Psychotherapie bzw. an psychotherapeutischen Behandlungsfällen zeigen. In den verfügbaren Daten (KBV 2018a), die sich dem hier vorliegenden Beobachtungszeitraum im niedergelassenen ambulanten Bereich annähern, vom 1. Quartal 2009 zum 1. Quartal 2013, sind lediglich bei den Psychotherapeuten Fallzahlsteigerungen ersichtlich. In der Nervenarztgruppe bestehend aus FÄ für Nervenheilkunde, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie und FÄ für Neurologie hingegen zeigen sich keine wesentlichen Veränderungen der Behandlungsfälle beim Vergleich der beiden Quartale für Deutschland bzw. Bayern (KBV 2018a). Dies ist im Hinblick auf die bereits thematisierte, stagnierende Anzahl der Nervenärzte nachvollziehbar.

Im **komplementären Bereich** ist die Datenlage in Bezug auf verfügbare Zeitreihen sehr übersichtlich. Die komplementären Therapien wurden bis zur Etablierung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und beteiligten Organisationen bis vor wenigen Jahren kaum beachtet (Bramesfeld et al. 2014). Problematisch in diesem Bereich ist, dass Vergleichbares stellenweise unterschiedlich benannt wird (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003). Daneben erschweren unterschiedliche Rahmenbedingungen und uneinheitliche Dokumentationen zum Vergleich von Parametern die Durchführung von Studien in diesem Bereich (Kallert et al. 2005; Melchinger 2008b).

Die überörtlichen Sozialhilfeträger lassen seit 1998 regelmäßig Kennzahlenvergleiche erstellen mit Zeitreihen zu Wohn-, Arbeits- und Beschäftigungsangeboten, um das Leistungsgeschehen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen offenzulegen. Je nach Kennzahl und Beobachtungsjahr variieren allerdings die teilnehmenden überörtlichen Sozialhilfeträger, sodass sich hier der Vergleich schwierig gestaltet und sich kein einheitliches Bild für Deutschland ableiten lässt. Für die teilnehmenden bayerischen Regierungsbezirke liegt im Hinblick auf verschiedene Parameter eine Verbesserung vor. Es zeigt sich in folgenden Bereichen eine Zunahme der Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen pro 1.000 Einwohner, der Leistungsberechtigten im begleiteten Wohnen in der Familie (entsprechend der Psychiatrischen Familienpflege), der Plätze in WfbM (speziell für Menschen mit seelischer Behinderung) pro 1.000 Einwohner und der Platzdichte der Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen pro 1.000 Einwohner jeweils von 2004 auf 2012. (Schütz-Sehring et al. 2013)

Unterstützend weisen ebenfalls vergleichend die Daten der GMK-Berichte 2007 und 2012 (für die Indexjahre 2005 und 2010) auf eine verbesserte Versorgung für Deutschland und Bayern im komplementären Bereich hin bei Betrachtung der zur Verfügung stehenden Plätze für ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung, der Anzahl der Tagesstätten mit und ohne verbindliche Regelungen zur Teilnahme und Anzahl der WfbM speziell für psychisch kranke Menschen. Im Hinblick auf die SpDis, zumindest für Deutschland, zeigt sich allerdings eine leichte Abnahme der Volldienste mit Außenstellen. (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012)

Zusätzlich zu den zitierten Quellen zeigen verschiedene Autoren unter Aufbereitung verschiedener Datenquellen und Zeiträume analoge Befunde zur Versorgungslage, wie sie in den vorangehenden Ausführungen dargestellt sind (Jäger & Rössler 2012; Schneider et al. 2012; Kowitz et al. 2014; Koch-Stoecker & Driessen 2017; Kallert et al. 2017; Möller et al. 2017).

1.5 Zielsetzung

Aus den vorangegangenen Kapiteln wird ersichtlich, dass psychische Erkrankungen zunehmend an gesamtgesellschaftlicher Relevanz gewinnen bei insgesamt und vor allem regional lückenhafter Versorgungsforschung. Wie unter 1.2 dargestellt, entstanden im Rahmen der Psychiatrie-Enquête neue Problematiken für das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem. Um derartige Problematiken bzw. Veränderungen aufzeigen zu können, bedarf es Längsschnittstudien. Publierte regionale Routinedaten für Bayern sind jedoch rar. Sie zeigen dabei oft nur eine Momentaufnahme und bilden nicht die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung ab (Freund 2013; Ungewitter et al. 2013; Grimm-Halkevopoulos 2014), konzentrieren sich auf einen Sektor bzw./oder umfassen nicht den beobachteten Zeitraum (Huttner 2006; Hübner-Liebermann et al. 2008; Valdes-Stauber & Putzhammer 2008) bzw. Bayern (Böcker et al. 2001; Böhme 2010; Eisele et al. 2015). Bei den einzelnen Sektoren ist allerdings nicht von isolierten Bereichen, sondern – wenngleich kaum belegt – von wechselseitigen Interaktionen auszugehen. Umso wichtiger ist die Erfassung mehrerer Sektoren im Verlauf, um einhergehende Veränderungen zwischen den Versorgungsbereichen aufzuzeigen.

Die Versorgungslage ist in Deutschland regional sehr unterschiedlich ausgebaut (Bramesfeld 2003; Freund 2013; Ungewitter et al. 2013; Albrecht et al. 2015; Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2017) bedingt durch eine uneinheitliche Bevölkerungsstruktur (aus Osterloh, 2016) und der föderalen Organisation des Gesundheitssystems (Stengler et al. 2015). In der Konsequenz ist der Wohnort in Deutschland damit entscheidend für die Zugangsmöglichkeiten zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (Rommel et al. 2017). Fraglich bleibt also, wie sich die Entwicklung der Versorgungslandschaft und deren Inanspruchnahme auf regionaler Ebene im Einzelnen vollziehen. Dies ist ebenfalls im Hinblick auf die Optimierung der Patientenversorgung und der Ressourcenallokation im Gesundheitssystem von Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur bisher seltenen regionalen Versorgungsforschung leisten. In einer retrospektiven Längsschnittanalyse über die Beobachtungsjahre 2004, 2008 und 2012 bzw. das 4. Quartal 2008 und 4. Quartal 2012 wird das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsgeschehen im Bezirk Unterfranken vergleichend für die zwei BKHs in Lohr und Werneck und deren regionales Pflichtversorgungsgebiet dargestellt. Der Fokus der Untersuchung liegt somit auf der Entwicklung der Versorgungsstrukturen und deren Inanspruchnahme. Nicht dezidiert Gegenstand ist die Beurteilung des Versorgungsgrades bzgl. psychischer Erkrankungen oder dessen Bedarfsgerechtigkeit. Ziel ist hierbei – wie bereits thematisiert – die Entwicklung der Versorgungsstrukturen zu beschreiben, daneben die Ableitung von Erklärungsansätzen und ggf. Identifikation von Verbesserungspotenzialen und weiteren Impulsen für Forschungsansätze. Es handelt sich damit um eine mehrere Sektoren übergreifende Studie unter Berücksichtigung einer breit angelegten Datenbasis von Behandlungs- und Strukturdaten im Längsschnittverlauf.

Das Modell in Abbildung 2 zeigt eine Aufstellung der in der Studie berücksichtigten Sektoren im Einzelnen mit Variablen zu Behandlungs- und Strukturdaten zur Prüfung der unter 1.6 erläuterten Fragestellungen und der Hypothesen. Der Fokus der Analyse liegt hierbei auf Bayern. Die Universitätsklinik Würzburg, die psychosomatischen und rehabilitativen Kliniken sowie die Außenstellen des BKH Lohr, des BKH Werneck bzw. der teilstationäre Bereich werden, wie bereits unter 1.3 erwähnt, im Rahmen der Studie nicht berücksichtigt.

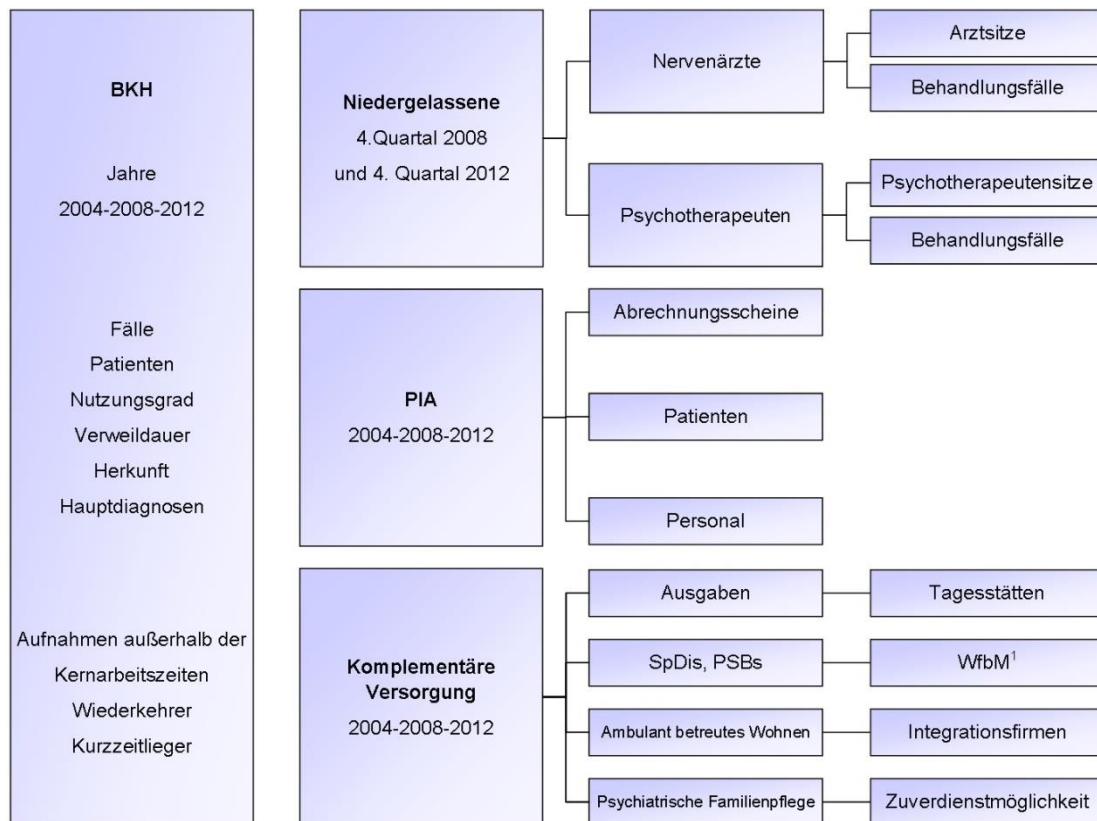


Abbildung 2: Bereiche und Kennwerte zur Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen. *Abkürzungen.* PIA: Psychiatrische Institutsambulanz, SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen, WfbM¹: Werkstätten für behinderte Menschen. ¹Speziell für psychisch behinderte Menschen.

1.6 Fragestellungen und Hypothesen

Bei Betrachtung der Entwicklung des stationären Bereiches ist bei nicht wesentlich veränderten Bettenkapazitäten der Betten für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland und Bayern von 2004 auf 2012 (Statistisches Bundesamt 2005, 2013c) von einer vermehrten stationären Inanspruchnahme von Krankenhäusern bei psychischen Erkrankungen in Deutschland auszugehen (Bitzer et al. 2011; Statistisches Bundesamt 2018). Analog stellt sich nun die Frage, wie sich die stationäre Belegung in den Beobachtungsjahren 2004, 2008 und 2012 im BKH Lohr und BKH Werneck entwickelt hat und es ergibt sich folgende Hypothese:

Hypothese 1: Die stationäre Belegung hat in den Beobachtungsjahren 2004, 2008 und 2012 im BKH Lohr und BKH Werneck zugenommen.

Gleichzeitig leitet sich parallel hierzu im Hinblick auf die ambulante und komplementäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in den Einzugsgebieten des BKH Lohr und des BKH Werneck die Fragestellung ab, wie sich diese in den Verlaufs Jahren entwickelt hat vor allem vor dem Hintergrund einer möglichen stationären Belegungszunahme.

Vorliegende Daten von 2005 und 2010 zeigen für Deutschland einen Ausbau der PIA-Kapazitäten mit nahezu einer Verdopplung der behandelten Fälle pro 1.000 Einwohner (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012). Ebenfalls ist es im niedergelassenen ambulanten Bereich zu einer verbesserten Versorgung mit Psychotherapeuten gekommen zu verschiedenen Zeitpunkten (Robert Koch-Institut 2015; KVB 2017) bei eher unveränderten Kapazitäten der Nervenärzte von 2009 auf 2015 (KVB 2017). Es ergeben sich in der Literatur ebenfalls zu verschiedenen Zeitpunkten Hinweise auf die vermehrte Inanspruchnahme dieser beiden Gruppen in Deutschland bzw. Bayern (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung 2007; KVB 2009; Grobe et al. 2010; Rattay et al. 2013). Allerdings zeigt sich bei dezidierter Betrachtung bei Annäherung an den primär interessierenden Zeitraum (verfügbar vom 1. Quartal 2009 zum 1. Quartal 2013) lediglich bei der Gruppe der Psychotherapeuten eine Zunahme der Behandlungsfälle für Deutschland und Bayern (KBV 2018a).

Ebenfalls ergeben sich im komplementären Sektor bei der Betrachtung ausgewählter Kennzahlen im Bereich von Wohnen, Alltagsgestaltung und Arbeit Hinweise auf eine Verbesserung der Versorgung für Deutschland und Bayern von 2004 auf 2012 bzw. von 2005 auf 2010 (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012; Schütz-Sehring et al. 2013).

Die Wahrnehmung von langen Wartezeiten in der klinischen Tätigkeit auf ambulante bzw. komplementäre Versorgungsangebote, die fehlende Datengrundlage neben der Tatsache von regional sehr verschiedenen Versorgungsangeboten (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007) und Hinweise auch auf Abbau von Kapazitäten im Bereich der SpDis (Arbeits-

gruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012) führt, trotz auf Verbesserung hinweisende Befunde für Deutschland und Bayern, zu folgender Annahme:

Hypothese 2: Die ambulante und komplementäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in den Einzugsgebieten des BKH Lohr und des BKH Werneck hat in den Indexjahren 2004, 2008 und 2012 abgenommen.

Neben der Klärung der beiden Hypothesen werden folgende stationäre Fallsubpopulationen

- Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (KAZ)
- Wiederaufnahmen im Indexjahr
- Kurzzeitlieger (KZL) mit $1 \leq 3$ Tagen stationärer Verweildauer

auf ihren Beitrag zur Belegungssteigerung explorativ untersucht.

Die Fokussierung dieser Subgruppen resultiert aus dem Umstand, dass kürzere Liegezeiten, häufige Wiederaufnahmen und Aufnahmen außerhalb der KAZ vermutlich mit höheren Aufwendungen im Hinblick auf die Versorgung assoziiert sind (Godemann et al. 2015).

2. METHODEN

Zur Studie liegt eine positive Stellungnahme der Ethikkommission der Universität Würzburg vom 22.03.2016 (Schriftwechsel 20160307 01) vor.

Zunächst erfolgt die Skizzierung der Datenerhebung für den stationären, den ambulanten und den komplementären Bereich und letztlich wird die Datenerhebung der Subgruppen (Aufnahmen außerhalb der KAZ, Wiederaufnahmen und KZL) dargestellt. Abschließend erfolgen Erläuterungen zur statistischen Auswertung.

Die aus diversen Herkunftsquellen vorliegenden Variablen wurden mit Hilfe von Excel (Microsoft Office Version 2010) verwaltet.

2.1 Datenerhebung der stationären Basisdaten

2.1.1 Fälle und Patienten

Zur Überprüfung der Hypothese 1 wurden die stationären Datensätze der Fälle und Patienten (ohne privatversicherte Patienten) und im weiteren erläuterte Kennzahlen für das Jahr 2004 aus dem Krankenhausinformationssystem Branchenorganisation und Softwaresysteme (BOSS) und in den Jahren 2008 und 2012 aus dem Krankenhausinformationssystem ORBIS in beiden Kliniken extrahiert. Die gewonnen Daten wurden anschließend in Exceldateien für das jeweilige Indexjahr und das jeweilige BKH nach folgendem Aufbau importiert (siehe Abbildung 3): Es wurden jeweils die Fälle und Patienten zum Stichtag, dem 31.12. des entsprechenden Indexjahres, erfasst. Alle Fälle in allen Indexjahren und beiden BKHs waren zum Erhebungszeitpunkt abgeschlossen.

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
|---|---------|-----|------------------|---------------------|---------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|-------|------------|
| 1 | Fallnr. | PID | Aufnahmen gesamt | Entlassungen gesamt | Aufnahmedatum | Aufnahmezeit | Entlassdatum | Berechnungstage | Geburtsdatum | Alter | Geschlecht |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |

Abbildung 3: Aufbau der Exceltabellen für importierte Daten aus den Krankenhausinformationssystemen in den jeweiligen Indexjahren.
Abkürzungen: Fallnr.: Fallnummer, PID: Patientenidentifikationsnummer.

Die Fallzahl wurde entsprechend der Gleichung 1 nach der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze 2012 (Bundespfllegesatzverordnung – BpflV 2012, Stand 31.12.2012; Anhang 2 [zu Anlage 1] zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung) berechnet:

$$\text{Fallzahl} = \frac{(\text{Anzahl der Aufnahmen im Indexjahr} + \text{Anzahl der Entlassungen im Indexjahr})}{2} \quad (1)$$

Anschließend wurden die Daten mit der Sortierfunktion in Excel nach Geschlecht für die Fälle (entsprechend der Fallnummer) und Patienten (nach der Patientenidentifikationsnummer [PID]) ab dem 18. Lebensjahr geordnet und erfasst. Das Alter errechnete sich hierbei nach dem Aufnahmedatum zum Geburtstag.

2.1.2 Nutzungsgrad

Der Nutzungsgrad in Prozent wurde in den Schaltjahren 2004, 2008 und 2012 entsprechend der Gleichung 2 berechnet:

$$\text{Nutzungsgrad} = \frac{\text{Berechnungstage}}{\text{aufgestellte Betten} \cdot 366} \cdot 100 \quad (2)$$

Die verwendeten Datensätze beziehen sich hierbei auf den Stand der Daten um 23.59 Uhr am 31.12. des jeweiligen Indexjahres. Berechnungstage sind entsprechend § 14 Absatz 2 der BpflV 2012 (Stand 31.12.2012) dabei die Tage des stationären Aufenthaltes für die die BKHs die mit den Krankenkassen ausgehandelten Pflegesätze pro Tag und Fall erhalten. Hierbei ist der Entlasstag

kein Berechnungstag, es sei denn, der Patient wurde am selben Tag aufgenommen und entlassen.

Die Berechnungsgrundlage des BKH Lohr waren im Jahr 2004 und 2008 273 Betten und im Jahr 2012 271 Betten (nach Abzug der Betten für privatversicherte Patienten), im BKH Werneck 257 Betten in allen Indexjahren (ebenfalls nach Abzug der vorgehaltenen Betten für privatversicherte Patienten).

Der Nutzungsgrad der BKHs wurde allerdings unter Einbezug der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Fälle (KJP-Fälle) in den jeweiligen Indexjahren berechnet, da nur dieser die reale durchschnittliche Bettenauslastung der stationären Kapazitäten widerspiegelt. Entsprechend einer Vereinbarung mit dem Bezirk Unterfranken werden bei beschützt geführter Notfallindikation in den beiden BKHs Kinder- und Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr stationär aufgenommen bei nicht möglicher Versorgung durch die zuständigen Kliniken (der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikum Würzburg, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Leopoldina-Krankenhaus in Schweinfurt bzw. der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Aschaffenburg).

2.1.3 Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer (VWD) für die Männer, Frauen und die gesamte Population wurde nach Gleichung 3 berechnet mit Hilfe von Excel.

$$VWD = \frac{\text{Berechnungstage}}{\text{Fallzahl}} \quad (3)$$

2.1.4 Herkunft der Behandlungsfälle

Die Erfassung der Herkunft der stationären Belegungsfälle nach Einzugsgebiet erfolgte anhand der Einzugsgebietestatistiken aus dem Krankenhausinformationssystem BOSS für das Jahr 2004 und in den Jahren 2008 und 2012 aus dem Krankenhausinformationssystem ORBIS des jeweiligen BKH. Hier war jeder Fallnummer ein 8-stelliger amtlicher Gemeindeschlüssel (AGS) zugeordnet, entsprechend dem aktuellen Meldeort des stationären Behandlungsfalls. Die Daten wurden in Excel importiert. Der Tabelle 1 sind die erhobenen Herkunftsfälle

kategorien zu entnehmen. Diesen Herkunftskategorien wurden die online zugänglichen AGS zugeordnet. Letztlich wurden die AGS der Fallnummern nach den AGS dieser Kategorien mithilfe von Excel zur Ermittlung der Häufigkeiten in den einzelnen Indexjahren und des entsprechenden BKHs sortiert.

Tabelle 1: Herkunftskategorien der Behandlungsfälle nach Meldeort

| Region | umfasst |
|---------------------------|---|
| Einzugsgebiet BKH Lohr | Stadt- und Landkreis Würzburg Stadt- und Landkreis Aschaffenburg Landkreis Main-Spessart Landkreis Miltenberg |
| Einzugsgebiet BKH Werneck | Stadt- und Landkreis Schweinfurt Landkreis Haßberge Landkreis Rhön-Grabfeld Landkreis Bad Kissingen Landkreis Kitzingen |
| Übriges Bayern | Bayern (ohne Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck) |
| Übrige Bundesländer | Deutschland (ohne Bayern) |
| Unbekannt | keine Angaben |
| Ausland | weltweit (ohne Deutschland) |

Abkürzung. BKH: Bezirkskrankenhaus.

2.1.5 Hauptentlassdiagnosen der Behandlungsfälle

Die Erfassung der Hauptentlassdiagnosen der stationären Behandlungsfälle der beiden BKHs erfolgte anhand der Diagnosestatistiken aus dem Krankenhausinformationssystem BOSS für das Jahr 2004 und aus dem Krankenhausinformationssystem ORBIS für die Jahre 2008 und 2012 des jeweiligen BKHs. In diesen Statistiken war jeder Fallnummer (= Fall) eine entsprechende Hauptentlassdiagnose zugeordnet. Diese Diagnosen wurden gemäß der ICD-10 Katalog Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99) und Kapitel VI Krankheiten des Nervensystems (G00 - G99) sowie sonstige Kapitel (Kapitel I bis IV und VII bis XXII), wie in Tabelle 2 dargestellt, im Rahmen der Studie erfasst (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] 2004). Entsprechend der Kategorisierung in Tabelle 2 wurden letztlich die Hauptentlassdiagnosen in den jeweiligen Indexjahren und BKHs mit Hilfe von Excel geordnet und ihre Häufigkeiten erhoben.

Tabelle 2: Erfasste Hauptentlassdiagnosen nach ICD-10 (Quelle: In Anlehnung an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], ICD-10-German Modification)

| Kapitel | Unterkap. | Störungsbereich |
|-----------------|------------------|--|
| F0 | F00-F09 | Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen |
| F1 | F10-F19 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| F2 | F20-F29 | Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen |
| F3 | F30-F39 | Affektive Störungen |
| F4 | F40-F48 | Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen |
| F5 | F50-F59 | Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| F6 | F60-F69 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| F7 | F70-F79 | Intelligenzstörung |
| F8 | F80-F89 | Entwicklungsstörungen |
| F9 | F90-F98 | Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| | F99 | Nicht näher bezeichnete psychische Störungen |
| G | G00-G99 | Krankheiten des Nervensystems |
| sonstige | | ICD-10 Diagnosen nicht der Kategorie F oder G zugehörig |

Abkürzung. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10, Unterkap.: Unterkapitel.

2.2 Datenerhebung zur ambulanten Versorgung

2.2.1 Psychiatrische Institutsambulanzen

In den Beobachtungsjahren 2004, 2008 und 2012 wurden die Anzahl der behandelten Patienten und die Anzahl der Abrechnungsscheine pro Jahr erfasst. Ein Abrechnungsschein bedeutet, dass bei einem Patienten mindestens eine Leistung in einem Quartal über die PIA mit der entsprechenden Krankenkasse des behandelten Patienten abgerechnet wurde. Pro Patient können also pro Jahr maximal vier Abrechnungsscheine abgerechnet werden, wenn dieser ganzjährig in der entsprechenden Ambulanz in Behandlung war. In der später vergleichenden Literatur wird hier oft von PIA-Behandlungsfällen gesprochen. Zur Vermeidung von Verwechslungen mit den unter 2.2.2.2 definierten Behandlungsfällen in der Niederlassung, wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff der Abrechnungsscheine verwendet.

Die Patienten und Anzahl der Abrechnungsscheine wurden in den Jahren 2004 und 2008 aus der Praxissoftware MCS-ISYNET Version 6.6914 ausgelesen. In

der Praxissoftware wurde über die Leiste Auswertung → Statistik → KV-Statistik und der Zeitraumeinstellung für das jeweilige Indexjahr vom 01.01. bis 31.12. sowie der Auswahl über alle Ärzte (ohne Privatpatienten) an den entsprechenden Computern in der jeweiligen PIA vor Ort die interessierenden Variablen extrahiert. Die gewonnenen Daten wurden für das jeweilige Indexjahr und das jeweilige BKH in eine Exceldatei zur weiteren Auswertung importiert. Die Datensätze der PIA Lohr und PIA Werneck für das Indexjahr 2012 stammen aus dem Krankenhausinformationssystem ORBIS des jeweiligen BKH. Hier wurden die behandelten Patienten pro Indexjahr und die Anzahl der Abrechnungsscheine ausgelesen und die Daten ebenfalls in Exceltabellen übertragen.

Die Daten zum Personalbestand der PIAs wurden von der Personalabteilung der BKHs zur Verfügung gestellt und in Vollzeitkräften (VK) dargestellt.

2.2.2 Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten

Die Datensätze bzgl. der Arztsitze für die Jahre 2008 und 2012 und Behandlungsfälle im 4. Quartal 2008 und 4. Quartal 2012 für das Einzugsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck wurden dankenswerterweise von der KVB, Bezirksstelle München, in Form von Excel Dateien (Microsoft Word Version 2010) und PDF-Dateien zur Verfügung gestellt.

2.2.2.1 Arztsitze

Die zur Verfügung gestellten Daten der Arztsitze stammen aus dem KVB Arztregister mit Stichtag zum 31.12.2008 bzw. 31.12.2012. Der Begriff Arztsitz wird in der vorliegenden Studie sowohl für Arztsitze im engeren Sinne als auch für (ärztliche und psychologische) Psychotherapeutensitze verwendet. Der Begriff Psychotherapeutensitz hingegen wird lediglich mit Bezug auf die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten angewandt.

Ein Arztsitz entspricht laut telefonischer Auskunft der KVB einem vollen Versorgungsauftrag mit einer mindestens 40 Stunden-Arbeitswoche und der Kopplung an ein entsprechendes Budget. Ein Versorgungsauftrag kann hierbei auf mehrere Personen/Köpfe aufgeteilt sein. Die Anzahl der Personen, auf die diese

Versorgungsaufträge verteilt sind, sind in der vorliegenden Studie nicht dargestellt.

Die Bedarfsplanungsarztgruppe „Nervenärzte“ umfasst in der vorliegenden Arbeit die Fachgruppen der FÄ für Nervenheilkunde, FÄ für Neurologie und FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie. Im Weiteren wird hier zur Vereinfachung von FÄ für Psychiatrie gesprochen, anstelle FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie. Nachfolgend wird der Begriff „Nervenärzte“ stellvertretend für die benannten Fachgruppen verwendet.

Die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten besteht aus der Gruppe der ärztlichen und der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten. Die Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten umfasst die FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die FÄ für Psychotherapeutische Medizin, psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung sowie die überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (50 bis 90% bzw. mehr als 90% erbrachte psychotherapeutische Leistungen). Die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten schließt die analytischen Psychotherapeuten, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten, jeweils ohne Therapeuten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, ein.

2.2.2.2 Behandlungsfälle

Die zur Verfügung gestellten Daten der Behandlungsfälle der niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten im 4. Quartal 2008 und im 4. Quartal 2012 im Einzugsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck stammen aus den Abrechnungsdaten der KVB.

Als Behandlungsfall gilt hierbei, entsprechend der Definition des § 21 Absatz 1 des Bundesmantelvertrag-Ärzte (KBV 2018b), die gesamt erbrachte Behandlung einer Arztpraxis an demselben Versicherten innerhalb eines Quartals, welche zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht wurde.

In der vorliegenden Studie wurden hier Behandlungsfälle von gesetzlich Versicherten ab dem 18. Lebensjahr mit mindestens einer gesicherten F-Diagnose

entsprechend ICD-10 berücksichtigt. Ist also ein Patient bei einem niedergelassenen FA für Psychiatrie in einer Praxis in einem Quartal in Behandlung, entspricht dies einem Behandlungsfall. Wird derselbe Patient bei zwei Psychiatern in derselben Praxis in einem Kalendervierteljahr behandelt, entspricht dies ebenfalls einem Behandlungsfall. Ist allerdings ein Patient im selben Quartal bei zwei unterschiedlichen FÄ für Psychiatrie in zwei unterschiedlichen Arztpraxen in Behandlung, entspricht dies zwei Behandlungsfällen. Aufgrund des erläuterten Sachverhaltes, kann es bei den Behandlungsfällen zu Doppelzählungen kommen. Die Behandlungsfälle wurden für die bereits unter 2.2.2.1 Arztsitze dargestellten Gruppen erfasst.

2.2.3 Daten zur komplementären Versorgung

Zur Evaluation der komplementären Versorgung stellte Herr Dr. phil. G. Angele, zwischenzeitlich ehemaliger Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken, mehrere umfangreiche Datensätze zur Verfügung in Form von verschiedenen Exceldateien (Microsoft Word Version 2010) und stellenweise untergliedert nach den Einzugsgebieten der beiden BKHs. Der Tabelle 3 (Ausgaben und ambulante Dienste), der Tabelle 4 (Angebote im Bereich des Wohnens und der Alltagsgestaltung) und der Tabelle 5 (Daten zur Wiedereingliederung) ist zu entnehmen, welche Datensätze in die vorliegende Studie einfließen. Eine inhaltliche Vorstellung der einzelnen Bereiche erfolgte bereits unter „1.3 Versorgungssituation psychisch kranker Menschen im Bezirk Unterfranken im Beobachtungszeitraum“. Die genauen Daten werden im Ergebnisteil vorgestellt bzw. finden sich im Anhang 3 und Anhang 10 bis 20.

Tabelle 3: Erhobene Daten zur komplementären Versorgung im Bezirk Unterfranken zu Ausgaben und ambulanten Diensten

| Bereich | Kennzahlen | Erhebungszeitpunkt |
|-------------------------|---|--|
| Ausgaben in Euro | SpDis PSBs Ambulant betreutes Wohnen Psychiatrische Familienpflege Tagesstätten Integrationsfirmen und Zuverdienstplätze | 31.12. in den Jahren 2003, 2007, 2011 |
| SpDis und PSPs | Volldienste ¹ Außenstellen mit festem Personal ¹ Fachpersonal inkl. Verwaltungsangestellte ¹ | jeweils im Januar 2004, 2008 und 2012 |

Abkürzungen. SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen, EG: Einzugsgebiet, BKH: Bezirkskrankenhaus.

¹Kennwerte zusätzlich jeweils für das EG des BKH Lohr und des BKH Werneck erhoben.

Tabelle 4: Erhobene Daten zum Wohnen und zur Alltagsgestaltung im Bezirk Unterfranken

| Bereich | Kennzahlen | Erhebungszeitpunkt |
|--------------------------------------|--|--|
| Ambulant betreutes Wohnen | Anzahl der Plätze ¹ zusätzlich für das EG des BKH Lohr und BKH Werneck | jeweils im Januar 2004, 2008 und 2012 |
| Psychiatrische Familienpflege | Anzahl der Plätze | jeweils im Januar 2004, 2008 und 2012 |
| Tagesstätten | Anzahl für den Bezirk Unterfranken und Plätze zusätzlich für das EG des BKH Lohr und BKH Werneck | jeweils im Januar 2004, 2008 und 2012 |

Abkürzungen. EG: Einzugsgebiet, BKH: Bezirkskrankenhaus.

¹Plätze in Wohngemeinschaften und Einzel-/Paarwohnen für psychische Erkrankungen und Sucht im ambulant betreuten Wohnen.

Tabelle 5: Erhobene Daten zur Wiedereingliederung im Bezirk Unterfranken

| Bereich | Kennzahlen | Erhebungszeitpunkt |
|-------------------------------|-------------------|--|
| WfbM¹ | Anzahl und Plätze | jeweils im Januar 2004, 2008 und 2012 |
| Integrationsfirmen | Anzahl und Plätze | jeweils im Januar 2004, 2008 und 2012 |
| Zuverdienstmöglichkeit | Plätze | jeweils im Januar 2004, 2008 und 2012 |

Abkürzung. WfbM: Werkstätten für behinderte Menschen.

¹Speziell für psychisch behinderte Menschen.

2.3 Datenerhebung der Subgruppen

2.3.1 Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit

Die Fallnummern, der bereits unter 2.1.1 ermittelten Fälle, wurden hier anhand der bereits in Abbildung 3 vorgestellten Exceltabellen im jeweiligen Indexjahr und dem jeweiligen BKH nach Aufnahmedatum und Aufnahmezeiten entsprechend dem gültigen Arbeitszeitmuster der BKHs in den Indexjahren sortiert. Im Jahr 2004 erfolgte die Sortierung der Datensätze nach dem der Tabelle 6 zu entnehmenden Arbeitszeitmuster werktags. Im Jahr 2008 und 2012 war ein anderes Arbeitszeitmuster in den BKHs gültig im Vergleich zum Indexjahr 2004. Hier erfolgte die Ermittlung der Häufigkeiten für die Aufnahmen außerhalb KAZ unter der Woche (ohne Feiertage) in Anlehnung an Tabelle 7.

Tabelle 6: Zeiten für die Sortierung der Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (werktags) im BKH Lohr und BKH Werneck im Jahr 2004

| BKH Lohr | | | BKH Werneck | | |
|-------------------|----------------|------------------|-------------------|----------------|------------------|
| Wochentag(e) | von Uhrzeit | bis Uhrzeit | Wochentag(e) | von Uhrzeit | bis Uhrzeit |
| Mo. | 0.00 | 8.00 | Mo. | 0.00 | 8.00 |
| Mo.- Do. | 16.30 | 8.00 Folgetag | Mo., Di. und Do. | 16.30 | 8.00 Folgetag |
| Fr. | 15.00 | 23.59 | Mi. | 15.00 | 8.00 Folgetag |
| Faschingsdienstag | 12.00 | 8.00 Folgetag | Fr. | 16.30 | 23.59 |
| | | | Faschingsdienstag | 12.00 | 8.00 Folgetag |

Abkürzung. BKH: Bezirkskrankenhaus.

Tabelle 7: Zeiten für die Sortierung der Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (werktags) im BKH Lohr und BKH Werneck in den Jahren 2008 und 2012

| BKH Lohr | | | BKH Werneck | | |
|-------------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|
| Wochentag(e) | von Uhrzeit | bis Uhrzeit | Wochentag(e) | von Uhrzeit | bis Uhrzeit |
| Mo. | 0.00 | 8.00 | Mo. | 0.00 | 8.00 |
| Mo.- Do. | 16.30 | 8.00 | Mo., Di. und Do. | 17.00 | 8.00 |
| | | Folgetag | | | Folgetag |
| Fr. | 16.30 | 23.59 | Mi. | 15.00 | 8.00 |
| | | | | | Folgetag |
| | | | Fr. | 16.30 | 23.59 |
| Faschingsdienstag | 12.00 | 8.00 | Faschingsdienstag | 12.00 | 8.00 |
| | | Folgetag | | | Folgetag |

Abkürzung. BKH: Bezirkskrankenhaus.

Die Feiertage und Faschingsdienstage wurden entsprechend gängigen Kalendern ermittelt, wobei der 24.12. und 31.12. jeweils zu den Feiertagen gerechnet wurde. Die erfassten Zeiten außerhalb der KAZ unter der Woche ohne Feiertage betragen in 2004 in beiden BKHs 79 Stunden pro Woche und in 2008 und 2012 in beiden BKHs jeweils 77,5 Stunden pro Woche.

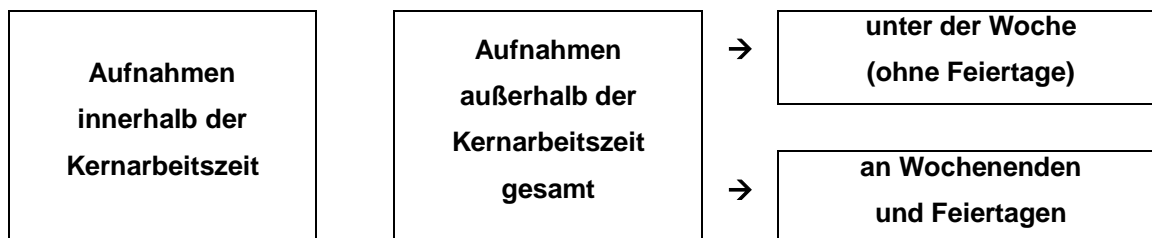


Abbildung 4: Erhobene Kennwerte zu den Aufnahmen innerhalb und außerhalb der Kernarbeitszeit

Zusammenfassend wurden die in Abbildung 4 gezeigten Kennwerte durch Nutzung der Sortierfunktion und vorgestellten Arbeitszeitmuster mithilfe von Excel in beiden BKHs in den Indexjahren erhoben.

2.3.2 Wiederaufnahmen

Als Wiederkehrer wurde ein Fall definiert, der im jeweiligen Beobachtungsjahr nach einem ersten Aufenthalt im entsprechenden BKH im Zeitraum vom 01.01. bis 30.12. erneut im Indexjahr (hier vom 01.01. bis 31.12.) in dem gleichen BKH

rehospitalisiert wurde. Die Diagnosen, der Modus der geplanten oder ungeplanten Wiederaufnahme wurden hierbei nicht berücksichtigt. Ein Nichtwiederkehrer wurde im entsprechenden Indexjahr (jeweils vom 01.01. bis 31.12.) folglich nur ein einziges Mal im BKH Lohr und/oder BKH Werneck stationär behandelt.

Eine Auswahl der bereits unter 2.1.1 ermittelten und in Abbildung 3 vorgestellten Werte wurden in einer weiteren Exceltabelle (siehe Abbildung 5) für das jeweilige Indexjahr und das entsprechende BKH ausgewertet. Anhand der PID wurde die Anzahl der Wiederkehrerpatienten ermittelt. Aus der Häufigkeit der PIDs im entsprechenden Zeitraum resultierte die Anzahl der von dieser Gruppe generierten Fälle. Abzüglich der Erstaufnahme wurde die jeweilige Anzahl der Wiederaufnahmen pro PID ermittelt. Durch weitere Sortierungen erfolgte die Berechnung der Anzahl der Patienten, die ≤ 2 -mal bzw. ≥ 3 -mal zur Wiederaufnahme kamen und die von diesen Gruppen generierten Fälle im jeweiligen Indexjahr und entsprechendem BKH.

| | A | B | C | D | E | F | G |
|---|-----|---------|----------------|--------------|----------------|-----------------|--------------------------------------|
| 1 | PID | Fallnr. | Aufnahme datum | Entlassdatum | Anzahl von PID | Wiederaufnahmen | Tage bis zur nächsten Wiederaufnahme |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |

Abbildung 5: Tabelle zur Ermittlung der Wiederkehrerkennwerte.
Abkürzungen. PID: Patientenidentifikationsnummer, Fallnr.: Fallnummer.

Die Zeit bis zur nächsten Wiederaufnahme eines Patienten ist die Zeit in Tagen, die zwischen der Entlassung eines Falls und der Aufnahme des nächsten darauf folgenden Falles durch den selben Patienten liegt. Um bei den Wiederaufnahmefällen die Tage bis zur nächsten Wiederaufnahme zu berechnen, wurde die Sortierung der PIDs und Fallnummern in Excel wie folgt durchgeführt: Zuerst werden alle PIDs aufsteigend sortiert (Sortierungsregel 1). Im zweiten Schritt erfolgt bei Aufrechterhaltung der Sortierungsregel 1 die absteigende Sor-

tierung des Aufnahmedatums der Fallnummern. Damit wird erreicht, dass alle einer PID zugehörigen Fallnummern chronologisch sortiert sind. Exemplarische Darstellung zur Berechnung mit fiktiver PID und Fallnummer siehe Tabelle 8.

Tabelle 8: Exemplarische Darstellung mit fiktiven Daten zur Ermittlung der Häufigkeiten der Wiederaufnahmen nach 0-9, 10-30, 31-60 und ≥ 90 Tagen bis zur Wiederaufnahme

| PID | Fallnummer | Aufnahme- datum | Entlassdatum | Anzahl von PID | Tage bis zur Wiederaufnahme |
|-------|------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------------------------|
| 55555 | 1 | 05.08.2012 | 29.08.2012 | 2 | |
| 55555 | 2 | 05.10.2012 | 16.10.2012 | 2 | 37 |

Abkürzung. PID: Patientenidentifikationsnummer.

Auf diese Weise wurden letztlich die Häufigkeiten (Anzahl der Fälle) der Wiederaufnahmen nach 0-9, 10-30, 31-60, 61-90 und ≥ 90 Tagen und jeweils deren prozentualer Anteil an allen Wiederaufnahmen ermittelt.

2.3.3 Kurzzeitlieger

Als Kurzzeitlieger (KZL) wurden Fälle mit einer stationären Aufenthaltsdauer von 1 bis ≤ 3 Tagen definiert. Zur Ermittlung der Anzahl der KZL wurde der bereits in 2.1.1 beschriebene Datensatz (siehe Abbildung 3) in den verschiedenen Indexjahren und BKHs nach dem Aufnahme- und Entlassdatum gruppiert und deren Anzahl und Geschlecht ermittelt. Mithilfe der bereits unter 2.1.5 skizzierten Diagnosestatistik und den Fallnummern der KZL wurden die Hauptentlassdiagnosen, entsprechend der bereits in Tabelle 2 vorgestellten Diagnosegruppierung, ermittelt. Bedingt durch eine Änderung des Abrechnungssystems im BKH Werneck im Jahr 2012 konnten die Daten für das Indexjahr 2012 hier nicht ermittelt werden.

2.4 Statistische Auswertung

Die Datenanalyse erfolgte größtenteils deskriptiv. Zum Nachweis statistisch signifikanter Unterschiede von Häufigkeiten wurden für die dargestellten Kennwerte und deren Vergleichsgruppen Chi²-Testungen für die Jahre 2004, 2008 und 2012 gerechnet. Einzig für die intervallskalierten stationären Verweildauern, erfolgte ein t-Test für unabhängige Stichproben für den Vergleich der Jahre 2004 mit 2008, 2008 mit 2012 und 2004 mit 2012.

Die statistische Analyse erfolgte mittels der Statistiksoftware R Version 3.4.0 – 3.5.0. Das Signifikanzniveau war durchgehend auf 0,05 festgelegt worden.

3. ERGEBNISSE

Analog zum Methodenteil erfolgt die Ergebnisdarstellung zunächst für die stationären Daten, anschließend für die ambulante und komplementäre psychiatrische Versorgung in Bezug zu den Hypothesen. Abschließend wird Bezug genommen auf den Beitrag der Subgruppen zur Belegungssteigerung und deren explorative Analyse.

3.1 Stationäre Basisdaten

3.1.1 Fälle und Patienten

Wie der Abbildung 6 zu entnehmen ist, nehmen die Behandlungsfälle und Patienten über die Beobachtungsjahre in beiden Kliniken zu, daneben werden in beiden BKHs über die Verlaufsjahre annähernd gleich viele Fälle pro Klinik behandelt, wobei es im BKH Lohr diskret mehr Aufnahmen pro Jahr gibt als im BKH Werneck. Im BKH Lohr haben die Fälle von 2004 mit 3.099 auf 3.967 in 2012 um insgesamt 28,0% zugenommen. Ähnlich verhält es sich im BKH Werneck, hier sind die stationären Aufnahmen von 2.998 im Jahr 2004 auf 3.813 in 2012 um insgesamt 27,2% angestiegen. Die Anzahl der Fälle verändert sich dabei über die Jahre sowohl im BKH Lohr ($\chi^2 = 138,81$, $df = 2$, $p < 0,001$) als auch im BKH Werneck ($\chi^2 = 137,90$, $df = 2$, $p < 0,001$) statistisch signifikant anders als die Gesamtbevölkerung ab dem 18. Lebensjahr des jeweiligen Einzugsgebietes (Regionaldatenbank Deutschland 2017). Die prozentuale Zunahme der Patienten liegt in beiden Kliniken unter dem prozentualen Anstieg der Fälle: Im BKH Lohr beträgt der Zuwachs von 2004 mit 2.595 Patienten auf 2012 mit 3.125 Patienten 20,4% und im BKH Werneck 23,1% (2.329 Patienten in 2004 auf 2.866 Patienten in 2012). Analog zu den Fällen ist auch die Veränderung der stationären Patienten im BKH Lohr ($\chi^2 = 78,11$, $df = 2$, $p < 0,001$) und BKH Werneck ($\chi^2 = 83,16$, $df = 2$, $p < 0,001$) über den Beobachtungszeitraum statistisch signifikant anders als die Gesamtbevölkerung ab dem 18. Lebensjahr im jeweiligen Pflichtversorgungsgebiet (Regionaldatenbank Deutschland 2017).

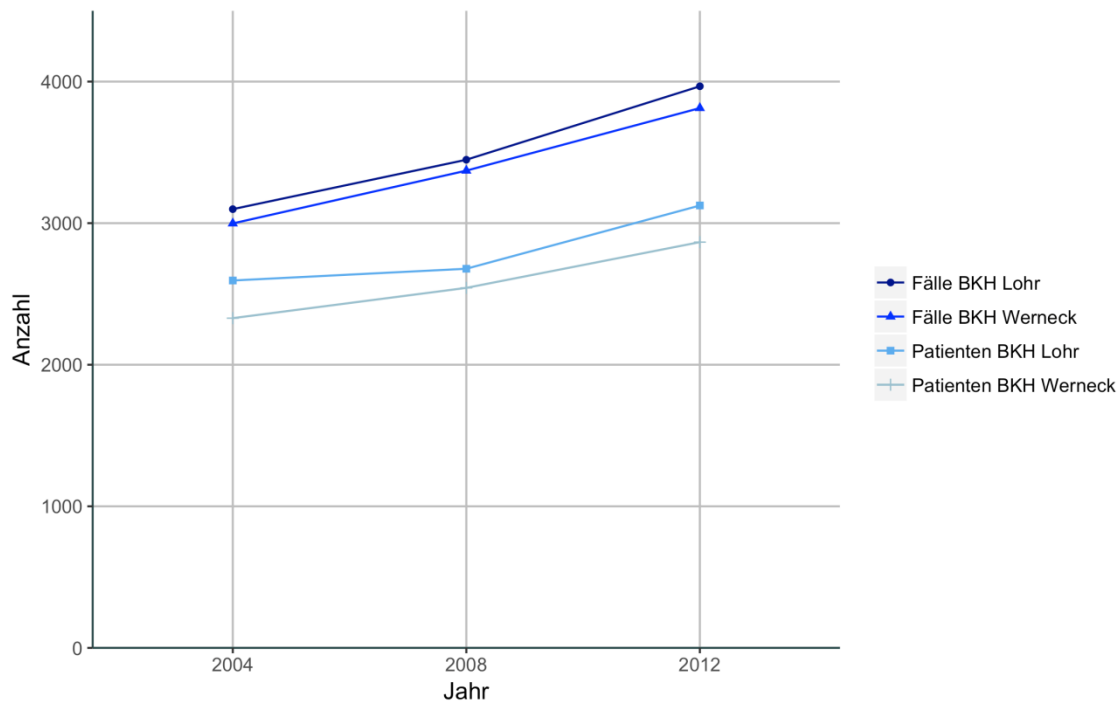


Abbildung 6: Fälle und Patienten in den Indexjahren 2004, 2008 und 2012 im BKH Lohr und BKH Werneck

In beiden BKHs werden über den gesamten Beobachtungszeitraum mehr männliche Fälle und Patienten behandelt als weibliche (siehe Tabelle 12). In Bezug auf das Geschlecht der Belegungsfälle zeigt sich im Chi²-Test in beiden Kliniken keine signifikante Veränderung über die Verlaufsahre (BKH Lohr: $\chi^2 = 2,17$, $df = 2$, $p = 0,338$; BKH Werneck: $\chi^2 = 3,75$, $df = 2$, $p = 0,153$).

3.1.2 Nutzungsgrad

Wie der Abbildung 7 zu entnehmen ist, steigt der Nutzungsgrad kontinuierlich über die Beobachtungsjahre an. Im Jahr 2004 und 2008 liegt die durchschnittliche stationäre Bettenauslastung im BKH Lohr mit 90,5% in 2004 und 97,0% in 2008 unter dem Nutzungsgrad des BKH Werneck mit 95,5% in 2004 und 101,6% in 2008. Im Jahr 2012 übersteigt allerdings der Nutzungsgrad des BKH Lohr mit 104,6% den des BKH Werneck mit 102,9%.

Der Anstieg des Nutzungsgrades über die Beobachtungsjahre ist dabei sowohl im BKH Lohr ($\chi^2 = 515,22$, $df = 2$, $p < 0,001$) als auch im BKH Werneck ($\chi^2 = 147,54$, $df = 2$, $p < 0,001$) statistisch signifikant.

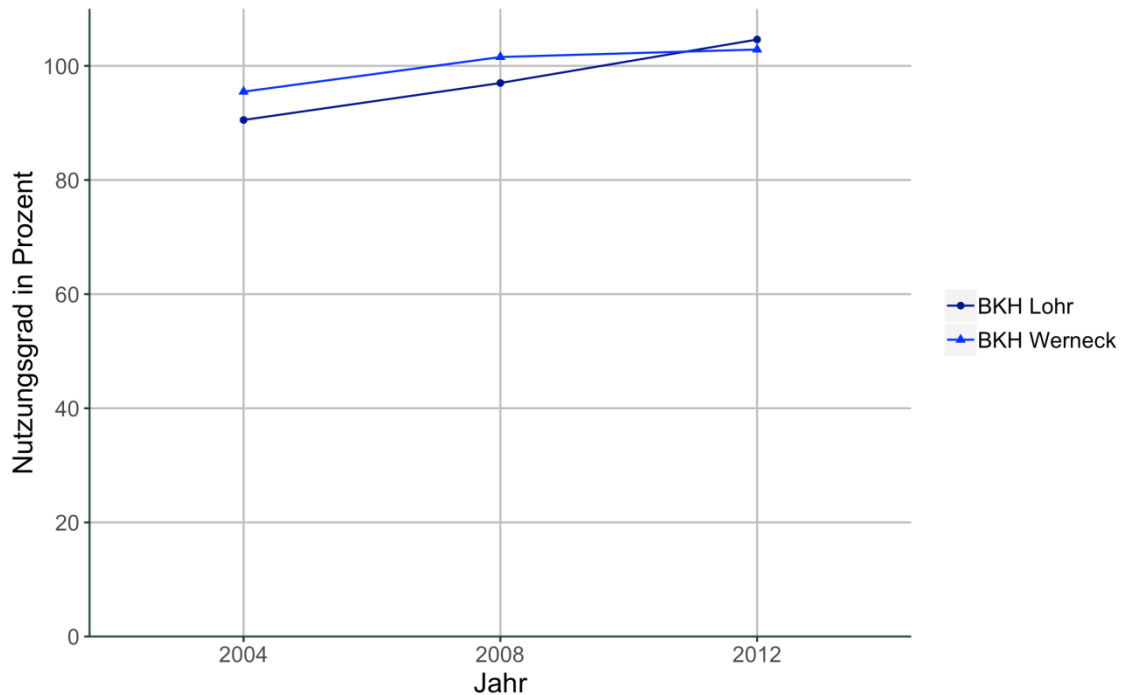


Abbildung 7: Nutzungsgrad in Prozent im BKH Lohr und BKH Werneck

Abürzung. BKH: Bezirkskrankenhaus.

Berechnung unter Einbezug der kinder- und jugendpsychiatrischen Fälle in den Indexjahren.

Der Tabelle 9 ist die Anzahl der KJP-Fälle und die entsprechenden Berechnungstage in den BKHs in den jeweiligen Indexjahren zu entnehmen, welche bei der Berechnung des stationären Nutzungsgrades berücksichtigt wurden.

Tabelle 9: Kinder- und jugendpsychiatrische Fälle und entsprechende Berechnungstage im BKH Lohr und BKH Werneck in den Beobachtungsjahren 2004, 2008 und 2012

| | 2004 | | 2008 | | 2012 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-----|-------|-----|
| | Fälle | BT | Fälle | BT | Fälle | BT |
| BKH Lohr | 80 | 1.029 | 53 | 609 | 111 | 982 |
| BKH Werneck | 63 | 705 | 40 | 355 | 54 | 522 |

Abkürzungen.: BKH: Bezirkskrankenhaus, BT: Berechnungstage.

3.1.3 Verweildauer der Behandlungsfälle

Die durchschnittliche Verweildauer (siehe Tabelle 12) in beiden BKHs sinkt signifikant ($p < 0,001$) von 2004 auf 2012 (t-Test). Die Betrachtung der einzelnen Schritte zeigt im BKH Werneck durchgehend signifikante Veränderungen. Im BKH Lohr ist die Veränderung von 2004 bis 2008 nicht signifikant, wohl aber die von 2008 bis 2012 (siehe Tabelle 10). Der prozentuale Abnahmetrend zeigt sich

etwas höher im BKH Werneck als im BKH Lohr bei durchschnittlich höherer Ausgangsverweildauer in 2004 im BKH Werneck mit einer Differenz von 1,12 Tagen im Vergleich zum BKH Lohr: Im BKH Lohr nimmt die durchschnittliche Verweildauer von 28,92 Tagen in 2004 auf 25,78 Tage in 2012 um insgesamt 10,9% ab. Im BKH Werneck ist eine Abnahme der Verweildauer von 30,04 Tagen in 2004 auf 25,45 Tage in 2012 um insgesamt 15,3% zu verzeichnen.

Tabelle 10: Vergleich der Verweildauer über die Jahre im BKH Lohr und BKH Werneck

| BKH | Vergleich | t-Wert | p-Wert |
|----------------|------------------|---------------|---------------|
| Lohr | 2004 - 2008 | 1,51 | 0,131 |
| | 2008 - 2012 | 3,53 | <0,001 |
| | 2004 - 2012 | 5,06 | <0,001 |
| Werneck | 2004 - 2008 | 2,03 | 0,042 |
| | 2008 - 2012 | 5,33 | <0,001 |
| | 2004 - 2012 | 7,17 | <0,001 |

Abkürzung. BKH: Bezirkskrankenhaus.

Bei einer Betrachtung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauern nach Geschlecht (siehe Tabelle 11) liegen sowohl im BKH Lohr als auch im BKH Werneck die durchschnittlichen Verweildauern der Frauen in allen Beobachtungsjahren merklich über den Verweildauern der gesamten erfassten Population. Die durchschnittliche Liegedauer der Frauen im BKH Lohr sinkt von 33,03 Tagen in 2004 auf 29,75 Tage in 2012, entsprechend einer Abnahme um 9,9%. Im BKH Werneck zeigt sich ein Rückgang von 34,55 Tagen in 2004 auf 28,27 Tage in 2012, entsprechend einer prozentualen Abnahme von 18,2%. Die Verweildauern der männlichen Fälle hingegen liegen in beiden Kliniken in den jeweiligen Indexjahren unter den Verweildauern der gesamten erfassten Population: Mit 25,16 Tagen im BKH Lohr bzw. 26,52 Tagen im BKH Werneck in 2004 sinken diese auf 22,18 Tage im BKH Lohr und 23,05 Tage im BKH Werneck im Jahr 2012. Im BKH Lohr beträgt die prozentuale Abnahme von 2004 auf 2012 11,8% in Werneck 13,1%. T-Testungen zeigen in jedem Beobachtungsjahr und in beiden BKHs einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen bzgl. der Verweildauer.

Tabelle 11: Vergleich der Verweildauer von Männer und Frauen im BKH Lohr und BKH Werneck

| BKH | Jahr | t-Wert | p-Wert | Männer M | Frauen M | Männer SD | Frauen SD |
|---------|------|--------|---------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Lohr | 2004 | -8,15 | < 0,001 | 23,33 | 30,10 | 24,62 | 28,78 |
| | 2008 | -8,41 | < 0,001 | 22,47 | 29,41 | 23,74 | 29,80 |
| | 2012 | -9,76 | < 0,001 | 20,97 | 27,52 | 22,70 | 25,81 |
| Werneck | 2004 | -7,88 | < 0,001 | 24,42 | 31,00 | 26,11 | 28,86 |
| | 2008 | -8,89 | < 0,001 | 22,81 | 30,08 | 23,99 | 28,48 |
| | 2012 | -6,58 | < 0,001 | 21,45 | 26,01 | 23,54 | 25,16 |

Abkürzung. BKH: Bezirkskrankenhaus, M: Mittelwert, SD: Standardabweichung.

Zusammenfassend lässt sich somit eine statistisch signifikante Zunahme der stationären Belegung über die Indexjahre im Hinblick auf die Belegungsfälle, die Patienten und die Nutzungsgrade in beiden BKHs feststellen bei signifikanter Verweildauerverkürzung von 2004 auf 2012 im BKH Lohr und BKH Werneck.

3.1.4 Herkunft der Behandlungsfälle

Die behandelten Fälle stammen im BKH Lohr mit 89,1% in 2004, 89,4% in 2008 und 90,5% in 2012 aus dem eigenen regionalen Pflichtversorgungsgebiet, nur maximal 3,7% in 2004 bis 2,6% in 2012 stammen aus dem Einzugsgebiet des BKH Werneck. Aufnahmen aus dem übrigen Bayern, den übrigen Bundesländern, unbekannt und dem Ausland machen nur einen sehr geringen Anteil aus mit maximal 7,2% in 2004 und 6,8% in 2012 (detaillierte Auflistung siehe Anhang 1). Entgegen dem BKH Lohr zeigt sich das BKH Werneck weniger selektiv in der Aufnahme seiner Behandlungsfälle: Hier werden ca. 81,2% der Fälle mit Meldeort im regionalen Pflichtversorgungsgebiet in 2004 aufgenommen, 2008 lediglich 76,9% und in 2012 81,8%. Der Anteil der Aufnahmen im BKH Werneck aus dem Versorgungsgebiet des BKH Lohr schwankt zwischen 12,1% in 2004 und 8,5% in 2012, wobei die Fälle aus dem übrigen Bayern, den übrigen Bundesländern, unbekannte Fälle und dem Ausland einen Anteil von 6,7% in 2004, 12,1% in 2008 und 9,7% in 2012 an den gesamten Belegungsfällen des BKH Werneck ausmachen (siehe Anhang 2). Beide BKHs zeigen über die Verlaufs-jahre eine größte prozentuale Zunahme vor allem für stationäre Behandlungsfälle, die im eigenen Einzugsgebiet gemeldet sind: Im BKH Lohr nimmt diese Fallgruppe um 30,1% über den Beobachtungszeitraum von 2004 auf 2012 zu, im BKH Werneck um 28,1%. Im BKH Lohr nehmen über die Indexjahre die sta-

tionären Aufnahmen mit Meldeort aus dem Einzugsgebiet des BKH Werneck um 10,3% ab. Im BKH Werneck zeigt sich ein gleicher Trend für Aufnahmen aus der Pflichtversorgungsregion des BKH Lohr mit einer Abnahme von 10,7% von 2004 auf 2012.

3.1.5 Hauptentlassdiagnosen der Behandlungsfälle

In beiden BKHs ändern sich die behandelten Hauptentlassdiagnosen über die Beobachtungsjahre (BKH Lohr: $\chi^2 = 160,18$, $df = 22$, $p < 0,001$; BKH Werneck: $\chi^2 = 690,50$, $df = 22$, $p < 0,001$) signifikant.

Eine Übersicht zur Diagnoseverteilung der Fälle findet sich in Tabelle 12. Im BKH Lohr zeigt sich zahlenmäßig keine Veränderung der behandelten F1-Diagnosen von 2004 auf 2012, anteilig an allen stationären Fällen werden allerdings weniger F1-Diagnosen behandelt (anteilig 2004 28,4%, in 2012 21,9%). Ebenfalls werden absolut (+80,3%) wie auch anteilig an allen Diagnosen mehr Fälle mit F3-Diagnosen stationär aufgenommen (anteilig an allen Behandlungsfällen in 2004 17,3%, in 2012 24,4%). Eine relevante Zunahme von 2004 auf 2012 zeigen auch die F0-Diagnosen um 51,9%, wobei ihr Anteil an allen behandelten Diagnosen lediglich leicht ansteigt (in 2004 15,6%, in 2012 18,5%).

Im BKH Werneck werden mehr F0-Diagnosen anteilig an allen Diagnosen behandelt (anteilig an allen Behandlungsdiagnosen in 2004 4,7% und in 2012 14,9%), entsprechend einer absoluten prozentualen Zunahme von 2004 auf 2012 um 301,4%. Daneben werden anteilig an allen Behandlungsfällen auch mehr Fälle mit F3-Diagnosen (in 2004 21,9%, in 2012 28,5%, entsprechend einer absoluten Zunahme von 65,3% von 2004 auf 2012) stationär aufgenommen. F2-Diagnosen hingegen nehmen von 2004 auf 2012 absolut um 14,3% ab (Anteil an allen behandelten Fällen in 2004 19,8%, in 2012 13,3%).

Im Jahr 2004 und 2008 sind in beiden BKHs F1-Diagnosen die am häufigsten behandelten Erkrankungen. Im Jahr 2012 hingegen werden in beiden Kliniken F3-Diagnosen am häufigsten abgerechnet. Mit Ausnahme des Jahres 2004 im BKH Lohr (hier werden 29 Fälle mehr mit F2- als mit F3-Diagnosen behandelt)

stellen diese beiden Gruppen die am häufigsten behandelten Diagnosen über die Indexjahre dar und machen in beiden BKHs über die Verlaufsjahre ca. 50% der Behandlungsfälle aus (BKH Lohr 2004 45,7%; 2008 46,2%; 2012 46,3% und im BKH Werneck in 2004 49,4%; in 2008 54,0% und in 2012 52,4%).

Tabelle 12: Übersicht über stationäre Basisdaten im BKH Lohr und BKH Werneck

| | 2004 | | 2008 | | 2012 | |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | Lohr | Werneck | Lohr | Werneck | Lohr | Werneck |
| Fälle (m/w) | 3099 (1611/1488) | 2998 (1687/1311) | 3448 (1756/1692) | 3371 (1827/1544) | 3967 (2088/1879) | 3813 (2065/1748) |
| Patienten (m/w) | 2595 (1322/1273) | 2329 (1282/1047) | 2678 (1365/1313) | 2543 (1363/1180) | 3125 (1595/1530) | 2866 (1540/1326) |
| VWD in Tage (m/w) | 28,92 (25,16/33,03) | 30,04 (26,52/34,55) | 27,91 (24,11/31,84) | 28,66 (24,92/33,07) | 25,78 (22,18/29,75) | 25,45 (23,05/28,27) |
| Hauptentlassdiagnosen der Fälle nach ICD-10 | | | | | | |
| F0 (%) | 484 (15,6%) | 142 (4,7%) | 652 (18,9%) | 398 (11,8%) | 735 (18,5%) | 570 (14,9%) |
| F1 (%) | 880 (28,4%) | 824 (27,5%) | 889 (25,8%) | 992 (29,4%) | 867 (21,9%) | 911 (23,9%) |
| F2 (%) | 566 (18,3%) | 594 (19,8%) | 559 (16,2%) | 545 (16,2%) | 605 (15,3%) | 509 (13,3%) |
| F3 (%) | 537 (17,3%) | 658 (21,9%) | 703 (20,4%) | 827 (24,5%) | 968 (24,4%) | 1088 (28,5%) |
| F4 (%) | 414 (13,4%) | 387 (12,9%) | 414 (12,0%) | 420 (12,5%) | 569 (14,3%) | 496 (13,0%) |
| F5 (%) | 11 (0,4%) | 11 (0,4%) | 6 (0,2%) | 5 (0,1%) | 6 (0,2%) | 14 (0,4%) |
| F6 (%) | 110 (3,5%) | 120 (4,0%) | 82 (2,4%) | 139 (4,1%) | 94 (2,4%) | 159 (4,2%) |
| F7 (%) | 64 (2,1%) | 30 (1,0%) | 77 (2,2%) | 21 (0,6%) | 67 (1,7%) | 27 (0,7%) |
| F8 (%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 12 (0,3%) | 1 (0,0%) | 22 (0,6%) | 1 (0,0%) |
| F9 (%) | 11 (0,4%) | 5 (0,2%) | 10 (0,3%) | 5 (0,1%) | 13 (0,3%) | 18 (0,5%) |
| G (%) | 5 (0,2%) | 221 (7,4%) | 11 (0,3%) | 13 (0,4%) | 14 (0,4%) | 18 (0,5%) |
| sonstige | 17 (0,5%) | 6 (0,2%) | 33 (1,0%) | 5 (0,1%) | 7 (0,2%) | 2 (0,1%) |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, VWD: Verweildauer, m: männlich, w: weiblich, ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10, F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F3: Affektive Störungen, F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F7: Intelligenzstörung; F8: Entwicklungsstörungen; F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und nicht näher bezeichnete psychische Störungen, G: Krankheiten des Nervensystems, sonstige: ICD-10 Diagnosen nicht der Kategorie F oder G zugehörig.

3.2 Daten zur ambulanten Versorgung

3.2.1 Psychiatrische Institutsambulanzen

3.2.1.1 Abrechnungsscheine und Patienten

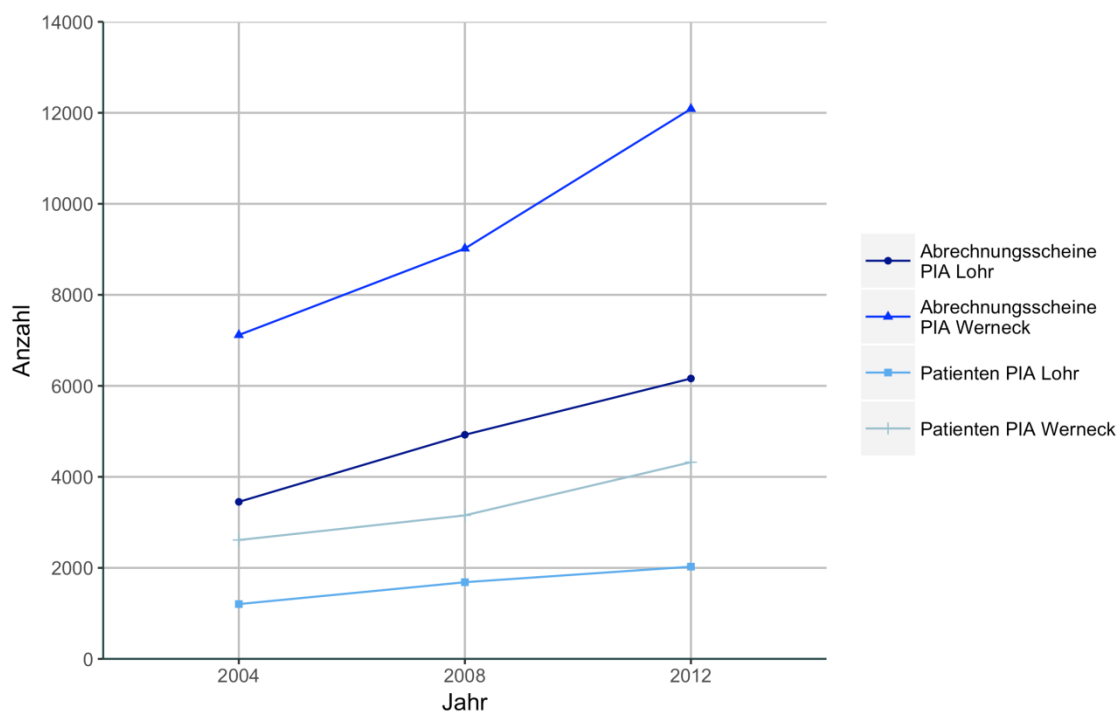


Abbildung 8: Abrechnungsscheine und Patienten in der PIA Lohr und PIA Werneck in 2004, 2008 und 2012.

Abkürzung. PIA: Psychiatrische Institutsambulanz

In den PIAs in Lohr und Werneck ist eine deutliche Zunahme der Abrechnungsscheine und der behandelten Patienten in den Indexjahren ersichtlich (siehe Abbildung 8). Im Jahr 2004 werden in der PIA Lohr 3.451 Abrechnungsscheine abgerechnet und in 2012 6.162, dies entspricht einem Zuwachs von 78,6%. Ähnlich verhält es sich in der PIA Werneck, hier werden im Beobachtungsjahr 2004 7.117 Abrechnungsscheine erwirtschaftet und im Jahr 2012 12.087, dies entspricht einem prozentualen Anstieg der Abrechnungsscheine von 69,8% von 2004 auf 2012. Die Patientenzahlen haben ebenfalls von 2004 auf 2012 in der PIA Lohr um 68,4% und in der PIA Werneck um 65,5% zugenommen. Wie der Tabelle 13 zu entnehmen ist, zeigt die PIA Lohr vor allem in den Jahren 2004 auf 2008 die größten Anstiege der behandelten Patienten und Abrechnungs-

scheine, wohingegen die größten Zuwächse der PIA Werneck in den Jahren 2008 auf 2012 zu verzeichnen sind. Die PIA in Lohr rechnet etwa halb so viele Abrechnungsscheine ab und behandelt halb so viele Patienten als die PIA in Werneck.

Tabelle 13: Prozentuale Zunahme der Anzahl der Abrechnungsscheine und Patienten in den verschiedenen Indexjahren in der PIA Lohr und PIA Werneck

| | Veränderung 2004 auf 2008 | | Veränderung 2008 auf 2012 | | Veränderung 2004 auf 2012 | |
|---------------------------|------------------------------|---------|------------------------------|---------|------------------------------|---------|
| | Lohr | Werneck | Lohr | Werneck | Lohr | Werneck |
| Abrechnungsscheine | 42,7% | 26,7% | 25,1% | 34,0% | 78,6% | 69,8% |
| Patienten | 40,0% | 20,8% | 20,3% | 37,0% | 68,4% | 65,5% |

Abkürzung. PIA: Psychiatrische Institutsambulanz.

Dabei nehmen die Abrechnungsscheine über die Beobachtungsjahre signifikant zu im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ab dem 18. Lebensjahr im Einzugsgebiet des BKH Lohr ($\chi^2 = 849,84$, $df = 1$, $p < 0,001$) und im Einzugsgebiet des BKH Werneck ($\chi^2 = 1596,50$, $df = 1$, $p < 0,001$) (Regionaldatenbank Deutschland 2017).

Im Chi²-Test zeigt sich daneben, sowohl für die PIA des BKH Lohr ($\chi^2 = 234,25$, $df = 1$, $p < 0,001$) als auch für die PIA des BKH Werneck ($\chi^2 = 538,19$, $df = 1$, $p < 0,001$), eine signifikante Steigerung der behandelten Patienten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ab dem 18. Lebensjahr im jeweiligen Einzugsgebiet (Regionaldatenbank Deutschland 2017) über die Indexjahre.

3.2.1.2 Personal

Über die Beobachtungsjahre ist ebenfalls eine Zunahme des Personals (in VK) in beiden PIAs (Einzelheiten siehe Tabelle 14) zu verzeichnen. Der Pflegedienst in der PIA Lohr erfährt eine Personalaufstockung um 180,0%, wohingegen die ärztlichen VK lediglich um 29,6% von 2004 auf 2012 ansteigen. In der PIA Werneck hingegen zeigt sich im ärztlichen Dienst die größte Zunahme (+97,4%), bei der Pflege lässt sich ein geringerer Anstieg (+46,3%) der VK im benannten Beobachtungszeitraum feststellen. Insgesamt ist über die Jahre,

sowohl im ärztlichen Dienst als auch im Pflegedienst, die PIA in Werneck durchgehend besser personell besetzt als die PIA in Lohr.

Tabelle 14: Personal in Vollzeitkräften in der PIA Lohr und der PIA Werneck

| | 2004 | | 2008 | | 2012 | | Veränderung von 2004 auf 2012 | |
|--------------------------|------|-----|------|------|------|------|----------------------------------|-------|
| | Lohr | W | Lohr | W | Lohr | W | Lohr | W |
| Ärztlicher Dienst | 2,7 | 3,8 | 2,7 | 6,8 | 3,5 | 7,5 | 29,6% | 97,4% |
| Pflegedienst | 1,5 | 4,1 | 2,3 | 5,3 | 4,2 | 6 | 180,0% | 46,3% |
| Personal gesamt | 4,2 | 7,9 | 5,0 | 12,1 | 7,7 | 13,5 | 83,3% | 70,9% |

Abkürzungen. PIA: Psychiatrische Institutsambulanz, W: Werneck.

Zusammenfassend lässt sich damit keine Verschlechterung der Versorgung durch die PIA Lohr bzw. die PIA Werneck feststellen im Hinblick auf die Abrechnungsscheine, die behandelten Patienten und die Personalsituation.

3.2.2 Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten

3.2.2.1 Arzt- und Psychotherapeutensitze

Bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten im jeweiligen Einzugsgebiet wird die Anzahl der Arztsitze zum 31.12.2008 und zum 31.12.2012 verglichen (Übersicht in Tabelle 15). Im gesamten Bezirk Unterfranken gibt es 2008 293,17 Arztsitze und 2012 306,22 Arztsitze. Über den Beobachtungszeitraum ist hier lediglich eine geringe Zunahme von 4,5% zu verzeichnen. Konstant befinden sich hiervon etwa 72% der Sitze im Einzugsgebiet des BKH Lohr und etwa 28% im Einzugsgebiet des BKH Werneck (Lohr 2008: 71,6%; 2012: 72,4%; Werneck 2008: 28,4%; 2012: 27,6%). Hierbei bleibt das prozentuale Verhältnis der Arztsitze der Nervenärzte zu Psychotherapeutensitze im gesamten Bezirk Unterfranken und auch in den jeweiligen regionalen Pflichtversorgungsgebieten des BKH Lohr und des BKH Werneck konstant. Bezogen auf den vollständigen Bezirk Unterfranken gibt es im Beobachtungszeitraum viermal so viele Psychotherapeutensitze als Nervenarztsitze (in 2008 79,0% : 21,0% und in 2012 79,8% : 20,2%). Im regionalen Einzugsgebiet des BKH Lohr ist dieses Verhältnis in 2008 81,8% : 18,2% und in 2012 82,6% : 17,4% bzw. in

der Pflichtversorgungsregion des BKH Werneck 72% : 28% (in 2008: 72,0% : 28,0% und in 2012 72,4% : 27,6%). Die Anzahl der Arztsitze der Nervenärzte bleibt über den Beobachtungszeitraum nahezu konstant. Im regionalen Versorgungsgebiet des BKH Lohr gibt es allerdings Veränderungen der Arztsitze innerhalb der Nervenarztgruppe (FÄ für Nervenheilkunde +8,8%, Neurologen -13,3% und Psychiater mit -16,9%). Die Psychotherapeutensitze im Einzugsgebiet des BKH Lohr erhöhen sich um insgesamt 6,7%, entsprechend 11,55 Psychotherapeutensitze absolut. Im regionalen Pflichtversorgungsgebiet des BKH Werneck ist hier keine bedeutsame Veränderung (+2,2%, entsprechend 1,3 Psychotherapeutensitze absolut) im Beobachtungszeitraum feststellbar. Veränderungen der Arztsitze in beiden Einzugsgebieten lassen sich hier nach vor allem zu Gunsten der Psychologischen Psychotherapeuten verzeichnen.

Tabelle 15: Arztsitze im regionalen Einzugsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck zum 31.12.08 und 31.12.12 (Quelle: Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns)

| Fachgruppe | Arztsitze 31.12.08 | | Arztsitze 31.12.12 | | Veränderung | |
|--------------------------------|-----------------------|---------|-----------------------|---------|-------------|---------|
| | Lohr | Werneck | Lohr | Werneck | Lohr | Werneck |
| Nervenärzte¹ | 38,27 | 23,30 | 38,47 | 23,30 | 0,5% | 0,0% |
| FÄ Nervenheilkunde | 24,87 | 11,80 | 27,07 | 11,80 | 8,8% | 0,0% |
| FÄ Neurologie | 7,50 | 3,00 | 6,50 | 3,00 | -13,3% | 0,0% |
| FÄ Psychiatrie | 5,90 | 8,50 | 4,90 | 8,50 | -16,9% | 0,0% |
| Psychotherapeuten | 171,70 | 59,90 | 183,25 | 61,20 | 6,7% | 2,2% |
| Ärztliche PT ² | 62,20 | 23,90 | 62,75 | 23,70 | 0,9% | -0,8% |
| PPT ³ | 109,50 | 36,00 | 120,50 | 37,50 | 10,0% | 4,2% |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, FÄ: Fachärzte, PT: Psychotherapeuten, PPT: Psychologische Psychotherapeuten.

Doppelzählungen möglich, falls ein Arzt/Psychotherapeut in mehreren Gruppen tätig ist.

¹Nervenärzte in diesem Kontext beziehen sich auf die Fachgruppen FÄ für Nervenheilkunde, FÄ für Psychiatrie und FÄ für Neurologie. ²Ärztliche Psychotherapeuten umfassen die FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die FÄ für Psychotherapeutische Medizin, daneben psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung sowie die überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (50-90% bzw. mehr als 90% erbrachte psychotherapeutische Leistungen). ³Ohne Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

3.2.2.2 Behandlungsfälle

Im Einzugsgebiet des BKH Lohr werden im 4. Quartal 2008 über alle erfassten Fachgruppen insgesamt 27.329 und im 4. Quartal 2012 insgesamt 33.285 Behandlungsfälle abgerechnet (Übersicht siehe Tabelle 16), entsprechend einer Steigerung von 21,8% innerhalb des vierjährigen Beobachtungszeitraumes. Im kleineren Einzugsgebiet des BKH Werneck werden von den entsprechenden Fachgruppen 2008 14.468 Behandlungsfälle und 2012 17.076 abgerechnet, entsprechend einer Zunahme von 18,0% im Beobachtungszeitraum. Im regionalen Pflichtversorgungsgebiet des BKH Lohr wird also nahezu das Doppelte an Behandlungsfällen in beiden Beobachtungsquartalen von ambulanten Behandlern abgerechnet im Vergleich zum Einzugsgebiet des BKH Werneck. Die Nervenärzte im Versorgungsgebiet des BKH Lohr verzeichnen hierbei insgesamt eine Zunahme der abgerechneten Behandlungsfälle um 16,9% (von 19.571 in 2008 auf 22.873 in 2012) und im Pflichtversorgungsgebiet des BKH Werneck einen Anstieg um 17,2% von absolut 10.701 auf 12.540 im entsprechenden Zeitraum. Die Behandlungsfälle der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten nehmen im Einzugsgebiet des BKH Lohr im Beobachtungszeitraum um 34,2% im regionalen Versorgungsgebiet des BKH Werneck hingegen lediglich um 20,4% zu.

Tabelle 16: Abgerechnete Behandlungsfälle im Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck im 4. Quartal 2008 und 4. Quartal 2012 (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns)

| | Behandlungsfälle 4. Quartal 2008 | | Behandlungsfälle 4. Quartal 2012 | | Veränderung | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|-------------|-------|
| | L | W | L | W | L | W |
| Nervenärzte | 19.571 | 10.701 | 22.873 | 12.540 | 16,9% | 17,2% |
| Psychotherapeuten | 7.758 | 3.767 | 10.412 | 4.536 | 34,2% | 20,4% |
| gesamt | 27.329 | 14.468 | 33.285 | 17.076 | 21,8% | 18,0% |

Abkürzungen. L: Einzugsgebiet des BKH Lohr, W: Einzugsgebiet des BKH Werneck.

Im regionalen Pflichtversorgungsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck ist über alle erfassten Fachgruppen ein Zuwachs in jeder Fachgruppe bei den Behandlungsfällen vom 4. Quartal 2008 auf das 4. Quartal 2012 zu verzeichnen (siehe Abbildung 9 und Abbildung 10). Den kleinsten prozentualen Anstieg an

abgerechneten Behandlungsfällen im Versorgungsgebiet des BKH Lohr im Beobachtungszeitraum zeigen die Psychiater mit 4,3%, die größte Zunahme die Psychologischen Psychotherapeuten mit 46,8%, wobei ebenfalls ein deutlicher Zuwachs der Behandlungsfälle mit 19,8% bei den FÄ für Nervenheilkunde zu erkennen ist.

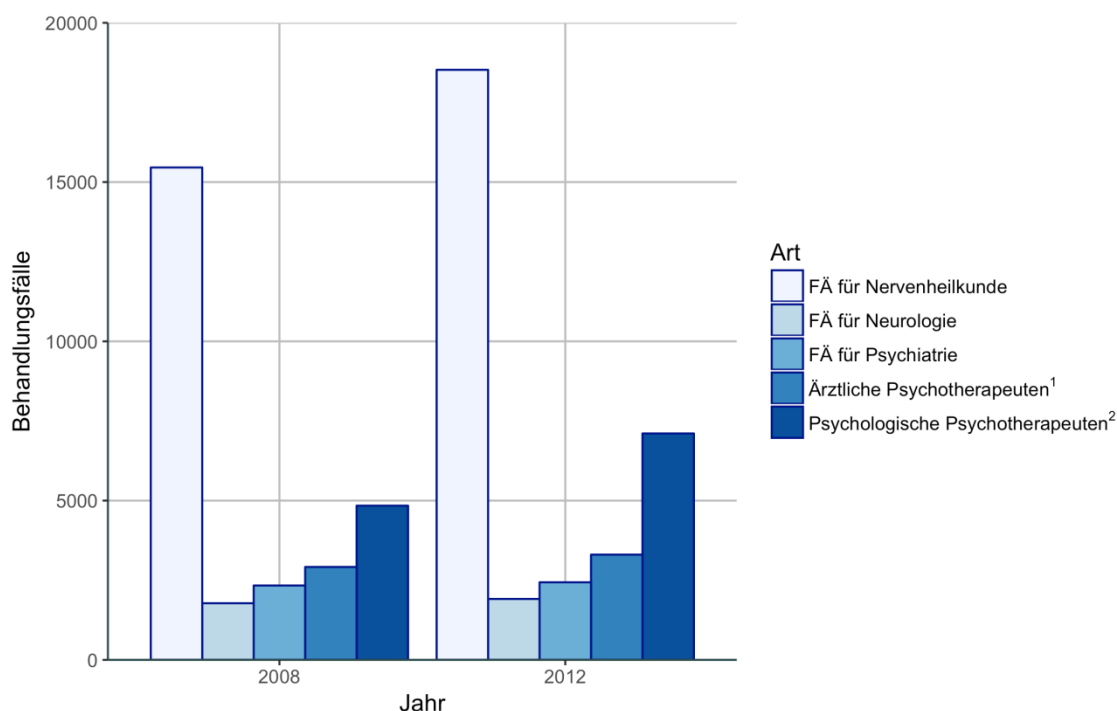


Abbildung 9: Abgerechnete Behandlungsfälle in den einzelnen Fachgruppen im 4. Quartal 2008 und 2012 im Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses Lohr (eigene Darstellung nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns)

Abkürzung. FÄ: Fachärzte.

¹Umfasst FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die FÄ für Psychotherapeutische Medizin und psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung, sowie die überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (50-90% bzw. mehr als 90% erbrachte psychotherapeutische Leistungen).

² Umfasst Psychologische Psychotherapeuten ohne Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Im Einzugsgebiet des BKH Werneck ist der kleinste Anstieg an Behandlungsfällen mit 14,4% bei den FÄ für Nervenheilkunde ersichtlich, der größte Zuwachs bei den Neurologen mit 34,8%. Die Fachgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten hat hier ebenfalls merkliche Zunahmen von 25,2% zu verzeichnen.

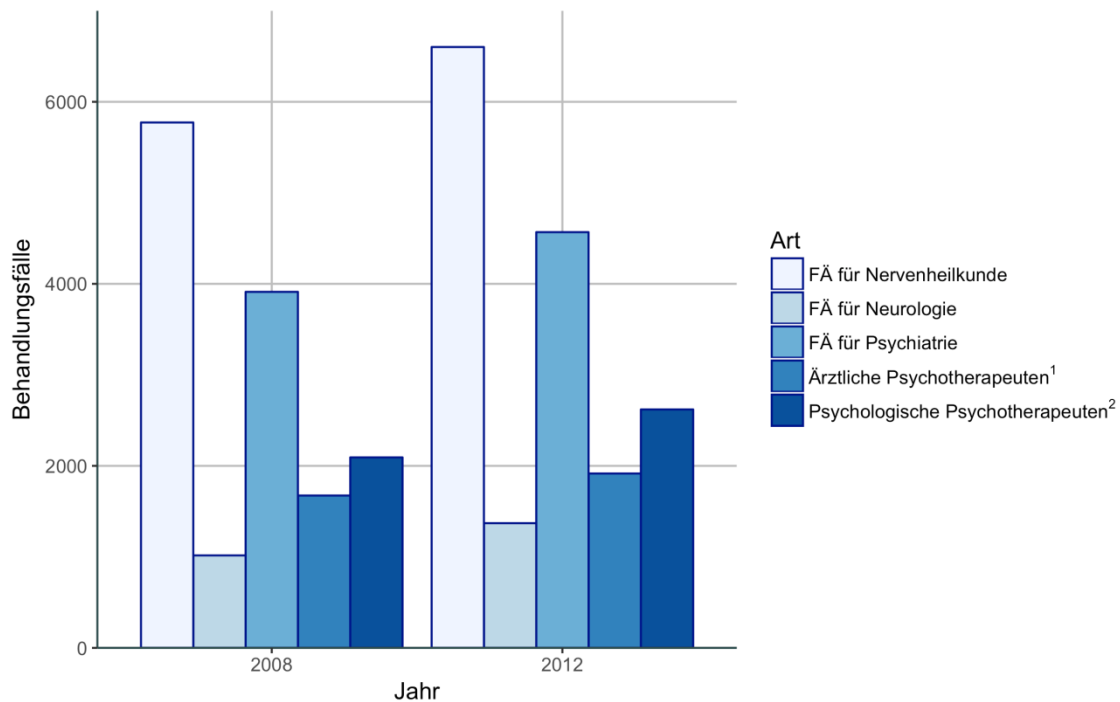


Abbildung 10: Abgerechnete Behandlungsfälle in den einzelnen Fachgruppen im 4. Quartal 2008 und 2012 im Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses Werneck (eigene Darstellung nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns)

Abkürzung: FÄ: Fachärzte.

¹Umfasst FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die FÄ für Psychotherapeutische Medizin und psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung, sowie die überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (50-90% bzw. mehr als 90% erbrachte psychotherapeutische Leistungen).

²Umfasst Psychologische Psychotherapeuten ohne Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Im regionalen Pflichtversorgungsgebiet des BKH Lohr beträgt der Anteil der abgerechneten Behandlungsfälle der Nervenärzte an allen Behandlungsfällen 71,6% in 2008 und 68,7% in 2012. Der Anteil der Behandlungsfälle der Gruppe der Psychotherapeuten an allen Behandlungsfällen liegt hingegen bei 28,4% in 2008 und 31,3% in 2012. Die Nervenärzte erbringen im Einzugsgebiet des BKH Werneck über die Jahre etwa 73-74% der Behandlungsfälle (2008: 74,0%; in 2012: 73,4%), die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten ca. 26-27% (26,0% in 2008 und 26,6% in 2012). In beiden Versorgungsgebieten werden also etwa 70% der Behandlungsfälle von der Nervenarztgruppe erbracht (Übersicht siehe Tabelle 17). Bei Betrachtung speziell dieser Nervenarztgruppe fällt auf, dass in beiden Einzugsgebieten der BKHs der Großteil der psychiatrisch-neurologischen Versorgung von der Gruppe der FÄ für Nervenheilkunde erbracht werden: Im regionalen Pflichtversorgungsgebiet des BKH

Lohr erbringt diese Fachgruppe 79,0% in 2008 und 81,0% in 2012 aller abgerechneten Behandlungsfälle der Nervenärzte insgesamt. Im Bereich der Versorgungsregion des BKH Werneck rechnen die FÄ für Nervenheilkunde ebenfalls anteilig die meisten Behandlungsfälle mit 53,9% im 4. Quartal 2008 und 52,6% im 4. Quartal 2012 ab. Die Fachgruppe der Psychiater erbringt hierbei vor allem im Versorgungsgebiet des BKH Lohr lediglich einen Anteil von 11,9% in 2008 bzw. 10,7% in 2012.

Tabelle 17: Abgerechnete Behandlungsfälle der Nervenärzte im 4. Quartal 2008 und 4. Quartal 2012 im Einzugsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns)

| | Behandlungsfälle n (%) 4. Quartal 2008 | | Behandlungsfälle n (%) 4. Quartal 2012 | |
|---------------------------|---|--------------|---|--------------|
| | L | W | L | W |
| FÄ Nervenheilkunde | 15.458 (79,0) | 5.773 (53,9) | 18.524 (81,0) | 6.602 (52,6) |
| FÄ Neurologie | 1.778 (9,1) | 1.016 (9,5) | 1.913 (8,4) | 1.370 (10,9) |
| FÄ Psychiatrie | 2.335 (11,9) | 3.912 (36,6) | 2.436 (10,7) | 4.568 (36,4) |

Abkürzungen. L: Einzugsgebiet des BKH Lohr, W: Einzugsgebiet des BKH Werneck.
Rundungsdifferenz im 4. Quartal 2012 bei Werneck.

Im Hinblick auf die referierten Befunde (Arztsitze zum 31.12.2008 und 31.12.2012 und Behandlungsfälle im 4. Quartal 2008 und 4. Quartal 2012) lässt sich in diesem Teilbereich der ambulanten Versorgung keine Verschlechterung der Versorgungssituation nachweisen.

3.2.3 Komplementäre Versorgung

Ausgaben

Die Ausgaben für die komplementäre Versorgung im Bezirk Unterfranken sind von 7.142.889 Euro am 31.12.2003 auf 12.451.130 am 31.12.2011 angestiegen, entsprechend einer Zunahme von 74,3%. In jedem erfassten Bereich ist es zu einem Anstieg der Ausgaben von 2003 auf Ende 2011 gekommen (siehe Abbildung 11). Der kleinste Zuwachs findet sich dabei mit 8,4% im Bereich der Psychiatrischen Familienpflege und der größte mit 294,1% im Bereich der Integrationsfirmen/Zuverdienstplätze (Daten siehe Anhang 3).

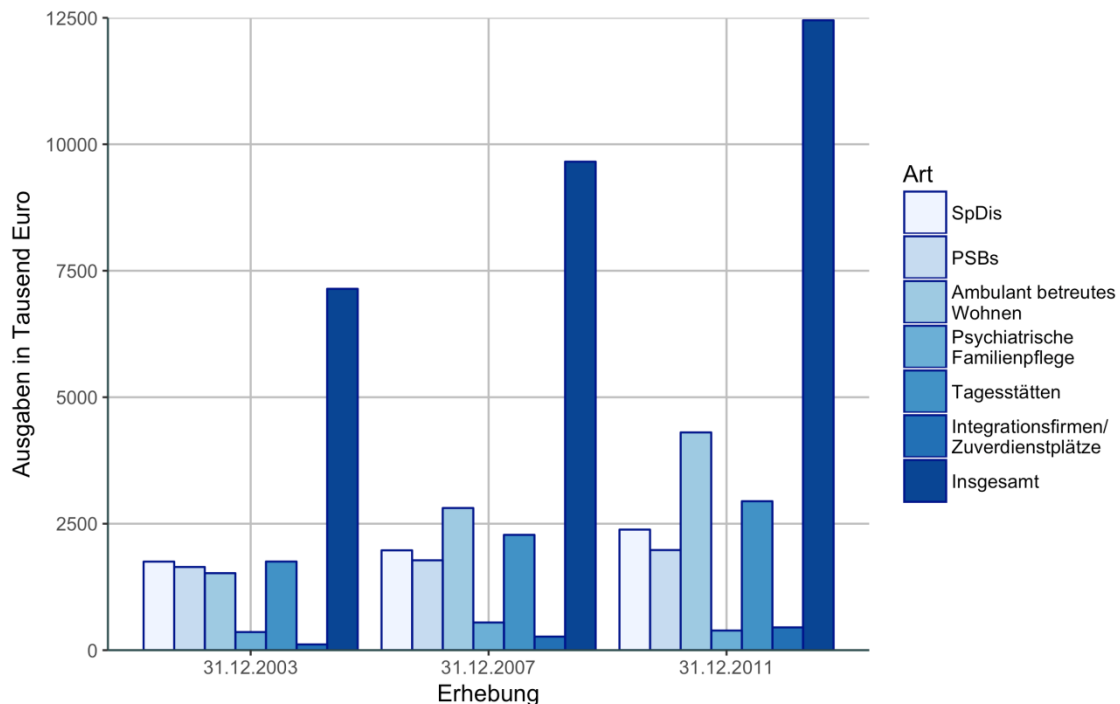


Abbildung 11: Ausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung im Bezirk Unterfranken (eigene Darstellung nach Daten des Psychiatrie Koordinators des Bezirks Unterfranken)
Abkürzungen: SPDIs: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen.

Sozialpsychiatrische Dienste und Psychosoziale Suchtberatungsstellen

Die Anzahl der SpDis bleibt über die Jahre mit 9 Volldiensten im Bezirk Unterfranken konstant. Lediglich die Außenstellen mit festem Personal haben von 5 auf 3 zum Erhebungszeitpunkt im Januar 2012 abgenommen bei einer diskreten Zunahme des Fachpersonals (inkl. Verwaltungskraft in VK) von 5,3% von Januar 2004 auf Januar 2012. Es sind über 2/3 des Personals der SpDis über die Jahre im Einzugsgebiet des BKH Lohr beschäftigt und bis zu 1/3 im Einzugsgebiet des BKH Werneck (Übersicht und präzise Werte siehe Tabelle 18). Die PSBs bleiben über die Indexjahre konstant mit 8 Volldiensten und 3 Außenstellen (mit festem Personal) bei insgesamt unverändertem Personalbestand mit ca. 32 VK Fachpersonal im Bezirk Unterfranken von 2004 auf 2012. Über die Beobachtungsjahre sind etwa 60% dieses Personals im regionalen Versorgungsgebiet des BKH Lohr tätig und etwa 40% im Einzugsgebiet des BKH Werneck (Übersicht und genaue Werte sind der Tabelle 18 zu entnehmen).

Tabelle 18: Sozialpsychiatrische Dienste und Psychosoziale Suchtberatungsstellen im Bezirk Unterfranken (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| | Erhebungszeitpunkt | Volldienste | Außenstellen mit festem Personal | Fachpersonal inkl. Verwaltungskraft gesamt in VK | Fachpersonal davon im EG BKH Lohr (%) | Fachpersonal davon im EG BKH Werneck (%) |
|-------------|--------------------|-------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| SpDi | Jan 04 | 9 | 5 | 32,58 | 22,90 (70,3%) | 9,68 (29,7%) |
| | Jan 08 | 9 | 5 | 31,23 | 21,55 (69,0%) | 9,68 (31,0%) |
| | Jan 12 | 9 | 3 | 34,32 | 23,14 (67,4%) | 11,18 (32,6%) |
| PSB | Jan 04 | 8 | 3 | 32,00 | 18,25 (57,0%) | 13,75 (43,0%) |
| | Jan 08 | 8 | 3 | 30,75 | 17,00 (55,3%) | 13,75 (44,7%) |
| | Jan 12 | 8 | 3 | 32,29 | 20,1 (62,2%) | 12,19 (37,8%) |

Abkürzungen. EG: Einzugsgebiet, BKH: Bezirkskrankenhaus, SpDi: Sozialpsychiatrischer Dienst, PSB: Psychosoziale Suchtberatungsstelle, Jan.: Januar, VK: Vollzeitkräfte.

Wohnen, Alltagsgestaltung und Wiedereingliederung

Neben der spürbaren Zunahme der Ausgaben für die komplementäre Versorgung haben sich in den meisten Bereichen auch deutlich die Angebote zum Wohnen und der Alltagsgestaltung (siehe Tabelle 19) sowie die Angebote zur Wiedereingliederung gesteigert (siehe Tabelle 20).

Die Plätze für ambulant betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen und Suchtkranke in Wohngemeinschaften und Einzel-/Paarwohnen im Bezirk Unterfranken sind insgesamt um 118,2% von 258 im Januar 2004 auf 563 im Januar 2012 angestiegen. Die Plätze verteilen sich dabei gleich in den jeweiligen Einzugsgebieten (präzise Werte siehe Tabelle 19). Die Plätze für Psychiatrische Familienpflege zeigen ebenfalls eine Zunahme von 33 im Jahr 2004 auf 47 im Jahr 2012, entsprechend eines Anstiegs von 42,4%.

Die Möglichkeiten der Alltagsgestaltung haben sich ebenfalls merklich verbessert: Die Anzahl der Tagesstätten im Bezirk Unterfranken ist von Januar 2004 auf Januar 2012 von 11 auf insgesamt 18 angestiegen. Die Plätze in den Tagesstätten haben im gleichen Zeitraum von 176 auf 326, also um 85,2%, zuge-

nommen. Entsprechend der Tabelle 19 stehen hiervon 54,5% in 2004 und 55,5% in 2012 dieser Plätze dem Einzugsgebiet des BKH Lohr zur Verfügung.

Tabelle 19: Angebote zu Wohnen und der Alltagsgestaltung im Bezirk Unterfranken, im regionalen Einzugsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| | Erhebungszeitpunkt | Bezirk gesamt | EG BKH Lohr (%) | EG BKH Werneck (%) |
|---|---------------------------|----------------------|------------------------|---------------------------|
| Plätze ambulant betreutes Wohnen¹ | Jan. 2004 | 258 | 134 (51,9%) | 124 (48,1%) |
| | Jan. 2008 | 353 | 169 (47,9%) | 184 (52,1%) |
| | Jan. 2012 | 563 | 289 (51,3%) | 274 (48,7%) |
| Plätze Psychiatrische Familienpflege | Jan. 2004 | 33 | k. A. | k. A. |
| | Jan. 2008 | 34 | k. A. | k. A. |
| | Jan. 2012 | 47 | k. A. | k. A. |
| Anzahl Tagesstätten | Jan. 2004 | 11 | k. A. | k. A. |
| | Jan. 2008 | 13 | k. A. | k. A. |
| | Jan. 2012 | 18 | k. A. | k. A. |
| Plätze Tagesstätten | Jan. 2004 | 176 | 96 (54,5%) | 80 (45,5%) |
| | Jan. 2008 | 244 | 128 (52,5%) | 116 (47,5%) |
| | Jan. 2012 | 326 | 181 (55,5%) | 145 (44,5%) |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, EG: Einzugsgebiet, Jan.: Januar. k.A.: keine Angaben
¹Für psychisch kranke Menschen und Suchtkranke in Wohngemeinschaften und Einzel- und Paarwohnen.

Wie der Tabelle 20 zu entnehmen ist, zeigen sich darüber hinaus Verbesserungen im Bereich der Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen: Die Werkstätten für psychisch behinderte Menschen sind von Januar 2004 auf Januar 2012 von 2 auf 5 Werkstätten angestiegen mit einer Zunahme der Plätze in diesen Werkstätten im gleichen Zeitraum von 172 auf 365, entsprechend einer Steigerung von 112,2%. Im Januar 2004 und 2008 gibt es keine Integri-

onsfirmen im Bezirk Unterfranken. Im Januar 2012 gibt es 2 Integrationsfirmen mit 8 Plätzen. Darüber hinaus weisen die Plätze der Zuverdienstmöglichkeit einen Anstieg im selben Zeitraum um 260,0% auf.

Tabelle 20: Angebote zur Wiedereingliederung im Bezirk Unterfranken im regionalen Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| | Erhebungszeitpunkt | Bezirk gesamt |
|----------------------------------|--------------------|-----------------|
| Anzahl WfbM¹ | Jan. 2004 | 2 |
| | Jan. 2008 | 2 |
| | Jan. 2012 | 5 |
| Plätze WfbM¹ | Jan. 2004 | 172 |
| | Jan. 2008 | 240 |
| | Jan. 2012 | 365 |
| Anzahl Integrationsfirmen | Jan. 2004 | 0 |
| | Jan. 2008 | 0 |
| | Jan. 2012 | 2 mit 8 Plätzen |
| Plätze | Jan. 2004 | 50 |
| Zuverdienstmöglichkeit | Jan. 2008 | 121 |
| | Jan. 2012 | 180 |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, WfbM: Werkstätten für behinderte Menschen, Jan.: Januar.

¹Speziell für psychisch behinderte Menschen.

In der Zusammenschau lassen sich damit auch im komplementären Bereich keine bedeutsamen Abnahmen der betrachteten Kennwerte aus den verschiedenen Bereichen (Ausgaben, PSBs, Wohnen, Alltagsgestaltung und Wiedereingliederung) aufzeigen. Im Hinblick auf die SpDis ist die Schließung von Außenstellen bei gleichzeitiger geringfügiger Personalsteigerung im Beobachtungszeitraum als nicht bedeutsam einzustufen. Es ergeben sich – mit Ausnahme der SpDis und PSBs – in der Konsequenz deutliche Verbesserungen in den einzelnen Bereichen.

3.3 Subgruppen

Die im Folgenden skizzierten Kennzahlen sind vor dem Hintergrund der unter 3.1.1 referierten signifikanten Fall- und Patientenzunahmen in beiden BKHs zu betrachten.

3.3.1 Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit

Die Anzahl der aufgenommenen stationären Behandlungsfälle außerhalb und innerhalb der KAZ sind der Tabelle 21 zu entnehmen. Im BKH Lohr nehmen die Aufnahmen innerhalb der KAZ im Beobachtungszeitraum von 2004 auf 2012 um 29,4% zu und liegen somit etwas über dem prozentualen Anstieg der Aufnahmen außerhalb der KAZ von 26,0%. Im BKH Werneck hingegen zeigt sich ein deutlicher Zuwachs der Aufnahmen außerhalb der KAZ mit einer prozentualen Zunahme von 45,7% von 2004 auf 2012. Im gleichen Zeitraum nehmen die Aufnahmen innerhalb der KAZ lediglich um 19,3% zu. Behandlungsfälle außerhalb der KAZ unter der Woche steigen hierbei im Beobachtungszeitraum im BKH Lohr um 22,0% und an den Wochenenden und Feiertagen um 32,8% an. Im BKH Werneck zeigt sich auch hier an Wochenenden und Feiertagen der größere Zuwachs an Fällen mit 59,9% und lediglich einen Anstieg unter der Woche von 36,6% von 2004 auf 2012.

Tabelle 21: Aufnahmen innerhalb und außerhalb der Kernarbeitszeiten im BKH Lohr und BKH Werneck

| | 2004 | | 2008 | | 2012 | |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | L | W | L | W | L | W |
| n innerhalb KAZ (%) | 1838 (59,3%) | 2106 (70,2%) | 2085 (60,5%) | 2325 (69,0%) | 2378 (59,9%) | 2513 (65,9%) |
| n außerhalb KAZ (%) | 1261 (40,7%) | 892 (29,8%) | 1363 (39,5%) | 1046 (31,0%) | 1589 (40,1%) | 1300 (34,1%) |
| n unter der Woche (%) | 792 (62,8%) | 543 (60,9%) | 823 (60,4%) | 623 (59,6%) | 966 (60,8%) | 742 (57,1%) |
| n WE und Feiertage (%) | 469 (37,2%) | 349 (39,1%) | 540 (39,6%) | 423 (40,4%) | 623 (39,2%) | 558 (42,9%) |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, L: BKH Lohr, W: BKH Werneck, n: Anzahl, KAZ: Kernarbeitszeit, WE: Wochenende.

Das prozentuale Verhältnis der Aufnahmen außerhalb der KAZ unter der Woche zu aufgenommenen Fällen am Wochenende und Feiertagen bleibt recht konstant mit ca. 60% : 40% in beiden Kliniken (im BKH Lohr 2004 mit 62,8% : 37,2% und in 2012 mit 60,8% : 39,2%). Ein ähnliches Bild zeigt sich im BKH Werneck mit 60,9% der Aufnahmen außerhalb der KAZ unter der Woche

in 2004 bzw. 57,1% in 2012 zu den Aufnahmen am Wochenende und an Feiertagen, deren Anteil bei 39,1% in 2004 bzw. bei 42,9% in 2012 liegt.

Der prozentuale Anteil der Aufnahmen außerhalb der KAZ an den hospitalisierten Fällen im Indexjahr insgesamt zeigt sich im BKH Lohr mit 40,7% in 2004, mit 39,5% in 2008 und mit 40,1% in 2012 recht konstant. Im Chi²-Test lässt sich keine signifikante Veränderung über die Indexjahre ($\chi^2 = 0,92$, $df = 2$, $p = 0,633$) feststellen bei einem Vergleich der Aufnahmen innerhalb und außerhalb der KAZ. Im BKH Werneck hingegen nimmt der Anteil der Aufnahmen außerhalb der KAZ im Vergleich zu innerhalb der KAZ signifikant zu ($\chi^2 = 15,97$, $df = 2$, $p < 0,001$), ihr prozentualer Anteil an den Belegungsfällen insgesamt im jeweiligen Indexjahr beträgt in 2004 29,8%, 31,0% in 2008 und 34,1% in 2012.

3.3.2 Wiederaufnahmen

Der Tabelle 22 sind in der Übersicht die Anstiege der Wiederkehrerfälle und der Wiederkehrerpatienten sowie weitere Daten in beiden Kliniken über die Verlaufsjahre zu entnehmen. In der Chi²-Testung zeigen sich für die BKHs differierende Befunde im Hinblick auf eine Veränderung der Wiederkehrerfälle bzw. Wiederkehrerpatienten über die Verlaufsjahre. Das BKH Werneck behandelt mit Ausnahme der wiederaufgenommenen Patienten in 2012 immer mehr Wiederkehrerfälle und rehospitalisierte Patienten als das BKH Lohr. Deutliche Differenzen sind im Jahr 2004 zu erkennen. Ab 2008 sind die Unterschiede in beiden Kliniken nur noch gering. Im BKH Lohr werden im Jahr 2004 386 Patienten wiederaufgenommen, diese führen zu 504 Wiederaufnahmen entsprechend 890 Fälle unter Einbezug jeweils der ersten stationären Aufnahme. Im Jahr 2012 werden im BKH Lohr 582 Patienten wiederaufgenommen, diese führen zu insgesamt 842 Wiederaufnahmen und somit insgesamt 1424 Behandlungsfälle. Die Anzahl der Wiederaufnahmefälle im BKH Lohr steigt von 2004 auf 2012 um 67,1% an, die wiederaufgenommenen Fälle mit Erstaufnahmen um 60,0%, die wiederaufgenommenen Patienten von 2004 auf 2012 hingegen nehmen um 50,8% zu. Die rehospitalisierten Patienten im BKH Lohr im Vergleich zu Patienten, die keine Wiederkehrer sind, zeigen eine signifikante Zunahme über die Indexjahre ($\chi^2 = 25,69$, $df = 2$, $p < 0,001$). Die Wiederaufnahmefälle verändern

sich ebenfalls statistisch signifikant ($\chi^2 = 42,18$, $df = 2$, $p < 0,001$) über die Jahre im Chi²-Test im Vergleich zu Fällen ohne stationäre Wiederaufnahme.

Tabelle 22: Wiederaufnahmefälle und Wiederkehrerpatienten im BKH Lohr und BKH Werneck

| Wiederkehrer | 2004 | | 2008 | | 2012 | | Veränderung von 2004 auf 2012 | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------|-------|
| | L | W | L | W | L | W | L | W |
| WK-Fälle | 504 | 669 | 770 | 828 | 842 | 884 | 67,1% | 32,1% |
| WK-Fälle inkl. Erstaufnahme | 890 | 1131 | 1307 | 1373 | 1424 | 1452 | 60,0% | 28,4% |
| WK-Patienten | 386 | 462 | 537 | 545 | 582 | 568 | 50,8% | 22,9% |
| WK-Fälle/Fälle gesamt | 16,3% | 22,3% | 22,3% | 24,6% | 21,2% | 23,2% | 30,1% | 4,0% |
| WK-Fälle inkl. Erstaufnahme/Fälle gesamt | 28,7% | 37,7% | 37,9% | 40,7% | 35,9% | 38,1% | 25,1% | 1,1% |
| WK-Patienten /Patienten gesamt | 14,9% | 19,8% | 20,1% | 21,4% | 18,6% | 19,8% | 24,8% | 0,0% |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, L: BKH Lohr; W: BKH Werneck, WK: Wiederkehrer

Im BKH Werneck werden in 2004 462 Patienten rehospitalisiert, diese führen zu 669 Wiederaufnahmen, entsprechend 1131 Aufnahmen insgesamt unter Einbezug jeweils des ersten stationären Behandlungsfalls. In 2012 steigt diese Zahl auf 1452 Behandlungsfälle insgesamt an durch 568 Patienten mit 884 Wiederaufnahmen. Dies entspricht von 2004 auf 2012 einer Zunahme der Rehospitalisierungen mit Erstaufnahmen um 28,4%. Im Gegensatz zum BKH Lohr lässt sich im BKH Werneck keine signifikante Veränderung bei den rehospitalisierten Patienten zur Vergleichsgruppe der nicht rehospitalisierten Patienten ($\chi^2 = 2,71$, $df = 2$, $p = 0,258$) und wiederaufgenommenen Fällen zu nicht rehospitalisierten Fällen ($\chi^2 = 4,61$, $df = 2$, $p = 0,100$) erkennen. Deskriptiv lässt sich hier eine Zunahme von wiederaufgenommenen Patienten von 2004 auf 2012 um 22,9% bei einer Zunahme der Wiederaufnahmefälle um 32,1% feststellen.

Die wiederaufgenommenen Fälle mit Erstaufnahmen im Verhältnis zu den stationären Behandlungsfällen gesamt betragen im BKH Lohr im Jahr 2004 28,7%, im Jahr 2008 37,9% und im Jahr 2012 35,9% (Übersicht in Tabelle 22). Hier

zeigt sich von 2004 auf 2012 eine Zunahme um 25,1%. Im BKH Werneck hingegen ist dieses Verhältnis recht konstant über die Jahre mit einem kaum wahrnehmbaren Anstieg von 1,1%. Das Verhältnis der wiederaufgenommenen Patienten zur gesamten behandelten Patientenpopulation im BKH Lohr beträgt im Jahr 2004 14,9%, in 2008 20,1% und im Indexjahr 2012 18,6%. Hier ist eine Zunahme von 2004 auf 2012 von 24,8% zu verzeichnen. Im BKH Werneck hingegen bleibt dieses Verhältnis über die Indexjahre recht konstant (2004 19,8%, 2008 21,4% und 2012 mit 19,8%), sodass sich hier keine Veränderung von 2004 auf 2012 ergibt. Die rehospitalisierten Fälle im Verhältnis zu den stationär behandelten Fällen insgesamt betragen im BKH Lohr 16,3% in 2004, 22,3% in 2008 und 21,2% in 2012. Dies entspricht einer Zunahme um 30,1% über die Jahre, wohingegen im BKH Werneck lediglich ein Anstieg von 4,0% vom Jahr 2004 auf 2012 zu verzeichnen ist. Alle drei Raten in beiden BKHs zeigen im Jahr 2008 die höchsten Werte.

Betrachtet man die Wiederkehrer nach der Anzahl der Wiederaufnahmen und den von ihnen insgesamt generierten Fällen (Wiederaufnahmefälle mit Erstaufnahmen), so stellt man fest, dass der Großteil der Patienten ≤ 2 -mal zur stationären Wiederaufnahme kommt (Übersicht siehe Tabelle 23). Im BKH Werneck werden über alle Indexjahre merklich mehr Patienten, die ≥ 3 -mal zur stationären Wiederaufnahme kommen, behandelt als im BKH Lohr. Im BKH Lohr kommen im Jahr 2004 95,9% der rehospitalisierten Patienten ≤ 2 -mal zur stationären Wiederaufnahme und machen hierbei 809 Belegungsfälle, entsprechend 90,9% der durch Wiederaufnahmen generierten Belegungsfälle insgesamt mit Erstaufnahmen, aus. Lediglich 4,1% der rehospitalisierten Patienten (16 absolut) werden ≥ 3 -mal stationär aufgenommen und verursachen hier insgesamt 9,1% der gesamten Wiederaufnahmefälle mit Erstaufnahmen (81 absolut). In 2008 steigt der Anteil der rehospitalisierten Patienten mit ≥ 3 Wiederaufnahmen an allen rehospitalisierten Patienten im Indexjahr merklich an und verändert sich in 2012 kaum. In 2012 beträgt dieser Anteil 9,5% (55 Patienten), welche 18,8% der durch Wiederkehrer produzierten Fälle gesamt (also inkl. Erstaufnahmen) ausmachen. Der Unterschied zwischen Patienten, die ≤ 2 -mal zur Wiederaufnahme kommen, und Patienten, die ≥ 3 -mal zur Wiederaufnahme

kommen, ist im Chi²-Test signifikant über die Beobachtungsjahre ($\chi^2 = 10,66$, $df = 2$, $p = 0,005$). Ein analoger Vergleich der Häufigkeiten der Fälle, die von Patienten mit ≤ 2 und ≥ 3 Wiederaufnahmen entsteht (inkl. der Erstaufnahmen), ist ebenfalls statistisch signifikant mit $\chi^2 = 42,10$; $df = 2$; $p < 0,001$. Dies bedeutet, dass sowohl die Patienten mit ≥ 3 Wiederaufnahmen als auch die von diesen Patienten verursachten Fällen (mit Erstaufnahmen) signifikant über die Verlaufsahre im BKH Lohr zunehmen. Die Zunahme dieser Patienten mit ≥ 3 Wiederaufnahmen von 2004 auf 2012, als auch die der generierten Fälle verdreifacht sich in etwa (Patientenzunahme um den Faktor 3,4; Fallzunahme um den Faktor 3,3). Die Zahl der Patienten, die ≤ 2 zur Wiederaufnahme kommen, steigt lediglich um den Faktor 1,4 bzw. die von dieser Gruppe generierten Fälle ebenfalls nur um den Faktor 1,4 von 2004 auf 2012.

Im BKH Werneck liegt der Anteil der rehospitalisierten Patienten entsprechend Tabelle 23 mit ≥ 3 stationären Wiederaufnahmen an allen rehospitalisierten Patienten in 2004 bereits bei 10,0% (absolut 46 Patienten), welche 210 Belegungsfälle verursachen (inkl. Erstaufnahmen, entsprechend 18,6% der durch Wiederaufnahmen generierten Fälle gesamt). Dieser Anteil steigt in 2008 an und bleibt dann analog zum BKH Lohr in 2012 konstant. Im Jahr 2012 kommen 12,5% der Wiederkehrerpatienten insgesamt ≥ 3 -mal (71 Patienten absolut) zur stationären Wiederaufnahme und verursachen hier 25,3% der durch Wiederkehrer produzierten Fälle gesamt (inkl. Erstaufnahmen: 367 Fälle).

Die rehospitalisierten Patienten im BKH Werneck mit ≤ 2 und ≥ 3 stationären Wiederaufnahmen verändern sich nicht signifikant über die Indexjahre ($\chi^2 = 2,16$, $df = 2$, $p = 0,339$). Vergleicht man allerdings bei beiden Gruppen die von ihnen verursachten Fälle gesamt mit Erstaufnahme über die Indexjahre, nehmen diese statistisch signifikant zu ($\chi^2 = 17,07$, $df = 2$, $p < 0,001$). Vor allem in der Gruppe ≥ 3 stationären Wiederaufnahmen zeigt sich hier ein Anstieg der von dieser Gruppe generierten Fälle um den Faktor 1,7.

Tabelle 23: Wiederkehrerpatienten und die von diesen produzierten Fälle in den Indexjahren 2004, 2008 und 2012 nach Anzahl der Wiederaufnahmen im BKH Lohr und BKH Werneck

| | 2004 | | | | 2008 | | | | 2012 | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| | Lohr | | Werneck | | Lohr | | Werneck | | Lohr | | Werneck | |
| | Pat. | Fälle | Pat. | Fälle | Pat. | Fälle | Pat. | Fälle | Pat. | Fälle | Pat. | Fälle |
| ≤ 2 Wieder- aufnahmen (%) | 370 95,9% | 809 90,9% | 416 90,0% | 921 81,4% | 487 90,7% | 1079 82,6% | 476 87,3% | 1049 76,4% | 527 90,5% | 1156 81,2% | 497 87,5% | 1085 74,7% |
| ≥ 3 Wieder- aufnahmen (%) | 16 4,1% | 81 9,1% | 46 10,0% | 210 18,6% | 50 9,3% | 228 17,4% | 69 12,7% | 324 23,6% | 55 9,5% | 268 18,8% | 71 12,5% | 367 25,3% |

Abkürzung. BKH: Bezirkskrankenhaus, Pat.: Patient.

Bei ≤ 2 bzw. ≥ 3 Wiederaufnahmen werden von X Patienten Y Fälle im Indexjahr verursacht inkl. der Erstaufnahme.

Tabelle 24: Zeitliche Rückkehr der Wiederaufnahmen im BKH Lohr und BKH Werneck in den Jahren 2004, 2008 und 2012

| Tage bis zur Wieder- aufnahme | 2004 | | | | 2008 | | | | 2012 | | | |
|-------------------------------------|-------|---------------|---------|---------------|-------|---------------|---------|---------------|-------|---------------|---------|---------------|
| | Lohr | | Werneck | | Lohr | | Werneck | | Lohr | | Werneck | |
| | Fälle | in % Summe | Fälle | in % Summe | Fälle | in % Summe | Fälle | in % Summe | Fälle | in % Summe | Fälle | in % Summe |
| 0 bis 9 | 142 | 28,2% | 180 | 26,9% | 216 | 28,1% | 237 | 28,6% | 275 | 32,7% | 241 | 27,3% |
| 10 bis 30 | 108 | 21,4% | 160 | 23,9% | 171 | 22,2% | 196 | 23,7% | 177 | 21,0% | 177 | 20,0% |
| 31 bis 60 | 77 | 15,3% | 115 | 17,2% | 121 | 15,7% | 136 | 16,4% | 122 | 14,5% | 157 | 17,8% |
| 61 bis 90 | 54 | 10,7% | 68 | 10,2% | 84 | 10,9% | 87 | 10,5% | 86 | 10,2% | 92 | 10,4% |
| ≥ 91 | 123 | 24,4% | 146 | 21,8% | 178 | 23,1% | 172 | 20,8% | 182 | 21,6% | 217 | 24,5% |
| Summe | 504 | 100,0% | 669 | 100,0% | 770 | 100,0% | 828 | 100,0% | 842 | 100,0% | 884 | 100,0% |

Richtet man nun den Fokus auf die Zeit bis zur Wiederaufnahme (siehe Tabelle 24) wird deutlich, dass über die Beobachtungsjahre in beiden BKHs ca. 50% aller Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung erfolgen: Im BKH Lohr 49,6% in 2004, 50,3% in 2008 und 53,7% in 2012. Im BKH Werneck werden prozentual innerhalb der ersten 30 Tage nach Entlassung aus dem stationären Setting 2004 50,8%, in 2008 52,3% und in 2012 47,3% aller Wiederkehrerfälle rehospitalisiert, hiervon ca. 30% innerhalb der ersten 9 Tage (präzise prozentuale Verteilung siehe Tabelle 24).

3.3.3 Kurzzeitlieger

Die KZL, also Aufnahmen mit einer Verweildauer von 1 bis ≤ 3 Tagen, nehmen im BKH Lohr von 377 in 2004 auf 662 in 2012 um 75,6% kontinuierlich in den Beobachtungsjahren zu. Im BKH Werneck zeigt sich analog ebenfalls ein ansteigender Trend in den Jahren 2004 und 2008 zum BKH Lohr (siehe Abbildung 12). Die Zahlen für das Jahr 2012 sind allerdings im BKH Werneck aufgrund einer Umstellung der Abrechnungsmodalitäten nicht ermittelbar. In 2012 ist von einer ähnlichen Größenordnung im BKH Werneck wie im BKH Lohr auszugehen (persönliche Mitteilung; Controlling BKH Werneck 2018). Die prozentuale Zunahme der KZL von 2004 auf 2008 beträgt im BKH Lohr 32,1%, im BKH Werneck 26,6%. Im Chi²-Test verändern sich im BKH Lohr die KZL signifikant über die Indexjahre im Vergleich zu den Nicht-KZL ($\chi^2 = 28,64$, $df = 2$, $p < 0,001$). Für das BKH Werneck wurden hier sowie für die Hauptentlassdiagnosen bei fehlendem Datensatz keine statistischen Testungen durchgeführt. Der Anteil der KZL an den behandelten Fällen gesamt im jeweiligen Indexjahr beträgt im BKH Lohr im Jahr 2004 12,2%, 14,4% im Jahr 2008 und steigt im Jahr 2012 auf 16,7% an. Im BKH Werneck zeigen sich analoge Daten in den Jahren 2004 mit anteilig 12,3% der KZL an der gesamten Fallpopulation und in 2008 13,8%.

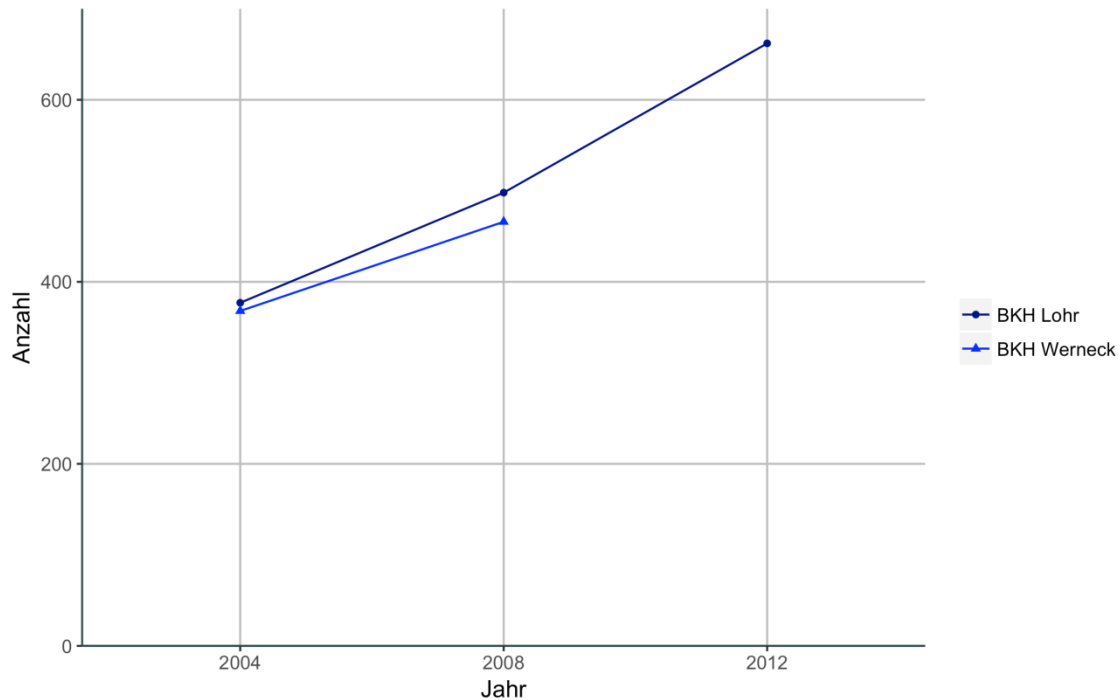


Abbildung 12: Kurzzeitlieger im BKH Lohr und BKH Werneck in den Beobachtungsjahren
Abkürzung: BKH, Bezirkskrankenhaus.
 Daten in 2012 im BKH Werneck nicht ermittelbar.

Über alle Beobachtungsjahre in beiden BKHs werden anteilig mehr männliche als weibliche KZL behandelt (Übersicht zu KZL siehe Tabelle 25). Im BKH Lohr unterscheiden sich in jedem Beobachtungsjahr die Hauptentlassdiagnosen zwischen KZL und Nicht-KZL in der χ^2 -Testung unter Einbezug der F0- bis F4-Diagnosen signifikant (in 2004: $\chi^2 = 166,71$, $df = 4$, $p < 0,001$; in 2008: $\chi^2 = 250,57$, $df = 4$, $p < 0,001$; in 2012 $\chi^2 = 460,98$, $df = 4$, $p < 0,001$). Die zwei häufigsten behandelten Diagnosen im BKH Lohr und im BKH Werneck bei den KZL über alle vorhandenen Indexjahre sind F1- und F4-Diagnosen. Beide Diagnosegruppen machen etwa 2/3 der behandelten Fälle in dieser Gruppe aus (im BKH Lohr 2004 65,5%, 2008 66,5%, 2012 69,5%; im BKH Werneck in 2004 67,7% und in 2008 65,9%). Während im Jahr 2004 und 2008 die F1-Diagnosegruppe die meistgestellte Diagnose in dieser Untergruppe darstellt, gab sie 2012 ihren Spitzenplatz an die F4-Diagnosen ab. In den Indexjahren gab es dabei keine statistisch signifikante Veränderung der F0- bis F4-Diagnosen im BKH Lohr ($\chi^2 = 12,90$, $df = 8$, $p = 0,115$).

Tabelle 25: Kurzzeitlieger im BKH Lohr und BKH Werneck in den Indexjahren 2004, 2008 und 2012

| | 2004 | | 2008 | | 2012 | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------|
| | Lohr | Werneck | Lohr | Werneck | Lohr | Werneck |
| KZL (m/w) | 377 (223/154) | 368 (239/129) | 498 (276/222) | 466 (273/193) | 662 (402/260) | n.e. (n.e./n.e.) |
| Hauptentlassdiagnosen nach ICD-10 | | | | | | |
| F0 (%) | 43 (11,4%) | 13 (3,5%) | 51 (10,2%) | 43 (9,2%) | 55 (8,3%) | n.e. |
| F1 (%) | 125 (33,2%) | 145 (39,4%) | 195 (39,2%) | 169 (36,3%) | 223 (33,7%) | n.e. |
| F2 (%) | 25 (6,6%) | 29 (7,9%) | 33 (6,6%) | 24 (5,2%) | 40 (6,0%) | n.e. |
| F3 (%) | 39 (10,3%) | 54 (14,7%) | 44 (8,8%) | 52 (11,2%) | 68 (10,3%) | n.e. |
| F4 (%) | 122 (32,4%) | 104 (28,3%) | 136 (27,3%) | 138 (29,6%) | 237 (35,8%) | n.e. |
| F5 (%) | 1 (0,3%) | 1 (0,3%) | 2 (0,4%) | 1 (0,2%) | 1 (0,2%) | n.e. |
| F6 (%) | 12 (3,2%) | 10 (2,7%) | 17 (3,4%) | 29 (6,2%) | 24 (3,6%) | n.e. |
| F7 (%) | 2 (0,5%) | 3 (0,8%) | 2 (0,4%) | 3 (0,6%) | 3 (0,5%) | n.e. |
| F8 (%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (0,4%) | 0 (0,0%) | 2 (0,3%) | n.e. |
| F9 (%) | 2 (0,5%) | 1 (0,3%) | 2 (0,4%) | 1 (0,2%) | 4 (0,6%) | n.e. |
| G (%) | 1 (0,3%) | 5 (1,4%) | 1 (0,2%) | 3 (0,6%) | 2 (0,3%) | n.e. |
| sonstige (%) | 5 (1,3%) | 3 (0,8%) | 13 (2,6%) | 3 (0,6%) | 3 (0,5%) | n.e. |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, KZL: Kurzzeitlieger, m: männlich, w: weiblich, n.e.: nicht ermittelbar, ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10, F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F3: Affektive Störungen, F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F7: Intelligenzstörung; F8: Entwicklungsstörungen; F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und nicht näher bezeichnete psychische Störungen, G: Krankheiten des Nervensystems, sonstige: ICD-10 Diagnosen nicht der Kategorie F oder G zugehörig.

4. DISKUSSION

Um diesen Abschnitt überschaubar zu halten, werden lediglich die zu den Fragestellungen relevanten Punkte und neuen Erkenntnisse erörtert. Zunächst erfolgt die Diskussion in Bezug auf die Hypothesen mit den einzelnen Versorgungsbereichen und anschließend werden die untersuchten Subgruppen auf ihren Beitrag zur Belegungssteigerung und die explorative Analyse erörtert.

4.1 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Hypothesen

In der vorliegenden Arbeit ging es um die Analyse der Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Bezirk Unterfranken über die Jahre 2004, 2008 und 2012 vor dem Hintergrund der Fragestellungen, wie sich die stationäre Belegung der BKHs und die ambulante und komplementäre Versorgung im Bezirk Unterfranken im Beobachtungszeitraum entwickelt haben. Die Hypothese 1 lautete, dass die stationäre Belegung des BKH Lohr und des BKH Werneck über die Verlaufsjahre zunimmt. Damit einhergehend wird im Hinblick auf die Hypothese 2 eine Verschlechterung der ambulanten und komplementären Versorgung im jeweiligen Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck angenommen.

4.1.1 Stationäre Daten

Aufgrund der Tatsache, dass das BKH Werneck in den Indexjahren, wie unter 2.1.2 dargestellt, mehr Betten für privatversicherte Patienten vorhält als das BKH Lohr, wurden privatversicherte Patienten, wie bereits unter 2.1.1 thematisiert, nicht in die Studie einbezogen. Da beide BKHs über die gleichen Bettenkapazitäten in den Beobachtungsjahren verfügen und im Rahmen ihrer Pflichtversorgung Patienten nicht abweisen können, relativiert sich dieser Umstand. Vor diesem Hintergrund zeigt sich bei konstanter und vergleichbarer (Gesamt-)Planbettenzahl eine statistisch signifikante Zunahme der Patienten- und Fallzahlen über die Indexjahre in beiden BKHs. Die stationären Belegungsfälle nehmen hierbei von 2004 auf 2012 um 28,0% im BKH Lohr und um 27,2% im BKH Werneck zu. Das BKH Lohr zeigt sich hierbei selektiver bzgl. der Fallaufnahmen aus dem eigenen Einzugsgebiet bei vermutlich höherem Aufnah-

medruck bei größerem Einzugsgebiet als das BKH Werneck (Regionaldatenbank Deutschland 2017). Als Vergleichsdaten lassen sich die Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2006a, 2013a) zu den ICD-10 F-Diagnosen heranziehen. Die Vergleichbarkeit dieser ist allerdings eingeschränkt aufgrund der Erfassung von Minderjährigen, Stundenfällen und unter Einbezug der Behandlungen in Krankenhäusern insgesamt. Die Diagnosedaten zeigen eine Steigerung der bayernweit behandelten Fallzahlen in analoger Größenordnung zu der hier vorliegenden Untersuchung von 2004 auf 2012 mit 29,1%. Deutschlandweit fällt der Anstieg der stationär behandelten ICD-10 F-Diagnosen allerdings geringer aus mit einer Zunahme von lediglich 19,7% von 2004 auf 2012 (Übersicht siehe Tabelle 26). Fokussiert man nun auf die ICD-10 F-Diagnosen deutschlandweit, die speziell in Fachkliniken und -abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt werden, zeigt sich bei dieser Untergruppe ein Anstieg der behandelten ICD-10 F-Diagnosen von 2004 auf 2012 um 27,9%, entsprechend dem prozentualen Anstieg im BKH Lohr und BKH Werneck. Die ICD-10 F-Diagnosen deutschlandweit hingegen, die in anderen Einrichtungen (etwa ein Drittel aller ICD-10 F-Diagnosen) behandelt werden, verzeichnen über den entsprechenden Zeitraum lediglich eine Zunahme von 5,8%. Betrachtet man hierbei dezidiert die behandelten ICD-10 F-Diagnosen deutschlandweit ohne fachspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (also ohne Behandlung in Krankenhäusern für Psychotherapeutische Medizin, Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und ohne psychiatrische Fachkliniken und Fachabteilungen) entspricht dies etwa einem Viertel aller behandelten ICD-10 F-Diagnosen in 2004 und 2012. Die Zunahme der behandelten ICD-10 F-Diagnosen in diesen Einrichtungen liegt hier lediglich bei 4,8% von 2004 auf 2012. Für Bayern liegt keine über die Jahre vergleichbare Datenbasis speziell zu den behandelten ICD-10 F-Diagnosen in Fachkliniken und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie vor, sodass fraglich bleibt, wie sich der bayernweite höhere Anstieg auf die drei Kategorien „Behandlung in Fachkliniken und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie“, Behandlung „in anderen Krankenhäusern“ bzw. „ohne fachspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung“ verteilt. Es ergeben sich aber Hinweise, dass gerade Fachkliniken und Fachab-

teilungen für Psychiatrie und Psychotherapie speziell eine erhöhte Inanspruchnahme aufweisen. Dieser Themenpunkt wird unter 4.1.4 erneut aufgegriffen und abschließend diskutiert.

Da sich in den Beobachtungsjahren ebenfalls eine statistisch signifikante Steigerung der Patientenzahlen zeigt, ist die Zunahme der Belegungsfälle – zumindest im hier betrachteten Jahresbeobachtungsintervall – nicht hauptsächlich auf Wiedereintritte zurückzuführen: Es werden also folglich mehr Patienten psychiatrisch stationär behandelt. Es liegen für den entsprechenden Beobachtungszeitraum keine publizierten vergleichbaren Daten der Patientenentwicklung in psychiatrischen BKHs in Bayern vor. Eine Studie von Eisele et al. (2015) hat die Entwicklung der Patienten- und Fallzahlen der stationären psychiatrischen Versorgung im Hinblick auf die Einführung von PIAs an den Standorten Weissenau und Bad Schussenried (Baden-Württemberg) von 2002 bis 2011 erfasst mit zugehörigen Satellitenstationen (Pflichtversorgungsgebiet LK Biberach, LK Ravensburg, Bodenseekreis, Alb-Donau-Kreis). Bei 407 vollstationären Betten für ein Versorgungsgebiet mit ca. 862.000 Einwohnern nahmen von 2004 auf 2011 die stationären Behandlungsfälle um 18,7% und die Patientenzahlen um 16,6% zu. In Einklang mit unseren Daten, zeigt sich also auch hier, dass zunehmend mehr Menschen stationäre Behandlungen in Anspruch nehmen. Der Fallzahlenanstieg in dieser Studie liegt etwas unter dem Anstieg der vorliegenden Untersuchung und dem deutschlandweiten Anstieg in Fachkliniken und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, sodass deutschlandweit von regional unterschiedlichen Entwicklungen auszugehen ist (Übersicht siehe Tabelle 26).

Tabelle 26: Ausgewählte Kennzahlen zur stationären Belegungssituation: Prozentuale Veränderung der Kennzahlen von 2004 auf 2012 (¹Quelle: Statistisches Bundesamt 2006a, 2013a)

| | BKH Lohr | BKH Werneck | Bayern ¹ alle ICD-10 F-Diag. | Deutschland ¹ alle ICD-10 F-Diag. | Deutschland ¹ ICD-10 F-Diag. in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie |
|------------------|----------|-------------|--|--|--|
| Fälle | ↑↑ | ↑↑ | ↑↑ | ↑ | ↑↑ |
| Patienten | ↑↑ | ↑↑ | | | |
| VWD | ↓ | ↓ | ↔ | ↔ | |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, Diag.: Diagnose, ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10, VWD: Verweildauer.
Pro $\geq 10\%$ Veränderung ein Pfeil entsprechend der Veränderungsrichtung: ↑: Zunahme. ↓: Abnahme. ↔ Veränderung -10 bis < 0 bzw. bis < 10%.

Neben dem signifikanten Anstieg der Fälle und Patienten, zeigt sich auch eine signifikante Zunahme der Nutzungsgrade über die Indexjahre in beiden BKHs. Entsprechend dem Krankenhausplan des Freistaat Bayerns (Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2016) ist im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ein Bettennutzungsrichtwert von 90% als Zielwert anzustreben. Lediglich das BKH Lohr in 2004 mit 90,5% erreicht diesen Zielwert. Es ist somit bereits im Jahr 2004 im BKH Werneck und in den Jahren 2008 und 2012 in beiden BKHs von einer stationären Überbelegung auszugehen. Vergleichende Daten der Grunddaten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2005, 2009c, 2013c) in den Indexjahren unter Einbezug der Krankenhausbetten deutschlandweit im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ergaben ebenfalls Werte größer 90% für die stationäre Bettenauslastung (2004: 90,6%; 2008 93,0% und 2012 94,3%). Es zeigt sich also deutschlandweit eine Überbelegungstendenz, wobei sich diese merklich unter den hiesigen Nutzungsgraden befand.

Die zunehmende durchschnittliche stationäre Bettenauslastung im Beobachtungszeitraum lässt sich nicht durch eine Zunahme der Verweildauern erklären, da diese sich in beiden BKHs signifikant verkürzt von 2004 auf 2012 mit einer Abnahme der Verweildauern von -10,9% im BKH Lohr und -15,3% (bei höheren Ausgangswerten) im BKH Werneck. Ein Vergleich der hiesigen Daten mit den

Verweildauern der Betten für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland von 2004 auf 2012 zeigt hier einen prozentualen Rückgang von 9,3% bei allerdings niedrigeren Ausgangswerten mit 24,7 Tagen in 2004 und 22,4 Tagen in 2012 (Statistisches Bundesamt 2005, 2013c). Eine mögliche Erklärung für die geringeren durchschnittlichen Verweildauern in den Grunddaten des Statistischen Bundesamtes ist, dass die verschiedenen Einrichtungen, die in den Datensatz des Statistischen Bundesamtes einfließen, unterschiedliche Verweildauern haben je nach Einrichtungstyp, deren therapeutisches Angebot bzw. deren Lage (Stadt versus Land) (Kipp et al. 1998; Blum et al. 2011). Daneben ist aus den klinikinternen BAG-Auswertungen – die selbst auf Anfrage nicht zur Verfügung stehen – bekannt, dass die BKHs in Lohr und Werneck längere Liegezeiten haben als vergleichbare BKHs. Unter diesem Gesichtspunkt sollten regionale Phänomene, die im klinischen Alltag beobachtbar sind, als Erklärung in Betracht gezogen werden: Knapp 1/5 aller Patienten auf einer psychiatrischen Akutstation weisen längere Aufenthalte mit mehr als 2 Monaten auf, hiervon werden ca. 1/3 in eine betreute Wohneinrichtung entlassen (Jäger et al. 2013). Der „Abfluss“ der Patienten aus der Klinik ist ein entscheidender Faktor. Ist dieser, wie im Folgenden skizziert, gestört, so trägt dies zu verlängerten Verweildauern und Blockierung von Betten bei. Die Plätze pro 1.000 Einwohner in der stationären Eingliederungshilfe im Zuständigkeitsbereich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe haben sich über die Beobachtungsjahre kaum verändert und liegen mit 2,2 Plätzen pro 1.000 Einwohner im Bezirk Unterfranken in 2012 unter dem gewichteten Mittelwert der verfügbaren Daten für Deutschland mit 2,65 Plätzen pro 1.000 Einwohner (Schütz-Sehring et al. 2013). Wenn gleich es als Hinweis für eine ausgeprägtere Gemeindenähe gilt, dass weniger geschützt geführte Wohnmöglichkeiten angeboten werden (Bramesfeld 2003), haben Heime lange Wartelisten und schließen eine Versorgungslücke vor allem bei Patienten mit problematischer sozialer Anpassung und Verhaltensstörungen mit einem erhöhtem Hilfs- und Kontrollbedarf, welche die Integration in eine meist gut ausgebaute Gemeindepsychiatrie unmöglich machen (Franz et al. 2010). Problematisch ist neben dem ausreichend quantitativen Angebot oft auch die erschwerten Zugangsvoraussetzungen bzw. die Erwartung an ein zu hohes Funktionsniveau der Patienten seitens der Heime (Jäger et al. 2013).

Orientierend zur Verdeutlichung der Problematik sei hier die durchschnittliche Wartezeit von Antragstellung bis Maßnahmenbeginn für stationären Wohneinrichtungen mit 19,8 Wochen (Spannweite 6-53) in 2008 in den bayerischen LK Cham, LK Schwandorf und dem Stadt- und LK Regensburg genannt, welche zu frustranen Kooperationserfahrungen führte (Freund 2013). In der klinischen Praxis rückt diese Patientengruppe in den Fokus, u.a. bei zunehmender Häufung der Kündigungen der Heimplätze dieser Patienten noch während des stationären Aufenthaltes. Eine Verbesserung des quantitativen Angebotes von Plätzen in stationären Heimen könnte in der Konsequenz zu einer Entlastung des stationären Sektors führen.

Wenngleich zur Beantwortung der Hypothesen nicht relevant, ließ sich in Bezug auf die durchschnittlichen Verweildauern von Männern und Frauen ein weiterer Befund erheben: Die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern der Männer liegen in jedem Beobachtungsjahr unterhalb der Verweildauern der gesamten Population und die der Frauen oberhalb dieser. Als Vergleichsdatensatz gibt es lediglich in den Beobachtungsjahren die Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2006a, 2009a, 2013a) sowohl für Deutschland als auch Bayern für alle Krankenhauspatienten mit ICD-10 F-Diagnosen inkl. Minderjährigen und Stundenfälle. Vergleichend zeigt sich hier entsprechend dem in dieser Studie vorliegenden Datensatz einen analogen Trend (siehe Tabelle 27 und Tabelle 12). Dass Frauen längere stationäre psychiatrische Verweildauern haben, wird daneben in 3 von 4 Metaanalysen gestützt (Richter 2001; Melchior et al. 2010; Tulloch et al. 2011; Gopalakrishna et al. 2015). Eine mögliche Erklärung für längere stationäre Aufenthalte bei Frauen könnte sein, dass mit der Länge der Aufenthaltsdauer Psychotherapie zunehmend eine Rolle spielt (Normann et al. 2015). In einer Metaanalyse von Melchior et al. (2010) ist Psychotherapiemotivation wiederum mit längerer Behandlungsdauer korreliert. Fehlende Psychotherapie während des stationären Aufenthaltes hingegen hat einen verweildauerverkürzenden Effekt (Huttner 2006). Frauen sind gegenüber Männern offener für eine Psychotherapie (Petrowski et al. 2014) bei unterschiedlichen Gesundheitskonzepten und daraus resultierendem geschlechtsspezifischem Inanspruchnahmeverhalten (Möller-Leimkühler 2005). Gestützt wird die-

se Hypothese auch durch die Tatsache, dass Frauen ambulant mehr Richtlinien-Psychotherapie wahrnehmen als Männer (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung 2007; Lüders 2007; Albani et al. 2009; KVB 2009; Larisch et al. 2013). Daneben unterstreicht die Behandlung eines Frauenanteils von ca. 2/3 in vollstationären Rehabilitationseinrichtungen für Psychotherapeutische Medizin in den Jahren 2004, 2008 und 2012 diese Annahme eindrücklich (Statistisches Bundesamt 2006b, 2009b, 2013b). In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich ein hoher Anteil der stationär behandelten Patienten über die Jahre mit F1-Diagnosen. Diese Diagnosegruppe hat bei Männern eine höhere Prävalenz (Jacobi et al. 2004b) und ist mit kürzeren Verweildauern assoziiert (Compton et al. 2006; Huttner 2006; Warnke & Rössler 2008; Gopalakrishna et al. 2015). Es bedarf weiteren Analysen hinsichtlich des Einflusses des Geschlechts, der Altersgruppen und der Diagnosen auf die Verweildauern. Die vorliegende Studie gibt allerdings Hinweise, dass eine weitere Verweildauerreduktion und damit eine potenzielle Kostendämpfung bzw. Regulation der stationären Bettenbelegung vor allem bei den weiblichen Patienten möglich erscheint.

Tabelle 27: Verweildauern von Krankenhauspatienten in Deutschland und Bayern mit ICD-10 F-Diagnosen (Quelle: Statistisches Bundesamt 2006a, 2009a, 2013a)

| | | 2004 | 2008 | 2012 |
|--------------------|---------------|------|------|------|
| Deutschland | gesamt | 21,4 | 20,3 | 20,1 |
| | Männer | 18,9 | 17,5 | 17,3 |
| | Frauen | 24,4 | 23,6 | 23,3 |
| Bayern | gesamt | 22 | 21,7 | 21,3 |
| | Männer | 20 | 18,9 | 18,1 |
| | Frauen | 24,3 | 24,8 | 24,6 |

Abkürzungen. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10.

4.1.2 Ambulante Versorgung

4.1.2.1 Psychiatrische Institutsambulanzen

In beiden PIAs kam es mit einer Zunahme von Personal auch zu einem deutlichen Zuwachs der behandelten Patienten (PIA Lohr um 68,4% und in der PIA Werneck um 65,5%) und einer Steigerung der Abrechnungsscheine pro Jahr

um 78,6% in der PIA Lohr und 69,8% in der PIA Werneck von 2004 auf 2012 (Übersicht siehe Tabelle 28). Die hiesigen Daten stehen mit den bereits unter 1.4 zitierten GMK-Berichten von 2007 und 2012 mit Daten aus den Erhebungsjahren 2005 und 2010 im Hinblick auf eine verbesserte Versorgung durch PIAs in Deutschland und Bayern in Einklang. Hier zeigt sich eine deutschlandweite prozentuale Steigerung von PIA-Behandlungsfällen (entsprechend den hier erhobenen Abrechnungsscheinen pro Jahr) von 219,8% im Fünfjahreszeitraum (ohne Daten von Hamburg, Bayern, Hessen und Schleswig-Holstein). (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012).

Die bereits unter 4.1.1 zitierte Studie von Eisele et al. (2015) wird aufgrund der eingeschränkten Datenlage in diesem Zusammenhang erneut angeführt, obwohl sich die Studie, wie bereits thematisiert, nicht auf Bayern, sondern angrenzende Gebiete (Alb-Donau-Kreis, LK Ravensburg, Bodenseekreis und LK Biberach mit ca. 862 000 Einwohnern) bezieht. In der Studie werden PIA-Behandlungsfälle, analog zu den hier erhobenen Abrechnungsscheinen, und Patienten über einen Zeitraum von 2002 bis 2011 erfasst. Für den Zeitraum von 2004 auf 2011 zeigt sich hier – trotz kürzerem Beobachtungszeitraum – eine im Vergleich zu unseren Daten noch deutlichere Zunahme der PIA-Behandlungsfälle um 172,9% und der PIA-Patienten um 143,1%. Die unterschiedlichen Zunahmen sind vermutlich im Rahmen der regionalen Versorgungsstrukturen zu interpretieren (aus Koch-Stoecker et al., 2016).

Eine Studie, welche sich auf den Zeitraum von 2001 bis 2005 (unter Einbezug von 35 geprüften bayerischen PIAs) fokussierte, ergab eine durchschnittliche Abrechnungsscheinmehrung pro Jahr von 7,5% (Schaller & Wagner 2010). Die bisher referierten Werte übersteigen diesen Wert. Dies spiegelt u.a. die erhöhte Inanspruchnahme der PIAs im zeitlichen Verlauf als wichtigen Pfeiler der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung wider.

Bei vermehrten Zuweisungen der Niedergelassenen an die PIA bei schlechten ambulanten finanziellen Rahmenbedingungen (Melchinger 2008b) interpretiert Spengler (2008) die PIA-Fallzahlsteigerungen als Kompensation der Problematiken des ambulanten Sektors.

Tabelle 28: Ausgewählte Kennzahlen der PIAs: Prozentuale Veränderung von 2004 auf 2012. Zur besseren Vergleichbarkeit in Klammer die prozentuale Veränderung von 2008 auf 2012

| | PIA Lohr | PIA Werneck |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| Abrechnungsscheine | ↑↑↑↑↑↑ (↑↑) | ↑↑↑↑↑ (↑↑↑) |
| Patienten | ↑↑↑↑↑ (↑↑) | ↑↑↑↑↑ (↑↑↑) |
| Personal (VK) gesamt | ↑↑↑↑↑↑↑ (↑↑↑↑↑) | ↑↑↑↑↑↑ (↑) |

Abkürzungen. PIA: Psychiatrische Institutsambulanz, VK: Vollkräfte.

Pro $\geq 10\%$ Veränderung ein Pfeil entsprechend der Veränderungsrichtung: ↑: Zunahme. ↓: Abnahme. ↔ Veränderung -10 bis < 0 bzw. bis $< 10\%$.

4.1.2.2 Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten

Etwa 72% der in der Studie erhobenen Arztsitze des Bezirks Unterfranken befinden sich im Einzugsgebiet des BKH Lohr bei einem um ca. 260 000 Einwohner größerem Versorgungsgebiet über die Beobachtungsjahre (Regionaldatenbank Deutschland 2017). Bei Betrachtung der Arztsitze und deren prozentualer Veränderung über den Vierjahreszeitraum vom 31.12.2008 bis 31.12.2012 zeigen sich in den Einzugsgebieten beider BKHs analoge Ergebnisse: Die Arztsitze der Nervenärzte bleiben unverändert, lediglich leichte Zunahmen sind im Bereich der Psychotherapeutensitze zu verzeichnen, hier vor allem für Psychologische Psychotherapeuten. Vergleichsdaten aus dem Bundesarztregister der KBV (2019) mit der Anzahl der Ärzte nach Teilnahmeumfang ab dem Jahr 2009 liegen lediglich für Deutschland insgesamt vor. Eine eigene Hochrechnung der Anzahl der Ärzte bzw. Psychotherapeuten nach Teilnahmeumfang mit Hilfe eines Schlüssels der KBV (2018c) auf volle Versorgungsaufträge (entsprechend den hier erhobenen Arztsitzen) zeigt deutschlandweit für den Vierjahreszeitraum von 2009 auf 2013 prozentuale Veränderungen in analoger Größenordnung zu den in dieser Studie erhobenen Daten (volle Versorgungsaufträge in der Gruppe der Nervenärzte +0,8%, in der Gruppe der Psychotherapeuten +7,7% davon Psychologische Psychotherapeuten +10,7% und ärztliche Psychotherapeuten -1,7%). Im Vergleich zu dem unter 4.1.2.1 dargestellten großflächigen Ausbau der PIAs und deren Versorgungskapazitäten ändern sich die Kapazitäten im Bereich der ambulanten Niederlassung bis auf die Zunahme Psychologischer Psychotherapeutensitze folglich kaum (Übersicht siehe Tabelle 29).

Tabelle 29: Prozentuale Veränderung der Arztsitze bzw. vollen Versorgungsaufträge im Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck von 2008 auf 2012 (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) bzw. von 2009 auf 2013 für Deutschland (¹Quelle: Bundesarztregister der Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019, eigene Hochrechnung mit Hilfe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018c)

| Arztsitze | EG BKH | EG BKH Werneck | Deutschland ¹ |
|--------------------------------|--------|----------------|--------------------------|
| | Lohr | | |
| Nervenärzte ² | ↔ | ↔ | ↔ |
| Psychotherapeuten ³ | ↔ | ↔ | ↔ |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, EG: Einzugsgebiet.

²Fachärzte für Psychiatrie, FÄ für Nervenheilkunde und FÄ für Neurologie. ³Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten.

Betrachtet man nun das Verhältnis der Arztsitze zueinander, finden sich im Bezirk Unterfranken viermal so viele Psychotherapeutensitze als Nervenarztsitze. Ebenfalls in den Daten des Bundesarztregisters der KBV (2019) für Deutschland in der Hochrechnung auf volle Versorgungsaufträge für die Jahre 2009 und 2013 sowie im Gutachten des Institutes für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) zu „Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung“ (Albrecht et al. 2007) für das Jahr 2005 (hier allerdings mit Einschluss der Kinder- und Jugend-Psychiater und -Psychotherapeuten) spiegelt sich dieses Verhältnis wider. In der vorliegenden Arbeit werden in beiden Einzugsgebieten der Großteil der Behandlungsfälle (etwa 70%) in beiden Indexquartalen durch die Nervenärzte erbracht und lediglich etwa 30% der Behandlungsfälle von der Gruppe der Psychotherapeuten. Daten aus der Abrechnungstatistik der KBV (2018a), verfügbar ab 2009, zeigen hier für das 1. Quartal 2009 und das 1. Quartal 2013 in beiden Beobachtungsquartalen ebenfalls, sowohl für Bayern als auch bundesweit, anteilig ein Verhältnis von etwa 70 : 30 (Behandlungsfälle Nervenärzte Bayern anteilig an allen erbrachten Behandlungsfälle 1. Quartal 2009 anteilig 68,8%, 1. Quartal 2013 anteilig 65,7%; Behandlungsfälle Nervenärzte Deutschland anteilig an allen erbrachten Behandlungsfälle 1. Quartal 2009 72,3%, 1. Quartal 2013 68,0%). Das oben skizzierte Ungleichgewicht der erbrachten Behandlungsfälle unter dem Aspekt der Ressourcenverteilung (Ausgaben für psychiatrische Basisversorgung versus Ausgaben für Psychotherapie) mit Hinweis auf ein hier bestehendes Ungleichgewicht wurde bereits in der Vergangenheit kritisiert (Melchinger 2008a). Betrachtet

tet man nun die Veränderung der abgerechneten Behandlungsfälle vom 4. Quartal 2008 auf das 4. Quartal 2012 zeigt sich ebenfalls eine Zunahme der Behandlungsfälle über alle erfassten Fachgruppen in beiden untersuchten Einzugsgebieten um etwa 20% (Einzugsgebiet BKH Lohr 21,8% und Einzugsgebiet Werneck 18,0%). Bei leichter Zunahme der Psychotherapeutensitze fällt die Zunahme der Behandlungsfälle vom 4. Quartal 2008 auf das 4. Quartal 2012 in dieser Gruppe entsprechend höher aus (Einzugsgebiet BKH Lohr +34,2%; Einzugsgebiet BKH Werneck +20,4%) als bei den Nervenärzten mit unveränderter Anzahl der Arztsitze (Einzugsgebiet BKH Lohr +16,9%, Einzugsgebiet BKH Werneck +17,2%). Vergleicht man nun die vorliegenden Daten mit den Daten aus der Abrechnungsstatistik der KBV (2018a) für das 1. Quartal 2009 und das 1. Quartal 2013 für Bayern und Deutschland im Hinblick auf die prozentuale Veränderung der abgerechneten Behandlungsfälle, gibt es einen Unterschied: Die prozentualen Steigerungen der Behandlungsfälle über den Vierjahreszeitraum im Bezirk Unterfranken fallen tendenziell höher aus als in Deutschland und Bayern. Während bayern- und deutschlandweit die Nervenärzte vom 1. Quartal 2009 auf das 1. Quartal 2013 keine wesentliche Steigerung der Behandlungsfälle zeigen (Bayern +2,2%; Deutschland -2,7%), verzeichnen die Nervenärzte im Bezirk Unterfranken eine Zunahme von +16,9% im Einzugsgebiet des BKH Lohr und +17,2% im Einzugsgebiet des BKH Werneck (Übersicht siehe Tabelle 30). Es wird zwar nicht exakt der gleiche Zeitraum betrachtet, dennoch sind Quartalsunterschiede aus dem vorliegenden Honorarbericht vernachlässigbar. Daneben wäre bei Abschaffung der Praxisgebühr ab 2013 eher Steigerungen im Datensatz der Abrechnungsstatistik für Deutschland bzw. Bayern zu erwarten gewesen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018). Um spezifischere Aussagen treffen zu können, wäre ein Vergleich der Behandlungsfälle pro Arzt bzw. Behandler und Quartal über den Vierjahreszeitraum sinnvoll. Zu diskutieren wären daneben regionale Phänomene wie Unterschiede in der regionalen Prävalenz (Thom & Jacobi 2017) oder regionale Präferenzen in der Inanspruchnahme im Hinblick auf kollektive Einstellungen der Bevölkerung (Schomerus et al. 2009). Ungeklärt bleibt die Frage, ob in den Vergleichsdaten der Behandlungsfälle der Nervenärzte für Deutschland und Bayern ebenfalls ein erhöhter Versorgungsbedarf

besteht, dieser allerdings – bei bereits erfolgter Ausreizung der Behandlungsfälle pro Behandler – nicht in eine Inanspruchnahme umgesetzt wird oder überhaupt kein Versorgungsdruck besteht.

Tabelle 30: Kassenärztliche Versorgung: Prozentuale Veränderung der Behandlungsfälle vom 4. Quartal 2008 auf das 4. Quartal 2012 im Einzugsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) und prozentuale Veränderung vom 1. Quartal 2009 auf das 1. Quartal 2013 für Bayern und Deutschland (¹Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018a)

| Behandlungsfälle | EG BKH Lohr | EG BKH Werneck | Bayern ¹ | Deutschland ¹ |
|-------------------|----------------|-------------------|---------------------|--------------------------|
| gesamt | ↑↑ | ↑ | ↔ | ↔ |
| Nervenärzte | ↑ | ↑ | ↔ | ↔ |
| Psychotherapeuten | ↑↑↑ | ↑↑ | ↑ | ↑ |

Abkürzung. BKH Bezirkskrankenhaus, EG: Einzugsgebiet.

Pro $\geq 10\%$ Veränderung ein Pfeil entsprechend der Veränderungsrichtung: ↑: Zunahme. ↓: Abnahme. ↔ Veränderung -10 bis < 0 bzw. bis < 10%.

Fokussiert man nochmals auf die ambulante Versorgung der einzelnen Einzugsgebiete, fällt auf, dass die PIA Werneck bei besserer personeller Besetzung nahezu die doppelte Anzahl an Abrechnungsscheinen und Patienten in den Indexjahren abrechnet als die PIA Lohr. Dagegen rechnen die niedergelassenen ambulanten Behandler über alle Fachgruppen nahezu das Doppelte an Behandlungsfällen im Einzugsgebiet des BKH Lohr im 4. Quartal 2008 zum 4. Quartal 2012 im Vergleich zu allen Fachgruppen im regionalen Versorgungsgebiet des BKH Werneck ab. Vor diesem Hintergrund ist hier scheinbar ein Ausgleich zu sehen, neben Mitversorgung des Einzugsgebietes des BKH Lohr durch die universitären Hochschulambulanzen und den nicht erhobenen PIAs. Bei der Nervenarztgruppe wiederum erbringen in beiden Gebieten über die beobachteten Indexquartale im Vierjahreszeitraum die FÄ für Nervenheilkunde den größten Versorgungsbeitrag. In den bereits zitierten Daten aus der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2018a) für das 1. Quartal 2009 und 1. Quartal 2013 zeigt sich auch hier für Bayern und Deutschland, dass die FÄ für Nervenheilkunde anteilig die meisten Behandlungsfälle erbringen. Die FÄ für Nervenheilkunde tragen allerdings auch wesentlich zur neurologischen Versorgung bei (Arbeitsgruppe Psychiatrie der

Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007; Kruse et al. 2012). Im Einzugsgebiet des BKH Lohr behandelt die Fachgruppe der Psychiater lediglich circa 11% bis 12% aller Behandlungsfälle der Nervenarztgruppe über die Indexquartale. Letztlich gibt dies einen Hinweis, dass sich die tatsächliche psychiatrische Versorgung im niedergelassenen Bereich in der Nervenarztgruppe nur schwer quantifizieren lässt und meist höher erscheinen mag, als sie tatsächlich ist.

4.1.3 Komplementäre Versorgung

Die Vergleichswerte für Bayern zur komplementären Versorgung in den einzelnen Regierungsbezirken wurden dankenswerterweise von Herrn Dr. phil. Angele, zwischenzeitlich ehemaliger Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken, zur Verfügung gestellt und finden sich im Anhang 4 bis 20. Vergleichswerte für Gesamtdeutschland stehen für wenige Kennzahlen mit eingeschränkter Vergleichbarkeit aufgrund Bezugnahme auf die Erhebungsjahre 2005 und 2010 aus den GMK-Berichten 2007 und 2012 zur Verfügung (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012).

Wie der Tabelle 31 zu entnehmen ist, zeigt sich entsprechend den in der Studie erhobenen Steigerungen der **Gesamtausgaben** (in Euro) im Bezirk Unterfranken auch in den anderen Regierungsbezirken Bayerns eine merkliche prozentuale Zunahme der Gesamtaufwendungen für die komplementäre Versorgung (für die Bereiche SpDis, PSBs, ambulant betreutes Wohnen, Psychiatrische Familienpflege, Tagesstätten, Integrationsfirmen und Zuverdienstplätze) vom 31.12.2003 auf 31.12.2011. In allen Bereichen und in jedem Regierungsbezirk Bayerns kommt es zu Zunahmen der Ausgaben – soweit Daten vorhanden sind (detaillierte Auflistung siehe Anhang 4 bis 9). Die Anstiege in den einzelnen Bereichen und Bezirken sind dabei sehr verschieden: Die markantesten Zunahmen der Ausgaben finden sich im Bezirk Oberbayern mit Steigerungen bis 823,9% (hier im Bereich des ambulant betreuten Wohnens).

Tabelle 31: Prozentuale Veränderung der Gesamtausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung in den einzelnen Regierungsbezirken Bayerns vom 31.12.2003 auf 31.12.2011 (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| | UFR | OBB | NDB | OPF | OFR | MFR | Schw |
|-----------------|------------|------------|-------------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Ausgaben | 74,3 | 190,9 | 62,0 ¹ | 88,6 | 85,7 ¹ | 74,2 ¹ | 57,1 ² |

Abkürzungen. UFR: Unterfranken, OBB: Oberbayern, NDB: Niederbayern, OPF: Oberpfalz, OFR: Oberfranken, MFR: Mittelfranken, Schw: Schwaben.

¹Ohne Psychiatrische Familienpflege. ²Ohne ambulant betreutes Wohnen, Psychiatrische Familienpflege und ohne Integrationsfirmen.

Im Bezirk Unterfranken kommt es im Bereich der **SpDis** zu einer Schließung von zwei Außenstellen mit festem Personal von Januar 2004 auf Januar 2012, entsprechend einer prozentualen Abnahme der Anzahl der Volldienste und Außenstellen im betrachteten Zeitraum um 14,3%. Des Weiteren reduziert lediglich Niederbayern im Beobachtungszeitraum um eine Außenstelle. Die Oberpfalz und Oberfranken zeigen unveränderte Kapazitäten, Oberbayern, Mittelfranken und Schwaben hingegen eine Zunahme dieser (siehe 1 in Tabelle 32, Daten siehe Anhang 10), sodass sich bezogen auf Bayern eine Zunahme von 9,3% von 2004 auf 2012 ergibt im Hinblick auf die Anzahl der Volldienste und Außenstellen der SpDis. In verfügbaren Daten für die Jahre 2005 und 2010 nehmen deutschlandweit die SpDis um -3,7% diskret ab mit einer Reduktion von 457 auf 440 Volldienste mit Außenstellen (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012).

Die Anzahl der Volldienste und Außenstellen der **PSBs** bleiben im Beobachtungszeitraum im Bezirk Unterfranken unverändert wie auch in den Regierungsbezirken Oberbayern, Niederbayern und Oberfranken. Eine Zunahme zeigt sich hier lediglich in den Regierungsbezirken der Oberpfalz, Mittelfranken und Schwaben (siehe 2 in Tabelle 32, Daten siehe Anhang 11). Bayernweit steigen die Volldienste und Außenstellen um 17,2% von Januar 2004 auf Januar 2012.

Tabelle 32: Prozentuale Veränderungen der Anzahl der Volldienste und Außenstellen mit festem Personal der SpDis und PSBs in den Regierungsbezirken Bayerns von Januar 2004 auf Januar 2012 (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| | UFR | OBB | NDB | OPF | OFR | MFR | Schw |
|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| 1 | -14,3 | 16,1 | -9,1 | 0,0 | 0,0 | 30,0 | 30,8 |
| 2 | 0,0 | 2,3 | 0,0 | 85,7 | 0,0 | 50,0 | 55,6 |

Abkürzungen. SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen, UFR: Unterfranken, OBB: Oberbayern, NDB: Niederbayern, OPF: Oberpfalz, OFR: Oberfranken, MFR: Mittelfranken, Schw: Schwaben.

1: SpDis Anzahl der Volldienste und Außenstellen mit festem Personal. **2:** PSBs Anzahl der Volldienste und Außenstellen mit festem Personal.

Analog zum Bezirk Unterfranken nehmen in allen Regierungsbezirken im Bereich des Wohnens die Plätze für ambulant betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften und Einzel- bzw. Paarwohnen für psychisch kranke Menschen inkl. Suchterkrankungen (siehe 1 in Tabelle 33, Daten siehe Anhang 12) deutlich zu. Die prozentuale Zunahme der Plätze für ambulant betreutes Wohnen bayernweit liegt bei 110,1% von Januar 2004 auf Januar 2012. Der prozentuale Anstieg über den gleichen Zeitraum der Plätze für Psychiatrische Familienpflege zeigt sich weniger stark ausgeprägt (siehe 2 in Tabelle 33, Daten siehe Anhang 13) und ebenfalls deutlich unterschiedlich in den einzelnen Regierungsbezirken mit der Tendenz zum Ausbau der Kapazitäten von 2004 auf 2012.

Tabelle 33: Prozentuale Veränderung der Kennwerte zum Wohnen und zur Tagesgestaltung in den Regierungsbezirken Bayerns von Januar 2004 auf Januar 2012 (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| | UFR | OBB | NDB | OPF | OFR | MFR | Schw |
|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| 1 | 118,2 | 122,5 | 24,8 | 89,9 | 130,5 | 58,7 | 185,1 |
| 2 | 42,4 | 3,3 | 400,0 | 57,1 | k.A. | k.A. | -8,3 |
| 3 | 63,6 | 37,1 | 133,3 | 14,3 | 0,0 | 42,9 | 100,0 |
| 4 | 85,2 | 33,3 | 185,7 | 8,0 | k.A. | 45,2 | 52,6 |

Abkürzungen. UFR: Unterfranken, OBB: Oberbayern, NDB: Niederbayern, OPF: Oberpfalz, OFR: Oberfranken, MFR: Mittelfranken, Schw: Schwaben, k.A.: keine Angabe.

1: Plätze für ambulant betreutes Wohnen (Wohngemeinschaften und Einzel- und Paarwohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Sucht). **2:** Plätze Psychiatrische Familienpflege. **3:** Anzahl Tagesstätten. **4:** Plätze Tagesstätten.

Betrachtet man die prozentuale Veränderung der Anzahl der Tagesstätten von Januar 2004 auf Januar 2012 (siehe 3 in Tabelle 33, Daten siehe Anhang 14), liegt die Ausweitung der Kapazitäten des Bezirks Unterfranken im Oberfeld

nach den Veränderungen von Schwaben und Niederbayern. In der Oberpfalz und Oberfranken gibt es hingegen kaum bis keine Veränderungen der Anzahl der Tagesstätten im Beobachtungszeitraum. Die prozentuale Zunahme der Anzahl der Tagesstätten über alle Regierungsbezirke beläuft sich dabei auf 48,8%. Ebenfalls gibt es im Beobachtungszeitraum in unterschiedlichem Ausmaß eine Aufstockung der angebotenen Plätze in den Tagesstätten (siehe 4 in Tabelle 33, Daten siehe Anhang 15). Die verfügbaren Daten für Deutschland für 2005 und 2010 zeigen in Einklang mit den vorliegenden Daten für Bayern eine Ausweitung des Angebotes für Tagesstätten mit fester Tagesstruktur an (+19,3% ohne Baden-Württemberg) inkl. Platzangebot (+17,1% ohne Baden-Württemberg) (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012).

Wie der Tabelle 34 unter 1 und 2 (Daten siehe Anhang 16 und 17) zu entnehmen ist, verzeichnet nicht nur der Bezirk Unterfranken, sondern auch die übrigen Regierungsbezirke Bayerns – für die Daten vorliegen – eine Zunahme der Anzahl der Werkstätten für psychisch behinderte Menschen bzw. zumindest ein Anstieg der Plätze. Im Bezirk Unterfranken gab es im Jahr 2004 keine Integrationsfirmen, im Jahr 2012 hingegen gab es zwei Integrationsfirmen mit 8 Plätzen. Die anderen Regierungsbezirke halten dieses Angebot bereits im Indexjahr 2004 vor (siehe 3 und 4 in Tabelle 34, Daten siehe Anhang 18 und 19). Die Plätze für Zuverdienstmöglichkeit zeigen je nach Regierungsbezirk unterschiedliche Entwicklungen (siehe 5 in Tabelle 34, Daten siehe Anhang 20). Betrachtet man die prozentuale Veränderung über alle Regierungsbezirke von Januar 2004 auf Januar 2012 für die Anzahl der Integrationsfirmen (+8%), deren Plätze (+19,2%) und den Plätzen für Zuverdienstmöglichkeit (+162,1%) kann insgesamt in Bayern von einer Ausweitung der Kapazitäten im Sinne einer Verbesserung ausgegangen werden.

Tabelle 34: Prozentuale Veränderung der Kennzahlen im Bereich der Arbeit in den Regierungsbezirken Bayerns von Januar 2004 auf Januar 2012 (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| | UFR | OBB | NDB | OPF | OFR | MFR | Schw |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | 150,0 | k.A. | 100,0 | 20,0 | 166,7 | 50,0 | 0,0 |
| 2 | 112,2 | k.A. | 242,2 | 166,7 | 45,3 | 152,2 | 79,7 |
| 3 | | 0,0 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | -18,2 | 40,0 |
| 4 | | 54,7 | 0,0 | 14,0 | -31,6 | -17,9 | 55,9 |
| 5 | 260,0 | 177,3 | 91,7 | 278,6 | -30,0 | 103,8 | 160,5 |

Abkürzungen. UFR: Unterfranken, OBB: Oberbayern, NDB: Niederbayern, OPF: Oberpfalz, OFR: Oberfranken, MFR: Mittelfranken, Schw: Schwaben.

1: Anzahl Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), speziell für psychisch Behinderte. 2: Anzahl Plätze für psychisch behinderte Menschen in WfbM. 3: Anzahl Integrationsfirmen. 4: Plätze in Integrationsfirmen. 5: Plätze Zuverdienstmöglichkeit.

4.1.4 Zusammenschau stationärer, ambulanter und komplementärer Daten

Im Hinblick auf die Fragestellung – Entwicklung der stationären Belegung der BKHs im Bezirk Unterfranken im Beobachtungszeitraum von 2004 auf 2012 – bleibt festzuhalten, dass sich in beiden BKHs eine statistisch signifikante Zunahme der stationären Fälle und Patienten zeigt. Da beide Kennwerte ansteigen, ist daher von einer erhöhten Inanspruchnahme auszugehen. Daneben kommt es zu einem signifikanten Anstieg der Nutzungsgrade über die Verlaufs-jahre in beiden Fachkliniken. Es findet sich dabei in beiden BKHs bei Orientierung an einer anzustrebenden Bettenauslastung von 90% (Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2016) eine mit den Jahren zunehmende stationäre Überbelegung bei gleichzeitiger signifikanter Verweildauerverkürzung von 2004 auf 2012. In Bezug auf diese Befunde konnte eine Zunahme der stationären Belegung in beiden BKHs, entsprechend der Hypothese 1, belegt werden.

Betrachtet man die Entwicklungen im ambulanten und komplementären Bereich, so lassen sich größtenteils Verbesserungen feststellen: Beide PIAs der untersuchten BKHs erfahren von 2004 auf 2012 eine deutliche Personalmehrung mit einhergehender Zunahme an behandelten Patienten und Abrechnungsscheinen. Im niedergelassenen ambulanten Sektor bleiben die Arztsitze der Nervenärzte im Beobachtungszeitraum von 2008 auf 2012 konstant. Diskrete Anstiege der Psychotherapeutsitze sind im Bereich der Psychologischen

Psychotherapeuten zu verzeichnen. Die Behandlungsfälle hingegen nehmen sowohl bei den Psychotherapeuten als auch bei den Nervenärzten vom 4. Quartal 2008 auf das 4. Quartal 2012 zu. Die Ausgaben im komplementären Versorgungsbereich sind gestiegen. SpDis und PSBs haben sich in der Gesamtschau nicht bedeutsam verändert, Angebote zur Tagesstrukturierung, Wohnen und Rehabilitation haben sich hingegen merklich verbessert. Zur Inanspruchnahme wurden in diesem Sektor keine Aussagen getroffen. In Anbetracht der aufgeführten Untersuchungsergebnisse konnte entsprechend der eingangs formulierten Hypothese 2 somit keine einhergehende Verschlechterung der ambulanten und komplementären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in den Einzugsgebieten des BKH Lohr bzw. des BKH Werneck nachgewiesen werden. Im Gegenteil, die ambulante Versorgung hat sich (größtenteils) verbessert oder ist gleich geblieben.

Die Studie zeigt daneben im Hinblick auf die Einzugsgebiete des BKH Lohr und BKH Werneck einerseits Unterschiede in der quantitativen Ausstattung der einzelnen Bausteine der Versorgungslandschaft, andererseits mitunter analoge Veränderungen bzgl. der Inanspruchnahme. Vergleiche mit Daten aus der Literatur zur Inanspruchnahme im stationären und ambulanten Bereich zeigen prozentual unterschiedliche Entwicklungen auf. Auf welche Faktoren diese letztlich zurückzuführen sind, wie z.B. die Einbettung in unterschiedliche Versorgungsstrukturen (Kluge et al. 2007; aus Koch-Stoecker et al. 2016), bleibt in zukünftigen Untersuchungen zu klären.

Die Hypothesen der vorliegenden Arbeit wurden somit nur zum Teil bestätigt. Eine steigende stationäre Belegung geht folglich, entgegen der Wahrnehmung im klinischen Alltag, nicht mit einer Verschlechterung der ambulanten und komplementären Versorgung einher. Die objektiv festgestellte regionale Verbesserung der ambulanten und komplementären Sektoren wird also durch eine steigende Inanspruchnahme „wegkonsumiert“. Bestätigt wird diese Annahme durch eine Umfrage unter 800 Mitgliedern der DGPPN im Jahr 2015. Die Befragung ergab, dass 45% der Befragten der Ansicht waren, dass sich die Versorgungslage verbessert habe, 22% der Befragten habe die Versorgung als unverändert und 33% als verschlechtert eingestuft. Dies bedeutet, mehr als die Hälfte der

Teilnehmer der Umfrage können diese objektiv festgestellte verbesserte Versorgungslage nicht wahrnehmen (aus Müller 2015). Dass das deutsche psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem dem zunehmenden Versorgungsbedarf nicht schritthalten kann, wurde daneben bereits von mehreren Autoren kritisiert bzw. konstatiert (Berger 2005; Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2017; Salize 2017).

Wenn sich nun – wie gezeigt – die nicht-stationäre Versorgungslandschaft des Bezirk Unterfranken eher verbessert, jedenfalls nicht verschlechtert hat, drängt sich allerdings die Frage auf, warum die stationären Fallzahlen zunehmen bzw. wie sich die zunehmenden Fallzahlen auf den unterschiedlichen Ebenen erklären lassen, insbesondere da es keine Hinweise auf eine Zunahme der Prävalenz psychischer Erkrankungen gibt (Jacobi et al. 2004b; Richter et al. 2008; Richter & Berger 2013; Jacobi et al. 2014, 2016). Salize (2017, Seite 10) führt deshalb die Steigerungsraten psychischer Erkrankungen in den Krankenkassenstatistiken nicht auf eine tatsächliche Zunahme der Krankheitslast zurück, sondern „(...) auf die kontinuierliche Verschiebung von unbehandelten psychiatrischen Störungen in den sichtbaren Bereich der behandelten Erkrankungen (...)“ und führt u.a. eine Verbesserung der Ausbildungs- und Diagnosestandards der Ärzte als Grund an. Zudem zeigt sich eine gestiegene Bereitschaft, eine Behandlung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem zu empfehlen bzw. zu akzeptieren (Schomerus et al. 2012; Angermeyer et al. 2013a). Hierbei hat sich das Image der psychiatrischen Fachkliniken bzw. Abteilungen verbessert und das Vertrauen auf eine effektive Behandlung ist gestiegen (Angermeyer et al. 2013b; Schomerus et al. 2013). Dieses Phänomen könnte – neben der Aufnahmeverpflichtung von psychiatrischen Fachkliniken – die unter 4.1.1 dargestellte Zunahme von behandelten Fällen mit ICD-10 F-Diagnosen vor allem in psychiatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen erklären im Vergleich zu dem geringen Anstieg dieser in anderen Einrichtungen (Statistisches Bundesamt 2006a, 2013a).

Der in der vorliegenden Studie und anderorts aufgezeigte stationäre Fallzahlanstieg lässt sich daneben am ehesten durch unkoordinierte ambulante Patientenströme erklären. Obwohl nicht durch Studien belegt – jedoch plausibel – wird

eine Zunahme der Einweisungen direkt von Hausärzten, Nervenärzten und Selbsteinweisern angenommen. Die Gruppe der Nervenärzte leistet die psychiatrische Basisversorgung (Kruse et al. 2012). Den größten Anteil dieser Gruppe erbringen wie gezeigt die FÄ für Nervenheilkunde, die allerdings ebenfalls neurologische Patienten versorgen (Kruse et al. 2012). Die real vorhandene psychiatrische Versorgung bleibt hierbei, wie bereits unter 4.1.2.2 thematisiert, intransparent. Es ist zu vermuten, dass die hier gezeigte Zunahme der Behandlungsfälle im Bereich der Nervenärzte durch Verringerung der Leistungen (Albrecht et al. 2007), Erhöhung der Patiententaktung oder eine geringere Behandlungsfrequenz realisiert wurde. Die erhöhte Inanspruchnahme führt dabei laut einem Eckpunktepapier der DGPPN und Berufsverbände Deutscher Nervenärzte und Deutscher Psychiater (Maier et al. 2014) zu längeren Wartezeiten im ambulanten Sektor. Durch Verkürzung der stationären Verweildauern gerät der ambulante Sektor wiederum zusätzlich unter weiteren Versorgungsdruck (Maier et al. 2014). Bei wenig finanziellen Anreizen zur Behandlung von schwer kranken Patienten im ambulanten Sektor und den skizzierten Bedingungen kommt es einerseits zu vermehrten Einweisungen der Nervenärzte in den stationären Sektor (Hillienhof 2007), andererseits sind vermehrte stationäre Wiederaufnahmen bei zeitnahen fehlenden ambulanten Anschlussterminen im spezialärztlichen Bereich nicht ausgeschlossen (Sfetcu et al. 2017; IGES 2014). Die Entlasspraxis des stationären Sektors wiederum wird von der Verfügbarkeit extramuraler Versorgungskapazitäten beeinflusst (McDonagh et al. 2000; Capdevielle et al. 2013; Afilalo et al. 2015), wie bereits unter 4.1.1 im Hinblick auf die Heimpatienten erörtert wurde.

Die langen Wartezeiten im ambulanten Sektor (Maier et al. 2014) betreffen vermutlich auch die Hausärzte im Hinblick auf zu versorgende Patienten bei Nervenärzten. Bei unbefriedigender Kooperationspraxis (Gaebel et al. 2013), weisen die Hausärzte vermutlich in der Folge schneller direkt in die Klinik ein. Anzunehmen ist daneben, dass der bereits hohe nichtärztliche stationäre Selbsteinweiseranteil bzw. Vorstellung durch Empfehlung von Angehörigen mit 31% in 2001 (Hübner-Liebermann et al. 2005) im Hinblick auf die langen Wartezeiten bei den Nervenärzten (Maier et al. 2014) ebenfalls zunimmt. Das steu-

ernde Element der spezialärztlichen ambulanten Versorgung wird vor diesem Hintergrund partiell eliminiert. In der Folge kommt es zu vermehrten stationären Einweisungen bzw. Aufnahmen (IGES 2014; Rad et al. 2014). Verschiebungen von psychiatrischen Patienten in den somatischen Versorgungsbereich sind dabei ebenfalls nicht ausgeschlossen (Grimm-Halkevopoulos 2014). Die aufgezeigte Zunahme der Psychotherapeutenplätze schlägt vermutlich in der akuten Patientenversorgung zur Vermeidung stationärer Aufnahmen dabei nur wenig zu Buche: Einerseits zeigen sich lange Wartezeiten auf ein Erstgespräch im Beobachtungszeitraum (Bundespsychotherapeutenkammer 2011; Walendzik et al. 2014), andererseits sind bestimmte Patientengruppen wie ältere (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung 2007; Lüders 2007; Imai et al. 2008; KVB 2009; Albani et al. 2010) und schizophrene Patienten (Bechdorf & Klingberg 2014) in dieser Behandlergruppe unterrepräsentiert, wenngleich insgesamt ein guter Nutzen der Psychotherapie besteht (Albani et al. 2011).

Für die BKHs, vor allem für das BKH Werneck, bietet sich als Steuerungsmechanismus eine stringendere Aufnahmepolitik an, unter anderem mit strikter Abweisung von Aufnahmen außerhalb des Pflichtversorgungsgebietes. Zur Entlastung des stationären Sektors besteht daneben die Möglichkeit, im Rahmen der PIA eine „Aufnahmeverhinderungsambulanz“ einzurichten: Dringend behandlungsbedürftige Patienten werden zeitnah, engmaschig im Rahmen eines begrenzten Terminkontingents (mit wenigen Terminen) passager in der PIA behandelt zur Überbrückung der Wartezeiten im niedergelassenen ambulanten Bereich.

Im Hinblick auf die geschilderten Umstände leiten sich abschließend aus dieser und anderen Studien zwei hauptsächliche Schlussfolgerungen ab:

Schlussfolgerung 1: Die Steuerung der Zuweisungen zu den psychiatrischen Fachkliniken ist als insuffizient und partiell unkontrolliert einzustufen. Diese Annahme wird durch einen im Deutschen Ärzteblatt 2017 veröffentlichten Artikel unter dem Titel „Primärversorgung psychisch Kranker – Die Wege des Zufalls“ (Bühning 2017) unterstützt. Daneben ist die Thematik ebenfalls Schwerpunkt

des jüngst veröffentlichten Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Vor dem Hintergrund der insuffizienten Patientensteuerung dient der stationäre Sektor als „Auffangbecken“ für die Problematiken im ambulanten Bereich (Bundespsychotherapeutenkammer 2014; Rad et al. 2014; IGES 2014). Die Bestrebungen der Psychiatrie-Enquête, die sich im Credo „ambulant vor stationär“ widerspiegeln, werden im Hinblick auf die skizzierten Gegebenheiten konterkariert.

Schlussfolgerung 2: Verstärkte Forschungsbemühungen sollten sich auf die Patientenströme vom ambulanten zum stationären Bereich konzentrieren. Dies ist aus zwei Gründen wichtig: Erstens, um mit der Zunahme neuropsychiatrischer altersassoziierter Erkrankungen im Rahmen demographischer Veränderungen (Beske & Brix 2011) mit steigendem Versorgungsdruck auf Nervenärzte im Jahr 2035 (Schulz et al. 2016) angemessen umgehen zu können. Zweitens, um der bislang niedrigen Behandlungsrate (Mack et al. 2014) mit nicht vorhersehbarer Steigerungspotential adäquat begegnen zu können.

Die Auswirkungen des Anstiegs der stationären Behandlungsfälle werden ausführlich im Abschnitt 4.2 erörtert.

4.2 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Subgruppen

Die Subgruppen Aufnahmen außerhalb der KAZ, Wiederkehrer und KZL werden auf ihren Beitrag zur stationären Belegungssteigerung und explorativ untersucht. Es gibt mit Ausnahme von KZL-Daten des Statistischen Bundesamtes (2018) keine adäquaten Vergleichszahlen für den entsprechenden Zeitraum. Die vorliegenden Daten ermöglichen allerdings einen Vergleich der beiden Kliniken über die erhobenen Indexjahre.

4.2.1 Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit

Im BKH Lohr beträgt der Anteil der Aufnahmen außerhalb der KAZ an allen behandelten Fällen recht konstant pro Beobachtungsjahr ca. 2/5. Dies stellt im Vergleich zum BKH Werneck ein deutlich höheres Ausgangsniveau dar. Im BKH Werneck steigt dieser Anteil von 29,8% in 2004 auf 34,1% in 2012 spürbar an. Hier zeigt sich im Unterschied zum BKH Lohr eine signifikante Zunahme der

Aufnahmen außerhalb der KAZ im Vergleich zu den Aufnahmen innerhalb der KAZ.

Eine Datenanalyse unter Beteiligung von 47 psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken aus dem Jahr 2014 ergab, dass die beteiligten Institutionen erheblich variieren bzgl. ihres Anteils der Aufnahmen außerhalb der KAZ. Bei 71,9% dieser Aufnahmen handelte es sich dabei um Notfälle (Godemann et al. 2015). Anzumerken ist, dass die Definition von Notfällen per se nicht unproblematisch ist (Pajonk et al. 2000). Gerade bei Notfallvorstellungen handelt es sich mitunter oft um Vorstellung von Patienten mit subjektiver Verschlechterung ihrer Symptomatik, die jedoch nur in der Minderheit der Fälle als medizinische Notfälle im engen Sinne eingestuft werden (Quandt et al. 2011). In der praktischen Erfahrung zeigt sich während der (Bereitschafts-)Dienste eine hohe Arbeitsdichte bei reduzierten personellen Ressourcen. Aufnahmen, die tagsüber durch erhöhten zeitlichen Ressourceneinsatz außerklinisch versorgt würden, werden unter diesen Umständen eher stationär aufgenommen. Daneben werden Diensttätigkeiten meist von Ärzten auf Weiterbildungsniveau verrichtet, welche bei geringerer klinischer Erfahrung im Vergleich zu FÄ Patienten tendenziell eher aufnehmen als abweisen. Im Hinblick auf die genannten Punkte ist in der klinischen Praxis außerhalb der KAZ von einer „weicheren Indikationsstellung“ für eine stationäre Aufnahme auszugehen im Vergleich zu Aufnahmen innerhalb der KAZ.

Bezüglich der Unterschiede in beiden Kliniken kann man vor diesem Hintergrund nur spekulieren: Im Hinblick auf die Herkunft der stationären Fälle (nach Meldeort) fällt auf, dass das BKH Lohr etwa 89% bis 91% seiner Aufnahmen über die Beobachtungsjahre aus dem eigenen Einzugsgebiet behandelt. Dies könnte als Indiz für eine grundsätzlich stringenterer Aufnahmepolitik gewertet werden im Vergleich zum BKH Werneck bei lediglich 77% bis 82% der Aufnahmen aus dem eigenen Einzugsgebiet. Mutmaßlich weist das BKH Lohr bei stärkerem Aufnahmedruck – bei größerem Einzugsgebiet (Regionaldatenbank Deutschland 2017) und fehlender Aufnahmeverpflichtung der Universitätsklinik Würzburg – ebenfalls innerhalb der KAZ seine Aufnahmen strikter ab mit der möglichen Konsequenz, dass sich diese in den Bereich außerhalb der KAZ ver-

schieben bei hier „weicherer Aufnahmeindikation“. Im BKH Werneck ist zu vermuten, dass es bei einem Anstieg der stationären Bettenauslastung im Verlauf ebenfalls zu einer veränderten Aufnahmepolitik kommt mit zunehmender Verschiebung der Aufnahmen in den Bereich außerhalb der KAZ.

4.2.2 Wiederaufnahmen im Indexjahr

Um die Frage hinsichtlich des Beitrages der Gruppe der Wiederkehrer zur Belegungssteigerung und dessen Veränderung über die Indexjahre zu beantworten, betrachten wir jeweils ihren Anteil an allen stationären Behandlungsfällen bzw. Patienten. Im BKH Lohr wächst der Anteil der Wiederkehrerfälle/Fälle gesamt von 16,3% in 2004 auf 21,2% in 2012 an und der prozentuale Anteil von Wiederkehrerpatienten/Patienten gesamt steigt von 14,9% in 2004 auf 18,6% in 2012. Im BKH Werneck hingegen zeigt sich hier keine Dynamik: Der Anteil der Wiederkehrerfälle/Fälle gesamt beläuft sich in 2004 auf 22,3% und in 2012 auf 23,2%. Die Wiederkehrerpatienten/Patienten gesamt im Indexjahr liegt sowohl in 2004 als auch in 2012 bei etwa 1/5, d.h. von 100 Patienten werden also ca. 20 im Indexjahr rehospitalisiert.

In der Subgruppe der Wiederkehrer zeigen sich damit ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den beiden BKHs: Vor allem im Jahr 2004 behandelt das BKH Werneck mehr Wiederkehrerfälle und -patienten, sodass sich hier im Jahr 2008 wahrscheinlich bereits ein „Deckeneffekt“ zeigt ohne statistisch signifikante Veränderung der Kennwerte über die Beobachtungsjahre. Das BKH Lohr hingegen, welches sich zahlenmäßig in den Jahren 2008 und 2012 an dieses Niveau angleicht, verzeichnet hier über den Beobachtungszeitraum einen überproportionalen Anstieg. Eine mögliche Erklärung für die differierenden Befunde zwischen beiden BKHs könnte die Mitversorgung des Lohrer Einzugsgebietes durch die Universitätsklinik Würzburg sein: Anzunehmen ist, dass die Universitätsklinik Würzburg noch vermehrt im Jahr 2004 die Wiederkehrer des BKH Lohr versorgt. Vermutlich allerdings in den Folgejahren (bei eigener Überbelegung) die bereits im BKH Lohr behandelten Patienten sukzessive weniger übernimmt bei zunehmender stationärer Bettenauslastung der Betten für Psychiatrie und Psychotherapie insgesamt in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2005, 2009c, 2013c) und Hinweisen auch auf hohe Bettenauslastung in

Universitätskliniken (Grözinger et al. 2011). Diese Vermutung könnte die Angleichung der Datensätze des BKH Lohr und des BKH Werneck in den Beobachtungsjahren 2008 und 2012 erklären mit folglich statistisch signifikanter Veränderung der Kennwerte im BKH Lohr im Unterschied zum BKH Werneck.

Ein weiterer Hinweis, der diese Hypothese stützt, könnte die signifikante Zunahme um mehr als das Dreifache der Subgruppe der Wiederkehrerpatienten im BKH Lohr, die ≥ 3 mal zur stationären Aufnahme kommen, sein. Bei dieser Patientengruppe kann man allgemein von schwer kranken Patienten ausgehen im Sinne eines „heavy use“ (Roick et al. 2002; Stulz et al. 2012). Das BKH Werneck behandelt bereits in 2004 fast dreifach so viele Patienten mit ≥ 3 Aufnahmen im Indexjahr als das BKH Lohr. Vermutlich werden vor allem in 2004 und auch anhaltend – wenn gleich weniger – in den Folgejahren diese schwerkranken Patienten von der Universitätsklinik Würzburg versorgt. Dies könnte erklären, warum das BKH Werneck in allen Indexjahren trotz kleinerem Einzugsgebiet (Regionaldatenbank Deutschland 2017) zahlenmäßig mehr schwerkranke Patienten in dieser Subgruppe behandelt als das BKH Lohr.

Alternativ könnten sich die untersuchten BKHs in Struktur- oder Prozessmerkmalen unterscheiden, die zu einem unterschiedlichen Behandlungserfolg führen mit in der Konsequenz differenden Zahlen in der Wiederaufnahmehäufigkeit.

Obwohl sich die stationären Verweildauern von 2004 auf 2012 signifikant verkürzt haben, zeigt sich im BKH Werneck keine signifikante Veränderung der Wiederaufnahmefälle bzw. der rehospitalisierten Patienten über die Indexjahre bei bereits hohem Anteil. Wenngleich eine Zunahme der stationären Wiederaufnahmen bedingt durch die Verkürzung der Verweildauern diskutiert wird (Huttner 2006; Koch et al. 2007; Wodarz et al. 2007; Kalseth et al. 2016), ist der Einfluss der Verweildauer auf das Risiko von Wiederaufnahmen laut Studienlage widersprüchlich (Durbin et al. 2007; Donisi et al. 2016) bzw. nicht vorhanden (Bitzer et al. 2011). In mehreren Studien gibt es Hinweise, dass ein hoher Patientendurchsatz bzw. ein hohes Patientenvolumen pro Psychiater mit einer steigenden Wiederaufnahmerate einhergeht (Heggstad 2001; Lee & Lin 2007; Lin & Lee 2009; Han et al. 2016b, 2016a). Vor diesem Hintergrund ist das vorlie-

gende Ergebnis im BKH Werneck bei kontinuierlich steigender Bettenauslastung über die Beobachtungsjahre und allseits kritisiert, nicht ausreichender Personalausstattung in deutschen psychiatrischen Kliniken im Rahmen der PsychPV (Hoffmann & Rieger 2010; Meißner 2010; Löhr & Längle 2018) überraschend. Eine Studie aus Norwegen (Heggestad 2001) ergab Hinweise, dass eine erhöhte stationäre Auslastung die Wiederaufnahmerate zunächst erhöht. Eine Zunahme der Wiederaufnahmen sich allerdings nur bis zu einem gewissen Punkt abzeichnet, da bei hoher stationärer Auslastung auch grundsätzlich die Schwelle steigt, neue Patienten aufzunehmen. Analoge Ergebnisse erbrachte eine Studie aus dem somatischen Bereich von Blom et al. (2015). Hier konnte gezeigt werden, dass ab einem Nutzungsgrad von 105% bei Entlassung die Wahrscheinlichkeit von Wiederaufnahmen innerhalb von 30-Tagen wieder abnimmt. Die Wiederaufnahmerate spiegelt hierbei die Aufnahmepolitik wider (Lyons et al. 1997).

Es ergeben sich somit Hinweise, dass im Rahmen einer hohen stationären Bettenauslastung neue, bisher wenig erforschte Mechanismen in Kraft treten, die u.a. die Aufnahmepolitik/-strategie oberhalb eines bestimmten Nutzungsgrades beeinflussen.

Ein weiterer Hinweis auf neu einsetzende Mechanismen unter vermehrter stationärer Auslastung ergab die explorative Analyse der Patienten, die ≤ 2 -mal bzw. ≥ 3 -mal zur stationären Aufnahme im Indexjahr kommen. Im BKH Werneck zeigt sich über die Indexjahre keine Veränderung der Anzahl der eher schwerkranken Patienten, die ≥ 3 -mal zur stationären Aufnahme kommen, im Vergleich zu den weniger kranken, die nur ≤ 2 -mal hospitalisiert werden. Allerdings verändern sich im BKH Werneck statistisch signifikant die Fälle, die diese schwerkranken Personen insgesamt generieren mit Zunahme um den Faktor 1,75 von 2004 auf 2012. Aus der Umweltpsychologie und Studien in anderen Bereichen (u.a. in Gefängnissen) ist bekannt, dass die sogenannte soziale Dichte, also die Anzahl der Personen pro Raum, zu Distress führt (aus Ulrich et al. 2018) und je nach bereits vorliegenden Belastungsfaktoren individuell sehr unterschiedlich toleriert wird (Evans 2003).

Im Stationsalltag sind die mangelnden stationären Rückzugsmöglichkeiten häufig Fokus von Patientenbeschwerden. Klinisch beobachtbar ist daneben, dass bei meist überfüllten Mehrbettzimmern die Patienten häufiger auf ihre vorzeitige Entlassung bzw. Entlassung gegen ärztlichen Rat drängen. Während weniger schwer kranke Patienten eine vorzeitige Entlassung in der Regel kompensieren, könnte dies mutmaßlich bei der Gruppe der schwerkranken Patienten hingegen zu vermehrten Wiederaufnahmen führen und die Zunahme der Fälle in dieser Gruppe erklären. Bislang gibt es zu dieser Vermutung keine Studien.

Weiterhin fällt auf, dass über die Beobachtungsjahre ca. 30% der Wiederaufnahmen in beiden BKHs innerhalb der ersten 9 Tage und insgesamt etwa 50% der Rehospitalisierungen pro Jahr innerhalb der ersten 30 Tage erfolgen. Studien bestätigen, dass das Risiko für eine erneute Wiederaufnahme bzw. die Wiederaufnahmeraten kurz nach Entlassung am größten sind und dann zunehmend abfallen (Heggestad 2001; Bitzer et al. 2011; Tulloch et al. 2016).

Der Übergang der Patienten von stationär ins häusliche Umfeld zählt insgesamt als kritisch sensibles Intervall (Canadian Institute for Health Information 2011). Die Wiederaufnahmerate innerhalb der ersten 30 Tage nach Entlassung weist dabei auf die Behandlungsqualität des stationären Aufenthaltes hin (Ashton et al. 1995), bzw. stellt einen Indikator für die Verzahnung der Klinik mit dem ambulanten Sektor, der Behandlungskontinuität (Canadian Institute for Health Information 2011) und Entlassplanung (Durbin et al. 2007) dar. Einflussfaktoren auf die verschiedenen Zeitspannen nach Entlassung und ihr Einfluss auf Wiederaufnahmen sind bisher unzureichend erforscht. Es gibt Hinweise auf unterschiedliche Einflussfaktoren in den verschiedenen Zeitspannen nach Entlassung (Heggestad 2001; Hamilton et al. 2015; Lorine et al. 2015; Volpe et al. 2018). Sehr frühe Wiederaufnahmen innerhalb von 14 bzw. 15 Tagen nach Entlassung sind dabei assoziiert mit fehlender poststationärer Behandlungskontinuität (Hamilton et al. 2015) und Obdachlosigkeit bei Erstaufnahme (Lorine et al. 2015).

Im Rahmen der klinischen Tätigkeit ist allerdings beobachtbar, dass es sich bei den Wiederaufnahmen innerhalb von 9 Tagen häufig um Rückverlegungen aus

somatischen Krankenhäusern handelt, also um exazerbierte körperliche Erkrankungen oder neu aufgetretene somatische Erkrankungen, die bei fehlender Ausstattung vor Ort in nahegelegenen Kliniken abgeklärt und therapiert werden. Wie hoch dieser Anteil an „somatischen Wiederkehrern“ ist, bleibt unklar. Hinsichtlich dieser Tatsache, dürfte allerdings der Anteil der „echten psychiatrischen Wiederkehrer“ im Indexjahr weitaus niedriger sein, als in dieser Studie erhoben und sich ggf. Werten aus Krankenkassendaten – hier mit 1/3 der Wiederaufnahmen innerhalb der ersten 30 Tage – annähern (Bitzer et al. 2011). Eine Metaanalyse von Šprah et al. (2017) ergab, dass der Zusammenhang zwischen körperlicher Komorbidität und psychiatrischen Wiederaufnahmen ein bisher wenig verstandenes Phänomen ist. In dieser Metaanalyse unterstützen 12 von 17 Studien die Hypothese, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen bei körperlicher Komorbidität ein erhöhtes Risiko für stationäre psychiatrische Wiederaufnahmen haben. Daneben sind körperliche Komorbiditäten häufiger bei wiederaufgenommenen psychiatrischen Patienten vorzufinden als bei einmalig aufgenommenen Patienten (Šprah et al, 2017). Es besteht eine hohe Komorbidität psychischer und somatischer Erkrankungen (Gaebel et al. 2013). Insgesamt findet sich bei hospitalisierten psychiatrischen Patienten eine „aktive somatische Komorbidität“, die während des stationären Aufenthaltes ein Konsil somatischer Fachrichtungen bedarf bzw. im Behandlungsfokus steht bei 20,6% bis 52,6% der stationären Patienten und stellt hiermit ein häufiges Phänomen dar (Lyketsos et al. 2002; Douzenis et al. 2012).

Die Bedeutung von Wiederaufnahmen ist insgesamt schwer fassbar, da Kontextvariablen des Gesundheitssystems meist nicht erfasst werden. Problematisch bei vielfältiger internationaler Studienlage sind daneben die heterogenen methodischen Ansätze. Letztlich gibt es aufgrund dessen nur relativ wenige Variablen, die konsistent mit Wiederaufnahmen assoziiert sind. (Montgomery & Kirkpatrick 2002; Donisi et al. 2016; Sfetcu et al. 2017)

In Einklang mit den Ergebnissen einer Metanalyse von Kalseth et al. (2016) gibt die vorliegende Studie ebenfalls Hinweise, dass das Wiederaufnahmerisiko nicht nur mit Patientenmerkmalen assoziiert ist, sondern auch mit System- und Umweltfaktoren im Hinblick auf die differierenden Befunde der beiden BKHs.

4.2.3 Kurzzeitlieger

Bei fehlendem Datensatz für das Jahr 2012 im BKH Werneck fokussiert sich im Folgenden die Diskussion der KZL auf den Datensatz des BKH Lohr. Eine überproportionale Zunahme der Gruppe der KZL mit 75,6% von 2004 auf 2012 zeigt sich im Vergleich zu den stationären Fallzahlsteigerungen mit lediglich 28,0% im gleichen Zeitraum. KZL-Vergleichsdaten aus der gestaltbaren Tabelle „Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000“ des Statistischen Bundesamtes (2018) für stationär behandelte Patienten mit ICD-10 F-Diagnosen über alle Krankenhäuser (inkl. Minderjährige) zeigen hier lediglich einen Anstieg von 33,6% der KZL für Deutschland bzw. von 33,4% der KZL für Bayern von 2004 auf 2012. Der Anteil der KZL in Deutschland und Bayern mit ICD-10 F-Diagnosen an allen stationär behandelten Fällen mit einer ICD-10 F-Diagnose verändert sich dabei mit etwa 1/5 über die Beobachtungsjahre nicht wesentlich. In den Datensatz des Statistischen Bundesamtes fließen allerdings verschiedene Krankenhäuser ein, die ICD-10 F-Diagnosen behandeln. Diese rechnen unter anderem auch über diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups [DRG]) ab. Somatische Krankenhäuser (mit DRG-Abrechnungssystem) zeigen kürzere Liegezeiten im Vergleich zu Einrichtungen mit tagesgleichen Pflegesätzen wie psychiatrische Fachkliniken (Statistisches Bundesamt 2013c). Diese Tatsache könnte den höheren Anteil von KZL an allen Fällen erklären mit in der Konsequenz einer geringeren Zunahme über die Jahre im Vergleich zu den vorliegenden Daten.

Im BKH Lohr waren in 2004 von 100 Aufnahmen ca. 12 Fälle KZL, in 2012 bereits ca. 17 Fälle von 100 stationären Behandlungsfällen. Ihr Beitrag zur Belegungssteigerung ist also zunehmend. Im Hinblick auf ihre kurze Verweildauer relativiert sich allerdings die Gewichtung dieser Gruppe. Dennoch ist diese Patientenpopulation im Hinblick auf den von ihr verursachten bürokratischen Aufwand nicht irrelevant (Meißner 2010). Es handelt sich in ca. 2/3 Fälle um Personen mit ICD-10 F1- oder F4-Diagnosen. Studien zu psychiatrischen Patienten zeigen für diese Diagnosegruppen kürzere Verweildauern im Vergleich zu anderen ICD-10 F-Diagnosen (Compton et al. 2006; Huttner 2006; Warnke & Rössler 2008; Spießl et al. 2008; Dombrowski et al. 2016). Daneben zeigen

auch ungeplante Aufnahmen (Oiesvold et al. 1999), Entlassungen gegen ärztlichen Rat (Pages et al. 1998; Tulloch et al. 2011) und Aufnahmen mit Suizidalität bzw. Krisen (Lyons et al. 1995; Yohanna et al. 1998; Chai et al. 2013) häufig kurze Verweildauern. Oft ist dabei auch Suizidalität mit Alkohol- bzw. Drogengebrauch assoziiert (Ries et al. 2009).

Zu bedenken ist, dass unter den Kurzzeitliegern, die sogenannten „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle“ (ASK), also Krankenhausfälle, deren Aufnahme durch effektive und zeitnahe ambulante Versorgung hätten vermieden werden können, eine Rolle spielen. Für die Jahre 2012 und 2013 zeigen selektiv erhobene Daten gerade bei dieser Patientengruppe darüber hinaus regionale Unterschiede, die mit den Versorgungsgebieten der hier dargestellten BKHs korrelieren. (IGES 2015)

Neben einer schnellen Stabilisierung könnte ebenfalls die Überbelegungssituation in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern gerade bei ambivalenten Patienten zu einer schnellen Entlassung führen und zur Zunahme in dieser Gruppe beitragen.

4.2.4 Zusammenschau der Subgruppen

Die untersuchten Subgruppen leisten je nach BKH einen relevanten Beitrag zur stationären Belegung. Die drei Gruppen sind dabei nicht isoliert voneinander zu betrachten: Ein Patient kann unter Umständen allen drei Gruppen angehören. Die Zusammenhänge bzw. Überschneidungen zwischen den Gruppen sind dabei vielfältig (Zilber et al. 2011; Godemann et al. 2015).

Bei den Subgruppenanalysen zeigen sich signifikante Unterschiede (Aufnahmen außerhalb der KAZ, Wiederkehrer) sowie (vermutlich) Gemeinsamkeiten (KZL) zwischen beiden psychiatrischen Fachkliniken. Als verbindendes Element beider BKHs über die Beobachtungsjahre und Untergruppen lässt sich hier die stationäre Überbelegung identifizieren mit Auswirkungen auf die Aufnahmepolitik und Entlasspraxis. In der somatischen Medizin gibt es Hinweise auf erhöhte Mortalität (Sprivulis et al. 2006; Schilling et al. 2010; Kuntz et al. 2015) bzw. Hinweise auf die Zunahme unerwünschter Ereignisse (Weissman et al. 2007; Clements et al. 2008; Boyle et al. 2014) im Rahmen einer hohen stationären

Bettenauslastung. Die Zusammenhänge und Auswirkungen auf die qualitative Versorgung sind allerdings bislang generell und vor allem kaum im psychiatrischen Kontext erforscht. Die geltenden Pflegepersonaluntergrenzen ab 01.01.2019 entsprechend dem § 137i SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern zeigen die Wichtigkeit des Themas auf.

Bei hoher stationärer Bettenauslastung sinken kompensatorisch die stationären Verweildauern (Heggstad 2001; KC & Terwiesch 2012; Slade & Goldman 2015) und es steigt ebenfalls die Schwelle, neue Patienten aufzunehmen (Blom et al. 2014). Bei geringer Verfügbarkeit freier Betten steigt der Selektionsdruck, Patienten mit der größten Aufnahmeindikation zu selektionieren (Mulder et al. 2005; Hunt et al. 2012), dies betrifft vor allem Fachärzte während den KAZ. In der Konsequenz könnte es zu einer Verschiebung der Patientenströme in Zeiten außerhalb der KAZ mit wenig strikter Abweisungstendenz kommen. Gleichzeitig verändert sich die Entlasspraxis dahingehend, dass Patienten auf ärztliche Initiative früher entlassen werden, um neuen Patienten Platz zu machen (KC & Terwiesch 2012; Blom et al. 2015). Allerdings scheint sich nicht nur die Entlasspraxis seitens der Ärzte zu verändern, sondern aus der klinischen Erfahrung auch von Seiten der Patienten: Gerade für psychiatrische Patienten spielt die Atmosphäre im Rahmen des Genesungsprozesses eine wichtige Rolle (Borge & Fagermoen 2008). Zwei Metaanalysen aus dem Jahr 2009 und 2014 unterstreichen daneben die Wichtigkeit der Privatsphäre für das Wohlbefinden hospitalisierter psychiatrischer Patienten (Taylor et al. 2009; Papoulias et al. 2014). Die Überbelegung führt entgegen eines Genesungseffektes allerdings zu Distress (aus Evans, 2003) und fördert aggressives Verhalten im stationären Kontext (Palmstierna et al. 1991; Brooks et al. 1994; Nijman & Rector 1999; Virtanen et al. 2011; Teitelbaum et al. 2016). Das wichtige therapeutische Element der stationären Milieuthherapie, bestehend aus sozialen und therapeutischen Beziehungen (Mahoney et al. 2009), wird hierdurch konterkariert: Mehrbettzimmer mit voller Belegung fördern dabei eher den sozialen Rückzug, anstelle zwischenmenschlicher Interaktionen (Ittelson et al. 1970). Die vermehrte Arbeitsdichte des Personals im Rahmen der stationären Überbelegung (Jones

2013) führt dabei eher zu Rationierung der zeitlichen Ressourcen im direkten (Patienten-)Kontakt (Oliva & Stermann 2001; Meißner 2010; Braun et al. 2017). Daneben ist für die Patienten Empathie im Behandlungsprozess wichtig (Spießl et al. 1999). Empathie stellt auch das Herzstück der pflegerischen Tätigkeiten dar (Morse et al. 1990). Durch Arbeitsverdichtung bei Überbelegung (Jones 2013) ist Distress möglich. Distress wiederum kann zu einer Abnahme dieser Eigenschaft führen (Neumann et al. 2011), was sich auch im Patientenkontakt niederschlagen könnte.

Vor dem Hintergrund des skizzierten „gestörten“ psychiatrischen Milieus und des Mangels an Privatsphäre im Rahmen der stationären Überbelegung drängen beobachtbar im klinischen Alltag die Patienten vermehrt auf vorzeitige Entlassungen, z. T. auch gegen ärztlichen Rat. Diese Entlassungen werden mutmaßlich von den weniger schwerkranken Patienten besser kompensiert als von schwerkranken Patienten. Auch für eine höhere Mortalität bei Entlassungen gegen ärztlichen Rat, u.a. durch Suizide, gibt es Hinweise (Southern et al. 2012; Valevski et al. 2012).

Daneben bedingt die bereits oben thematisierte Arbeitsverdichtung bei Nutzungsgraden ab 80% (Jones 2013) und die hierdurch möglicherweise vermehrte Stresshormonausschüttung (Sonntag & Fritz 2006) eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Entscheidungsfindung (Lupien et al. 2007) mit Gefährdung der Patienten durch stressbedingte Fehler (Donchin et al. 1995).

Die erhöhte Arbeitsdichte kann daneben bei Mitarbeitern zu mentaler Erschöpfung bzw. psychiatrischen Erkrankungen und Arbeitsplatzunzufriedenheit führen (Aiken et al. 2002; Fothergill et al. 2004; Kumar 2007; Virtanen et al. 2008).

Während in chirurgischen Bereichen gemäß dem Grundsatz „practice-makes-perfect“ (Luft et al. 1987) höhere Patientenvolumina mit einem besseren Outcome assoziiert sind (Huo et al. 2017; Nimptsch et al. 2018), lässt sich dieser Grundsatz nicht auf den psychiatrischen Bereich übertragen (Lee & Lin 2007; Lin & Lee 2009).

Ungeplante Entlassungen stellen hierbei wiederum ein Risikofaktor für Wiederaufnahmen dar (Vigod et al. 2015) bzw. Entlassungen gegen ärztlichen Rat führen zu erhöhten Wiederaufnahmeraten (Brook et al. 2006; Huttner 2006; Oyffe et al. 2009; Canadian Institute for Health Information 2011; Valevski et al. 2012). Im Hinblick auf die skizzierten Umstände besteht die Gefahr eines Circulus vitiosus mit Gefährdung von Patienten und Mitarbeitern zu Lasten gesamtgesellschaftlicher Kosten. Vor diesem Hintergrund ist der Vorschlag von Jones (2001 bzw. 2013), zur Schadensbegrenzung eine maximale Bettenauslastung in psychiatrischen Kliniken von 85% anzustreben, zu befürworten.

4.3 Einschränkungen

Alle hier vorliegenden Befunde fokussieren den Zeitraum von 2004 bis 2012 und sind aufgrund dessen unter der Berücksichtigung der Einflüsse auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in diesem Zeitfenster zu interpretieren. Zu diesen Einflüssen gehören politische und finanzielle Rahmenbedingungen, gesellschaftliche Faktoren, Veränderungen von Inanspruchnahme und Hospitalisierungsraten (Kuhl & Herdt 2007) neben der Implementierung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die klinische Tätigkeit (Gaebel et al. 2016).

In der vorliegenden Studie wurden keine privatversicherten Patienten berücksichtigt, sodass die Generalisierbarkeit – neben den Einschränkungen im Hinblick auf die regionalen Gegebenheiten – limitiert ist.

Im Hinblick auf die Versorgungskliniken selbst, dem BKH Lohr und BKH Werneck, handelt es sich um eine Vollerhebung im Bezirk Unterfranken bei qualitativ vergleichbarer Datenbasis in den einzelnen Indexjahren. Unberücksichtigt blieben allerdings die Außenstellen der BKHs, der teilstationäre Bereich, die Universitätsklinik Würzburg neben den psychosomatischen und rehabilitativen Kliniken, sodass sich kein vollständiges Bild des Versorgungsgeschehens im Bezirk Unterfranken darstellen lässt. Die Ergebnisse sind im Hinblick hierauf zu interpretieren. Für den niedergelassenen ambulanten Bereich standen lediglich Daten für einen vierjährigen Beobachtungszeitraum zur Verfügung. Ein längerer Beobachtungszeitraum könnte differente Entwicklungen aufzeigen.

Die erhobenen Daten wurden daneben nicht auf Einwohnerzahlen normiert, es liegen also keine Dichtewerte wie z.B. Kennziffern pro 1.000 Einwohner vor, die mit Richtwerten verglichen wurden. Zum Versorgungsniveau kann vor diesem Hintergrund keine Aussage getroffen werden. Die Absolutwerte der Arbeit unterliegen aufgrund dessen zusätzlich eingeschränkter Vergleichbarkeit.

Die Ergebnisse wurden nicht in Bezug auf den Versorgungsbedarf interpretiert, da dieser sich schwer fassen lässt bei fehlenden Definitionen und adäquaten Erhebungsinstrumenten (Jacobi & Barnikol 2015). Gerade die Frage der Bedarfsgerechtigkeit ist allerdings von praktischer Relevanz.

In Bezug auf die Subgruppen ist anzumerken, dass keine Informationen zu den Umständen der Aufnahmen erhoben wurden.

Aufnahmen außerhalb der KAZ: Die Generalisierbarkeit ist eingeschränkt bei Berücksichtigung des individuellen Arbeitszeitmuster des jeweiligen BKHs.

Wiederkehrer: Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen von Wiederkehrern in den unterschiedlichen Studien ist die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt. Geläufige Definitionen von Wiederkehrern berücksichtigen die Häufigkeit von Aufnahmen in einem bestimmten Behandlungssetting innerhalb eines definierten Zeitraumes gemessen ab einem ersten Indexaufenthaltes (Montgomery & Kirkpatrick 2002). In unserer Untersuchung waren Wiederkehrer definiert als Wiederaufnahmen innerhalb des Indexjahres vom 01.01. bis 31.12. nach einem ersten Aufenthalt im entsprechenden Beobachtungsjahr. Weitere Einschränkungen der Vergleichbarkeit ergeben sich durch die schwerpunktmäßige deskriptive Auswertung der Daten. Es wurden keine Wiederkehrerraten berechnet. Daneben werden stationäre (Wieder-)Aufnahmen in andere Krankenhäuser bei der Auswertung der Wiederkehrer nicht berücksichtigt. Ebenfalls unberücksichtigt blieben geplante Wiederaufnahmen bzw. die Diagnosen der Wiederkehrer, welche eine Behandlung unabhängig vom ersten Aufenthalt implizieren könnten. Im Hinblick auf die geplanten/ungeplanten Wiederaufnahmen ist allerdings davon auszugehen, dass es sich bei dieser Gruppe um einen unbedeutenden Anteil handeln dürfte (z.B. bei geplanten Wiederaufnahmen zur Entgiftung vor zwischenzeitlich durch die Klinik eingeleiteter Langzeittherapie).

4.4 Ausblick

Aktuell nicht einschätzbare gesamtgesellschaftliche Veränderungen durch die Individualisierung der Gesellschaft mit zunehmenden Wahlmöglichkeiten und der Gefahr von Überforderung, durch Veränderungen der Arbeitswelt (Globalisierung, Digitalisierung und steigende Mobilität), durch Gender Shift (mit Verlust an Rollenbildern und Karrieremodellen) sowie durch den Wechsel vom Industriezeitalter zur Wissensgesellschaft (Zukunftsinstitut GmbH 2018) erhöhen den Druck auf die Versorgungsforschung. Die vorliegende Studie gibt hierbei vielfältige Impulse für weitere Forschungsansätze zur Verbesserung der Patientenversorgung.

Die Betrachtung der Behandlungswege vom Patienten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem wurde bereits priorisiert (Bramesfeld & Riedel-Heller 2008), bislang allerdings nur begrenzt in die Praxis umgesetzt. Zur Analyse möglicher Dynamiken zwischen den Versorgungssektoren und potenzieller regionaler Unterschiede bietet sich eine umfassende Datenerhebung analog dieser Studie für die einzelnen Regierungsbezirke Bayerns, inklusive der Bestimmung von Versorgungsgraden und Behandlungswegen von Indexpatienten, an.

In Bezug auf den stationären Sektor sind vor allem zwei Foki relevant: Der Zufluss (die Zuweiser) und der Abfluss der Patienten (Weiterbehandlung im poststationären Setting). Im Hinblick auf die Zuweisungen gilt somit vordringlich zu klären, wer Patienten – analog zur Studie von Spießl et al. (2007) – zuweist. Daneben sollten weitere Parameter erhoben werden wie z.B. der Tag und die Uhrzeit der Aufnahme bzw. der Einweisung und der Meldeort der Patienten. Des Weiteren ist auch die Erfassung der Patienten, die von der Klinik abgewiesen werden, mit Gründen und deren alternative Versorgung relevant.

Wie bereits unter 1.6 (Fragestellungen und Hypothesen) thematisiert, sind kurze Liegezeiten, häufige Wiederaufnahmen und Aufnahmen außerhalb der KAZ bzgl. ihres Aufwandes voraussichtlich mit höheren Aufwendungen im Hinblick auf die Versorgung assoziiert (Godemann et al. 2015). Aufnahmen außerhalb der KAZ stellen bei reduzierten personellen Ressourcen daneben im klinischen All-

tag einen Risikoprozess dar. Die Kliniken sind aufgrund dessen bestrebt, diese Gruppe(n) möglichst auf ein Minimum zu reduzieren bzw. den Risiken durch optimierte Personalplanung zu begegnen. Vor diesem Hintergrund und generell bei den Aufnahmen empfiehlt sich neben den bereits thematisierten Aufnahmezeiten und zuweisenden Instanzen auch eine Erhebung der Aufnahmegründe zur Verbesserung der Patientensteuerung bzw. Trennung von „somatischen“ und „psychiatrischen“ Wiederkehrern. Insgesamt zeigt sich die Forschung in Bezug auf die Subgruppen noch stark ausbaufähig.

Mit Fokus auf die poststationäre Weiterversorgung drängt sich die Frage auf, ob der komplementäre Bereich das vorhandene Diagnosespektrum adäquat abdeckt. Die komplementäre Versorgung ist i.d.R. auf psychosekranke Patienten ausgerichtet (Dammann 2007; Salize 2017) und die Inanspruchnahme von regional zur Verfügung stehenden Strukturen anstelle von wissenschaftlicher Evidenz abhängig (Ungewitter et al. 2013). In der vorliegenden Studie zeigt sich eine signifikante Veränderung des Diagnosespektrums stationärer Behandlungsfälle – wenngleich es nicht in der Diskussion unter 4.1 weiter vertieft wurde. Ein Diagnoseshift zeigt sich ebenfalls in der Studie von Hübner-Liebermann et al. (2008) und deutet sich auch in den Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2004, 2008 und 2012 an (Statistisches Bundesamt 2006a, 2009a, 2013a). Zur näheren Analyse der Thematik bietet sich aufgrund dessen eine Erfassung der Wartezeiten auf komplementäre Angebote, analog zu der Studie von Freund (2013), an. Bezüglich stationärer Fälle mit Heimentlassungen besteht die Möglichkeit, den prozentualen Anteil dieser Gruppe an den stationären Behandlungsfällen zu bestimmen, die durchschnittliche Verweildauer dieser Gruppe im Vergleich zur übrigen stationären Fallpopulation und deren Wartezeiten bis zum Beginn der Maßnahme zu evaluieren. Hierdurch wird die Problemlage objektiviert und es lassen sich ggf. Konsequenzen für die klinische Praxis ableiten.

Geschlechtsspezifische Effekte sind bislang wenig erforscht (Stengler & Jahn 2015). In der vorliegenden Arbeit wurde die Annahme geäußert, dass Frauen längere stationäre Verweildauern haben als Männer aufgrund vermehrter Nutzung von psychotherapeutischen Angeboten. Zur weiteren Analyse der Thema-

tik bietet sich die Durchführung einer klinischen Studie mit verschiedenen Vergleichsgruppen an. Interessierende Kennwerte der Vergleichsgruppen sind die stationären Verweildauern beim Indexaufenthalt und die kumulierten Verweildauern im Verlauf über einen definierten Zeitraum. Als Vergleichsgruppen bietet sich eine Männer- und Frauengruppe mit und ohne Psychotherapie und eine Männer- und Frauengruppe mit Fortführung einer stationär begonnenen Psychotherapie bei demselben Therapeuten im ambulanten Setting an (z.B. über Behandler, die sowohl stationär als auch in der PIA eingesetzt sind).

Die Reduktion von Wiederaufnahmen kann zur Entlastung des stationären Sektors beitragen. Gerade bei den Wiederkehrern stellt sich aufgrund dessen die Frage nach dem Einfluss des Entlasstages auf die Wiederaufnahmehäufigkeit (Walraven & Bell 2002; Nüssler et al. 2006). Die Datenlage bzgl. der Wiederaufnahmen ist insgesamt sehr heterogen. Die Bedeutung der Wiederkehrer vor dem Hintergrund eines hohen Nutzungsgrades ist bisher wenig erforscht, scheint aber mit Blick auf diese Studie von Relevanz. Zur Klärung sollten diesbezüglich weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

Höchste Priorität bezüglich vertiefender Forschung besteht in Bezug auf die stationäre psychiatrische Überbelegung und deren potenziell negativen Konsequenzen für Patienten und Mitarbeiter. Zur vertiefenden Analyse bietet sich hier das Monitoring des Nutzungsgrades hinsichtlich Fluktuationen im Jahresverlauf (Maes et al. 1993; Licanin et al. 2012) an. Daneben sollte die Anzahl der vorzeitigen Entlassungen bzw. Entlassungen gegen ärztlichen Rat und deren Gründe erfasst werden. Optimal wäre hier bei den entsprechenden Patienten in einem Follow-up begangene Suizide und Suizidversuche zu erheben. Ergänzend erscheint eine kontinuierliche Patientenbefragung zu einzelnen Aspekten der stationären Behandlung sinnvoll.

Im Hinblick auf bislang fehlende evidenzbasierte Implikationen aus Studien zur Personalbesetzung in deutschen Kliniken und deren Einfluss auf das patientenbezogene Outcome empfiehlt Blume et al. (2019) die Durchführung von prospektiv randomisierten Studien.

Zur Untersuchung der Folgen einer stationären Überbelegung für die betroffenen Mitarbeiter bietet sich die Erfassung der Ausfallszeiten und die Anzahl von Critical-Incident-Reporting-System-Fällen (CIRS-Fällen) bzw. Schadensereignissen im entsprechenden Beobachtungszeitraum an.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Psychische Erkrankungen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Bis Anfang 2000 vollzogen sich spürbare Umbauten in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungslandschaft im Rahmen der Psychiatrie-Enquête (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007). Es stellt sich daher die Frage, wie sich der stationäre, ambulante und komplementäre Bereich in der Folgezeit in Gesamtdeutschland und vor allem in Bayern weiterentwickelt hat bei regional sehr verschiedenen Versorgungsstrukturen (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007, 2012) und eingeschränkter Verfügbarkeit von bayerischen Routedaten. Zur Klärung dieser Frage werden in einer retrospektiven Längsschnittanalyse Struktur- und Behandlungsdaten in den einzelnen Sektoren im Bezirk Unterfranken vergleichend für die zwei Bezirkskrankenhäuser (BKHs) in Lohr und Werneck und deren regionales Pflichtversorgungsgebiet analysiert. Überprüft wird einerseits die Hypothese, dass die stationäre psychiatrische Belegung in beiden BKHs zunimmt und andererseits in einer weiteren Hypothese, dass damit eine Verschlechterung der ambulanten und komplementären Versorgungsbereiche einhergeht. Daneben werden stationäre Subgruppen wie Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (KAZ), Wiederaufnahmen im Indexjahr und Kurzzeitlieger (KZL) explorativ und auf ihren Beitrag zur Belegungssteigerung untersucht. Ziel der Arbeit ist neben der Beschreibung der Entwicklung der Versorgung die Ableitung von Erklärungsansätzen und die Ableitung von weiteren Impulsen für Forschungsprojekte.

Zur Überprüfung der Hypothesen werden folgende Daten erhoben: Für die Indexjahre 2004, 2008 und 2012 werden jeweils für das BKH Lohr und BKH Werneck die stationären Fälle, die Patienten, die Nutzungsgrade und für die Fälle die durchschnittliche Verweildauer, die Hauptentlassdiagnosen und die Herkunft nach Meldeort erhoben. Im ambulanten Bereich erfolgt die Auswertung der Arztsitze und Behandlungsfälle für Nervenärzte und Psychotherapeuten vergleichend für das 4. Quartal 2008 und das 4. Quartal 2012. In den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) am BKH Lohr und am BKH Werneck wer-

den jeweils die Abrechnungsscheine, Patienten und das Personal analysiert. Im komplementären Bereich werden Daten zu Ausgaben, Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDis), Psychosozialen Suchtberatungsstellen (PSBs), ambulant betreuten Wohnen, Psychiatrischer Familienpflege, Tagesstätten, Werkstätten für psychisch behinderte Menschen, Integrationsfirmen und Zuverdienstmöglichkeit jeweils für die Jahre 2004, 2008 und 2012 deskriptiv ausgewertet. Im Rahmen der Subgruppen erfolgt ebenfalls für die Jahre 2004, 2008 und 2012 die Untersuchung der Anzahl der Aufnahmen außerhalb der KAZ, der Anzahl der wiederaufgenommenen Fälle und Patienten und die Untersuchung der zeitlichen Rückkehr der Wiederaufnahmefälle im Indexjahr. Bei den KZL werden die Anzahl der Fälle und deren Hauptentlassdiagnosen analysiert. Die Auswertung erfolgt größtenteils deskriptiv und mithilfe von Chi²-Tests bzw. t-Test für unabhängige Stichproben.

Die Auswertung der Daten ergibt hierbei folgende Befunde: In beiden BKHs kommt es über die Verlaufsahre zu einer signifikanten Zunahme der Fälle, der Patienten und der Nutzungsgrade bei signifikanter Verkürzung der Verweildauern von 2004 auf 2012. Das BKH Lohr zeigt sich bzgl. Aufnahmen aus dem eigenen Einzugsgebiet selektiver als das BKH Werneck. Über die Beobachtungsjahre verändert sich das Diagnosespektrum stationärer Fälle signifikant mit einer Zunahme an F3- und F0-Diagnosen in beiden BKHs. Im ambulanten Bereich zeigt sich von 2008 auf 2012 eine diskrete Zunahme von Psychotherapeutenstellen bei gleichbleibender Anzahl der Arztsitze für Nervenärzte. Die Behandlungsfälle steigen in beiden Gruppen merklich an vom 4. Quartal 2008 auf das 4. Quartal 2012. Im komplementären Bereich nehmen Ausgaben und die Kapazitäten im Bereich von Wohnen, Alltagsgestaltung und Arbeit zu. Die Aufnahmen außerhalb der KAZ steigen signifikant, allerdings lediglich im BKH Werneck. Die Wiederaufnahmen im Indexjahr hingegen verändern sich nur im BKH Lohr signifikant. KZL zeigen ebenfalls einen signifikanten Anstieg im verfügbaren Datensatz des BKH Lohr.

In beiden BKHs lässt sich über die Indexjahre eine Zunahme der stationären Belegung, entsprechend einer Überbelegung, feststellen. Diese geht allerdings nicht mit einer Verschlechterung der ambulanten oder komplementären Versor-

gungssituation im regionalen Pflichtversorgungsgebiet der jeweiligen Klinik einher. Bei gleichbleibender Prävalenz psychischer Erkrankungen (Jacobi et al. 2004b; Jacobi et al. 2014, 2016) ist eine steigende Inanspruchnahme mit vermutlich unkoordinierten Patientenströmen in den stationären Sektor bei voraussichtlich partieller Ausschaltung des steuernden Elementes der ambulanten Nervenärzte durch lange Wartezeiten (Maier et al. 2014) plausibel. Die untersuchten Subgruppen tragen je nach BKH unterschiedlich zur Belegungssteigerung bei. Die Unterschiede lassen sich im Hinblick auf das Versorgungssystem und die Aufnahmepolitik erklären. Die stationäre Überbelegung beeinflusst die Aufnahmepolitik, Entlasspraxis und konterkariert mutmaßlich die Milieuthherapie auf multiplen Ebenen. Dringender Forschungsbedarf hinsichtlich der Konsequenzen einer stationären Überbelegung und Mortalität besteht analog zur somatischen Medizin auch im psychiatrischen Bereich.

6. LITERATUR

- Afilalo, M., Soucy, N., Xue, X., Colacone, A., Jourdenais, E., Boivin, J.-F. (2015): Characteristics and Needs of Psychiatric Patients With Prolonged Hospital Stay. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 60, 181–188.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 288, 1987–1993.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E. (2010): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. *Psychotherapeut* 55, 503–514.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E. (2011): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56, 51–60.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Goldschmidt, S., Brähler, E. (2009): Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 59, 281–283.
- Albrecht, M., Etgeton, S., Ochmann, R. (2015): Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte) HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung (Hg.).
- Albrecht, M., Fürstenberg, T. & Gottberg, A. (2007): Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Gutachten für den Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), den Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und den Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP). URL: <https://www.klees-net.de/pdf/Doppelte%20Facharztschiene.pdf> (Aufruf am 20.07.2019).

- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Schomerus, G. (2013a): Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 203, 146–151.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Schomerus, G. (2013b): Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990-2011. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 48, 1629–1635.
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003): Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Bericht der Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2003.
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007): Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Bericht der Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007.
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2012): Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2012.
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2017): Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektiven - Bericht zu den Schwerpunktthemen „Inklusion - Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“. Bericht der Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2017.
- Ashton, C.M., Del Junco, D.J., Soucek, J., Wray, N.P., Mansyur, C.L. (1995): The Association Between the Quality of Inpatient Care and Early Readmission. *Medical Care* 35, 1044–1059.
- Bauer, E., Krohn, R., Pöhlmann, B., Kaufmann-Kolle, P., Szecsenyi, J., Bramesfeld, A. (2014): Übergangszeiten und -raten von stationär nach am-

bulant in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg. *Psychiat Prax* 41, 439–444.

Baumeister, H., Balke, K., Härter, M. (2005): Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *Journal of clinical epidemiology* 58, 1090–1100.

Bayerischer Landtag (2011): Beschluss. Drucksache 16/8005, 17.03.2011.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2007): Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hg.).

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016): Pressemitteilung Nr. 272/GP vom 28.12.2016. Huml baut Hilfsangebot für suizidgefährdete Jugendliche weiter aus. URL: <https://www.welt.de/regionales/bayern/article160650554/Suizide-sind-zweithaeufigste-Todesursache-bei-Jugendlichen.html> (Aufruf am 05.04.2019).

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017): Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. Schwerpunkt Depression. München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.).

Bechdorf, A., Klingberg, S. (2014): Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem. *Psychiat Prax* 41, 8–10.

Berger, M. (2005): Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung des Faches »Psychiatrie und Psychotherapie«. In: Mathias, B., Christa, R.-S., Jürgen, F., Ulrich, V. (Hg.): Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004, S. 3–18. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.

- Beske, F., Brix, F. (2011): Solidarische transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel durch Priorisierung und Rationierung. Schriftenreihe Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung. Band 121. Kiel.
- Beutel, M.E., Schulz, H. (2011): Epidemiologie psychisch komorbider Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 54, 15–21.
- Bezirk Unterfranken (2017): Richtlinie des Bezirk Unterfranken zur Förderung von Tagesstätten für psychisch kranke Menschen und psychisch behinderte Menschen. URL: https://www.bezirk-unterfranken.de/informationen/download/m_15281 (Aufruf am 06.06.2019).
- Bitter, D., Entenfellner, A., Matschnig, T., Frottier, P., Frühwald, S. (2009): Da-Heim im Heim!? Bedeutete Ent-Hospitalisierung auch Ent-Institutionalisierung? Psychiat Prax 36, 261–269.
- Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W. (2011): Barmer GEK Report Krankenhaus 2011. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 9. St. Augustin: Asgard.
- Blom, M.C., Erwander, K., Gustafsson, L., Landin-Olsson, M., Jonsson, F., Ivarsson, K. (2015): The probability of readmission within 30 days of hospital discharge is positively associated with inpatient bed occupancy at discharge - a retrospective cohort study. BMC emergency medicine 15, 37–43.
- Blom, M.C., Jonsson, F., Landin-Olsson, M., Ivarsson, K. (2014): The probability of patients being admitted from the emergency department is negatively correlated to in-hospital bed occupancy - a registry study. International journal of emergency medicine 7, 8.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2011): PSYCHIatrie Barometer. Umfrage 2011. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut e.v. (Hg.).

- Blume, A., Snellgrove, B., Steinert, T. (2019): Personalbesetzung und patientenbezogene Outcomes: Systematische Literaturübersicht zur internationalen Evidenz. *Der Nervenarzt* 90, 40–44.
- Böcker, F.M., Jeschke, F., Brieger, P. (2001): Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. Eine Erhebung mit dem "European Services Mapping Schedule" ESMS. *Psychiat Prax* 28, 393–401.
- Böhme, E. (2010): Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Südbrandenburg von 1988 bis 2000 am Beispiel des damaligen Bezirksfachkrankenhauses Lübben. (Dissertation). Medizinischen Hochschule Hannover.
- Borge, L., Fagermoen, M.S. (2008): Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of Mental Health* 17, 193–205.
- Borrmann-Hassenbach, M., Dirksen, R.-G., Laux, G. (2012): Standortbestimmung. Die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung in Bayern. *Neuro-Transmitter*, 21–27.
- Boyle, J., Zeitz, K., Hoffman, R., Khanna, S., Beltrame, J. (2014): Probability of severe adverse events as a function of hospital occupancy. *IEEE journal of biomedical and health informatics* 18, 15–20.
- Bramesfeld, A. (2003): Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? *Psychiat Prax* 30, 256–265.
- Bramesfeld, A., Riedel-Heller, S. (2008): Prioritäre Themen in der Versorgungsforschung zur psychischen Gesundheit. *Psychiat Prax* 35, 315–317.
- Bramesfeld, A., Schäfer, I., Stengler, K., Schomerus, G. (2014): Impulse für die Versorgungsforschung: Was folgt auf die DGPPN S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien? *Psychiat Prax* 41, 65–67.

- Braun, B., Brückner-Bozetti, P., Lingenfelder, M., Uhlmann, C., Steinert, T. (2017): Rationierung in der stationären psychiatrischen Versorgung. *Der Nervenarzt* 88, 1020–1025.
- Brieger, P., Hoffmann, H. (2012): Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit? "Supported employment" vs. "pre-vocational training". *Der Nervenarzt* 83, 840–846.
- Brook, M., Hilty, D.M., Liu, W., Hu, R., Frye, M.A. (2006): Discharge against medical advice from inpatient psychiatric treatment: a literature review. *PS* 57, 1192–1198.
- Brooks, K.L., Mulaik, J.S., Gilead, M.P., Daniels, B.S. (1994): Patient overcrowding in psychiatric hospital units: Effects on seclusion and restraint. *Adm Policy Ment Health* 22, 133–144.
- Bühning, P. (2017): Primärversorgung psychisch Kranker: Die Wege des Zufalls. *Dtsch Arztebl* 114, A-1914/B-1623/C-1589.
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich. Auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung; 11. November 1988. Bonn: Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.).
- Bundespsychotherapeutenkammer (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer (Hg.).
- Bundespsychotherapeutenkammer (2014): BPtK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer (Hg.).
- Canadian Institute for Health Information (2011): Health Indicators 2011. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

- Capdevielle, D., Norton, J., Jaussent, I., Prudhomme, C., Munro, J., Gelly, F., Boulenger, J.-P., Ritchie, K. (2013): Extended duration of hospitalization in first episode psychosis: an evaluation of its clinical justification. *Psychiatry research* 209, 160–166.
- Chai, Y.K., Wheeler, Z., Herbison, P., Gale, C., Glue, P. (2013): Factors associated with hospitalization of adult psychiatric patients: cluster analysis. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 21, 141–146.
- Chow, W.S., Priebe, S. (2016): How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ open* 6, e010188.
- Clements, A., Halton, K., Graves, N., Pettitt, A., Morton, A., Looke, D., Whitby, M. (2008): Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission. *The Lancet Infectious Diseases* 8, 427–434.
- Compton, M.T., Craw, J., Rudisch, B.E. (2006): Determinants of inpatient psychiatric length of stay in an urban county hospital. *The Psychiatric quarterly* 77, 173–188.
- Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Wasowski, K.U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., Kubiak, M.A. (2000): Stigmatizing attributions about mental illness. *J. Community Psychol.* 28, 91–102.
- DAK (2005): *Gesundheitsreport 2005*. Hamburg: DAK – Versorgungsmanagement (Hg.).
- Dammann, G. (2007): Für eine "Neue Sozialpsychiatrie": Aktuelle Brennpunkte und Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung im Spannungsfeld von integrativen und gesundheitsökonomischen Perspektiven. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 75, 593–606.

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2018): Rentenversicherung in Zeitreihen Rentenzugang: DRV-Schriften. Band 22. Berlin.
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200 und Anhang Drucksache 7/4201, 25.11.1975.
- Deutscher Bundestag (2012): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Sabine Zimmermann, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 17/9478, 30.04.2012.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2009): Arbeitshilfe des Deutschen Vereins zu Zuverdienstmöglichkeiten im Bereich des SGB XII. Ergänzung der Empfehlungen zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben vom 18. März 2009. URL: <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen.../dv-12-09.pdf> (Aufruf am 06.06.2019).
- DIMDI (2004): ICD-10-GM Version 2004, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. URL: www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloads – ICD-10-GM – Version 2004 (Aufruf am 22.03.2019).
- Dombrowski, D., Norrell, N., Holroyd, S. (2016): Substance Use Disorders in Elderly Admissions to an Academic Psychiatric Inpatient Service over a 10-Year Period. *Journal of addiction* 2016, Article ID 4973018, 3 pages.
- Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C.L., Pizov, R., Cotev, S. (1995): A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical care medicine* 23, 294–300.
- Donisi, V., Tedeschi, F., Wahlbeck, K., Haaramo, P., Amaddeo, F. (2016): Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC psychiatry* 16, 449–466.

- Douzenis, A., Seretis, D., Nika, S., Nikolaidou, P., Papadopoulou, A., Rizos, E.N., Christodoulou, C., Tsopelas, C., Mitchell, D., Lykouras, L. (2012): Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: the role of active comorbidity. *BMC health services research* 12, 166–175.
- Durbin, J., Lin, E., Layne, C., Teed, M. (2007): Is Readmission a Valid Indicator of the Quality of Inpatient Psychiatric Care? *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 34, 137–150.
- Eisele, F., Steinert, T., Borbé, R. (2015): Auswirkungen der Einrichtung von Institutsambulanzen auf die Inanspruchnahme stationärer Behandlung. *Psychiat Prax* 42, 147–151.
- Evans, G.W. (2003): The built environment and mental health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine* 80, 536–555.
- Falkai, P. (Hg.) (2013): S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Falkai, P., Schneider, F., Sauer, H., Amlacher, J., Schneller, C., Maier, W. (2013): Psychiatrisch-psychotherapeutische Forschung in Deutschland: Bestandsaufnahme und internationaler Vergleich. *Der Nervenarzt* 84, 1369-70, 1372-4, 1376-8 passim.
- Fothergill, A., Edwards, D., Burnard, P. (2004): Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *The International journal of social psychiatry* 50, 54–65.
- Franz, M., Meyer, T., Dubowy, M., Hanewald, B., Gallhofer, B. (2010): Das Akumulieren "Neuer Langzeitbewohner" in klinikassoziierten psychiatrischen Heimen: eine Herausforderung für die psychiatrische Versorgung. *Psychiat Prax* 37, 240–247.
- Freund, S. (2013): Psychiatrische Versorgungsstruktur und Kooperationspraxis in drei ausgewählten Landkreisen der Oberpfalz. (Dissertation). Fakultät für Medizin. Universität Regensburg.

- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., Zielasek, J. (2013): Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. *Deutsches Arzteblatt international* 110, 799–808.
- Gaebel, W., Zielasek, J., Kowitz, S. (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung : Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt* 87, 1201–1210.
- Godemann, F., Hauth, I., Richert, A., Berton, R. (2015): Merkmale einer regionalen Pflichtversorgung in Deutschland: Eine Analyse mithilfe der VIPP-Datenbank. *Der Nervenarzt* 86, 367–372.
- Gopalakrishna, G., Ithman, M., Malwitz, K. (2015): Predictors of length of stay in a psychiatric hospital. *International journal of psychiatry in clinical practice* 19, 238–244.
- Grimm-Halkevopoulos, B. (2014): Psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen sowie Krisenprävention und Krisenintervention im südlichen Oberallgäu/ Bayern und im Bezirk Reutte/ Tirol im Vergleich. (Dissertation). Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.
- Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W. (2010): Barmer GEK Arztreport. Auswertungen zu Daten bis 2008. Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 1. St. Augustin: Asgard.
- Grobe, T.G., Heller, G., Szecsenyi, J. (2014): Barmer GEK Arztreport 2014. Auswertungen zu Daten bis 2012. Schwerpunkt: Hautkrebs: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 24. Siegburg: Asgard.
- Grözinger, M., Amlacher, J., Schneider, F. (2011): Besetzung ärztlicher Stellen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt* 82, 1460-6, 1468.

- Gühne, U., Becker, T., Salize, H.-J., Riedel-Heller, S.G. (2015): Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiat Prax* 42, 415–423.
- Hambrecht, M. (2007): Gemeindepsychiatrie im 21. Jahrhundert. *Psychiat Prax* 34, 263–265.
- Hamilton, J.E., Rhoades, H., Galvez, J., Allen, M., Green, C., Aller, M., Soares, J.C. (2015): Factors differentially associated with early readmission at a university teaching psychiatric hospital. *Journal of evaluation in clinical practice* 21, 572–578.
- Han, K.-T., Lee, S.Y., Kim, S.J., Hahm, M.-I., Jang, S.-I., Kim, S.J., Kim, W., Park, E.-C. (2016a): Erratum to: Readmission rates of South Korean psychiatric inpatients by inpatient volumes per psychiatrist. *BMC psychiatry* 16, 204.
- Han, K.-T., Lee, S.Y., Kim, S.J., Hahm, M.-I., Jang, S.-I., Kim, S.J., Kim, W., Park, E.-C. (2016b): Readmission rates of South Korean psychiatric inpatients by inpatient volumes per psychiatrist. *BMC psychiatry* 16, 96–106.
- Heggestad, T. (2001): Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission - effects of high patient turnover *Acta Psychiatr Scand*, 196–202.
- Hillienhof, A. (2007): Psychiatrische Versorgung: „Wir werden häufiger in die Klinik einweisen müssen“. *Dtsch Arztebl International* 6, 63.
- Hochlehnert, A., Niehoff, D., Herzog, W., Löwe, B. (2007): Höhere Kosten bei internistischen Krankenhauspatienten mit psychischer Komorbidität: Fehlende Abbildung im DRG-System. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 57, 70–75.
- Hoffmann, M., Rieger, W. (2010): Vorgaben und Realität der PsychPV: Ergebnisse einer Multimomentstudie auf einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation. *Der Nervenarzt* 81, 1354, 1356-9, 1361-2.

- Hübner-Liebermann, B., Hajak, G., Spießl, H. (2008): Versorgungsepidemiologie: Entwicklung in der stationär-psychiatrischen Versorgung 1996-2006. *Psychiat Prax* 35, 387–391.
- Hübner-Liebermann, B., Spiessl, H., Cording, C. (2005): Wer kommt woher, wer geht wohin? Behandlungswege stationär-psychiatrischer Patienten. *Der Nervenarzt* 76, 856, 858-62, 864.
- Hunt, G.E., O'Hara-Aarons, M., O'Connor, N., Cleary, M. (2012): Why are some patients admitted to psychiatric hospital while others are not? A study assessing risk during the admission interview and relationship to outcome. *International journal of mental health nursing* 21, 145–153.
- Huo, Y.R., Phan, K., Morris, D.L., Liauw, W. (2017): Systematic review and a meta-analysis of hospital and surgeon volume/outcome relationships in colorectal cancer surgery. *Journal of gastrointestinal oncology* 8, 534–546.
- Huttner, D.M. (2006): Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten. Analyse über einen Zeitraum von 9 Jahren. (Dissertation). Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- IGES (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. URL: https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2014/neurologisch-psychiatrische-versorgung/index_ger.html (Aufruf am 19.04.2019).
- IGES (2015): Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung. Ergebnisbericht zur Projektphase I für das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. URL: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-IGES-Gutachten_Ambulantes_Potential_Notf%C3%A4lle_Teil_1_2015-03-19.pdf (Aufruf am 18.06.2019).

Imai, T., Telger, K., Wolter, D., Heuft, G. (2008): Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, 486–496.

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (2007): GEK-Report ambulant ärztliche Versorgung 2007. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 59. St. Augustin: Asgard.

Ittelson, W.H., Proshansky, H.M., Rivlin, L.G. (1970): Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward. *Environment and Behavior* 2, 255–270.

Jacobi, F., Barnikol, U.B. (2015): Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. Das Problem diagnostischer Schwellen. *Der Nervenarzt* 86, 42–50.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85, 77–87.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87, 88–90.

Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U. (2004a): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47, 736–744.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Holting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., Lieb, R. (2004b): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in

the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine* 34, 597–611.

Jäger, M., Rössler, W. (2012): Psychiatrische Versorgungsepidemiologie. *Der Nervenarzt* 83, 389-401;

Jäger, M., Theodoridou, A., Hoff, P., Rössler, W. (2013): Schnittstelle psychiatrische Akutstationen und betreute Wohneinrichtungen - Charakteristika von Patienten mit langen Klinikaufenthalten. *Psychiat Prax* 40, 439–446.

Jansen, L., van Schijndel, M., van Waarde, J., van Busschbach, J. (2018): Health-economic outcomes in hospital patients with medical-psychiatric comorbidity: A systematic review and meta-analysis. *PloS one* 13, e0194029.

Jones, R. (2001): Bed Occupancy – don't take it lying down. *Health Service Journal* 111, 28–31.

Jones, R. (2013): Optimum bed occupancy in psychiatric hospitals. *Psychiatry On_Line*.

Kallert, T., Gühne, U., Harter, C., Lang, F.U., Puschner, B., Riedel-Heller, S.G., Weisbrod, M., Becker, T., Rössler, W. (2017): Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie. In: Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (Hg.): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 5. Auflage, S. 1285–1319. Berlin, Heidelberg: Springer.

Kallert, T.W., Leisse, M., Kulke, C., Kluge, H. (2005): Evidenzbasierung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote in Deutschland: eine Bestandsaufnahme. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany])* 67, 342–354.

Kalseth, J., Lassemo, E., Wahlbeck, K., Haaramo, P., Magnussen, J. (2016): Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC psychiatry* 16, 376–384.

- Kang, H.-J., Kim, S.-Y., Bae, K.-Y., Kim, S.-W., Shin, I.-S., Yoon, J.-S., Kim, J.-M. (2015): Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam medical journal* 51, 8–18.
- Kapfhammer, H.-P. (2011): Der Zusammenhang von Depression, Angst und Herzerkrankung - eine psychosomatische Herausforderung. *Psychiatria Danubina* 23, 412–424.
- KBV (2018a): Abrechnungsstatistik der Praxen mit zugelassenen Ärzten. Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2009 bis 4. Quartal 2016. Stand 02.08.2018. URL: <https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php> (Aufruf am 01.01.2019).
- KBV (2018b): Bundesmantelvertrag-Ärzte. Vertragsdatum 21.08.2013. Fassung vom 10.12.2018. URL: <https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php> (Aufruf am 19.04.2019).
- KBV (2018c): FAQ zum Honorarbericht. URL: https://www.kbv.de/media/sp/FAQ_Honorarbericht.pdf (Aufruf am 29.03.2019).
- KBV (2019): Bundesarztregister. URL: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php> (Aufruf am 19.01.2019).
- KC, D.S., Terwiesch, C. (2012): An Econometric Analysis of Patient Flows in the Cardiac Intensive Care Unit. *Manufacturing & Service Operations Management* 14, 50–65.
- Kipp, J., Kristen, R., Kunze, H., Schmied, H.-P., Thies, J. (1998): Basisdokumentation: Die stationäre Versorgung einer Region durch ein Psychiatrisches Krankenhaus und eine psychiatrische Abteilung. *Der Nervenarzt* 69, 782–790.
- Kluge, H., Becker, T., Kallert, T.W., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2007): Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste - eine Mehrebenenanalyse. *Psychiat Prax* 34, 20–25.

- Koch, H., Fischer-Barnicol, D., Hartwich-Koch, R., Klein, S., Ibach, B., Klein, H. (2007): Entwicklung der Patientenstatistik einer gerontopsychiatrischen Aufnahme- station im Verlauf von 9 Jahren. *Psychiat Prax* 34, 143–144.
- Koch-Stoecker, S., Driessen, M. (2017): Moderne Versorgungsformen in der Psychiatrie. *Der Neurologe & Psychiater* 18, 40–48.
- Koch-Stoecker, S., Driessen, M., Gouzoulis-Mayfrank, E., Pollmächer, T. (2016): Struktur und Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland. *Psychiat Prax* 43, 129–130.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T.S., Angermeyer, M.C., Haro, J.M., Sevilla-Dedieu, C. (2007): Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 58, 213–220.
- Kowitz, S., Zielasek, J., Gaebel, W. (2014): Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland: Aktueller Stand und Perspektiven. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 139, 1249–1252.
- Kruse, J., Herzog, W., Hofmann, M. & Larisch, A. (2012): Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“. URL: www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf (Auf- ruf am 29.03.2019).
- Kuhl, H.-C., Herdt, J. (2007): Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der medizinischen Statistik: Arbeitsdokument/Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Band 28. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kumar, S. (2007): Burnout in psychiatrists. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association* 6, 186–189.
- Kuntz, L., Mennicken, R., Scholtes, S. (2015): Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals. *Management Science* 61, 754–771.

Kunze, H. (2015): Psychisch kranke Menschen in Deutschland. Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Stuttgart: Kohlhammer.

KVB (2009): Psychotherapeutische Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern. Aktuelle Informationen und Prognosen zur ambulanten, psychotherapeutischen Patientenversorgung. URL: www.kvb.de (Aufruf am 29.03.2017).

KVB (2017): Vertragsärztliche Versorgung in Bayern und in Deutschland zukunftssicher machen! URL: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Versorgung/KVB-Broschuere-vertragsaerztliche-Versorgung-Bayern-zukunftssicher.pdf> (Aufruf am 29.03.2019).

Larisch, A., Heuft, G., Engbrink, S., Brähler, E., Herzog, W., Kruse, J. (2013): Behandlung Psychischer und Psychosomatischer Beschwerden - Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 59, 153–169.

Lee, H.-C., Lin, H.-C. (2007): Is the volume-outcome relationship sustained in psychiatric care? Social psychiatry and psychiatric epidemiology 42, 669–672.

Licanin, I., Fisekovic, S., Babić, S. (2012): Admission rate of patients with most common psychiatric disorders in relation to seasons and climatic factors during 2010/2011. Materia socio-medica 24, 94–99.

Lin, H.-C., Lee, H.-C. (2009): Psychiatrists' caseload volume, length of stay and mental healthcare readmission rates: a three-year population-based study. Psychiatry research 166, 15–23.

Löhr, M., Längle, G. (2018): Veränderungen von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen in der vollstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Intensivbehandlung in Deutschland. Psychiatrische Praxis 45, 38–45.

- Lorine, K., Goenjian, H., Kim, S., Steinberg, A.M., Schmidt, K., Goenjian, A.K. (2015): Risk factors associated with psychiatric readmission. *The Journal of nervous and mental disease* 203, 425–430.
- Lüders, D. (2007): Die Versorgungssituation bei ambulanter Psychotherapie in Bayern. Eine Zustandsanalyse auf Datenbasis der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. (Diplomarbeit). Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Luft, H.S., Hunt, S.S., Maerki, S.C. (1987): The volume-outcome relationship: practice-makes-perfect or selective-referral patterns? *Health Services Research* 22, 157–182.
- Lupien, S.J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A., Schramek, T.E. (2007): The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain and cognition* 65, 209–237.
- Lyketsos, C.G., Dunn, G., Kaminsky, M.J., Breakey, W.R. (2002): Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics* 43, 24–30.
- Lyons, J.S., O'Mahoney, M.T., Miller, S.I., Neme, J., Kabat, J., Miller, F. (1997): Predicting Readmission to the Psychiatric Hospital in a Managed Care Environment: Implications for Quality Indicators. *Am J Psychiatry* 154, 337–340.
- Lyons, J.S., O'Mahoney, M.T., Doheny, K.M., Dworkin, L.N., Miller, S.I. (1995): The prediction of short-stay psychiatric inpatients. *Adm Policy Ment Health* 23, 17–25.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M.A., Maske, U.E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W., Wittchen, H.-U. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population - evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 23, 289–303.
- Maes, M., Meyer, F. de, Peeters, D., Meltzer, H., Schotte, C., Scharpe, S., Co-syns, P. (1993): The periodicities in and biometeorological relationships with

- bed occupancy of an acute psychiatric ward in Antwerp, Belgium. *International journal of biometeorology* 37, 78–82.
- Mahoney, J.S., Palyo, N., Napier, G., Giordano, J. (2009): The therapeutic milieu reconceptualized for the 21st century. *Archives of psychiatric nursing* 23, 423–429.
- Maier, W., Bergmann, F. & Roth-Sackenheimer, C. (2014): Eckpunktepapier DGPPN, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Berufsverband Deutscher Psychiater. Lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin: Verkürzung nur durch strukturelle Änderungen realisierbar. URL: <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2014/wartezeiten.html> (Aufruf am 28.03.2018).
- Maske, U.E., Busch, M.A., Jacobi, F., Riedel-Heller, S.G., Scheidt-Nave, C., Hapke, U. (2013): Chronische somatische Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2010. *Psychiat Prax* 40, 207–213.
- McDonagh, M.S., Smith, D.H., Goddard, M. (2000): Measuring appropriate use of acute beds. Erratum: *Health Policy*. 2000; 54 (2):163. *Health Policy* 53, 157–184.
- Meißner, I. (2010): Der Arbeitsalltag von Ärzten im Stationsdienst: eine Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken. (Dissertation). Medizinische Fakultät der Universität Regensburg.
- Melchinger, H. (2008a): Ambulante psychiatrische Versorgung. Umsteuerungen dringend geboten. *Deutsches Ärzteblatt* 105, A 2457–60.
- Melchinger, H. (2008b): Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Expertise. URL:

http://www.root.webdestination.de/kunden/01extern/bdn_redaktion_ssl_neu/upload/kbv_gutachten_%28endfassung_%29.pdf (Aufruf am 31.03.2019).

- Melchior, H., Hergert, A., Hofreuter-Gätgens, K., Bergelt, C., Morfeld, M., Schulz, H., Koch, U., Watzke, B. (2010): Prädiktoren der stationären Behandlungsdauer von Patienten mit psychischen Störungen - Eine systematische Literaturanalyse. *Z Psychosom Med Psychother* 56, 399–418.
- Mir, J., Priebe, S., Mundt, A.P. (2013): Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland: Indikatoren der Institutionalisierung seit der politischen Wende. *Der Nervenarzt* 84, 844–850.
- Möller, H.-J., Laux, G., Fritze, J., Falkai, P., Maier, W., Kapfhammer, H.-P. (2017): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie – Bedeutung, Identität, Situation und Perspektiven eines großen medizinischen Fachgebietes. In: Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (Hg.): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 5. Auflage, S. 3–37. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2005): Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 6, 29–35.
- Montgomery, P., Kirkpatrick, H. (2002): Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. *Arch Psychiatr Nurs*. 16, 16–24.
- Morse, J.M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottorff, J.L., Johnson, J.L. (1990): Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in nursing science* 13, 1–14.
- Mulder, C.L., Koopmans, G.T., Lyons, J.S. (2005): Determinants of Indicated Versus Actual Level of Care in Psychiatric Emergency Services. *Psychiatr Serv* 56, 452–457.
- Müller, T. (2015): DGPPN 2015. 40 Jahre Psychiatrie-Enquête: Neue Versorgungskonzepte gesucht. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 17, 52–53.

- Muschalla, B., Linden, M. (2011): Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. *Der Nervenarzt* 82, 917-30;
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M.R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., Scheffer, C. (2011): Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* 86, 996–1009.
- Nijman, H.L.I., Rector, G. (1999): Crowding and Aggression on Inpatient Psychiatric Wards. *Psychiatr Serv* 50, 830–831.
- Nimptsch, U., Haist, T., Krautz, C., Grützmann, R., Mansky, T., Lorenz, D. (2018): Hospital Volume, In-Hospital Mortality, and Failure to Rescue in Esophageal Surgery. *Deutsches Arzteblatt international* 115, 793–800.
- Normann, C., Wolff, J., Hochlehnert, A., Klein, J.P., Hohagen, F., Lieb, K., Deckert, J., Falkai, P., Berger, M., Herpertz, S.C. (2015): Aufwand und Finanzierung leitliniengerechter, psychotherapeutischer Behandlung im Krankenhaus. *Der Nervenarzt* 86, 534–541.
- Nübling, R. (2009): Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz – aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal* 8, 239–252.
- Nüssler, N.C., Schmidt-Schönthal, C., Nüssler, A.K., Langrehr, J.M., Kaiser, U., Neuhaus, P., Lohmann, R. (2006): Mehr Wiederaufnahmen nach Krankenhausentlassung am Freitag. *Dtsch Arztebl* 103, A 927–32.
- Oiesvold, T., Saarento, O., Sytema, S., Christiansen, L., Göstas, G., Lönnerberg, O., Muus, S., Sandlund, M., Hansson, L. (1999): The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry-length of in-patient stay. *Acta psychiatrica Scandinavica* 100, 220–228.
- Oliva, R., Sterman, J.D. (2001): Cutting Corners and Working Overtime: Quality Erosion in the Service Industry. *Management Science* 47, 894–914.

- Ommen, O., Ullrich, B., Janssen, C., Pfaff, H. (2007): Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung: Probleme, Erklärungsmodell und Lösungsansätze. *Med Klin* 102, 913–917.
- Osterloh, F. (2016): Bedarfsplanung. Ambulant und stationär abstimmen. *Deutsches Ärzteblatt* 113, B 1472.
- Oyffe, I., Kurs, R., Gelkopf, M., Melamed, Y., Bleich, A. (2009): Revolving-door Patients in Public Psychiatric Hospital in Israel: Cross Sectional Study. *Croat Med J* 50, 575–582.
- Pages, K.P., Russo, J.E., Wingerson, D.K., Ries, R.K., Roy-Byrne, P.P., Cowley, D.S. (1998): Predictors and outcome of discharge against medical advice from the psychiatric units of a general hospital. *Psychiatr Serv* 49, 1187–1192.
- Pajonk, F.G., Poloczek, S., Schmitt, T.K. (2000): Der psychiatrische Notfall - Abgrenzung zu Psychotraumatologie und Krise. *Notfall Rettungsmed* 3, 363–370.
- Palmstierna, T., Huitfeldt, B., Wistedt, B. (1991): The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hospital & community psychiatry* 42, 1237–1240.
- Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., Wykes, T. (2014): The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 205, 171–176.
- Penninx, B.W.J.H., Lange, S.M.M. (2018): Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. *Dialogues in clinical neuroscience* 20, 63–73.
- Petrowski, K., Hessel, A., Körner, A., Weidner, K., Brähler, E., Hinz, A. (2014): Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 64, 82–85.

- Quandt, F., Wendel, S., Degirmenci, Ü., Kreil, S., Bayerlein, K., Rotter, A., Kornhuber, J., Weih, M. (2011): Der Patient in der psychiatrischen Notambulanz: Erstdiagnosen, Vorstellungsgründe und Vergleich der Laien- vs. Arzt-sicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 79, 221–225.
- Rad, K. von, Puschner, B., Spießl, H., Grempler, J., Janssen, B., Becker, T., Freyberger, H. (2014): High Utiliser in der psychiatrischen Versorgung: ein Ost-West-Vergleich bei affektiven und schizophrenen Störungen. *Psychiat Prax* 41, 371–375.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., Domanska, O., Kamtsiuris, P. (2013): Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56, 832–844.
- Regionaldatenbank Deutschland (2017): Bevölkerungsstand: Bevölkerung nach Geschlecht, Nationalität und Altersgruppen. Stichtag 31.12. Regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte. Thematische Recherche: Startseite → Dokumentart Tabellen. URL: <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online> (Aufruf am 14.05.2017).
- Richter, D. (2001): Die Dauer der stationär psychiatrischen Behandlung. Eine Übersicht über Methodik, Einflussfaktoren und Auswirkungen. *Fortschr Neurol Psychiat* 69, 19–31.
- Richter, D., Berger, K. (2013): Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiat Prax* 40, 176–182.
- Richter, D., Berger, K., Reker, T. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiat Prax* 35, 321–330.
- Ries, R.K., Yuodelis-Flores, C., Roy-Byrne, P.P., Nilssen, O., Russo, J. (2009): Addiction and suicidal behavior in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive psychiatry* 50, 93–99.

- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Wie steht es um unsere Gesundheit? Psychische Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut (Hg.).
- Roick, C., Heider, D., Kilian, R., Angermeyer, M.C. (2002): Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. Eine Analyse von Krankenkassendaten aus der Stadt Leipzig. *Psychiat Prax* 29, 343–349.
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L.E., Prütz, F., Thom, J. (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring* 2, 3–23.
- Rüger, U., Bell, K. (2004): Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 127–152.
- Rüsch, N., Berger, M. (2019): Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Berger, M. (Hg.): *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. In Zusammenarbeit mit der Cochrane Deutschland Stiftung. 6. Auflage, S. 823–828. München: Elsevier.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Salize, H.J. (2017): Versorgungsrealität und Versorgungsgerechtigkeit in der Psychiatrie. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 48, 8–18.
- Schaller, E., Wagner, T. (2010): "Psychiatrische Institutsambulanzen im Wandel?" - Auswertung des ersten Durchlaufs der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, aktuelle Umfrage, Schlussfolgerungen. *Psychiatrische Forschung Supplement* 1, 96–99.
- Schilling, P.L., Campbell, D.A., Englesbe, M.J., Davis, M.M. (2010): A comparison of in-hospital mortality risk conferred by high hospital occupancy, differ-

ences in nurse staffing levels, weekend admission, and seasonal influenza. *Medical Care* 48, 224–232.

Schneider, A., Hilbert, B., Hörlein, E., Wagenpfeil, S., Linde, K. (2013): The effect of mental comorbidity on service delivery planning in primary care: an analysis with particular reference to patients who request referral without prior assessment. *Deutsches Arzteblatt international* 110, 653–659.

Schneider, F., Falkai, P., Maier, W. (2012): Versorgungssituation in Deutschland. In: Schneider, F., Falkai, P., Maier, W. (Hg.): *Psychiatrie 2020 plus*, S. 31–58. Berlin, Heidelberg: Springer.

Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2009): Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: a representative population survey applying the Theory of Planned Behaviour. *Psychological medicine* 39, 1855–1865.

Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2013): Do psychiatric units at general hospitals attract less stigmatizing attitudes compared with psychiatric hospitals? *Epidemiology and psychiatric sciences* 22, 163–168.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P.W., Grabe, H.J., Carta, M.G., Angermeyer, M.C. (2012): Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica* 125, 440–452.

Schulz, M., Czihal, T., Bätzing-Feigenbaum, J., Stillfried, D. (2016): *Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035*. Berlin: Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Schütz-Sehring, H.-P., Bunn, D., Casper, M. (2013): *Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Bericht 2012*. Hamburg: Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Hg.).

- Seeger, W., Ellies, M. (2017): Krankheitsmodell für die Versorgung im 21. Jahrhundert: Psychosoziales Umfeld einbeziehen. Dtsch Arztebl International 114, A-465-470.
- Sfetcu, R., Musat, S., Haaramo, P., Ciutan, M., Scintee, G., Vladescu, C., Wahlbeck, K., Katschnig, H. (2017): Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. BMC psychiatry 17, 227–243.
- Slade, E.P., Goldman, H.H. (2015): The dynamics of psychiatric bed use in general hospitals. Adm Policy Ment Health 42, 139–146.
- Sonnentag, S., Fritz, C. (2006): Endocrinological Processes Associated With Job Stress: Catecholamine and Cortisol Responses to Acute and Chronic Stressors. In: Perrewé, P., Ganster, D. (Hg.): Employee Health, Coping and Methodologies: Research in Occupational Stress and Well-being, S. 1–59. Bingley: Emerald.
- Southern, W.N., Nahvi, S., Arnsten, J.H. (2012): Increased risk of mortality and readmission among patients discharged against medical advice. The American journal of medicine 125, 594–602.
- Spengler, A. (2003): Psychiatrische Institutsambulanzen. Ein Überblick. Der Nervenarzt 74, 476–480.
- Spengler, A. (2008): Aktuelle Probleme der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung - zur Rolle der PIA. Psychiat Prax 35, 361–364.
- Spießl, H., Hübner-Liebermann, B., Schmid, R., Cording, C., Adler, L. (2008): Psychotherapie in der stationär-psychiatrischen Versorgung. Psychotherapie CIP-Medien 13, 50–55.
- Spießl, H., Hübner-Liebermann, B., Zacher, A., Cording, C. (2007): Der niedergelassene Psychiater und die psychiatrische Klinik. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 75, 357–362.

- Spießl, H., Spießl, A., Cording, C. (1999): Die "ideale" stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiat Prax* 26, 3–8.
- Šprah, L., Dernovšek, M.Z., Wahlbeck, K., Haaramo, P. (2017): Psychiatric re-admissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC psychiatry* 17, 2–17.
- Sprivulis, P.C., Da Silva, J.-A., Jacobs, I.G., Frazer, A.R.L., Jelinek, G.A. (2006): The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *The Medical journal of Australia* 184, 208–212.
- Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2016): Krankenhausplan des Freistaats Bayern, Stand: 1. Januar 2016 (41. Fortschreibung). URL: https://digital.zlb.de/viewer/rest/image/15323480_2016/krankenhausplan_2016.pdf/full/max/0/krankenhausplan_2016.pdf (Aufruf am 22.04.2019).
- Statistiksoftware R Version 3.4.0 – 3.5.0. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Statistisches Bundesamt (2005): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2004. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006a): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), Fachserie 12 Reihe 6.2.1 - 2004. Korrigiert 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006b): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Fachserie 12 Reihe 6.2.2 - 2004. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle),

Fachserie 12 Reihe 6.2.1 - 2008. Korrigiert 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2009b): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Fachserie 12, Reihe 6.2.2 - 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2009c): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2008. Korrigiert 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2013a): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), Fachserie 12 Reihe 6.2.1 - 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2013b): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Fachserie 6.2.2. - 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2013c): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2012. Korrigiert 2014. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2017a): Gesundheit. Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008. Fachserie 12 Reihe 7.2. Ausgabe 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2017b): Gesundheit. Krankheitskosten 2015. Fachserie 12 Reihe 7.2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2018): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10. URL: In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Startseite → Krankheiten/ Gesundheitsprobleme → Krankheiten allgemein) (Aufruf am 11.01.2018).

- Stengler, K., Jahn, I. (2015): Geschlechterspezifische Aspekte bei der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. *Psychiat Prax* 42, 63–64.
- Stengler, K., Riedel-Heller, S., Gühne, U., Becker, T. (2015): Gemeindepsychiatrische Versorgung. *PSYCH up2date* 9, 113–128.
- Storm, A., Marschall, J., Hildebrandt-Heene, S., Sydow, H., Nolting, H.-D. (Hg.) (2017): Gesundheitsreport 2017 Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Schlafstörungen. Schlafstörungen: Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Band 16. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Stulz, N., Bielinski, D., Junghan, U.M., Hepp, U. (2012): Stationärer Heavy Use und die Inanspruchnahme institutioneller ambulanter Dienste in einem Schweizerischen Versorgungssystem. *Psychiat Prax* 39, 332–338.
- Taylor, T.L., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T.W., Schuster, M., Cervilla, J.A., Brangier, P., Raboch, J., Kalisová, L., Onchev, G., Dimitrov, H., Mezzina, R., Wolf, K., Wiersma, D., Visser, E., Kiejna, A., Piotrowski, P., Ploumpidis, D., Gonidakis, F., Caldas-de-Almeida, J., Cardoso, G., King, M.B. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC psychiatry* 9, 55. doi: 10.1186/1471-244X-9-55.
- Teitelbaum, A., Lahad, A., Calfon, N., Gun-Usishkin, M., Lubin, G., Tsur, A. (2016): Overcrowding in Psychiatric Wards is Associated With Increased Risk of Adverse Incidents. *Medical Care* 54, 296–302.
- Thom, J., Jacobi, F. (2017): Regionale Unterschiede in der Häufigkeit und Versorgung psychischer Störungen. In: Pfannstiel, M.A., Focke, A., Mehlich, H. (Hg.): *Management von Gesundheitsregionen II*, S. 121–132. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Thornicroft, G. (2011): Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 199, 441–442.
- Tulloch, A.D., David, A.S., Thornicroft, G. (2016): Exploring the predictors of early readmission to psychiatric hospital. *Epidemiology and psychiatric sciences* 25, 181–193.
- Tulloch, A.D., Fearon, P., David, A.S. (2011): Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Adm Policy Ment Health* 38, 155–168.
- Ulrich, R.S., Bogren, L., Gardiner, S.K., Lundin, S. (2018): Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology* 57, 53–66.
- UN-Behindertenrechtskonvention (2007): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. (Amtliche gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Lichtenstein, Österreich und der Schweiz; Originaldokument in englischer Sprache; Originaldokument in französischer Sprache), Stand Dezember 2011. URL: <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publicationen/a729-un-konvention.html> (Aufruf am 13.05.2019).
- Ungewitter, C., Böttger, D., El-Jurdi, J., Kilian, R., Losert, C., Ludwig, K., Steinkohl, V., Bramesfeld, A. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Der Nervenarzt* 84, 307–314.
- Valdes-Stauber, J., Kilian, R. (2013): Behandlungsauftrag und Behandlungsrealität psychiatrischer Institutsambulanzen. *Psychiat Prax* 40, 146–153.
- Valdes-Stauber, J., Putzhammer, A. (2008): Zusammenhänge zwischen stationärer Verweildauer und ambulanter Tätigkeit in einer psychiatrischen Fachklinik. *Nervenheilkunde* 11, 124–125.
- Valevski, A., Zalsman, G., Tsafir, S., Lipschitz-Elhawi, R., Weizman, A., Shohat, T. (2012): Rate of readmission and mortality risks of schizophrenia pa-

tients who were discharged against medical advice. *Eur Psychiatry* 27, 496–499.

Verband der bayerischen Bezirke (1999): Eingliederung von Menschen mit psychischen Behinderungen in das Berufs- und Erwerbsleben - Selbsthilfefirmen (Integrationsfirmen). Rahmenkonzept. URL: https://www.bay-bezirke.de/data/download/integrationsfirmen-fuer-menschen-mit-psychischer-behinderung_rahmenkonzept.pdf (Aufruf am 29.03.2019).

Vigod, S.N., Kurdyak, P.A., Seitz, D., Herrmann, N., Fung, K., Lin, E., Perlman, C., Taylor, V.H., Rochon, P.A., Gruneir, A. (2015): READMIT: a clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *Journal of psychiatric research* 61, 205–213.

Virtanen, M., Pentti, J., Vahtera, J., Ferrie, J.E., Stansfeld, S.A., Helenius, H., Elovainio, M., Honkonen, T., Terho, K., Oksanen, T., Kivimäki, M. (2008): Overcrowding in hospital wards as a predictor of antidepressant treatment among hospital staff. *Am J Psychiatry* 165, 1482–1486.

Virtanen, M., Vahtera, J., Batty, G.D., Tuisku, K., Pentti, J., Oksanen, T., Salo, P., Ahola, K., Kivimäki, M. (2011): Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 198, 149–155.

Volpe, F.M., Braga, I.P., da Silva, E.M. (2018): Community health services and risk of readmission in public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, Brazil, 2005-2011. *Trends in psychiatry and psychotherapy* 40, 193–201.

Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R. (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV). *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany])* 76, 135–146.

- Walker, E.R., McGee, R.E., Druss, B.G. (2015): Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry* 72, 334–341.
- Walraven, C.v., Bell, C.M. (2002): Risk of death or readmission among people discharged from hospital on Fridays. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 166, 1672–1673.
- Warnke, I., Rössler, W. (2008): Length of stay by ICD-based diagnostic groups as basis for the remuneration of psychiatric care in Switzerland? *Swiss Medical Weekly* 138, 520–527.
- Weissman, J.S., Rothschild, J.M., Bendavid, E., Sprivulis, P., Cook, E.F., Evans, R.S., Kaganova, Y., Bender, M., David-Kasdan, J., Haug, P., Lloyd, J., Selbovitz, L.G., Murff, H.J., Bates, D.W. (2007): Hospital workload and adverse events. *Medical Care* 45, 448–455.
- Wodarz, N., Binder, H., Johann, M., Spießl, H. (2007): Verkürzung der akutstationären Verweildauer alkoholabhängiger Patienten und Anstieg der Wiederaufnahmerate - eine empirische Analyse der Zusammenhänge. *Psychiat Prax* 34, 55–56.
- World Health Organization (2013): Mental health action plan 2013 - 2020 Mental health action plan 2013-2020. URL: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ (Aufruf am 05.04.2019).
- Yohanna, D., Christopher, N.J., Lyons, J.S., Miller, S.I., Slomowitz, M., Bultema, J.K. (1998): Characteristics of short-stay admissions to a psychiatric inpatient service. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 25, 337–345.
- Zilber, N., Hornik-Lurie, T., Lerner, Y. (2011): Predictors of early psychiatric re-hospitalization: a national case register study. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 48, 49–53.

Zukunftsinstitut GmbH (2018): Megatrend-Glossar. URL:
<https://www.zukunftsinstitut.de/artikel/mtglossar/> (Aufruf am 19.04.2019).

7. TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Herkunftskategorien der Behandlungsfälle nach Meldeort..... | 28 |
| Tabelle 2: Erfasste Hauptentlassdiagnosen nach ICD-10 | 29 |
| Tabelle 3: Erhobene Daten zur komplementären Versorgung im Bezirk Unterfranken zu Ausgaben und ambulanten Diensten | 33 |
| Tabelle 4: Erhobene Daten zum Wohnen und zur Alltagsgestaltung im Bezirk Unterfranken | 33 |
| Tabelle 5: Erhobene Daten zur Wiedereingliederung im Bezirk Unterfranken. | 33 |
| Tabelle 6: Zeiten für die Sortierung der Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (werktags) im BKH Lohr und BKH Werneck im Jahr 2004 .. | 34 |
| Tabelle 7: Zeiten für die Sortierung der Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (werktags) im BKH Lohr und BKH Werneck in den Jahren 2008 und 2012 | 35 |
| Tabelle 8: Exemplarische Darstellung mit fiktiven Daten zur Ermittlung der Häufigkeiten der Wiederaufnahmen nach 0-9, 10-30, 31-60 und ≥ 90 Tagen bis zur Wiederaufnahme | 37 |
| Tabelle 9: Kinder- und jugendpsychiatrische Fälle und entsprechende Berechnungstage im BKH Lohr und BKH Werneck in den Beobachtungsjahren 2004, 2008 und 2012..... | 41 |
| Tabelle 10: Vergleich der Verweildauer über die Jahre im BKH Lohr und BKH Werneck..... | 42 |
| Tabelle 11: Vergleich der Verweildauer von Männer und Frauen im BKH Lohr und BKH Werneck..... | 43 |
| Tabelle 12: Übersicht über stationäre Basisdaten im BKH Lohr und BKH Werneck..... | 46 |
| Tabelle 13: Prozentuale Zunahme der Anzahl der Abrechnungsscheine und Patienten in den verschiedenen Indexjahren in der PIA Lohr und PIA Werneck..... | 48 |
| Tabelle 14: Personal in Vollzeitkräften in der PIA Lohr und der PIA Werneck . | 49 |
| Tabelle 15: Arztsitze im regionalen Einzugsgebiet vom BKH Lohr und BKH Werneck zum 31.12.08 und 31.12.12 | 50 |

| | |
|---|----|
| Tabelle 16: Abgerechnete Behandlungsfälle im Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck im 4. Quartal 2008 und 4. Quartal 2012..... | 51 |
| Tabelle 17: Abgerechnete Behandlungsfälle der Nervenärzte im 4.Quartal 2008 und 4. Quartal 2012 im Einzugsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck | 54 |
| Tabelle 18: Sozialpsychiatrische Dienste und Psychosoziale Suchtberatungsstellen im Bezirk Unterfranken | 56 |
| Tabelle 19: Angebote zu Wohnen und der Alltagsgestaltung im Bezirk Unterfranken, im regionalen Einzugsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck..... | 57 |
| Tabelle 20: Angebote zur Wiedereingliederung im Bezirk Unterfranken im regionalen Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck | 58 |
| Tabelle 21: Aufnahmen innerhalb und außerhalb der Kernarbeitszeiten im BKH Lohr und BKH Werneck..... | 59 |
| Tabelle 22: Wiederaufnahmefälle und Wiederkehrerpatienten im BKH Lohr und BKH Werneck..... | 61 |
| Tabelle 23: Wiederkehrerpatienten und die von diesen produzierten Fällen in den Indexjahren 2004, 2008 und 2012 nach Anzahl der Wiederaufnahmen im BKH Lohr und BKH Werneck | 64 |
| Tabelle 24: Zeitliche Rückkehr der Wiederaufnahmen im BKH Lohr und BKH Werneck in den Jahren 2004, 2008 und 2012..... | 64 |
| Tabelle 25: Kurzzeitlieger im BKH Lohr und BKH Werneck in den Indexjahren 2004, 2008 und 2012 | 67 |
| Tabelle 26: Ausgewählte Kennzahlen zur stationären Belegungssituation: Prozentuale Veränderung der Kennzahlen von 2004 auf 2012..... | 71 |
| Tabelle 27: Verweildauern von Krankenhauspatienten in Deutschland und Bayern mit ICD-10 F-Diagnosen | 74 |
| Tabelle 28: Ausgewählte Kennzahlen der PIAs: Prozentuale Veränderung von 2004 auf 2012. | 76 |
| Tabelle 29: Prozentuale Veränderung der Arztsitze bzw. vollen Versorgungsaufträge im Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck von 2008 auf 2012 bzw. von 2009 auf 2013 für Deutschland | 77 |

| | |
|--|----|
| Tabelle 30: Kassenärztliche Versorgung: Prozentuale Veränderung der Behandlungsfälle vom 4. Quartal 2008 auf das 4. Quartal 2012 im Einzugsgebiet des BKH Lohr und des BKH Werneck und prozentuale Veränderung vom 1. Quartal 2009 auf das 1. Quartal 2013 für Bayern und Deutschland | 79 |
| Tabelle 31: Prozentuale Veränderung der Gesamtausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung in den einzelnen Regierungsbezirken Bayerns vom 31.12.2003 auf 31.12.2011..... | 81 |
| Tabelle 32: Prozentuale Veränderungen der Anzahl der Volldienste und Außenstellen mit festem Personal der SpDis und PSBs in den Regierungsbezirken Bayerns von Januar 2004 auf Januar 2012..... | 81 |
| Tabelle 33: Prozentuale Veränderung der Kennwerte zum Wohnen und zur Tagesgestaltung in den Regierungsbezirken Bayerns von Januar 2004 auf Januar 2012 | 82 |
| Tabelle 34: Prozentuale Veränderung der Kennzahlen im Bereich der Arbeit in den Regierungsbezirken Bayerns von Januar 2004 auf Januar 2012 | 84 |

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Bezirk Unterfranken mit neun Landkreisen und drei kreisfreien Städten..... | 10 |
| Abbildung 2: Bereiche und Kennwerte zur Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen..... | 22 |
| Abbildung 3: Aufbau der Exceltabellen für importierte Daten aus den Krankenhausinformationssystemen in den jeweiligen Indexjahren. | 26 |
| Abbildung 4: Erhobene Kennwerte zu den Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeiten | 35 |
| Abbildung 5: Tabelle zur Ermittlung der Wiederkehrerkennwerte..... | 36 |
| Abbildung 6: Fälle und Patienten in den Indexjahren 2004, 2008 und 2012 im BKH Lohr und BKH Werneck | 40 |
| Abbildung 7: Nutzungsgrad in Prozent im BKH Lohr und BKH Werneck..... | 41 |
| Abbildung 8: Abrechnungsscheine und Patienten in der PIA Lohr und PIA Werneck in 2004, 2008 und 2012. | 47 |
| Abbildung 9: Abgerechnete Behandlungsfälle in den einzelnen Fachgruppen im 4. Quartal 2008 und 2012 im Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses Lohr..... | 52 |
| Abbildung 10: Abgerechnete Behandlungsfälle in den einzelnen Fachgruppen im 4. Quartal 2008 und 2012 im Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses Werneck..... | 53 |
| Abbildung 11: Ausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung im Bezirk Unterfranken.. | 55 |
| Abbildung 12: Kurzzeitlieger im BKH Lohr und BKH Werneck in den Beobachtungsjahren | 66 |

8. ANHANG

Anhang 1: Herkunft stationärer Fälle des BKH Lohr nach Meldeadresse

| Region | 2004 | 2008 | 2012 | Veränderung von 2004 auf 2012 |
|--|-------|-------|-------|-------------------------------|
| EG BKH Lohr | 2.760 | 3.082 | 3.592 | 30,1% |
| (%) | 89,1% | 89,4% | 90,5% | |
| EG BKH Werneck | 116 | 123 | 104 | -10,3% |
| (%) | 3,7% | 3,6% | 2,6% | |
| Übriges Bayern¹ | 39 | 1 | 47 | 20,5% |
| (%) | 1,3% | 0,0% | 1,2% | |
| übrige Bundesländer² | 153 | 216 | 186 | 21,6% |
| (%) | 4,9% | 6,3% | 4,7% | |
| Unbekannt | 30 | 26 | 38 | 26,7% |
| (%) | 1,0% | 0,8% | 1,0% | |
| Ausland | 1 | 0 | 0 | -100,0% |
| (%) | 0,0% | 0,0% | 0,0% | |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, EG: Einzugsgebiet.

¹Ohne Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck. ²Ohne Bayern.

Anhang 2: Herkunft stationärer Behandlungsfälle des BKH Werneck nach Meldeadresse

| Region | 2004 | 2008 | 2012 | Veränderung von 2004 auf 2012 |
|--|-------|-------|-------|-------------------------------|
| EG BKH Lohr | 363 | 372 | 324 | -10,7% |
| (%) | 12,1% | 11,0% | 8,5% | |
| EG BKH Werneck | 2.434 | 2.592 | 3.118 | 28,1% |
| (%) | 81,2% | 76,9% | 81,8% | |
| übriges Bayern¹ | 102 | 124 | 118 | 15,7% |
| (%) | 3,4% | 3,7% | 3,1% | |
| übrige Bundesländer² | 98 | 136 | 119 | 21,4% |
| (%) | 3,3% | 4,0% | 3,1% | |
| Unbekannt | 0 | 147 | 134 | |
| (%) | 0,0% | 4,4% | 3,5% | |
| Ausland | 1 | 0 | 0 | -100,0 |
| (%) | 0,0% | 0,0% | 0,0% | |

Abkürzungen. BKH: Bezirkskrankenhaus, EG: Einzugsgebiet.

¹Ohne Einzugsgebiet des BKH Lohr und BKH Werneck. ²Ohne Bayern.

Anhang 3: Ausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung in Unterfranken (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Bereich | 31.12.2003 | 31.12.2011 | Veränderung in % |
|---|-------------------|-------------------|-------------------------|
| SpDis | 1.750.924,00 | 2.383.426,00 | 36,1% |
| PSBs | 1.644.506,00 | 1.978.932,00 | 20,3% |
| Ambulant betreutes Wohnen | 1.522.288,00 | 4.304.731,00 | 182,8% |
| Tagesstätten | 1.752.200,00 | 2.944.663,00 | 68,1% |
| Integrationsfirmen/ Zuverdienstmöglichkeit | 114.416,00 | 450.873,00 | 294,1% |
| Psychiatrische Familienpflege | 358.555,00 | 388.505,00 | 8,4% |

Abkürzungen. SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen.

Anhang 4: Ausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung in Oberbayern (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Bereich | 31.12.2003 | 31.12.2011 | Veränderung |
|---|-------------------|-------------------|--------------------|
| SpDis | 10.721.717,75 | 12.326.667,00 | 15,0% |
| PSBs | 9.714.496,00 | 13.334.612,40 | 37,3% |
| Ambulant betreutes Wohnen | 5.960.417,10 | 55.069.127,28 | 823,9% |
| Tagesstätten | 7.846.313,82 | 12.441.400,93 | 58,6% |
| Integrationsfirmen/ Zuverdienstmöglichkeit | 1.413.982,46 | 10.371.946,32 | 633,5% |
| Psychiatrische Familienpflege | 85.000,00 | 429.436,00 | 405,2% |

Abkürzungen. SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen.

Anhang 5: Ausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung in Niederbayern (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Bereich | 31.12.2003 | 31.12.2011 | Veränderung in % |
|---|-------------------|-------------------|-------------------------|
| SpDis | 1.844.783,00 | 2.287.789,00 | 24,0% |
| PSBs | 1.888.313,00 | 2.285.067,00 | 21,0% |
| Ambulant betreutes Wohnen | 2.336.768,00 | 4.498.688,00 | 92,5% |
| Tagesstätten | 360.719,00 | 996.703,00 | 176,3% |
| Integrationsfirmen/ Zuverdienstmöglichkeit | 721.674,00 | 1.517.098,00 | 110,2% |
| Psychiatrische Familienpflege | k.A. | 42.443,00 | |

Abkürzungen. SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen, k.A.: keine Angabe.

Anhang 6: Ausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung in der Oberpfalz (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Bereich | 31.12.2003 | 31.12.2011 | Veränderung in % |
|---|-------------------|-------------------|-------------------------|
| SpDis | 1.737.408,00 | 2.449.796,00 | 41,0% |
| PSBs | 939.105,00 | 1.651.169,00 | 75,8% |
| Ambulant betreutes Wohnen | 1.660.000,00 | 4.677.605,00 | 181,8% |
| Tagesstätten | 912.248,00 | 1.079.544,00 | 18,3% |
| Integrationsfirmen/ Zuverdienstmöglichkeit | 197.823,00 | 369.066,00 | 86,6% |
| Psychiatrische Familienpflege | 57.687,00 | 153.768,00 | 166,6% |

Abkürzungen. SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen.

Anhang 7: Ausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung in Oberfranken (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Bereich | 31.12.2003 | 31.12.2011 | Veränderung in % |
|---|-------------------|-------------------|-------------------------|
| SpDis | 1.468.084,00 | 1.700.176,66 | 15,8% |
| PSBs | 1.338.000,00 | 1.656.273,00 | 23,8% |
| Ambulant betreutes Wohnen | 1.192.545,00 | 4.191.000,00 | 251,4% |
| Tagesstätten | 260.000,00 | 422.489,33 | 62,5% |
| Integrationsfirmen/ Zuverdienstmöglichkeit | 112.406,00 | 146.600,00 | 30,4% |
| Psychiatrische Familienpflege | k.A. | 21.559,00 | |

Abkürzungen. SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen, k.A.: keine Angabe.

Anhang 8: Ausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung in Mittelfranken (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Bereich | 31.12.2003 | 31.12.2011 | Veränderung in % |
|---|-------------------|-------------------|-------------------------|
| SpDis | 2.819.762,00 | 3.438.578,00 | 21,9% |
| PSBs | 3.652.884,00 | 4.825.716,00 | 32,1% |
| Ambulant betreutes Wohnen | 5.350.800,00 | 11.654.928,00 | 117,8% |
| Tagesstätten | 1.276.704,00 | 2.826.531,00 | 121,4% |
| Integrationsfirmen/ Zuverdienstmöglichkeit | 642.558,00 | 1.192.860,00 | 85,6% |
| Psychiatrische Familienpflege | k.A. | k.A. | |

Abkürzungen. SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen, k.A.: keine Angaben.

Anhang 9: Ausgaben in Euro für die komplementäre Versorgung in Schwaben (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Bereich | 31.12.2003 | 31.12.2011 | Veränderung in % |
|--|--------------|--------------|------------------|
| SpDis | 1.799.800,00 | 2.981.357,00 | 65,6% |
| PSBs | 2.919.380,00 | 4.164.054,00 | 42,6% |
| Ambulant betreutes Wohnen | n.e. | 9.024.245,86 | |
| Tagesstätten | 3.081.503,99 | 5.106.507,93 | 65,7% |
| Integrationfirmen/ Zuverdienstmöglichkeit | k.A. | 237.200,59 | |
| Psychiatrische Familienpflege | k.A. | 15.326,13 | |

Abkürzungen. SpDis: Sozialpsychiatrische Dienste, PSBs: Psychosoziale Suchtberatungsstellen, n.e.: nicht ermittelbar, k.A.: keine Angaben

Anhang 10: Anzahl Sozialpsychiatrischer Dienste (Volldienste und Außenstellen mit festem Personal) in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Oberbayern | 31 | 36 | 16,1% |
| Niederbayern | 11 | 10 | -9,1% |
| Oberpfalz | 9 | 9 | 0,0% |
| Oberfranken | 9 | 9 | 0,0% |
| Mittelfranken | 10 | 13 | 30,0% |
| Unterfranken | 14 | 12 | -14,3% |
| Schwaben | 13 | 17 | 30,8% |

Anhang 11: Anzahl Psychosoziale Suchtberatungstellen (Volldienste und Außenstellen mit festem Personal) in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Oberbayern | 44 | 45 | 2,3% |
| Niederbayern | 9 | 9 | 0,0% |
| Oberpfalz | 7 | 13 | 85,7% |
| Oberfranken | 5 | 5 | 0,0% |
| Mittelfranken | 8 | 12 | 50,0% |
| Unterfranken | 11 | 11 | 0,0% |
| Schwaben | 9 | 14 | 55,6% |

Anhang 12: Anzahl der Plätze in Wohngemeinschaften und Einzel-/Paarwohnen für psychische Erkrankungen und Sucht im ambulant betreuten Wohnen in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung |
|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Oberbayern | 2375 | 5285 | 122,5% |
| Niederbayern | 278 | 347 | 24,8% |
| Oberpfalz | 237 | 450 | 89,9% |
| Oberfranken | 269 | 620 | 130,5% |
| Mittelfranken | 637 | 1011 | 58,7% |
| Unterfranken | 258 | 563 | 118,2% |
| Schwaben | 323 | 921 | 185,1% |

Anhang 13: Plätze in Psychiatrischer Familienpflege in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung |
|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Oberbayern | 60 | 62 | 3,3% |
| Niederbayern | 1 | 5 | 400,0% |
| Oberpfalz | 7 | 11 | 57,1% |
| Oberfranken | 5 | k.A. | |
| Mittelfranken | k.A. | k.A. | |
| Unterfranken | 33 | 47 | 42,4% |
| Schwaben | 12 | 11 | -8,3% |

Anhang 14: Anzahl an Tagesstätten in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung |
|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Oberbayern | 35 | 48 | 37,1% |
| Niederbayern | 3 | 7 | 133,3% |
| Oberpfalz | 7 | 8 | 14,3% |
| Oberfranken | 6 | 6 | 0,0% |
| Mittelfranken | 7 | 10 | 42,9% |
| Unterfranken | 11 | 18 | 63,6% |
| Schwaben | 11 | 22 | 100,0% |

Anhang 15: Plätze in Tagesstätten in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung |
|----------------------|--|-------------|-------------|
| Oberbayern | 936 | 1248 | 33,3% |
| Niederbayern | 56 | 160 | 185,7% |
| Oberpfalz | 150 | 162 | 8,0% |
| Oberfranken | Offene Angebote ohne festgelegte Platzzahl | | |
| Mittelfranken | 104 | 151 | 45,2% |
| Unterfranken | 176 | 326 | 85,2% |
| Schwaben | 249 | 380 | 52,6% |

Anhang 16: Anzahl Werkstätten für psychisch behinderte Menschen in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Oberbayern | 2 | k.A. | |
| Niederbayern | 1 | 2 | 100,0% |
| Oberpfalz | 5 | 6 | 20,0% |
| Oberfranken | 3 | 8 | 166,7% |
| Mittelfranken | 2 | 3 | 50,0% |
| Unterfranken | 2 | 5 | 150,0% |
| Schwaben | 6 | 6 | 0,0% |

Abkürzung. K. A.: keine Angaben.

Anhang 17: Plätze in Werkstätten für psychisch behinderte Menschen in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Oberbayern | 90 | k.A. | |
| Niederbayern | 45 | 154 | 242,2% |
| Oberpfalz | 180 | 480 | 166,7% |
| Oberfranken | 190 | 276 | 45,3% |
| Mittelfranken | 90 | 227 | 152,2% |
| Unterfranken | 172 | 365 | 112,2% |
| Schwaben | 192 | 345 | 79,7% |

Abkürzung. K. A.: keine Angaben.

Anhang 18: Anzahl von Integrationsfirmen in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| Oberbayern | 21 | 21 | 0,0% |
| Niederbayern | 2 | 2 | 0,0% |
| Oberpfalz | 6 | 8 | 33,3% |
| Oberfranken | 5 | 5 | 0,0% |
| Mittelfranken | 11 | 9 | -18,2% |
| Unterfranken | 0 | 2 | |
| Schwaben | 5 | 7 | 40,0% |

Anhang 19: Plätze in Integrationsfirmen in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung in % |
|------------------|-------------|-------------|------------------|
| Oberbayern | 247 | 382 | 54,7% |
| Niederbayern | 20 | 20 | 0,0% |
| Oberpfalz | 250 | 285 | 14,0% |
| Oberfranken | 76 | 52 | -31,6% |
| Mittelfranken | 172,89 | 142 | -17,9% |
| Unterfranken | 0 | 8 | |
| Schwaben | 64,8 | 101 | 55,9% |

Anhang 20: Plätze Zuverdienstmöglichkeit in den Regierungsbezirken Bayerns (Quelle: Psychiatriekoordinator des Bezirks Unterfranken)

| Regierungsbezirk | Januar 2004 | Januar 2012 | Veränderung in % |
|------------------|-------------|-------------|------------------|
| Oberbayern | 290,25 | 805 | 177,3% |
| Niederbayern | 72 | 138 | 91,7% |
| Oberpfalz | 14 | 53 | 278,6% |
| Oberfranken | 10 | 7 | -30,0% |
| Mittelfranken | 66,5 | 135,5 | 103,8% |
| Unterfranken | 50 | 180 | 260,0% |
| Schwaben | 43 | 112 | 160,5% |

DANKSAGUNG

Herzlichen Dank an alle, die mich bei der vorliegenden Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt

... Herrn Prof. Dr. med. Volz für die hervorragende Betreuung und motivierenden Elemente in allen Phasen der Promotionsarbeit mit Antworten auf (nahezu) allen Fragen, zeitnaher Ansprechbarkeit und Geduld.

... Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Faller für die Übernahme der Zweitkorrektur und für sein Engagement, trotz seiner Emeritierung.

... Herrn Erhard, Herrn Rexter und Herrn Haut für die tatkräftige und geduldige Hilfe bei der Datenbeschaffung.

... Herrn Dr. phil. Angele für die Datensätze zu den komplementären Therapien.

... Frau Daniela Keller für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

... Herrn Eric Ufer, Herrn Paul Strobel, Herrn Thilo Staab, Herrn Dr.med. Hosch, Frau Miriam Weber für den kontinuierlichen Austausch von Ideen und Diskussionen dieser.

... Frau Anne Wellmann und Herrn Prof. Dr. med. Broscheit für das Korrekturlesen.

Ein besonderes Dankschön gilt daneben meinen zwischenzeitlich verstorbenen Eltern, meinem inzwischen Exmann Stefan Ortwein und meiner Ex-Schwiegermutter Bärbel Ortwein für ihren liebevollen Rückhalt, Unterstützung und Ermutigung bei allen Herausforderungen in den letzten Jahren.