

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar  
Direktor: Prof. Dr. med. Matthias Riemenschneider

**Veränderung der Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik  
für Psychiatrie und Psychotherapie in Homburg/Saar  
im Zeitraum 1986 bis 2009**

*Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Theoretischen Medizin*  
**der Medizinischen Fakultät**  
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

**2013**

vorgelegt von: Dipl.-Soziologin Christine Geiger  
geb. am: 26.02.1968 in Emmerich/Rhein



# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	1
1. Zusammenfassung .....	5
2. Einleitung .....	13
2.1. Psychiatrische Epidemiologie .....	14
2.1.1. Definition .....	15
2.1.2. Ziele und Aufgaben der Epidemiologie .....	16
2.1.3. Maßzahlen epidemiologischer Forschung .....	17
2.2. Klassifikationssysteme .....	18
2.2.1. Definition .....	18
2.2.2. Historische Entwicklung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten .....	19
2.2.3. Unterschiede zwischen ICD-9 und ICD-10 .....	22
2.2.4. ICD-10: Kapitel V .....	23
2.2.5. Ergebnisse der empirischen Begleitforschung .....	24
2.2.5.1. Unterschiede zwischen ICD-9 und ICD-10 im Kapitel V .....	27
2.2.5.2. Probleme mit der Terminologie .....	28
2.2.5.3. Spezielle Benutzerhinweise .....	29
2.3. Gegenwärtige globale Entwicklungen in der psychiatrischen Epidemiologie: Global Burden of Disease .....	30
2.3.1. Mortalität der Weltbevölkerung (YLL) .....	30
2.3.2. Verlorene Jahre durch Gesundheitseinschränkungen (YLD) .....	33
2.3.3. Behinderungsbereinigte Lebensjahre (DALY) .....	37
2.3.3.1. Führende Ursachen der Krankheitslast .....	38
2.3.3.2. Krankheitslast nach Einkommensverteilung .....	39
2.3.3.3. Krankheitslast nach Altersgruppen .....	40
2.3.3.4. Krankheitslast neuropsychiatrischer Erkrankungen .....	41
2.3.4. Zusammenfassung .....	43
2.4. Nationale Bevölkerungserhebungen .....	43
2.4.1. Substanzbezogene Störungen .....	47
2.4.2. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen .....	47
2.4.3. Affektive Störungen .....	47
2.4.4. Angststörungen .....	48
2.4.5. Somatoforme Störungen .....	48
2.4.6. Zusammenfassung .....	48
2.5. Psychiatrische Epidemiologie in Deutschland .....	49
2.5.1. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) .....	49
2.5.1.1. Definition .....	49
2.5.1.2. Epidemiologie .....	50
2.5.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) .....	52
2.5.2.1. Definition .....	52
2.5.2.2. Epidemiologie .....	52
2.5.3. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29) .....	54
2.5.3.1. Definition .....	54
2.5.3.2. Epidemiologie .....	54
2.5.4. Affektive Störungen (F30-F39) .....	55
2.5.4.1. Definition .....	55
2.5.4.2. Epidemiologie .....	55
2.5.5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) .....	56
2.5.5.1. Definition .....	56
2.5.5.2. Epidemiologie .....	57

2.5.6. Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Weise (X84) .....	58
2.5.7. Zusammenfassung der epidemiologischen Daten für Deutschland .....	59
2.5.7.1. Diagnoseverteilung der Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) .....	61
2.6. Psychiatrische Epidemiologie des Saarlandes .....	63
2.7. Krankheitskosten für Deutschland .....	66
2.7.1. Direkte Krankheitskosten für Deutschland .....	66
2.7.2. Indirekte Krankheitskosten für Deutschland .....	69
2.7.2.1. Arbeitsunfähigkeit .....	70
2.7.2.1.1. Arbeitsunfähigkeiten in den Gesundheitsberichten der Krankenkassen .....	71
2.7.2.2. Rentenzugänge .....	74
2.7.2.2.1. Rentenzugänge im Vergleich der Jahre 1999 und 2009 .....	76
2.7.2.3. Todesursachenstatistik .....	78
2.7.3. Zusammenfassung .....	79
2.8. Grunddaten der Krankenhäuser .....	79
2.8.1. Stationäre Versorgung in Deutschland: Einrichtungen, Betten und Patientenbewegungen .....	79
2.8.2. Psychiatrische Fachabteilungen in Deutschland und dem Saarland .....	81
2.8.3. Stationäre Versorgung der Klinik: Personal- und Bettenausstattung .....	83
2.9. Fragestellung und Vorgehensweise .....	86
3. Material und Methodik .....	88
3.1. Operationalisierung .....	88
3.1.1. Auswahl der Untersuchungsobjekte .....	89
3.1.2. Überleitungstabelle .....	89
3.2. Datenerhebung und Erfassung .....	90
3.3. Datenanalyse: Statistische Methoden .....	90
4. Ergebnisse .....	92
4.1. Statistische Ergebnisse der Klinik ohne Diagnosedifferenzierung im Zeitraum 1986 bis 2009 .....	92
4.1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse .....	100
4.2. Statistische Ergebnisse nach psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen .....	102
4.2.1. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) .....	105
4.2.1.1. F00-F09 als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose .....	105
4.2.1.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F00-F09 .....	109
4.2.1.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F00-F09 nach gruppierten Zeiträumen .....	114
4.2.1.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F00-F09 .....	115
4.2.1.5. Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F00-F09 nach den Diagnoseuntergruppen F00, F01 und F05 .....	117
4.2.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) .....	120
4.2.2.1. Alkohol (F10) als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose .....	120
4.2.2.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F10 .....	125
4.2.2.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F10 nach gruppierten Zeiträumen .....	129
4.2.2.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F10 .....	130
4.2.2.5. Altersstruktur der Hauptdiagnose F10 .....	132
4.2.3. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29) .....	134
4.2.3.1. F20-F29 als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose .....	134
4.2.3.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F20-F29 .....	138
4.2.3.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F20-F29 nach gruppierten Zeiträumen .....	143
4.2.3.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F20-F29 .....	144
4.2.4. Affektive Störungen (F30-F39) .....	147
4.2.4.1. F30-F39 als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose .....	147
4.2.4.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F30-F39 .....	152
4.2.4.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F30-F39 nach gruppierten Zeiträumen .....	155
4.2.4.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F30-F39 .....	157
4.2.5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) .....	160

4.2.5.1. F40-F48 als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose.....	160
4.2.5.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F40-F48.....	164
4.2.5.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F40-F48 nach gruppierten Zeiträumen.....	169
4.2.5.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F40-F48.....	170
4.2.5.5. Besondere Berücksichtigung der Diagnose F43.....	172
4.2.6. Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Weise (X84).....	175
4.2.6.1. Mehrfachbehandlungen mit der Haut- oder Nebendiagnose X84.....	180
4.2.6.2. Prozentuale Diagnoseverteilung der Diagnose X84 nach gruppierten Zeiträumen.....	181
4.2.6.3. Geschlechterverhältnis der Haupt- und Nebendiagnose X84.....	182
4.3. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	185
4.3.1. Behandlungsprävalenz aller Patienten der Klinik ohne Diagnosedifferenzierung.....	191
4.3.2. Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik nach psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen.....	192
4.3.2.1. Anteile an den Gesamtbehandlungsfällen und -tagen.....	193
4.3.2.2. Unterschiedliche Verteilungen von Haupt- und Nebendiagnosen.....	195
4.3.2.2.1. Fallzahl: Haupt- und Nebendiagnose.....	195
4.3.2.2.2. Behandlungstage: Haupt- und Nebendiagnose.....	199
4.3.2.2.3. Komorbidität.....	203
4.3.2.3. Mehrfachbehandlungen.....	204
4.3.2.3.1. Patienten und Fallzahl.....	204
4.3.2.3.2. Aufnahmezeit.....	207
4.3.2.3.3. Mittlere Verweildauer.....	208
4.3.2.4. Diagnosengruppenvergleich der Zeiträume 1986-1993 und 2002-2009.....	212
4.3.2.5. Geschlechterverhältnis der Diagnosegruppen im Vergleich der Jahre 1986 und 2009.....	215
4.4. Epidemiologische Daten der Klinik im Vergleich zu Deutschland und dem Saarland.....	219
4.4.1. Belegungsstatistik.....	219
4.4.2. Diagnoseverteilung.....	220
4.4.2.1. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen.....	222
4.4.2.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol.....	222
4.4.2.3. Schizophrenie.....	223
4.4.2.4. Affektive Störungen.....	223
4.4.2.5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	223
4.4.2.6. Zusammenfassung.....	224
4.5. Schlussfolgerung.....	224
5. Diskussion der Ergebnisse.....	227
5.1. Behandlungsprävalenz der Klinikpatienten im Vergleich zu Deutschland und dem Saarland.....	227
5.1.1. Belegungsstatistik.....	227
5.1.2. Diagnoseverteilung.....	228
5.2. Behandlungsprävalenz der Klinik nach psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen.....	230
5.2.1. Organische, symptomatische psychische Störungen.....	230
5.2.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol.....	232
5.2.2.1. Genetische Faktoren.....	233
5.2.2.2. Psychologische Faktoren.....	234
5.2.2.3. Soziale Faktoren.....	235
5.2.2.4. Demographische Entwicklung.....	236
5.2.2.5. Sozialer Status.....	237
5.2.2.6. Komorbidität.....	239
5.2.2.7. Fazit.....	240
5.2.3. Schizophrenie.....	243
5.2.3.1. Pharmakotherapie.....	244
5.2.3.2. Psychotherapie.....	246
5.2.3.3. Psychiatrisches Versorgungssystem.....	248

5.2.3.4. Fazit.....	251
5.2.4. Affektive Störungen.....	252
5.2.4.1. Demographischer Wandel.....	253
5.2.4.2. Komorbidität.....	256
5.2.4.3. Psychosoziale Belastungsfaktoren.....	257
5.2.4.4. Erkennungsrate und Therapiebereitschaft.....	259
5.2.4.5. Fazit.....	262
5.2.5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	263
5.2.6. Vorsätzliche Selbstschädigung.....	266
5.2.7. Exkurs: Soziologische Perspektive.....	267
5.3. Resümee.....	268
5.4. Ausblick.....	272
6. Literaturverzeichnis.....	274
7. Abbildungsverzeichnis.....	281
8. Tabellenverzeichnis.....	284
9. Abkürzungsverzeichnis.....	286
10. Publikationen.....	287
11. Dank.....	288
12. Lebenslauf.....	289
13. Anlagen.....	290

# 1. Zusammenfassung

## **Veränderung der Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Homburg/Saar im Zeitraum 1986 bis 2009**

**Fragestellung.** Globale und nationale empirische Studien bescheinigen einen Anstieg der Zahl der Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden. Entsprechend steigen auch die Behandlungshäufigkeiten von Patienten mit psychischen Störungen in Krankenhäusern an. Diese Arbeit untersucht die Veränderung der Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg/Saar vom 01.01.1986 bis 31.12.2009 und vergleicht die Klinikdaten mit der Belegungsstatistik und Diagnoseverteilung von psychiatrischen Krankenhausfällen in Deutschland und im Saarland.

**Material und Methoden.** Diese retrospektive Untersuchung stützt sich auf Diagnosen von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie gemäß ICD-10 (Dilling et al. 2008). Die Daten wurden mit einem strukturierten Fragebogen nach Entlassung der Patienten erhoben. In der ersten Untersuchung wurde die Veränderung der Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik mithilfe (1) eines linearen Regressionsmodells an 32.488 Behandlungsfällen im Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 und (2) des Mann-Whitney-U-Tests im Vergleich der Behandlungsfälle der Jahre 1986 (N = 1115) und 2009 (N = 1709) geprüft.

In der zweiten Untersuchung wurden die Entlassungsdiagnosen nach sechs psychiatrischen Hauptdiagnosen gruppiert. Fünf davon wurden aus den elf Kategorien des Kapitels V (F) der ICD-10 „psychische und Verhaltensstörungen“ ausgewählt. Es handelt sich um (1) organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0), (2) psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) exemplarisch für die Hauptdiagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), (3) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2), (4) affektive Störungen (F3), (5) neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4). Zusätzlich wurde die Diagnose (6) vorsätzliche Selbstschädigung auf nicht näher bezeichnete Weise (X84) als Haupt- oder Nebendiagnose aus dem Kapitel XX der ICD-10 untersucht. Die Analyse der sechs ausgewählten Diagnosegruppen erfolgte (1) mit dem linearen Regressionsmodell anhand von 30.581 Fällen aus dem Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 und (2) im Vergleich der Behandlungsfälle der Jahre 1986 (N = 964) und 2009 (N = 1722) mit dem Mann-Whitney-U-Test.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden im Anschluss mit den statistischen Zahlen zur Belegung und dem Diagnosespektrum psychiatrischer Krankenhausfälle sowohl in Deutschland als auch im Saarland verglichen.

**Ergebnisse.** Die Analyse aller behandelten Patienten zeigte beim Vergleich der Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009 eine deutliche Zunahme der Fallzahl von mehr als 50 % bei einer Abnahme sowohl der mittleren Verweildauer von rund 41 % als auch der Behandlungstage von 7,4 %. Im linearen Regressionsmodell ergab sich eine Zunahme von durchschnittlich 30 Fällen/Jahr. Gleichzeitig verringerten sich die Behandlungstage um durchschnittlich 273 Tage/Jahr und die mittlere Verweildauer um durchschnittlich 1 Tag/Fall/Jahr.

Differenziert nach ausgewählten psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen ergaben sich unterschiedliche Entwicklungen:

Beim Vergleich der Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009 zeigte sich für fast alle Diagnosegruppen ein Anstieg von Fall- und Patientenzahl. Eine Ausnahme bildeten Patienten aus der Diagnosegruppe F2, deren Anzahl sich um rund 20 % verringerte. Behandlungsfälle mit den Diagnosen F4 (+ 219,8 %), F10 (+ 140,0 %) und F3 (+ 70,6 %) wiesen die stärksten Zuwächse auf. Die Behandlungstage der Diagnosegruppe F3 und F4 stiegen jeweils um rund 60 % an, wohingegen sie sich bei den Diagnosegruppen F0, F10 und F2 verringerten. Die Aufnahmeerhöhung erhöhte sich bei fast allen Diagnosegruppen, ausgenommen der Diagnosen F0 und X84. Die mittlere Verweildauer von Fällen sank mehrheitlich, außer bei Erkrankten mit den Diagnosen F3 und X84, und am deutlichsten bei Fällen mit der Diagnose F10 um 62,4 %. Die mittlere Verweildauer von Patienten sank in den Diagnosegruppen F10 (- 46,6 %) und F4 (- 43,9 %) und stieg in der Gruppe X84 (+ 49,8 %).

Im linearen Regressionsmodell erhöhten sich Fall- und Patientenzahl in fast allen Diagnosegruppen, wobei Fälle mit der Diagnose F10 (+ 11,2 Fälle/Jahr) und Patienten mit der Diagnose F4 (+ 7,2 Patienten/Jahr) die größten Zuwächse aufwiesen. Dagegen sank die Zahl der Patienten mit der Diagnose F2 (- 3,1 Patienten/Jahr), wohingegen Behandlungsfälle mit dieser Diagnose anstiegen (+ 1,8 Fälle/Jahr). Die Diagnosegruppe F3 verzeichnete mit einer Zunahme von 393,4 Tagen/Jahr den höchsten Zuwachs an Behandlungstagen und die Diagnose F2 die größte Abnahme (- 468,9 Tage/Jahr). Die mittlere Verweildauer von Behandlungsfällen sank überwiegend, mit Ausnahme der Diagnose X84 und am deutlichsten bei der Diagnose F2, mit einer Reduktion von durchschnittlich 1,6 Tagen/Jahr. Die mittlere Verweildauer von Patienten verringerte sich mehrheitlich, außer bei den Diagnose F3 und X84, wohingegen



sich die Aufnahme­rate von Patienten überwiegend erhöhte, mit Ausnahme der Diagnosegruppe X84.

Beim Vergleich der Belegungsstatistik der Klinik gegenüber den Zahlen für Deutschland und dem Saarland ergaben sich für die Klinik ein höherer Nutzungsgrad der aufgestellten Betten, eine größere Zahl an Behandlungstagen und eine mit deutschen psychiatrischen Fachkrankenhäusern vergleichbare mittlere Verweildauer, die bei psychiatrischen Krankenhausfällen im Saarland durchschnittlich rund 8 Tage kürzer war. Beim Vergleich der Diagnoseverteilung der Klinik mit Deutschland und dem Saarland ergab sich die Gemeinsamkeit, dass die Diagnose F10 auf allen Untersuchungsebenen am häufigsten vertreten war. Der hohe Anteil der Diagnosegruppe F4 in der Klinik spiegelte sich im Saarland wider, in Deutschland jedoch nicht. Die Häufung der Diagnose F2 in der Klinik ließ sich weder im Saarland noch in Deutschland nachweisen.

**Schlussfolgerung.** Die Ergebnisse der Untersuchung belegten eine Veränderung der Behandlungsprävalenz aller Patienten im Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009, wobei die Ergebnisse für die einzelnen psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen differierten.

Die Gründe für diese Entwicklung werden vor allem in den Veränderungen der sozialen Umwelt gesehen. Der Wandel der marktwirtschaftlichen und gesellschaftlichen Situation, geprägt durch hohe Arbeitslosigkeit und Arbeitsunsicherheit, erhöhte Mobilität und Werteverlust, verursacht maßgeblich die Zunahme von Patienten mit den Diagnosen F10, F3 und F4. Aber auch die demographische Entwicklung der Gesellschaft, verbunden mit einer Zunahme von Altersgruppen mit hohem Krankheitsrisiko, führt insbesondere zu einem Anstieg von Erkrankungen der Diagnosegruppen F0, aber auch von F10, F3 und F4. Eine Ausnahme bildet die Diagnose F2, die weniger von Faktoren der Lebenswelt beeinflusst wird. Hier liegen die Gründe für den Rückgang dieses Patienten­klientels in der Klinik hauptsächlich in verbesserten Therapiemöglichkeiten und dem Ausbau ambulanter Betreuungseinrichtungen.

Die Folgen dieser Entwicklung für Patienten, Personal und Gesundheitssystem sind zu antizipieren, um Maßnahmen auf den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen ergreifen zu können. Diese Maßnahmen sollten vor allem (1) eine Kostenexplosion im Gesundheitssystem verhindern, (2) das Wohlergehen psychisch Kranker verbessern, (3) psychische Erkrankungen mithilfe präventiver Maßnahmen vermeiden oder reduzieren, (4) Arbeitsbedingungen verbessern. Eine Umsetzung ist im Rahmen ge-

sundheitspolitischer Vorgaben zu verwirklichen und erfordert insbesondere die Schaffung zusätzlicher Personalstellen und psychiatrischer Bettstellplätze.

Die Unterschiede zwischen der Klinik, Deutschland und dem Saarland, die sich in Belegungsstatistik und Diagnoseverteilung zeigen, liegen zum einen an der spezialisierten Ausrichtung unserer Klinik, in der überwiegend Patienten mit schweren, multimorbiden Erkrankungen behandelt werden. Zum anderen spielen strukturelle Faktoren eine Rolle, die spezifisch für das Saarland sind.

## Summary

### **Change in treatment prevalence for patients at the Clinic for Psychiatry and Psychotherapy in Homburg/Saar (Germany) from 1986 to 2009.**

**Objectives.** Global and national empirical studies show a worldwide increase in the number of people suffering from psychiatric disorders. Correspondingly, the frequency of hospitalizations in patients with psychiatric disorders is increasing. This study examines the change in treatment prevalence for patients treated at the Clinic for Psychiatry and Psychotherapy of the Saarland University Hospital in Homburg/Saar from 01.01.1986 to 31.12.2009 and compares the clinic results to the occupancy statistics and the diagnostic spectrum of psychiatric inpatients in Germany and Saarland.

**Materials and Methods.** This retrospective study is based on diagnoses made by specialists in psychiatry and psychotherapy according to the ICD-10 (Dilling et al., 2008). The data were collected using a structured questionnaire at the time of patient discharge. The first analyses assessing the change in treatment prevalence of clinic patients include: (1) a linear regression model on 32,488 treatment cases in the time period from 1986 to 2009 and (2) the Mann-Whitney-U-Test comparing treatment cases in 1986 (N = 1115) and 2009 (N = 1709).

In the second analyses the diagnoses were structured according to six main mental and behavioral diagnostic groups. Five of them were selected from the 11 categories in chapter V (F) of the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. The identified groups are as follows: (1) organic, including symptomatic, mental disorders (F0), (2) mental and behavioural disorders due to use of alcohol (F10), as an example from the diagnostic category mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F1), (3) Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F2); (4) mood (affective) disorders (F3), (5) neurotic, stress-related and somatoform disorders (F4). Additionally the diagnosis of (6) intentional self-harm by unspecified means (X84) of principal and secondary diagnoses selected from chapter XX in the ICD-10 was analysed. As a result of this structuring of the data into six groups, (1) the linear regression model analysis was performed on 30,581 cases of the time period from 1986 to 2009 and (2) the Mann-Whitney-U-Test analyses were performed to compare treatment cases in 1986 (N = 964) and in 2009 (N = 1722).

Results from these analyses at the clinic will then be compared with the occupancy statistics and the diagnostic spectrum of psychiatric inpatients in Germany and the Saarland.

**Results.** Comparison of the total number of patients from 1986 with patients from 2009 showed a clear increase in the number of cases for more than 50 %, together with a decrease in the average length of stay for treatment by around 41 %, and a decrease in the overall clinic treatment days by 7,4 %. The linear regression model showed an average increase of 30 treatment cases/year. This was accompanied by an average reduction in overall clinic treatment days of 273 days/year and a reduction in average length of stay for treatment for cases of 1day/year.

Differentiated by selected major mental diagnostic groups, the analysis revealed various developments: The comparison of the survey dates 1986 and 2009 showed for almost all diagnostic groups an increase in treatment cases and patients. An exception was patients with the diagnosis F2, which number were decreasing by around 20 %. Treatment cases in the diagnostic group F4 (+ 219,8 %), F10 (+ 140,0 %) and F3 (+ 70,6 %) achieved the strongest increases. The number of treatment days in the diagnostic group F3 and F4 increased at an equal rate by around 60 %, whereas the treatment days for the diagnostic groups F0, F10 and F2 decreased. The hospital admission rate increased for almost all diagnostic groups, except for the diagnoses F0 and X84. The average length of stay for cases decreased in almost all diagnostic groups, except ill persons with the diagnoses F3 and X84, and was most evident for cases with the diagnosis F10 by 62,4 %. The average length of stay for patients decreased in the diagnostic groups F10 (- 46,6 %) and F4 (- 43,9 %) and increased for the diagnostic group X84 (+ 49,8 %).

The linear regression model showed an increase in the number of treatment cases and patients for almost all diagnostic groups, and cases with the diagnosis F10 (+ 11,2 cases/year) and patients with the diagnosis F4 (+ 7,2 patients/year) showed the highest increase. In comparison, the number of patients with diagnosis F2 (- 3,1 patients/year) was decreasing, although the number of treatment cases with this diagnosis was increasing (+ 1,8 cases/year). The diagnostic group F3 exhibited the highest increase (393,4 days/year) in number of treatment days while diagnosis F2 the highest decrease (-468,9 days/year). The average length of stay in treatment cases decreased in almost all diagnostic groups, except diagnosis X84 and was most evident for diagnosis F2 by an average reduction of 1,6 days/year.

The average length of stay in patients was reduced in almost all diagnostic groups, except for diagnoses F3 and X84. The hospital admission rate of patients increased in almost all analyzed diagnostic groups, except for diagnosis X84.

A comparison in the clinic results with the occupancy statistics of psychiatric inpatients in Germany and Saarland exhibited a higher utilisation rate in the number of beds and larger number of treatment days. There was comparable data for the average length of stay for both German and the University of Saarland Clinic; however the length of stay in specialized psychiatric units within a hospital in Saarland was approximately 8 days shorter.

A comparison of the clinic results to the diagnostic spectrum of psychiatric inpatients in Germany and Saarland revealed that the common result in all levels F10 was the most frequently represented diagnosis. The high number of cases in diagnostic group F4 in the clinic is reflected in Saarland, but not in Germany. The accumulation in the diagnostic group F2 in the clinic is reflected neither in Saarland nor in Germany.

**Conclusion.** The results of the investigation showed that the treatment prevalence for all patients in the clinic for psychiatry and psychotherapy in Homburg changed in the time period between 1986 and 2009, whereas the results for the main mental diagnostic groups were different.

Possible reasons for these outcomes may be contributed to the increased changes within the social environment. The changes have been observed in the market economy and social systems through increasingly high unemployment, lack of job security, increased mobility and loss of inherent and personal values, which has contributed significantly to the increase in patients with the diagnoses F10, F3 and F4. Additionally, the demographic change in society, combined with age groups having an increased risk of disease, has led to an increase in the diagnosis in disease groups F0, but also from F10, F3 and F4. An exception is the diagnosis F2, which is less influenced by factors in an individual's social and living environment. This exception may be attributed to the improved treatment options including things such as newer medications, expanded outpatient treatment programs, and services. Results of this research suggest that possible outcomes in the future may be that patients, staff and health system service providers will need to adapt current systems and policies to better serve these changing needs. Possible measures should include preventative action the following areas: (1) cost explosion in the health care system, (2) improving the welfare and treatment of those having mental illness, (3) on-going

education and support groups serving both patients and family members, and (4) optimizing the work environment for those providing treatment.

In conclusion based on these results, action in revising and making recommendations regarding current health-policy ambitions is necessary. Some of the necessary changes required would include the creation of additional staff positions and psychiatric bed spaces.

A possible reason for the identified difference between the clinic, and Germany and Saarland evident in the occupancy statistics and diagnostic distribution may be due to the specialized nature of the severe diagnostic co-morbidity within a number of the patients. Additionally, other Saarland specific regional factors may play a role.

## 2. Einleitung

„Savoir pour prévoir, prévoir pour prévenir.“  
(Auguste Comte, 1798-1857)

Nach den Ergebnissen der Global Burden of Disease Studie der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2004 werden sieben der zwanzig weltweit häufigsten Krankheiten durch mentale Erkrankungen verursacht und rund 219 Millionen Menschen (3,4 % der Weltbevölkerung) leiden unter einer psychischen Erkrankung (WHO 2004). Diese weltweit große Zahl psychisch kranker Menschen führt zum Thema der vorliegenden Arbeit.

Es soll die Frage beantwortet werden, in welcher Weise sich die Behandlungsprävalenzen psychiatrischer Patienten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Homburg/Saar im Zeitverlauf von 24 Jahren verändert haben und inwieweit die in der Klinik behandelten psychiatrischen Erkrankungen das Diagnosespektrum psychiatrischer Krankenhausfälle in Deutschland und im Saarland abbilden.

Der theoretische Teil der Arbeit beschreibt die Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie und der Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen und befasst sich mit dem Wechsel des Diagnosenklassifikationssystems. Anhand der Global Burden of Disease-Studie (GBD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2004 werden die weltweit häufigsten psychiatrischen Diagnosen identifiziert und als Untersuchungsgegenstand für diese Arbeit festgelegt.

In Anlehnung an die Gliederung des Kapitel V der ICD-10 „Psychische Störungen“ werden folgende Diagnosegruppen vorgestellt:

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)
- Affektive Störungen (F3)
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- Vorsätzliche Selbstschädigung auf nicht näher bezeichnete Weise (X84) aus dem Kapitel XX der ICD-10.

Für diese Diagnosegruppen werden die epidemiologischen Daten nationaler Bevölkerungserhebungen einander gegenübergestellt und anschließend für Deutschland und das Saarland zusammengefasst.

Um die ökonomische Relevanz psychiatrischer Störungen zu untersuchen, werden im Anschluss die Krankheitskosten für Deutschland betrachtet, vor allem vor dem Hintergrund der Veränderungen der personellen und sachlichen Ausstattung im Gesundheitssystem. Hierzu werden die Grunddaten der stationären Versorgung von Krankenhäusern in Deutschland und im Saarland vorgestellt.

Am Ende des theoretischen Teils werden die Fragestellungen der vorliegenden epidemiologischen Arbeit aufgelistet.

Im methodischen Teil der Arbeit wird der verwendete Fragebogen zur Datenerhebung vorgestellt und das zu untersuchende Patientenkollektiv definiert. Das zugrunde liegende Diagnosenklassifikationssystem und die erstellte ICD-9/ICD-10-Überleitungstabelle werden in tabellarischer Form abgebildet und die angewandten statistischen Methoden beschrieben.

Im Ergebnisteil werden zur Darstellung der Veränderung der Behandlungsprävalenz die deskriptiven epidemiologischen Patientendaten der Klinik im Vergleich der Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009 und im Zeitverlauf des gesamten Beobachtungszeitraumes von 1986 bis 2009 ausgewertet, tabellarisch und grafisch dargestellt und mit statistischen Methoden überprüft. Dabei werden zuerst die Ergebnisse für alle vergebenen Hauptdiagnosen ausgewertet und anschließend differenziert nach psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen betrachtet. Im Anschluss werden Belegungsstatistik und Diagnosespektrum der Klinik im Vergleich zu Deutschland und dem Saarland dargestellt.

Den Abschluss bilden die Diskussion und Bewertung der eigenen Ergebnisse anhand der zum Thema publizierten Arbeiten.

## **2.1. Psychiatrische Epidemiologie**

Die vorgenommene retrospektive Untersuchung stützt sich auf Daten von Patienten, die sich in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg/Saar in stationärer und teilstationärer klinischer Behandlung befanden und deren Entlassungsdatum in den Zeitraum vom 01.01.1986 bis 31.12.2009 fällt. Der Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit umfasst damit das Forschungsgebiet der psychiatrischen Epidemiologie, da in einer festge-



legten Organisationseinheit – in diesem Fall der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Homburg – Personen mit definierten Erkrankungen im Zeitverlauf untersucht werden.

Zur Strukturierung der Untersuchung werden in der Arbeit zwei Analyseebenen in Beziehung gesetzt: Auf der Mikroebene wird die Veränderung der Behandlungsprävalenz von Patienten als Individuum in der Institution der Universitätsklinik untersucht und im Anschluss mit den epidemiologischen Zahlen psychiatrischer Störungen auf der Makroebene der Gesellschaft (Deutschland, Saarland) als sozialem Gebilde betrachtet (Hartfiel & Hillmann 1982).

### **2.1.1. Definition**

Ursprünglich befasste sich die Epidemiologie – dem eigentlichen Wortsinn entsprechend – mit Epidemien, die durch Infektionskrankheiten verursacht wurden. Die Bezeichnung „Epidemiologie“ leitet sich aus dem Griechischen (epi = über, demos = das Volk, logos = die Lehre) ab und bedeutet „die Lehre von dem, was über das Volk kommt“. Im antiken Griechenland waren Kategorien wie Senilität, Alkoholismus, Manie, Melancholie und Paranoia wohlbekannt. Hippokrates (geb. um 460 v. Chr. auf der griechischen Ägäisinsel Kos, gest. um 370 v. Chr.) verwendete den Begriff Epidemie im Titel mehrerer medizinischer Werke und versuchte einen Zusammenhang zwischen Krankheiten und Umweltfaktoren herzustellen (Fichter & Meller 2008). Basierend auf seiner Idee der vier Säfte (gelbe und schwarze Galle, Blut, Schleim) nahm Hippokrates eine Einteilung in vier Temperamente vor: Choliker, Melancholiker, Sanguiniker und Phlegmatiker.

Epidemiologie beschäftigt sich mit der Häufigkeit und der Verteilung von Erkrankungen in der Bevölkerung und mit den Faktoren, welche Entstehung, Verlauf und Folgen der Erkrankungen beeinflussen. Danach werden Schlussfolgerungen über Erkrankungen also nicht durch die Beobachtung von Einzelpersonen gezogen, sondern durch den Vergleich von Kranken und Gesunden in gesamten Bevölkerungen oder aufgrund bevölkerungsrepräsentativer Stichproben. Ein bedeutendes Ziel der Epidemiologie ist die Bereitstellung von Daten zur Krankheitsbekämpfung; zum einen durch vorbeugende Maßnahmen, zum anderen durch eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der bereits Erkrankten (Weyerer & Bickel 2007).

Man unterscheidet zwischen deskriptiver und analytischer Epidemiologie. Die **deskriptive Epidemiologie** beschreibt die Häufigkeit von Krankheiten und deren Verteilung nach Zeit, Ort und Person. Es wird z. B. danach gefragt,

- ob es zeitabhängige Schwankungen der Krankheitshäufigkeit gibt,
- ob Krankheiten mit bestimmten Häufigkeiten weltweit auftreten oder nur in bestimmten Regionen,
- ob bestimmte Personengruppen nach quantitativen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Sozialstatus etc.) oder nach gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholkonsum) voneinander unterscheidbar sind.

Die **analytische Epidemiologie** beschäftigt sich mit den Entstehungsbedingungen von Erkrankungen, indem sie hypothesengeleitet den Zusammenhang von Erkrankungen, deren möglichen Determinanten und dem Krankheitsvorkommen in der Bevölkerung untersucht. Damit sollen Risikofaktoren identifiziert und der Krankheitsentstehung vorgebeugt werden.

Während die Ergebnisse der deskriptiven Epidemiologie vor allem in der Angabe von Häufigkeiten bestehen, beschreiben die Ergebnisse der analytischen Epidemiologie vor allem die Enge von Zusammenhängen.

### **2.1.2. Ziele und Aufgaben der Epidemiologie**

Die Epidemiologie ermöglicht, abhängig vom Forschungsstand, die Bereitstellung nachfolgender Daten (Weyerer & Bickel 2007):

- Informationen über die Zahl von Erkrankten und das Verteilungsmuster der Krankheit in der Bevölkerung oder in Bevölkerungsgruppen (Prävalenz und Inzidenz)
- Informationen über die Inanspruchnahme und den Bedarf von Versorgungsangeboten
- Informationen über die Vervollständigung des klinischen Bildes einer Störung
- Informationen über den Verlauf und Ausgang der Erkrankung
- Erkennen von Risikofaktoren (ätiologisch bedeutsamen Faktoren) in Person und Umwelt, die mit der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten verbunden sind
- Vorschläge für Interventionsmaßnahmen
- Ergebnisse der Evaluation von präventiven und therapeutischen Maßnahmen.

Die Epidemiologie ermöglicht damit:

- eine bedarfsgerechte Planung von Versorgungseinrichtungen
- die Darstellung historischer Trends in der Morbiditätsentwicklung
- Aussagen über das individuelle Krankheitsrisiko
- die Bildung von Hypothesen über ursächliche Faktoren von Krankheiten (Risikofaktoren) anhand der Feststellung von Häufigkeitsunterschieden.

Die **psychiatrische Epidemiologie** ist ein Zweig der allgemeinen Epidemiologie und basiert auf dem Wissen und Erkenntnisfortschritt der Psychiatrie.

### 2.1.3. Maßzahlen epidemiologischer Forschung

Die in der epidemiologischen Forschung am häufigsten verwendeten Maßzahlen sind Prävalenz und Inzidenz.

Unter **Prävalenz** versteht man die Anzahl aller Krankheitsfälle in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz: Haben Sie gegenwärtig Asthma?), zu einem bestimmten Zeitraum (Periodenprävalenz: Hatten Sie während des letzten Jahres Asthma?) oder über die gesamte Lebensspanne (Lebenszeitprävalenz, kumulative Prävalenz: Hatten Sie jemals Asthma?).

Unter **Inzidenz** versteht man die Häufigkeit der neu aufgetretenen Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (z. B. eines Jahres) unabhängig davon, ob die Erkrankung am Ende der Zeitperiode noch besteht oder nicht. (Eine Erkrankung mit einer hohen Inzidenz kann eine niedrige Prävalenz aufweisen, wenn es sich um Erkrankungen von kurzer Dauer handelt, z. B. bei Panikattacken).

Gegenstand epidemiologischer Untersuchungen sind Erkrankungen oder Funktionsstörungen. Personen, die an einer bestimmten Erkrankung leiden werden „Fälle“ genannt. Dabei ist eine genaue Falldefinition, d. h. die Festlegung von Kriterien, nach denen die Fälle definiert und in „Fälle“ und „Nicht-Fälle“ eingeteilt werden, grundlegende Voraussetzung jeder epidemiologischen Studie. Die psychiatrische Epidemiologie orientiert sich in der Diagnostik am gegenwärtig im klinischen Gebrauch befindlichen Klassifikationssystem der WHO: der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 10 (ICD-10, Dilling et al. 2008). Parallel mit der Entwicklung der Epidemiologie haben sich die Klassifikationssysteme weiterentwickelt.

## 2.2. Klassifikationssysteme

### 2.2.1. Definition

Freyberger & Stieglitz (2002) verstehen unter Klassifikation „die Einteilung oder Einordnung von Phänomenen (z. B. Symptomen), die durch gemeinsame Merkmale gekennzeichnet sind, in ein nach Klassen eingeteiltes System (Klassifikationssystem)“. Unter klassifikatorischer Diagnostik verstehen die Autoren den gesamten Untersuchungs- und Entscheidungsprozess, der zur Erhebung der Befunde und Ableitung der Diagnose(n) führt. Vom Begriff der Klassifikation werden drei weitere Begriffe abgegrenzt: Unter Nomenklatur versteht man eine Aufstellung von Krankheitsbezeichnungen. Als Glossar bezeichnet man die Zusammenstellung von Begriffsdefinitionen, die eine Klassifikation ausmachen. Unter Nosologie wird die Krankheitslehre verstanden, d. h. die Systematisierung psychischer Erkrankungen nach einheitlicher Ätiologie, Pathogenese, klinischem Bild, Verlauf und Ansprechen auf die Therapie (Freyberger & Stieglitz 2002).

Klassifikation von Krankheiten und ihren Folgen, Medikamenten, Operationen und diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlungen dienen der systematischen Ordnung des medizinischen Wissens. Zum einen soll damit für den Patienten eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden, weil schnell zu der jeweiligen Krankheit die am besten passende Therapie und Medikation gefunden werden kann; zum anderen dient die Klassifikation der Leistungsdokumentation im Gesundheitswesen und als Grundlage zur Abrechnung. Hierbei sollte man sich aber vergegenwärtigen, dass trotz aller Vorteile Klassifikationen Strukturen beinhalten, die sich nicht leicht ändern lassen und die Entsprechung in der medizinischen Realität nicht immer abbilden können, das heißt „ohne Klassifikation keine neue Erkenntnis, keine neue Erkenntnis durch Klassifikation.“ (Giere 1986).

Auf internationaler Ebene ist die WHO für die „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD, deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) verantwortlich. Die ICD ist die einzige weltweit verwendete medizinische Klassifikation für Diagnosen, Symptome und Verletzungen bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Eines der wichtigsten Merkmale der ICD ist die Bereitstellung diagnostischer Kriterien zur Verbesserung der Zuverlässigkeit diagnostischer Urteile.

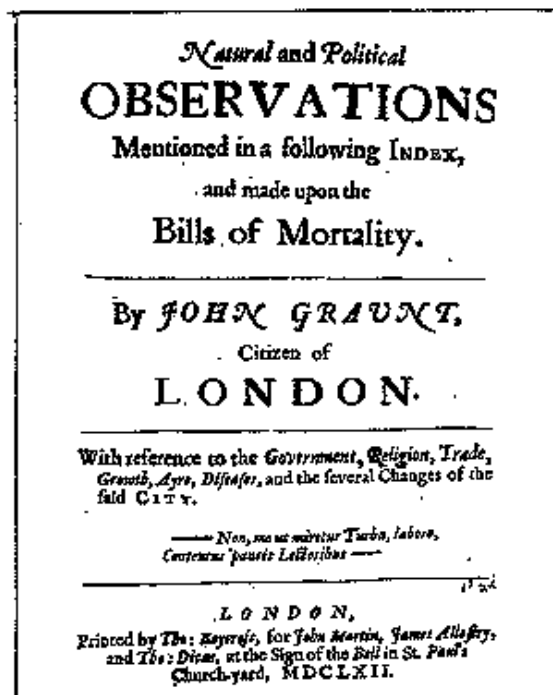
In Deutschland schreibt der Gesetzgeber die Ordnungssysteme vor, die in der medizinischen Dokumentation eingesetzt werden müssen, um eine einheitliche und kontinuierliche Datenbasis für statistische Auswertungen zu schaffen. „Die Diagnosen [...] sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.“ (§295(1) Abrechnung ärztlicher Leistungen; §301(2) Krankenhäuser, Fünftes Sozialgesetzbuch 2004).

Die ICD-Diagnosenklassifikation ist derzeit in der Fassung 10 gültig und dient der Leistungsdokumentation zur Finanzierung des Gesundheitswesens, der Gesundheitsberichtserstattung und damit der Analyse und Steuerung des Gesundheitswesens sowie zur Information der Ärzte und Gesundheitseinrichtungen selbst. Die Zusammenfassung von Einzelerkenntnissen in der ICD-10-Klassifikation unterstützt die systematische Ordnung des medizinischen Wissens und bietet eine einheitliche Kommunikationsbasis für national und international vergleichende Forschung (Sartorius 1994).

### **2.2.2. Historische Entwicklung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten**

Die ersten statistischen Untersuchungen zu Krankheiten begannen im 17. Jahrhundert in London mit der Arbeit von John Graunt (1620-1674). In seinem Buch „Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality“ (1662; Abbildung 1) analysierte er zusammen mit William Petty die Sterbeverzeichnisse in London und gab damit erstmals für jedes Alter Überlebenswahrscheinlichkeiten an, um Bevölkerung und Behörden vor Pestepidemien zu warnen (Graubner 2007, Champion 1993). Graunt gilt damit als einer der ersten Experten im Bereich der Epidemiologie, denn seine Arbeit führte zu der ersten statistisch basierten Abschätzung der Bevölkerung von London. Jedoch fehlten valide und reliable diagnostische Klassifikationssysteme, was die Vergleichbarkeit seiner Ergebnisse stark einschränkte.

Abbildung 1. Bills of Mortality, 1662



Die Anfänge der psychiatrischen Epidemiologie zeichneten sich durch das Sammeln und Auswerten von Sekundärdaten aus Krankenhaus- und Mortalitätsstatistiken aus. Mit dem französischen Psychiater Philippe Pinel (1745-1826) begann die formale Klassifikation psychischer Störungen nach dem Vorbild der biologischen Klassifikationen. Er unterschied zwischen Melancholie, Manie mit und ohne Delirium, Demenz und Idiotie. Vom deutschen Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926)

stammen die Grundlagen des heutigen Systems der Klassifizierung psychischer Störungen. Kraepelin teilte die Hauptgruppen psychischer Erkrankungen nach ursächlichen Faktoren ein, die anhand ihrer Symptome klassifiziert werden sollten (Margraf & Schneider 2009). In der Weiterentwicklung führte dieser Ansatz zu einer Einteilung nach einer pathogenetischen Trias, die aufgrund ihrer einfachen Handhabung im klinischen Alltag sehr gebräuchlich war. In diesem triadischen System der Psychiatrie wurden die Erkrankungen nach exogenen, endogenen und psychogene Störungen eingeteilt. Nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen wird jedoch von einer multifaktoriellen Ätiologie der meisten psychischen Erkrankungen ausgegangen. Dementsprechend wurde das triadische System in der ICD-10 aufgegeben. Bei den psychischen Erkrankungen wurde nun eine deskriptive Operationalisierung vorgenommen und die Begriffe Psychose und Neurose entfielen.

In England entwickelte William Farr (1807-1883) im 19. Jahrhundert als Leiter des Statistischen Amtes von England und Wales ein System, das eine routinemäßige Erhebung der Todesursachen ermöglichte. Zur gleichen Zeit wurde in Paris eine Todesursachenklassifikation verwendet, die seit ihrer Revision im Jahre 1885 eine Synthese englischer – basierend auf den Vorgaben von Farr – deutscher und schweizerischer Vorläufer darstellte.

Auf diesen Vorarbeiten begründete Adolphe-Louis Jacques Bertillon (1851-1922, Abbildung 2), der Leiter des Statistischen Amtes der Stadt Paris, seine Todesursa-

chenklassifikation: die Bertillon-Klassifikation. Sie wurde auf der Tagung des Internationalen Statistischen Instituts im Jahr 1893 zur allgemeinen Einführung empfohlen – also mehr als 200 Jahre nach den epidemiologischen Arbeiten von Graunt. Im Jahr 1899 wurde vom selben Institut beschlossen, das Verzeichnis alle zehn Jahre zu revidieren; die erste Revisionskonferenz wurde im Jahr 1900 abgehalten. Ab 1901 war dann die International List of Causes of Death (ICD-1) gültig.

**Abbildung 2. Bertillon (1851-1922)**



Die Revisionskonferenzen wurden 1900, 1909 und 1920 vom Internationalen Statistischen Institut unter der Leitung von Bertillon durchgeführt und danach 1929 und 1938 gemeinsam mit der Gesundheitsorganisation des Völkerbundes. Die 6. Revisionskonferenz 1948, unter der Verantwortung der neu gegründeten Weltgesundheitsorganisation abgehalten, markierte einen neuen Entwicklungsabschnitt, denn nun sollte die neue ICD-6 nicht mehr nur für die Mortalitätsstatistik, sondern zunehmend auch für die Morbiditätsstatistik geeignet sein, was sich in der Namensänderung widerspiegelte: Internationales Verzeichnis der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. Die 7. Revisionskonferenz im Jahr 1955 führte zu geringfügigen Veränderungen, wohingegen die 8. Revisionskonferenz im Jahr 1965 das Kapitel Verletzungen dahingehend erweiterte, dass die Art der Verletzung und deren externe Ursachen getrennt verschlüsselt werden konnte. Die 9. Revision der ICD im Jahre 1975 brachte die Einführung der Doppelklassifizierung nach Ätiologie und Manifestation (Kreuz-Stern-Klassifizierung) und die Einführung dreier Zusatzklassifikationen (E-Klassifikation: Äußere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen; V-Klassifikation: Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten beeinflussen; M-Klassifikationen: histologisch Klassifizierung von Neubildungen). Die 17 Kapitel dieser seit 1979 gültigen ICD-9 entsprachen der historisch gewachsenen Klassifikationsstruktur und damit nicht mehr dem aktuellen Stand der Medizin der 80er Jahre, so dass eine Verbesserung der ICD-9 notwendig wurde (Graubner 2007).

### 2.2.3. Unterschiede zwischen ICD-9 und ICD-10

Die ICD-10 ist eine Weiterentwicklung der ICD-9 auf der Grundlage aktueller Entwicklungen in Medizin und Wissenschaft (Wolters u. Bödeker 2003, Maier et al. 1990, Schopen 2000). Im Jahr 1999 entstand die Version ICD-10, SGB V, Version 1.3, die Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Diese Version löste zum 01.01.2000 im stationären Bereich die bis dahin verwendete ICD-9 ab und wurde gleichzeitig auch im vertragsärztlichen Bereich eingeführt und durch den Diagnoseschatz – ein alphabetisches Verzeichnis mit den häufigsten Krankheitsbezeichnungen im deutschen Sprachraum – ergänzt. Die Grundsystematik wurde beibehalten, jedoch verfügt die ICD-10 in den Aggregationsebenen über mehr Gruppierungen und Einzeldiagnosen. Durch die Integration von Zusatzklassifikationen und der Aufteilung der Kategorie Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane in drei eigene Kapitel sind aus vorher 17 nun 21 Kapitel entstanden. In die ICD-10 wurden zusätzlich die Kapitel „Krankheiten des Auges“, „Krankheiten des Ohres“, „Äußere Ursachen von Mortalität und Morbidität“ und „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, bzw. zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen“, aufgenommen. Eine weitere Neuerung liegt in der Verwendung von alphanumerischen Bezeichnungen der Diagnosen. Die in der ICD-9 verwendeten Diagnoseschlüssel, durch nummerierte Kodierungen von 001-999 bezeichnet, werden in der ICD-10 aus einem einzelnen Buchstaben und zwei Zahlen gebildet (A00 – Z99). Dies vergrößerte die Anzahl der zur Verfügung stehenden Kategorien erheblich.

Mit der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2003 veröffentlichten ICD-10-GM (GM: German Modifikation), Version 2004 (Dilling et al. 2004), wurde eine neue ICD-10 Version zur Verfügung gestellt, die seit dem 01.01.2004 im ambulanten und stationären Bereich genutzt werden musste. Ab dem 01.01.2010 ist zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung die **ICD-10-GM Version 2010** anzuwenden. Das DIMDI als Herausgeber hat entschieden, die ICD-10-GM in den nächsten Jahren jeweils zum 1. Januar zu revidieren, um der medizinischen Entwicklung und Anpassung der Abrechnungssysteme in der ambulanten und stationären Versorgung gerecht zu werden.

Neben der ICD-10 gibt es das **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM, Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen; Saß et al 1998). Das DSM ist das Klassifikationssystem der American Psychiatric



Association (APA) und wurde das erste Mal 1952 in den USA herausgegeben. Seit her gibt es auch Ausgaben in anderen Ländern. Seit 1996 beispielsweise gibt es die deutsche Publikation des DSM-IV. Der Inhalt des DSM wird von Experten festgelegt, um Diagnosen reproduzierbar zu gestalten und beinhaltet speziellere und genauere diagnostische Kriterien, um die Diagnose zu erleichtern, weswegen die Nomenklatur heute in Kliniken und Versicherungsgesellschaften gebräuchlich ist. Das DSM-IV ist sowohl Ersatz als auch Ergänzung für die jeweiligen Passagen im ICD-10. Die ICD-10 hingegen setzt ihren Schwerpunkt intensiver auf die interkulturelle Perspektive und die Anwendbarkeit vor allem auch in den Ländern der Dritten Welt. Im Gegensatz zur ICD-10 berücksichtigt das DSM-IV geschlechtsspezifische Unterschiede. Das aktuell gültige DSM-IV vergibt keine eigenen Klassifikationsschlüssel, sondern eine von der APA ausgewählte Teilmenge jener Nummern, welche im 1979-1997 gültigen ICD-9 zur Klassifikation psychiatrischer Krankheiten vorgesehen waren. Somit hat die ICD-10 andere Klassifikationsschlüssel, was den Vergleich beider Systeme erschwert. Das **DSM-V** ist seit 1999 in Arbeit und wird voraussichtlich im Mai 2013 erscheinen.

#### **2.2.4. ICD-10: Kapitel V**

Das Kapitel V der ICD-10 – psychische und Verhaltensstörungen – ist das einzige Kapitel, welches von einer Arbeitsgruppe ärztlicher Spezialisten unter Leitung von H. Dilling ins Deutsche übersetzt worden ist und steht, je nach Verwendungszweck, in verschiedenen Versionen zur Verfügung.

Ende 1991 wurde dieses Kapitel in erweiterter Form eigenständig unter dem Titel „Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). **Klinisch-diagnostische Leitlinien**“ separat für die Bedürfnisse der Kliniker publiziert und enthält auch wichtige Kategorien anderer ICD-10 Kapitel, welche für die psychiatrische Dokumentation bedeutend sind.

Für wissenschaftliche Untersuchungen, aber auch für die praktische Arbeit liegen die restriktiv formulierten diagnostischen **Forschungskriterien** (Diagnostic Criteria For Research – DCR) vor, die zusammen mit den klinisch-diagnostischen Leitlinien verwendet werden sollen (Dilling et al. 2008).

Eine **Kurzfassung** als systematisches Verzeichnis findet man in der Gesamtausgabe der ICD-10, die kurze und kompakte Informationen für Allgemeinmediziner und in der Medizin tätigen Berufsgruppen liefert (DIMDI 2010).

### 2.2.5. Ergebnisse der empirischen Begleitforschung

Die Einführung der ICD-10 war mit einer umfangreichen Begleitforschung verbunden, mit dem Ziel, die Klassifizierung empirisch zu prüfen und weiter zu verbessern. Diese Forschung wurde international von der WHO angeregt und koordiniert, aber auch von vielen Kliniken selbständig geleistet (Dilling et al. 1990, 1994; Dittmann et al. 1992; Freyberger et al. 1992, 1994, 1996; Saß 1994).

Die **klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien** waren in einer vorläufigen Fassung Gegenstand einer **internationalen multizentrischen Feldstudie**, welche die Akzeptanz der teilweise neu geschaffenen diagnostischen Kategorien, deren **Passgenauigkeit** (= Validität) und **Reliabilität** überprüfen sollte. Die Ergebnisse der internationalen Studie wurden von Sartorius et al. 1993 publiziert. Von der deutschsprachigen Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) wurde diese Untersuchung von Dilling (Dilling et al. 1990, Dittmann et al. 1992) unter Federführung der Klinik für Psychiatrie Lübeck in zehn teilnehmenden Zentren durchgeführt und als **Merkmalslistenstudie** veröffentlicht. Ein wichtiger Bestandteil dieser Studie war die Entwicklung einer ICD-10 Merkmalsliste (ICDML) mit allen relevanten Kriterien zur Diagnostik von ICD-10 Störungen. Damit sollte die Erprobung und Anwendung der ICD-10 in der Praxis untersucht werden.

Die **ICD-10 Forschungskriterien**, die strengere und komplexere Operationalisierungskriterien für die wissenschaftliche Anwendung enthielten, wurden im Rahmen einer multizentrischen **Feldstudie** überprüft (Freyberger et al. 1996). Die Feldstudie wurde entsprechend einem Design der WHO konzipiert und auch in anderen Ländern durchgeführt (Sartorius et al. 1993). Nach Dilling et al. (2008) haben sich die ICD-10-Forschungskriterien in der Forschung, aber auch in der klinischen und ambulanten Praxis gut eingeführt und bewährt.

Für die diagnostischen Hauptgruppen werden nachfolgend die Ergebnisse der empirischen Begleitforschung dargestellt, die jedoch nicht auf der endgültigen Fassung der ICD-10 beruhen.

Durch die Verschiebung der Altersverteilung der Bevölkerung gewinnen demenzielle Syndrome an Relevanz und damit die Diagnosegruppe der **organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F0)**. In diesem Kapitel werden alle organischen psychischen Störungen einschließlich der symptomatischen Störungen zusammengefasst. Eine Ausnahme sind die durch psychotrope Substan-

zen verursachten Syndrome. Demenzielle Syndrome sind die wichtigste Störungsgruppe dieser Kategorie. Nach Freyberger et al. (1994) wurde die Schwierigkeit der Diagnosestellung (Reliabilität) in der Merkmalslistenstudie als auch in der Feldstudie für die Diagnose Demenz bei Alzheimer Krankheit (F00), für die vaskuläre Demenz (F01) und für die Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen als gering beurteilt. Für die Diagnosen andere Störungen aufgrund einer Schädigung des Gehirns (F06) und organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F07) wurde die Schwierigkeit der Diagnosestellung eher als problematisch angesehen. Für die Passgenauigkeit dieser Hauptkategorien gilt das gleiche (Freyberger et al. 1994).

Prinzipiell lassen sich diese Reliabilitätswerte durch die Anwendung strukturierter Erhebungsverfahren verbessern. Zusammenfassend ist nach Freyberger et al. (1994) für das Konzept organischer Störungen in der ICD-10 von einer insgesamt hohen Akzeptanz in den deutschsprachigen Ländern auszugehen.

Nach Freyberger (Freyberger et al. 1994; Schulte-Markwort et al. 1994) zeichneten sich Diagnosen aus dem Abschnitt F1 – **psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** – durch eine relativ hohe Reliabilität und Passgenauigkeit aus. Die vergleichsweise niedrigen Interraterreliabilitätswerte in den deutschsprachigen Ländern erklärten sich dadurch, dass Störungen aus dem Abschnitt F1 eher als Zweit- oder Drittdiagnose vergeben wurden und damit anderen psychischen Störungen ein höheres Gewicht verliehen wurde (Stieglitz et al. 1996). Trabert et al. (1992) haben gezeigt, dass bei zahlreichen Patienten bereits mehrere Suchtdiagnosen gestellt wurden, bevor andere Störungsbereiche überhaupt erwogen wurden. Beispiel hierfür ist die häufige Diagnosenkombination zwischen Alkoholintoxikation (F10.0), Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2) und Alkoholentzugssyndrom (F10.3)

Die ICD-10 führte zu einer Neugruppierung von Störungen, die insbesondere die Kategorie der **Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen** (F2) betraf. In diesem Abschnitt stellten die schizophrenen Störungen das häufigste und wichtigste Krankheitsbild dar. Nach Stieglitz (1994) zeigten die Ergebnisse der Merkmalslistenstudie für die Gruppe der F2 Diagnosen, dass eine relativ gute Akzeptanz des ICD-10 Systems bei den Anwendern vorlag: die Passgenauigkeit war als sehr gut zu bewerten und die Schwierigkeit bei der Diagnosestellung war gering. Bezüglich der Interraterreliabilität kamen Albus et al. (1990) zu einem Wert, der als gut einzustufen war. Stieglitz (1994) stellte zusammenfassend fest, dass mit der Gruppe der Schizo-

phrenien in der ICD-10 Klassifikation geeignete Kategorien für die biologisch-psychiatrische Forschung vorlagen.

Durch die Einführung operationalisierter Diagnosesysteme hat sich in der Gruppe der **affektiven Störungen** (F3) ein grundlegender Wandel vollzogen, da sich die ICD-10 um einen deskriptiven, theoriefreien Zugang zur psychiatrischen Klassifikation bemühte. Die klassischen diagnostischen Konzepte der depressiven Neurose bzw. der depressiven Persönlichkeitsstörungen fanden sich aufgrund dieses theoriefreien Gesamtrahmens in der ICD-10 nicht mehr. Nach Freyberger et al. (1990) zeigten die Reliabilitätsuntersuchungen der WHO Feldstudie für affektive Störungen eine befriedigende Reliabilität. Die klinische Akzeptanz der Kategorie der affektiven Störungen der ICD-10 war hoch, trotz der tiefgreifenden Veränderungen zu der ICD-9 (Dittmann et al. 1992).

Neuere empirische Untersuchungen, die über das Kapitel psychischer Störungen hinausgehen, wurden z. B. von Wolters & Bödeker (2003) durchgeführt. Die Autoren verglichen die ICD-9 und ICD-10 Diagnosen in den Arbeitsunfähigkeitsdaten ausgewählter Betriebskrankenkassen und stellten fest, dass auf der Basis der Haupt- und Nebengruppen medizinisch bedeutsamer Diagnosegruppierungen nur geringe Verschiebungen der ICD-9 und ICD-10 Diagnosen erkennbar waren.

Jäger et al. (2003) befassten sich in ihrer Arbeit mit den funktionellen, also den nicht organischen oder endogenen Psychosen, um Diagnoseverschiebungen beim Übergang von ICD-9 zur ICD-10 zu untersuchen. Im früheren Würzburger Schema konnten die funktionellen Psychosen nur dem schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreis zugeordnet werden. In der ICD-8 wurden die schizoauffektiven Psychosen als eine Untergruppe der Schizophrenie eingeführt. Ebenfalls enthielt die ICD-8 eine eigene Gruppe für die rein wahnhaften, nicht der Schizophrenie zugeordneten Psychosen, die „andere[n] nichtorganische Psychosen“, die dem Konzept der reaktiven Psychosen entsprachen. Diese Einteilung blieb bis zur ICD-10 erhalten. Da sich die ICD-10 jedoch an einem theoriefreien, stärker deskriptiven Ansatz orientierte, gab es keine reaktiven Psychosen mehr. Diese Gruppe ging in der neu geschaffenen Gruppe akute vorübergehende psychotische Störungen auf (Stroemgren 1994). Jäger et al. (2003) fassten beide diagnostische Konzepte unter dem Begriff akute Psychosen zusammen und stellten in ihrer Untersuchung fest, dass der Übergang von ICD-9 zur ICD-10, mit Ausnahme der akuten Psychosen sowie der schizoauffektiven

Psychosen, zu keinen tief greifenden Veränderungen der psychiatrischen Diagnostik geführt hat, was ein erklärtes Ziel der WHO war (Sartorius 1988, 1994).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es beim Übergang von der ICD-9 zur ICD-10 Klassifikation durchaus zu Klassifizierungsartefakte in einzelnen Diagnosegruppen kommen kann. Für die Mehrzahl der untersuchten Diagnosegruppen konnte jedoch keine Verschiebung des Diagnosespektrums beim Übergang von ICD-9 zu ICD-10 belegt werden.

### **2.2.5.1. Unterschiede zwischen ICD-9 und ICD-10 im Kapitel V**

In der ICD-10 wurde das Kapitel V – psychische Störungen erweitert: in der ICD-9 enthielt es 30 dreistellige Hauptkategorien (290-319), in der ICD-10 weist es dagegen 100 Hauptkategorien auf. Da nicht alle Kategorien genutzt wurden, sind zukünftig Änderungen möglich, ohne das gesamte System zu revidieren. In der ICD-10 gibt es ein multiaxiales System für Kapitel V (Achse I: psychiatrische und somatische Diagnosen; Achse II: Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit; Achse III: Belastungsfaktoren) und eine Version für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis und Forschung (Dilling et al. 2008).

Ein weiterer Vorteil der ICD-10 gegenüber der ICD-9 ist die Zusammenfassung aller Störungen, die einer eindeutigen organischen Ursache zuzuordnen sind, in einem gemeinsamen Abschnitt **organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen** (F00-F09).

Die Neuordnung der **psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** im Abschnitt F10-F19 ermöglicht eine Klassifizierung aller substanzbezogener Störungen mit nur dreistelligen Kategorien: die dritte Stelle zeigt die verwendete Substanz an, die vierte und fünfte Stelle die psychopathologischen Syndrome (akute Intoxikation bis Restzustand) [z. B. dritte Stelle: F10 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, F11 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide; vierte Stelle: F10.0 und F11.0 = akute Intoxikation (akuter Rausch)]

Die Gruppe der **Schizophrenien, schizotypen Zustände und wahnhaften Störungen** (F20-F29) wurde in der ICD-10 erweitert und neue Kategorien wie die undifferenzierte Schizophrenie, die postschizophrene Depression und die schizotype Störung eingeführt.

Das Prinzip, Störungen mit einem gemeinsamen Grundthema zusammenzufassen, betraf vor allem die Klassifikation der **affektiven Störungen** (F30-F39). Die Begriffe

neurotische oder endogene Depressionen wurden nicht mehr verwendet, die Beschreibung findet man jetzt in den verschiedenen Formen und Schweregraden der depressiven Störungen.

Die Klassifikation der **Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren** (F50-F59) werden in der ICD-10 genauer beschrieben als in der ICD-9, unter anderem auch aufgrund des wachsenden Bedarfs an Klassifizierungsmöglichkeiten im psychiatrischen Liaisondienst.

Die Kategorie der **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen** (F60-F69) wurde gegenüber der ICD-9 um einige neue Kapitel erweitert (z. B. pathologisches Spielen, Stehlen, Brandstiftung). Störungen der sexuellen Präferenz wurden eindeutig von Störungen der Geschlechtsidentität unterschieden, Homosexualität als eigenständige Kategorie gibt es nicht mehr.

Die Abschnitte **Entwicklungsstörungen** (F80-F89) und **Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend** (F90-98) enthalten Störungen, die für Kinder und Jugendliche anzuwenden sind. Umgekehrt können aber viele Störungen aus anderen Abschnitten ebenfalls auf Kinder und Jugendliche angewendet werden, wie z. B. Essstörungen (F50), Schlafstörungen (F51) und Geschlechtsidentitätsstörungen (F64).

#### **2.2.5.2. Probleme mit der Terminologie**

Die Internationalisierung der Klassifikation brachte für deutsche Psychiater auch eine Abkehr von gewohnten Denkmodellen mit sich. Konzeptionell wird im Kapitel V versucht, einem atheoretischen Ansatz zu folgen und eine deskriptive Klassifikation einzuführen, die sich an diagnostischen Kriterien orientiert. So ersetzt der Begriff Störung den der Erkrankung weitgehend. Jedoch sollten soziale Abweichungen oder Konflikte ohne persönliche Beeinträchtigung nicht als psychische Störung bezeichnet werden.

Auch wird in der ICD-10 die traditionelle Unterscheidung zwischen **Neurose und Psychose** nicht beibehalten. Der Begriff „neurotisch“ findet noch Verwendung in der Überschrift der Diagnosegruppe neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen. Unter diesem Kapitel werden die meisten Störungen gefasst, die von Anhängern des Neurosenkonzeptes als Neurose angesehen werden, außer die neurotische Depression (F34.1 Dysthymia = neurotische Depression). Statt der Einteilung in Neurose oder Psychose zu folgen, werden in der ICD-10 die Störungen entsprechend

der Hauptthematik oder der deskriptiven Ähnlichkeit in Gruppen zusammengefasst. So findet sich die Zykllothymia (F34.0) im Abschnitt der affektiven Störungen (F30-F39), statt unter den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69). Der Ausdruck „psychotisch“ wurde nur im Kapitel F23 als akute vorübergehende psychotische Störung zur Beschreibung von z. B. Halluzinationen, wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen abnormen Verhaltens verwendet und enthält keine Annahmen zur Psychodynamik (Dilling et al. 2008).

Der Begriff **psychogen** wird wegen seiner unterschiedlichen Bedeutung in verschiedenen psychiatrischen Schulen als Bezeichnung diagnostischer Kategorien nicht verwendet. Erscheint er im Text, dann wird auf Lebensereignisse verwiesen, die bei der Entstehung einer Störung bedeutsam waren. Aus ähnlichen Gründen wird der Begriff **psychosomatisch** nicht verwendet, denn es soll nicht impliziert werden, dass psychologische Faktoren bei Krankheiten nur dann eine Rolle spielen, wenn der Begriff psychosomatisch verwendet wird. Störungen dieser Kategorie fallen in der ICD-10 in die Gruppe der somatoformen Störungen (F45), Essstörungen (F50), sexuelle Funktionsstörungen (F52) und psychische und Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Störungen und Krankheiten. (F54).

### **2.2.5.3. Spezielle Benutzerhinweise**

Nach der generellen Regel bei der Anwendung der ICD-10 gilt, dass so viele Diagnosen zu verschlüsseln sind, wie für die Beschreibung des klinischen Bildes notwendig sind (Komorbidität). Gibt es mehr als eine Diagnose, muss zwischen der Haupt- und der Nebendiagnose bzw. Zusatzdiagnosen unterschieden werden. Hauptdiagnose wird die Diagnose, der die größte aktuelle Bedeutung zukommt. Im Krankenhaus ist dies meist die Störung, die zum Kontakt mit der Einrichtung geführt hat. Diese Diagnose kann sich von der für den Patienten bedeutendsten Diagnose unterscheiden. So kann die Lebenszeitdiagnose eines Patienten eine chronische Schizophrenie sein, welcher aber aktuell aufgrund einer akuten Angstsymptomatik betreut wird. Zusätzlich zum Kapitel V sollen bei der Diagnoseverschlüsselung auch die anderen Diagnosen der ICD-10 verwendet werden (Dilling et al. 2008).

Nachdem im vorangegangenen Teil die Darstellung der verwendeten Klassifikationssysteme und Maßzahlen erfolgt ist, befasst sich der anschließende Teil mit aktuellen Zahlen, die mithilfe epidemiologischer Forschung gewonnen wurden.

## **2.3. Gegenwärtige globale Entwicklungen in der psychiatrischen Epidemiologie: Global Burden of Disease**

Eine konsistente und vergleichbare Beschreibung von Erkrankungen und Verletzungen und den sie verursachenden Risikofaktoren liefert einen wichtigen Beitrag bei Entscheidungsfindungsprozessen im Gesundheitswesen. Aus diesem Grund wurde im Auftrag der Weltbank und in Kooperation mit der WHO ein Projekt etabliert, das zur weltweiten Abschätzung von Mortalität und Morbidität diente: das Global-Burden-of-Disease-Projekt (GBD, WHO 2004). Aufgeteilt nach Regionen und Bevölkerungsgruppen wurden Todesfälle, Krankheiten, Behinderungen und Risikofaktoren quantifiziert. Die erste GBD-Studie im Jahr 1990 bezifferte mehr als 100 Krankheiten und Verletzungen aufgeteilt nach Alter, Geschlechterzugehörigkeit und Bevölkerungsgruppen für acht Regionen weltweit. In den Jahren 2000 bis 2002 erfolgte eine Neuauflage der GBD-Studie; die aktuellste Version stammt aus dem Jahr 2004.

In dieser neusten Studie wurden verschiedene Gesundheitsindikatoren zur Beschreibung der Gesundheit der erfassten Populationen verwendet. Dazu gehören unter anderem:

- Mortalität (YLL, years of life lost)
- Verlorene Jahre durch Gesundheitseinschränkungen (YLD, years lost due to disability)
- Behinderungsbereinigte Lebensjahre (DALY, disability adjusted life years).

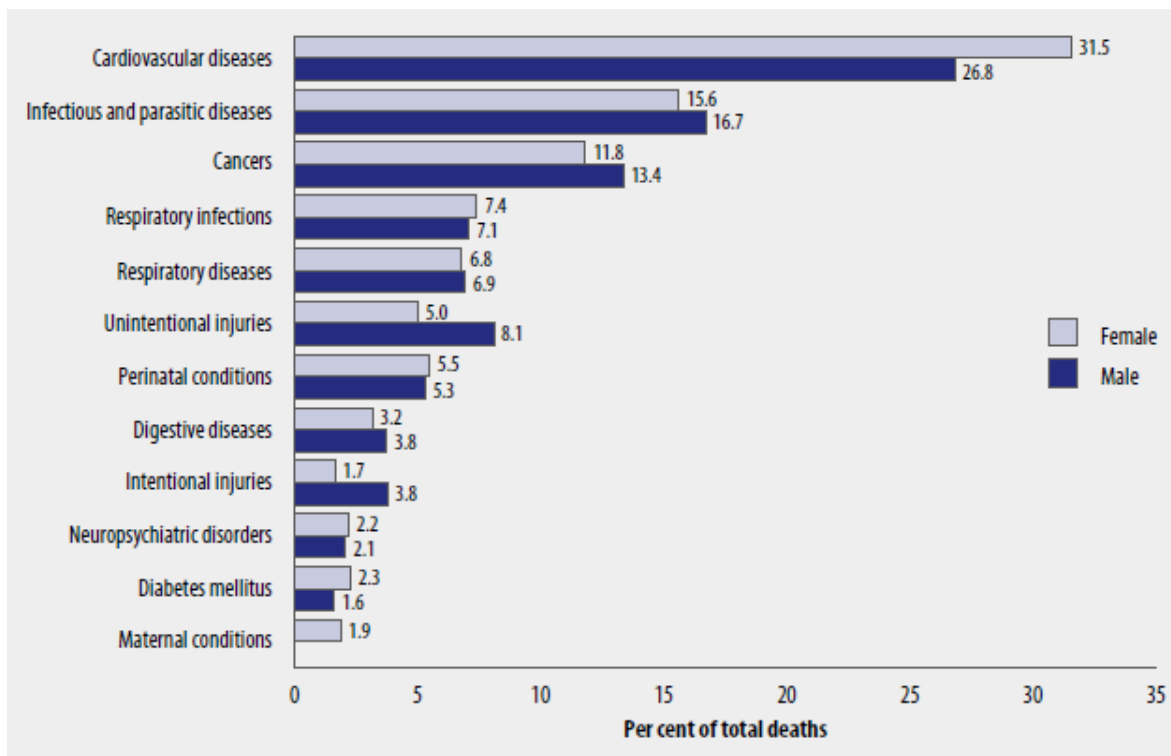
Hinter diesen Konzepten stehen komplexe mathematisch-epidemiologische Formeln, auf deren detaillierte Darstellung in der vorliegenden Arbeit nicht eingegangen wird.

### **2.3.1. Mortalität der Weltbevölkerung (YLL)**

Betrachtet man die Verteilung der Todesursachen (YLL, years of life lost) für alle Altersgruppen gruppiert nach den 12 wichtigsten Todesursachen (d. h. Häufigkeit der Todesursache > 2 % aller Todesfälle) wurde deutlich, dass Herz- und Gefäßerkrankungen im Jahr 2004 die häufigste Todesursache weltweit waren (Abbildung 3) und rund 32 % aller Todesfälle bei den Frauen und fast 27 % bei den Männern verursachten. Danach standen an zweiter Stelle die Infektions- und parasitären Erkrankungen (15,6 % Frauen, 16,7 % Männer), gefolgt von den Krebserkrankungen (11,8 % Frauen, 13,4 % Männer). Neuropsychiatrische Erkrankungen führten bei beiden Geschlechtern in etwa 2 % zum Tode.



**Abbildung 3. Verteilung der weltweiten Todesfälle gruppiert nach den häufigsten Ursachen; Männer und Frauen (WHO 2004)**



Die Rangliste der führenden Todesursachen variierte mit dem Einkommen der Bevölkerung (Tabelle 1). In Ländern mit geringem Einkommen waren Infektionskrankheiten, parasitäre Erkrankungen (einschließlich Malaria) und Erkrankungen, die ihre Ursache in der Perinatalperiode hatten, die Gründe für die häufigsten Todesfälle. In Ländern mit hohem Einkommen waren neun der zehn führenden Erkrankungen nicht ansteckende Erkrankungen, einschließlich vier Krebserkrankungen. In Ländern mit mittlerem Einkommen beruhten die zehn führenden Todesursachen hauptsächlich auf nicht ansteckenden Erkrankungen, aber ebenso sind Verkehrsunfälle zu nennen, die an sechster Stelle standen.

Alzheimer und andere Demenzen waren die einzigen psychiatrischen Erkrankungen unter den 10 weltweit führenden Todesursachen nach Einkommen im Jahr 2004. Sie erschienen nur in Ländern mit hohem Einkommen als Todesursache und belegten den sechsten Platz mit 3,4 % aller Todesfälle, das waren 300.000 weltweit verursachte Todesfälle im Jahr 2004 (Tabelle 1).

**Tabelle 1. Weltweit führende Todesursachen nach Einkommensgruppen (WHO 2004)**

World			Low-income countries <sup>a</sup>				
Disease or Injury	Deaths (millions)	Per cent of total deaths	Disease or Injury	Deaths (millions)	Per cent of total deaths		
1	Ischaemic heart disease	7.2	12.2	1	Lower respiratory infections	2.9	11.2
2	Cerebrovascular disease	5.7	9.7	2	Ischaemic heart disease	2.5	9.4
3	Lower respiratory infections	4.2	7.1	3	Diarrhoeal diseases	1.8	6.9
4	COPD	3.0	5.1	4	HIV/AIDS	1.5	5.7
5	Diarrhoeal diseases	2.2	3.7	5	Cerebrovascular disease	1.5	5.6
6	HIV/AIDS	2.0	3.5	6	COPD	0.9	3.6
7	Tuberculosis	1.5	2.5	7	Tuberculosis	0.9	3.5
8	Trachea, bronchus, lung cancers	1.3	2.3	8	Neonatal infections <sup>b</sup>	0.9	3.4
9	Road traffic accidents	1.3	2.2	9	Malaria	0.9	3.3
10	Prematurity and low birth weight	1.2	2.0	10	Prematurity and low birth weight	0.8	3.2
<b>Middle-income countries</b>			<b>High-income countries</b>				
1	Cerebrovascular disease	3.5	14.2	1	Ischaemic heart disease	1.3	16.3
2	Ischaemic heart disease	3.4	13.9	2	Cerebrovascular disease	0.8	9.3
3	COPD	1.8	7.4	3	Trachea, bronchus, lung cancers	0.5	5.9
4	Lower respiratory infections	0.9	3.8	4	Lower respiratory infections	0.3	3.8
5	Trachea, bronchus, lung cancers	0.7	2.9	5	COPD	0.3	3.5
6	Road traffic accidents	0.7	2.8	6	Alzheimer and other dementias	0.3	3.4
7	Hypertensive heart disease	0.6	2.5	7	Colon and rectum cancers	0.3	3.3
8	Stomach cancer	0.5	2.2	8	Diabetes mellitus	0.2	2.8
9	Tuberculosis	0.5	2.2	9	Breast cancer	0.2	2.0
10	Diabetes mellitus	0.5	2.1	10	Stomach cancer	0.1	1.8

COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

<sup>a</sup> Countries grouped by gross national income per capita – low income (\$825 or less), high income (\$10 066 or more). Note that these high-income groups differ slightly from those used in the Disease Control Priorities Project (see Annex C, Table C2).

<sup>b</sup> This category also includes other non-infectious causes arising in the perinatal period, which are responsible for about 20% of deaths shown in this category.

Das reine Zählen von Todesfällen hat den Nachteil, dass der Zeitpunkt des Todes nicht berücksichtigt wurde, d. h. der Tod eines jungen Erwachsenen von 18 Jahren wird beim Auszählen ebenso behandelt wie der Tod eines 85-Jährigen.

Um auch das unterschiedliche Todesalter zu berücksichtigen, wurde der Indikator „years of life lost“ (YLL) verwendet. Die Anzahl der verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod wurde berechnet, indem man die Anzahl der Todesfälle mit der verbliebenen Lebenserwartung im Sterbealter multiplizierte.

Der Schritt vom reinen Zählen von Todesfällen hin zu verlorenen Lebensjahren lieferte zwar eine zusätzliche Qualität bei der Darstellung der Gesundheit von Bevölkerungen, jedoch spiegelte Mortalität nur einen Teilaspekt wider. Andere gesundheitsrelevante Folgen wie der Schweregrad einer Erkrankung oder Behinderung oder die Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen sind ebenfalls bedeutend, vor al-

lem bei psychiatrischen Erkrankungen, da sie meist nicht tödlich verlaufen, aber über lange Zeit zu deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität führen. Um diese Einflussfaktoren berücksichtigen zu können, wurde das Gesundheitsmaß YLD (years lost due to disability) verwendet.

### 2.3.2. Verlorene Jahre durch Gesundheitseinschränkungen (YLD)

Das Maß YLD (years lost due to disability) wurde berechnet, indem die Anzahl der Fälle mit einer bestimmten Erkrankung in einer Zeitperiode (I, incidence) multipliziert wurde sowohl mit der durchschnittlichen Dauer der Behinderung bis zur Heilung oder bis zum Tod in Jahren (L, length) als auch mit der Schwere der Behinderung (DW, disability weight), (Abbildung 4). Somit ergab sich die Formel:  $YLD = I \times DW \times L$ . Die GBD-Studie gewichtete die Schweregrade einer Erkrankung auf einer Skala von 0 gleich „gesund“ bis 1 gleich „tot“. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf schwere Erkrankungen (Klasse VI und VII) und mäßige und schwere Erkrankungen (Klasse III und höher). Mit Behinderung ist in der GBD-Studie der Verlust von Gesundheit gemeint; es wird eine Person mehrfach gezählt, wenn sie mehrere Erkrankungen hat.

Abbildung 4. Krankheitsklassen<sup>a</sup> der GBD-Studie mit Beispielen (WHO, 2004)

Disability class	Severity weights	Conditions <sup>b</sup>
I	0.00–0.02	Stunting due to malnutrition, schistosomiasis infection, long-term scarring due to burns (less than 20% of body)
II	0.02–0.12	Amputated finger, asthma case, edentulism, mastectomy, severe anaemia, stress incontinence
III	0.12–0.24	Angina, HIV not progressed to AIDS, infertility, alcohol dependence and problem use, low vision (<6/18, >3/60), rheumatoid arthritis
IV	0.24–0.36	Amputated arm, congestive heart failure, deafness, drug dependence, Parkinson disease, tuberculosis
V	0.36–0.50	Bipolar affective disorder, mild mental retardation, neurological sequelae of malaria, recto-vaginal fistula
VI	0.50–0.70	AIDS cases not on antiretroviral drugs, Alzheimer and other dementias, blindness, Down syndrome
VII	0.70–1.00	Active psychosis, severe depression, severe migraine, quadriplegia, terminal stage cancer

<sup>a</sup> Based on average severity weight globally for both sexes and all ages in the GBD 2004 update.

<sup>b</sup> Conditions are listed in the disability class for their global average weight. Most conditions will have distributions of severity spanning more than one disability class, potentially up to all seven.

In Tabelle 2 ist auffällig, dass von 20 führenden Krankheitsursachen in Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen, die zu verlorenen Lebensjahren durch Gesundheitseinschränkungen führten, sechs psychiatrische Erkrankungen aufgelistet wur-

den. Es handelt sich um Depressionen, Alkoholerkrankungen, bipolare Störungen, Schizophrenien, Alzheimer und andere Demenzen und Angststörungen.

**Tabelle 2. Geschätzte Prävalenz der mäßigen und schweren Krankheiten weltweit (Millionen) bezogen auf die führenden Krankheitsursachen nach Alter und Einkommen (WHO 2004).**

Disabling condition <sup>c</sup>	High-income countries <sup>b</sup>		Low- and middle-income countries		World
	0–59 years	60 years and over	0–59 years	60 years and over	All ages
1 Hearing loss <sup>d</sup>	7.4	18.5	54.3	43.9	124.2
2 Refractive errors <sup>e</sup>	7.7	6.4	68.1	39.8	121.9
3 Depression	15.8	0.5	77.6	4.8	98.7
4 Cataracts	0.5	1.1	20.8	31.4	53.8
5 Unintentional injuries	2.8	1.1	35.4	5.7	45.0
6 Osteoarthritis	1.9	8.1	14.1	19.4	43.4
7 Alcohol dependence and problem use	7.3	0.4	31.0	1.8	40.5
8 Infertility due to unsafe abortion and maternal sepsis	0.8	0.0	32.5	0.0	33.4
9 Macular degeneration <sup>f</sup>	1.8	6.0	9.0	15.1	31.9
10 COPD	3.2	4.5	10.9	8.0	26.6
11 Ischaemic heart disease	1.0	2.2	8.1	11.9	23.2
12 Bipolar disorder	3.3	0.4	17.6	0.8	22.2
13 Asthma	2.9	0.5	15.1	0.9	19.4
14 Schizophrenia	2.2	0.4	13.1	1.0	16.7
15 Glaucoma	0.4	1.5	5.7	7.9	15.5
16 Alzheimer and other dementias	0.4	6.2	1.3	7.0	14.9
17 Panic disorder	1.9	0.1	11.4	0.3	13.8
18 Cerebrovascular disease	1.4	2.2	4.0	4.9	12.6
19 Rheumatoid arthritis	1.3	1.7	5.9	3.0	11.9
20 Drug dependence and problem use	3.7	0.1	8.0	0.1	11.8

COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

a GBD disability classes III and above.

b High-income countries are those with 2004 gross national income per capita of \$10 066 or more, as estimated by the World Bank.

c Disease and injury causes of disability. Conditions are listed in descending order by global all-age prevalence.

d Includes adult-onset hearing loss, excluding that due to infectious causes; adjusted for availability of hearing aids.

e Includes presenting refractive errors; adjusted for availability of glasses and other devices for correction.

f Includes other age-related causes of vision loss apart from glaucoma, cataracts and refractive errors.

**Depressionen** lagen auf dem dritten Platz und damit litten im Jahr 2004 weltweit rund 99 Millionen Menschen an dieser Erkrankung, das sind rund 1,5 % der Weltbevölkerung (Anzahl der Weltbevölkerung im Jahr 2004: 6,4 Milliarden, United Nations 2005), wobei die Altersklasse der bis zu 59-Jährigen in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen mit 77,6 Millionen Menschen den größten Anteil stellte. In der Altersklasse der über 60-Jährigen war der Anteil der Depressiven an den gemäßigten und schweren Erkrankungen mit rund 5 Millionen relativ gering. Auf Platz 7 der mäßigen und schweren Erkrankungen lagen die **Alkoholerkrankungen** mit einer

weltweiten Zahl an Erkrankten von 40,5 Millionen; dies entsprach einem Anteil von 0,63 % der Weltbevölkerung, wobei drei Viertel der Erkrankten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der Altersklasse der bis zu 60-Jährigen zu finden war. **Bipolare affektive Störungen** lagen mit 22,2 Millionen Erkrankten auf Platz 12, wobei rund 80 % der Erkrankten auf die Altersklasse der bis zu 59-Jährigen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen entfielen. An **Schizophrenie** litten weltweit genau 16,7 Millionen Menschen, wobei es einen deutlichen Unterschied nach der Einkommensverteilung gab. In Ländern mit hohem Einkommen lag der Anteil der Erkrankten bei nur rund 15,5 %, wohingegen in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen der größte Anteil an Erkrankungen mit rund 84,5 % zu finden war. Rund 15 Millionen der Weltbevölkerung litten an **Alzheimer und anderen Demenzen**. Damit lag diese Erkrankung auf Platz 16 der weltweit führenden Erkrankungen. Erwartungsgemäß lag der größte Anteil der Erkrankten sowohl in Ländern mit niedrigem (93,9 %) als auch in Ländern mit mittlerem und hohem Einkommen (84,3 %) in der Altersklasse der über 60-Jährigen. Unter einer **Angststörung** litten weltweit 13,8 Millionen Menschen; dies entsprach 0,2 % der Weltbevölkerung und damit dem 12. Platz der weltweit führenden Erkrankungen. Betrachtet man insgesamt die Verteilung der Altersklassen, wurde deutlich, dass psychiatrische Erkrankungen häufiger in der Altersklasse der bis zu 59-Jährigen auftrat und chronische Erkrankungen, darunter auch Alzheimer und andere Demenzen, eher in der älteren Bevölkerung ab 60 Jahren.

**Tabelle 3. Weltweit führende Ursachen von „mit Behinderung gelebter Lebensjahre“ (YLD) nach Geschlecht (WHO 2004).**

Males				Females			
Cause	YLD (millions)	Per cent of total YLD		Cause	YLD (millions)	Per cent of total YLD	
1	Unipolar depressive disorders	24.3	8.3	1	Unipolar depressive disorders	41.0	13.4
2	Alcohol use disorders	19.9	6.8	2	Refractive errors	14.0	4.6
3	Hearing loss, adult onset	14.1	4.8	3	Hearing loss, adult onset	13.3	4.3
4	Refractive errors	13.8	4.7	4	Cataracts	9.9	3.2
5	Schizophrenia	8.3	2.8	5	Osteoarthritis	9.5	3.1
6	Cataracts	7.9	2.7	6	Schizophrenia	8.0	2.6
7	Bipolar disorder	7.3	2.5	7	Anaemia	7.4	2.4
8	COPD	6.9	2.4	8	Bipolar disorder	7.1	2.3
9	Asthma	6.6	2.2	9	Birth asphyxia and birth trauma	6.9	2.3
10	Falls	6.3	2.2	10	Alzheimer and other dementias	5.8	1.9

COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

Betrachtet man die zehn führenden Ursachen der Krankheitslast nach der **Geschlechterzugehörigkeit** (Tabelle 3), dann ergab sich folgendes:

**Unipolare depressive Erkrankungen** standen für beide Geschlechter an erster Stelle der führenden Krankheitsursachen. Fasst man unipolare und bipolare depressive Erkrankungen zusammen, dann lag die Krankheitslast für Frauen um 50 % höher als die für Männer. Unter den zehn führenden Ursachen der Krankheitslast lag die Beeinträchtigung durch **Alzheimer und andere Demenzen** bei den Frauen auf dem 10. Platz. Diese Erkrankungen fand man dagegen bei den Männern unter den 10 führenden Ursachen der Krankheitslast nicht, was sich vermutlich mit der kürzeren Lebenserwartung der Männer erklären lässt. Im Gegensatz dazu war die Krankheitslast für Männer mit **Alkoholerkrankungen** um fast 7mal größer als bei Frauen und machte rund ein Drittel der neuropsychiatrischen Krankheitslast aus. Damit waren Alkoholerkrankungen für Männer die zweit häufigste Ursache für mit Behinderung gelebter Lebensjahre.

**Schizophrenien** verursachten bei beiden Geschlechtern eine ähnliche hohe Krankheitslast und lagen bei Männern auf dem 5. und bei Frauen auf dem 6. Platz der mit Behinderung gelebten Lebensjahre.

Betrachtet man die Krankheitslast der Erkrankungen nach der **Einkommensverteilung** der Länder, dann sind psychiatrische Erkrankungen zusammengefasst mit rund einem Viertel die häufigste Ursachen für die mit Behinderung gelebten Lebensjahre sowohl in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen als auch in Ländern mit hohem Einkommen (Tabelle 4).

**Tabelle 4. Weltweit führende Ursachen von „mit Behinderung gelebter Lebensjahre“ (YLD) nach Einkommen (WHO 2004)**

Low- and middle-income countries				High-income countries			
Cause	YLD (millions)	Per cent of total YLD		Cause	YLD (millions)	Per cent of total YLD	
1	Unipolar depressive disorders	55.3	10.4	1	Unipolar depressive disorders	10.0	14.6
2	Refractive errors	25.0	4.7	2	Hearing loss, adult onset	4.2	6.2
3	Hearing loss, adult onset	23.2	4.4	3	Alcohol use disorders	3.9	5.7
4	Alcohol use disorders	18.4	3.5	4	Alzheimer and other dementias	3.7	5.4
5	Cataracts	17.4	3.3	5	Osteoarthritis	2.8	4.1
6	Schizophrenia	14.8	2.8	6	Refractive errors	2.7	4.0
7	Birth asphyxia and birth trauma	12.9	2.4	7	COPD	2.4	3.5
8	Bipolar disorder	12.9	2.4	8	Diabetes mellitus	2.3	3.4
9	Osteoarthritis	12.8	2.4	9	Asthma	1.8	2.6
10	Iron-deficiency anaemia	12.6	2.4	10	Drug use disorders	1.7	2.4

COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

**Unipolare depressive Erkrankungen** verursachten in allen Einkommensregionen die größte Krankheitslast, wobei sie in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen fünfmal so hoch waren als in Ländern mit hohem Einkommen.

**Alkoholerkrankungen** befanden sich unter den 10 häufigsten Ursachen der Krankheitslast, sowohl in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen als auch in Ländern mit hohem Einkommen (hierbei wurde nur die direkte Krankheitslast von Alkoholerkrankungen berücksichtigt, die indirekte Krankheitslast lag um ein vielfaches höher).

**Schizophrenien** lagen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auf Platz sechs unter den zehn weltweit führenden Ursachen der Krankheitslast, wohingegen sie in Ländern mit hohem Einkommen nicht unter die ersten zehn Plätze fielen.

**Demenzielle Erkrankungen** verursachten in Ländern mit hohem Einkommen eine höhere Krankheitslast als in Ländern mit niedrigem Einkommen. Dies hängt wahrscheinlich mit einer höheren Lebenserwartung in Ländern mit hohem Einkommen zusammen.

Das Gesundheitsmaß YLD ist – zusammen mit den YLL – eine Komponente der DALYs. Jedoch sind YLD-Schätzungen begrenzt auf den erfahrenen Gesundheitsverlust von Personen und ziehen andere Aspekte der Lebensqualität nicht in Betracht. Aus diesem Grund wird nachfolgend das Konzept der behinderungsbereinigten Lebensjahre vorgestellt.

### **2.3.3. Behinderungsbereinigte Lebensjahre (DALY)**

Das DALY-Konzept („disability adjusted life years“, behinderungsbereinigte Lebensjahre) wurde erstmals 1993 im Weltentwicklungsbericht (World Development Report) der Weltbank präsentiert, um ein zusammenfassendes Maßsystem für die Abschätzung der weltweiten Krankheitslast zu erhalten.

Die Ergebnisse der DALYs als Morbiditätsmaß basierten auf der Kombination der Anzahl verlorener Lebensjahre infolge eines im Vergleich zur standardisierten Lebenserwartung vorzeitigen Todes (YLL = years of life lost due to premature mortality) und der Anzahl der mit einer krankheitsbedingten Funktionseinschränkung (YLD = years lost due to disability) verbrachten gewichtet verrechneten Lebensjahre nach dem Krankheitseintritt ( $DALY = YLL + YLD$ ). Für in Krankheit verbrachte Lebensjahre wurde angenommen, dass jede Krankheit spezielle Behinderungsfolgen hat, die mit sogenannten „Behinderungsgewichten“ (disability weights) über alle Di-

agnosen vergleichend quantifiziert und dann mit der jeweiligen durchschnittlichen Krankheitsdauer verrechnet wurden (z. B. Heiserkeit hat sehr kleine Behinderungsgewichte, nahe null; das Gewicht von eins entspricht einem vorzeitigen Versterben und bildet die obere Grenze für die Gewichtung dieser verlorenen Jahre). Die DALYs beschreiben damit den Unterschied zwischen einer tatsächlichen Situation und einer idealen Situation, in der jede Person bei voller Gesundheit bis zu dem Alter lebt, das den Standardwerten der Lebenserwartung entspricht. Ein DALY repräsentiert den Verlust eines bei voller Gesundheit verbrachten Lebensjahres.

Der weltweite Durchschnitt der Krankheitslast für alle Regionen lag im Jahr 2004 bei 237 DALYS auf 1000 Personen. Die komplette Krankheitslast der Menschen nach dem DALY-Konzept betrug 1,5 Milliarden verlorene Lebensjahre. Davon waren etwa 60 % durch vorzeitigen Tod bedingt und 40 % durch eine nicht tödlich verlaufende Krankheit (GBD 2004).

#### **2.3.3.1. Führende Ursachen der Krankheitslast**

Die zwei weltweit führenden Ursachen von Krankheitslast (Tabelle 5) waren Infektionserkrankungen, nämlich Atemwegsinfektionen und Durchfallerkrankungen. Unipolare Depressionen standen mit 4,3 % an dritter Stelle bei den weltweit führenden Ursachen für die durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne. Dies bedeutete insgesamt einen Verlust von 65,5 Millionen bei voller Gesundheit verbrachter Lebensjahre. Alkoholkrankungen belegten mit 1,6 % Platz siebzehn und verantworteten insgesamt einen Verlust von 23,7 Millionen bei voller Gesundheit verbrachter Lebensjahre.

Unter den zwanzig weltweit führenden Ursachen der Krankheitslast befanden sich vier in erster Linie nicht tödliche Erkrankungen, nämlich unipolare Depressionen auf Platz drei, Altersschwerhörigkeit auf Platz sechzehn, Fehlsichtigkeiten auf Platz vierzehn und Alkoholkrankungen auf Platz siebzehn. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, neben den tödlichen die nicht tödlichen Erkrankungen in Betracht zu ziehen, wenn man den Gesundheitsverlust in Bevölkerungsgruppen abschätzen möchte.



**Tabelle 5. Weltweit führende Ursachen der Krankheitslast (DALYs) für alle Altersgruppen (WHO, 2004)**

	Disease or injury	DALYs (millions)	Per cent of total DALYs
1	Lower respiratory infections	94.5	6.2
2	Diarrhoeal diseases	72.8	4.8
3	Unipolar depressive disorders	65.5	4.3
4	Ischaemic heart disease	62.6	4.1
5	HIV/AIDS	58.5	3.8
6	Cerebrovascular disease	46.6	3.1
7	Prematurity and low birth weight	44.3	2.9
8	Birth asphyxia and birth trauma	41.7	2.7
9	Road traffic accidents	41.2	2.7
10	Neonatal infections and other <sup>a</sup>	40.4	2.7
11	Tuberculosis	34.2	2.2
12	Malaria	34.0	2.2
13	COPD	30.2	2.0
14	Refractive errors	27.7	1.8
15	Hearing loss, adult onset	27.4	1.8
16	Congenital anomalies	25.3	1.7
17	Alcohol use disorders	23.7	1.6
18	Violence	21.7	1.4
19	Diabetes mellitus	19.7	1.3
20	Self-inflicted injuries	19.6	1.3

COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

<sup>a</sup> This category also includes other non-infectious causes arising in the perinatal period apart from prematurity, low birth weight, birth trauma and asphyxia. These non-infectious causes are responsible for about 20% of DALYs shown in this category.

### 2.3.3.2. Krankheitslast nach Einkommensverteilung

Die führenden Ursachen der Krankheitslast in Ländern mit niedrigem Einkommen waren weitgehend vergleichbar mit denen für die ganze Welt, abgesehen von Malaria und Tuberkulose (Tabelle 6). Unipolare Depressionen hatten einen großen Anteil an der weltweiten Krankheitslast. In Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen befanden sich unipolare Depressionen auf Platz eins, in Ländern mit niedrigem Einkommen auf Platz acht der weltweit führenden Ursachen der Krankheitslast. Alzheimer und andere demenzielle Erkrankungen erschienen unter den führenden Ursachen der Krankheitslast nur in Ländern mit hohem Einkommen auf Platz vier, gefolgt von Alkoholerkrankungen auf Platz fünf, die in Ländern mit mittlerem Einkommen Platz acht belegten.

**Tabelle 6. Weltweit führende Ursachen der Krankheitslast (DALYs), Länder gruppiert nach Einkommen (WHO 2004).**

World			Low-income countries <sup>a</sup>		
Disease or injury	DALYs (millions)	Per cent of total DALYs	Disease or injury	DALYs (millions)	Per cent of total DALYs
1 Lower respiratory infections	94.5	6.2	1 Lower respiratory infections	76.9	9.3
2 Diarrhoeal diseases	72.8	4.8	2 Diarrhoeal diseases	59.2	7.2
3 Unipolar depressive disorders	65.5	4.3	3 HIV/AIDS	42.9	5.2
4 Ischaemic heart disease	62.6	4.1	4 Malaria	32.8	4.0
5 HIV/AIDS	58.5	3.8	5 Prematurity and low birth weight	32.1	3.9
6 Cerebrovascular disease	46.6	3.1	6 Neonatal infections and other <sup>b</sup>	31.4	3.8
7 Prematurity and low birth weight	44.3	2.9	7 Birth asphyxia and birth trauma	29.8	3.6
8 Birth asphyxia and birth trauma	41.7	2.7	8 Unipolar depressive disorders	26.5	3.2
9 Road traffic accidents	41.2	2.7	9 Ischaemic heart disease	26.0	3.1
10 Neonatal infections and other <sup>b</sup>	40.4	2.7	10 Tuberculosis	22.4	2.7
Middle-income countries			High-income countries		
1 Unipolar depressive disorders	29.0	5.1	1 Unipolar depressive disorders	10.0	8.2
2 Ischaemic heart disease	28.9	5.0	2 Ischaemic heart disease	7.7	6.3
3 Cerebrovascular disease	27.5	4.8	3 Cerebrovascular disease	4.8	3.9
4 Road traffic accidents	21.4	3.7	4 Alzheimer and other dementias	4.4	3.6
5 Lower respiratory infections	16.3	2.8	5 Alcohol use disorders	4.2	3.4
6 COPD	16.1	2.8	6 Hearing loss, adult onset	4.2	3.4
7 HIV/AIDS	15.0	2.6	7 COPD	3.7	3.0
8 Alcohol use disorders	14.9	2.6	8 Diabetes mellitus	3.6	3.0
9 Refractive errors	13.7	2.4	9 Trachea, bronchus, lung cancers	3.6	3.0
10 Diarrhoeal diseases	13.1	2.3	10 Road traffic accidents	3.1	2.6

COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

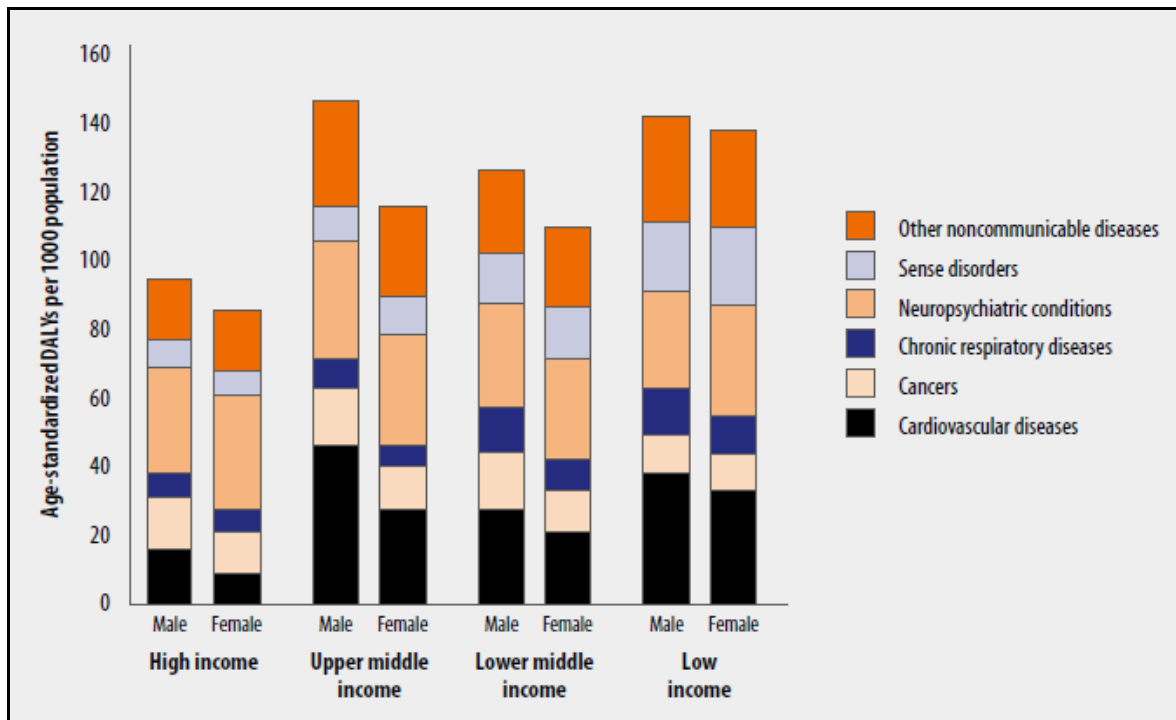
<sup>a</sup> Countries grouped by gross national income per capita (see Annex C, Table C2).

<sup>b</sup> This category also includes other non-infectious causes arising in the perinatal period apart from prematurity, low birth weight, birth trauma and asphyxia. These non-infectious causes are responsible for about 20% of DALYs shown in this category.

### 2.3.3.3. Krankheitslast nach Altersgruppen

Die Krankheitslast nicht ansteckender Erkrankungen machte fast die Hälfte der globalen Krankheitslast für alle Altersgruppen aus (Jahr 2004: 237 DALYs auf 1000 Personen), (WHO 2004). Nichtansteckende Erkrankungen bestimmten vor allem die Krankheitslast in Ländern mit hohem Einkommen, was sich vermutlich durch den relativ großen Anteil an älteren Menschen in Ländern mit hohem Einkommen erklären lässt (WHO 2004). Kontrolliert man den Alterseffekt bei der Angabe der Krankheitslast wurde deutlich, dass das Risiko nicht ansteckender Erkrankungen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen höher ist als in Ländern mit hohem Einkommen (Abbildung 5).

**Abbildung 5. Altersstandardisierte DALYs für nicht ansteckende Krankheiten nach den führenden Krankheitsgruppen, Geschlecht und Einkommensverteilung (WHO 2004).**



Insgesamt konnte man erkennen, dass die altersstandardisierte Krankheitslast neuropsychiatrischer Erkrankungen über alle Einkommensverteilungen zu den führenden Krankheitsgruppen zählte (Abbildung 5). In Ländern mit hohem Einkommen stellte sie rund ein Drittel der Krankheitslast dar, in Ländern mit mittlerem Einkommen rund ein Viertel und in Ländern mit niedrigem Einkommen rund ein Fünftel, wobei kaum ein Geschlechterunterschied festgestellt wurde.

#### **2.3.3.4. Krankheitslast neuropsychiatrischer Erkrankungen**

Neuropsychiatrische Erkrankungen verursachten 13,8 % der insgesamt 1,5 Milliarden verlorenen Lebensjahre der gesamten Weltbevölkerung (Tabelle 7).

**Tabelle 7. Weltweite Krankheitslast (DALYs in Tausend) für neuropsychiatrische Erkrankungen nach Geschlecht und Altersgruppe (WHO 2004)**

Cause <sup>b</sup>	World			Males			Females		
	Total <sup>c</sup>	Males	Females	0-14	15-59	60+	0-14	15-59	60+
Population (millions)	6 437	3 244	3 193	951	1 994	298	895	1 938	360
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
<b>TOTAL DALYs</b>	<b>1 523 259</b>	<b>796 133</b>	<b>727 126</b>	<b>283 314</b>	<b>403 131</b>	<b>109 688</b>	<b>265 052</b>	<b>349 256</b>	<b>112 817</b>
<b>Neuropsychiatric disorders</b>	<b>199 280</b>	<b>98 328</b>	<b>100 952</b>	<b>15 521</b>	<b>76 342</b>	<b>6 465</b>	<b>15 086</b>	<b>75 693</b>	<b>10 172</b>
Unipolar depressive disorders	65 472	24 392	41 080	2 787	20 594	1 011	2 885	35 938	2 257
Bipolar affective disorder	14 425	7 299	7 126	394	6 901	4	328	6 792	6
Schizophrenia	16 769	8 544	8 226	1 279	7 223	42	352	7 807	67
Epilepsy	7 854	4 234	3 621	1 439	2 640	155	1 338	2 134	149
Alcohol use disorders	23 738	21 154	2 584	694	19 995	465	111	2 397	75
Alzheimer and other dementias	11 158	4 312	6 847	355	591	3 366	334	635	5 878
Parkinson disease	1 710	854	856	8	337	509	7	309	540
Multiple sclerosis	1 527	656	871	70	563	22	90	743	38
Drug use disorders	8 370	6 586	1 784	169	6 393	24	86	1 690	8
Post-traumatic stress disorder	3 468	960	2 508	34	921	5	26	2 464	19
Obsessive-compulsive disorder	5 104	2 195	2 909	211	1 959	25	422	2 445	42
Panic disorder	6 991	2 374	4 617	116	2 247	11	115	4 476	26
Insomnia (primary)	3 623	1 562	2 060	45	1 362	155	44	1 749	267
Migraine	7 765	2 116	5 649	888	1 228	0	2 477	3 172	0

a See Annex Table C1 for a list of Member States by WHO region and income category.

b Estimates for specific causes may not sum to broader cause groupings due to omission of residual categories.

c World totals for males and females include residual populations living outside WHO Member States.

d For the Americas, Europe and Western Pacific regions, these figures include late effects of polio cases with onset prior to regional certification of polio eradication in 1994, 2000 and 2002, respectively.

e Does not include liver cancer and cirrhosis deaths resulting from chronic hepatitis virus infection.

f This category includes 'Causes arising in the perinatal period' as defined in the International Classification of Diseases, and does not include all deaths occurring in the perinatal period.

g Includes severe neonatal infections and other non-infectious causes arising in the perinatal period.

h Includes macular degeneration and other age-related causes of vision loss not correctable by provision of glasses or contact lenses, together with deaths due to other sense organ disorders.

i Includes myocarditis, pericarditis, endocarditis and cardiomyopathy.

Aufgeschlüsselt nach Diagnosegruppen, Alters- und Geschlechterzugehörigkeit gehörten depressive Erkrankungen, Schizophrenien, Alkohol- und demenzielle Erkrankungen zu den vier führenden Ursachen der Krankheitslast innerhalb der Gruppe der neuropsychiatrischen Erkrankungen (Tabelle 7).

In dieser Diagnosegruppe standen Depressionen an erster Stelle. Unipolare und Bipolare **Depressionen** verursachten rund 40 % (79,9 Millionen DALYs) aller durch neuropsychiatrische Erkrankungen verlorenen Lebensjahre, wobei bei unipolaren Depressionen für Frauen die Krankheitslast fast doppelt so hoch war wie bei Männern.

**Alkoholerkrankungen** folgten auf Platz zwei mit rund 12 % Anteil an der Krankheitslast aller neuropsychiatrischen Erkrankungen, das entsprach 23,7 Millionen DALYs, wobei fast 90 % der Krankheitslast die Männer betraf.

**Schizophrenien** verursachten einen Verlust von 16,8 Millionen bei voller Gesundheit verbrachten Lebensjahren und standen mit 8,4 % an dritter Stelle der durch neuro-

psychiatrische Krankheiten entstandenen Krankheitslast. Hier war das Geschlechterverhältnis ausgeglichen.

**Alzheimer und andere Demenzen** verursachten 11,1 Millionen durch Krankheitslast verlorene Lebensjahre, was rund 5,6 % der Krankheitslast der Diagnosegruppe der neuropsychiatrischen Erkrankungen entsprach.

#### **2.3.4. Zusammenfassung**

Die vorgestellten Gesamtmaße der Gesundheit ermöglichen Vergleiche des Ausmaßes an Gesundheit und der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen sowohl zwischen verschiedenen Ländern als auch innerhalb einer Gesellschaft. Weiterhin werden Informationen bereit gestellt für Planungen im Gesundheitssystem und wissenschaftlichen Forschungsvorhaben. Gmel und Rehm (2006) haben verschiedene Gesamtmaße der Gesundheit einander gegenübergestellt und kamen zu dem Ergebnis, dass – trotz methodischer Schwächen – mit der Gesundheitsberichtserstattung der WHO ein Instrumentarium geschaffen wurde, das zum ersten Mal in der Geschichte der Epidemiologie Vergleiche zulässt, die über Mortalitätsunterschiede hinausgehen.

Zusammenfassend ist der globalen Krankheitslast-Studie der WHO zu entnehmen, dass psychiatrische Krankheiten einen erheblichen Teil der weltweiten Krankheitslast verursachen. Es stellt sich nun die Frage, wie groß der Anteil psychiatrischer Erkrankungen auf nationaler Ebene ist.

Dazu wird im nachfolgenden Teil die Epidemiologie psychiatrischer Diagnosen aus vier nationalen Bevölkerungssurveys in den Ländern Australien, Deutschland, Niederlande und den USA einander gegenübergestellt.

#### **2.4. Nationale Bevölkerungserhebungen**

Nach dem zweiten Weltkrieg wuchs das Interesse an repräsentativen Untersuchungen zur Epidemiologie psychiatrischer Störungen. Aber erst Anfang der 70er Jahre, mit der Entwicklung der Feighner (Diagnostik-) Kriterien für 14 psychische Störungen, standen einheitlich operationalisierte Diagnosekriterien und strukturierte Interviews zur Erfassung psychischer Störungen zur Verfügung (Baumeister & Härter 2007). Anfang der 80er Jahre ermöglichte die in den USA durchgeführte ECA-Studie weltweit die erste umfassende Erhebung psychischer Störungen in der amerikanischen Allgemeinbevölkerung, um den Bedarf für das Gesundheitssystem zu ermit-

teln. Diese Studie war jedoch nur für die dort untersuchten Erhebungsorte und Bevölkerungsgruppen repräsentativ. Die Prävalenz psychischer Störungen auf nationaler Ebene war erst im Rahmen der Nachfolgestudie möglich, dem National Comorbidity Survey (**NCS**). Daneben gab es weitere Studien, die auf nationaler Ebene repräsentative Prävalenzraten für psychische Erkrankungen erhoben haben, z. B. der **Australian National Survey of Mental Health and Well-Being** (Andrews et al. 2001), und die Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (**NEMESIS**; Bijl et al. 1998).

Die Daten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung stammten aus dem German Health Survey (GHS, deutsch: Bundesgesundheitsurvey - **BGS**; Wittchen & Jacobi 2001, Jacobi et al. 2004) und wurden im Rahmen des **Zusatzsurveys „Psychische Störungen“** im Jahr 1998 erhoben. Der Kernsurvey (N = 7124) wurde im Zeitraum von Oktober 1997 bis März 1999 vom Robert-Koch-Institut durchgeführt, der Zusatzsurvey (N = 4181) wurde vom Max-Planck Institut für Psychiatrie in München durchgeführt. Bis zum Jahr 1998 war die Datenlage zu psychischen Störungen in Deutschland unbefriedigend aufgrund der zwar vielfältig vorhandenen aber regional begrenzten epidemiologischen Untersuchungen der 80er Jahre und zahlreichen administrativen Statistiken (Tabelle 8). Mit der Durchführung des BGS 1998/99 und dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ gab es für Deutschland erstmals eine Prävalenzschätzung psychiatrischer Störungen auf der Grundlage reliabler diagnostischer Kriterien in der erwachsenen deutschen Durchschnittsbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren. Die Störungsgruppe F00-F09 der organischen und symptomatischen psychischen Störungen wurde jedoch im Bundesgesundheitsurvey 1998/1999 nicht erfasst, da nur Personen im Altersbereich von 18 bis 65 Jahren berücksichtigt wurden.

**Tabelle 8. Studien zur psychiatrischen Epidemiologie in Deutschland (Baumeister & Härter 2007)**

Studie	Beginn	Alter	Gegenstand
Oberbayern-Studie (Dilling, Weyerer, Fichter)	1975	15+	Prävalenz, Inzidenz und Verlauf psychischer Strg., Behandlungsnotwendigkeit und -inanspruchnahme
Mannheimer Kohortenstudie (Franz, Schepank)	1979	Jahrgänge 1935, 1945, 1955	Prävalenz, natürlicher Verlauf und Determinanten von Neurosen und Persönlichkeitsstörung
Münchener Follow-up Studie (Wittchen)	1981	18-57	Prävalenz psychischer Strg.
Münchener Hochbetagtenstudie (Fichter)	1990	85+	Prävalenz und Inzidenz von Demenz und Altersdepression
Berliner Altersstudie (Helmchen)	1990	70+	Häufigkeit, Determinanten und Konsequenzen psychischer Krankheit im Alter
Angstsyndrome / Ost und West (Margraf)	1994	18+	Prävalenz, Schwere und Behandlungshäufigkeit von Angststörungen
EDSP (Wittchen)	1995	14-24	Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen, Risikofaktoren, 5-Jahres-Verlauf
Dresdner Studie (Margraf)	1996	18-25	Prävalenz, Inzidenz, Verlauf und Risikofaktoren psychischer Störungen
TACOS (John, Dilling)	1996	18-64	Prävalenz und psychischer Störungen insbesondere Strg. durch Substanzgebrauch
Alexithymie in Deutschland (Brähler)	1996	14-97	Prävalenz und Korrelate von Alexithymie
LEILA75+ (Riedel-Heller)	1997	75+	Prävalenz und Inzidenz von Demenzen und leichten kognitiven Störungen, Risikofaktoren
Somatoforme Beschwerden in Deutschland (Brähler)	1998	18+	Prävalenz somatoformer Beschwerden
Angst und Depression bei über 60jährigen (Brähler)	1998	60+	Prävalenz von Angst und Depression
Bundesgesundheitsurvey (Wittchen)	1998	18+	Prävalenz psychischer Störungen

Zur Darstellung der Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung haben Baumeister & Härter (2007) die Studien gegenübergestellt, die repräsentative Prävalenzraten auf nationaler Ebene erhoben haben (Tabelle 9). Die Ergebnisse umfassten die 12-Monats-Prävalenzraten aus den vier genannten Studien und gaben an, wie viele Personen aus der Allgemeinbevölkerung innerhalb der letzten 12 Monate eine psychische Störung aufwiesen. Die Klassifizierung der psychiatrischen Erkrankungen erfolgte entsprechend der Unterteilung psychischer Störungen nach den übergeordneten Diagnosegruppen der ICD-10 (Baumeister & Härter 2007).

**Tabelle 9. 12-Monatsprävalenzraten psychischer Störungen aus vier nationalen Bevölkerungssurveys (Baumeister & Härtner 2007)**

	12-Monats-Prävalenzraten psychischer Störungen in %			
	Australien <sup>1</sup>	Deutschland <sup>2</sup>	Niederlande <sup>3</sup>	USA <sup>4</sup>
<b>Organisch bedingte psychische Störung</b>	–	1,3	–	–
<b>Substanzstörungen</b>	<b>7,9</b>	<b>7,2</b>	<b>8,9</b>	<b>11,3</b>
Alkoholmissbrauch	1,9		4,6	2,5
Alkoholabhängigkeit	4,1	4,1	3,7	7,2
Drogenmissbrauch	1,0		0,5	0,8
Drogenabhängigkeit	2,0	0,7	0,8	2,8
Schizophrenie/mögl. Psychosen	0,4 <sup>5</sup>	2,6 <sup>6</sup>	0,2 <sup>7</sup>	0,5 <sup>7</sup>
<b>Affektive Störungen</b>	<b>6,6</b>	<b>11,9<sup>8</sup></b>	<b>7,6</b>	<b>11,3</b>
Major Depression/MD-Episode	6,3		5,8	10,3
Dysthymie	1,1	10,7	2,3	2,5
Bipolare Störung/manische Episode	–	0,8	1,1	1,3
<b>Angststörungen</b>	<b>5,6</b>	<b>14,5</b>	<b>12,4</b>	<b>17,2</b>
Panikstörung mit/ohne Agoraphobie	1,1	2,3	2,2	2,3
Agoraphobie ohne Panikstörung	0,5		1,6	2,8
Spezifische Phobie	–	irgendeine Phobie: 12,6	7,1	8,8
Soziale Phobie	1,3		4,8	7,9
Generalisierte Angststörung	2,6	1,5	1,2	3,1
Zwangsstörung	0,7	0,7	0,5	–
Posttraumatische Belastungsstörung	1,3	–	–	–
<b>Somatoforme Störungen</b>	–	<b>11,0<sup>9</sup></b>	–	–
Somatischer Symptom Index SSI 4,6	–	4,3	–	–
anhaltende somatoforme Schmerzstörung	–	8,1	–	–
<b>Esstörungen</b>	–	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	–
Anorexia nervosa	–	–	0,0	–
Bulimia nervosa	–	–	0,4	–
<b>Gesamt</b>	<b>15,5</b>	<b>31,1</b>	<b>23,2</b>	<b>29,5</b>
<b>Komorbidität (≥ 2 psychische Störungen)</b>	<b>38,3<sup>10,11</sup></b>	<b>39,5</b>	<b>35,3<sup>11</sup></b>	–

<sup>1</sup> Andrews et al., 2001  
<sup>2</sup> Jacobi et al., 2004  
<sup>3</sup> Bijl et al., 1998  
<sup>4</sup> Kessler et al., 1994  
<sup>5</sup> Die Prävalenzrate für Schizophrenie/mögl. Psychosen basiert auf einem 5-Item-Screener und geht nicht in die Gesamtbe-  
rechnung für irgendeine psychische Störung mit ein  
<sup>6</sup> Aufgrund der gesenkten Validität dieser Kategorie nur als Verdachtsdiagnose zu interpretieren  
<sup>7</sup> Die Probanden die im CIDI psychotische Symptome aufwiesen, wurden nochmals mit dem SCID interviewt  
<sup>8</sup> Umfasst Major Depression, Dysthymie, Bipolare Störung und Hypomanie  
<sup>9</sup> Umfasst auch Somatisierungsstörung und Hypochondrie  
<sup>10</sup> Beinhaltet hier nicht aufgeführte Neurasthenie und Persönlichkeitsstörung  
<sup>11</sup> Eigene Berechnung aus Kennzahlen der betreffenden Artikel

Anmerkung:

Australien: Australian National Survey of Mental Health and Well-Being

Deutschland: BGS (Bundesgesundheitsurvey)

Niederlande: NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study)

USA: NCS (National Comorbidity Survey)

Beim Vergleich der Prävalenzraten ist zu beachten, dass die dargestellten Studien auf unterschiedlichen Klassifizierungssystemen beruhten: die australische und die deutsche Erhebung basierten auf den Diagnosekriterien des DSM-IV, während die niederländische und die amerikanische Studie das ältere DSM-III-R zur Grundlage hatten. Im DSM-IV wurden die klinischen Aspekte einer psychiatrischen Erkrankung stärker betont als im DSM-III-R, was eine Verringerung der psychiatrischen Präva-



lenz nach sich zog. Das zugrunde liegende Klassifikationssystem ist ein bedeutsamer Faktor bei der Interpretation von Prävalenzraten.

#### **2.4.1. Substanzbezogene Störungen**

Im Bereich der substanzbezogenen Störungen fasste der BGS die Diagnoseuntergruppen „Abhängigkeit“ und „Missbrauch“ zusammen. Die australische, niederländische und amerikanische Studie unterschieden zwischen den Diagnosegruppen „Alkoholmissbrauch“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“ und „Drogenmissbrauch“ bzw. „Drogenabhängigkeit“. Die Ergebnisse der 12-Monatsprävalenzraten für die Obergruppe „Substanzstörungen“ lagen in allen vier Studien nah beieinander und zwar in dem Bereich zwischen 7,9 % in Deutschland und 11,3 % in den USA. Baumeister & Härter (2007) sahen die Gründe für die höchsten Prävalenzraten in der amerikanischen Untersuchung in methodisch bedingten Unterschieden und kulturspezifischen Eigenheiten wie z. B. Unterschiede in der Konsumbewertung.

#### **2.4.2. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen**

Für diese Diagnosegruppe lagen die 12-Monatsprävalenzraten in Australien (0,4 %), den Niederlanden (0,2 %) und den USA (0,5 %) ebenfalls nah zusammen, während für Deutschland eine Prävalenz von 2,6 % ermittelt wurde. Der Unterschied zwischen Deutschland und den anderen Ländern lag wahrscheinlich in methodischen Unterschieden der Erfassung der psychotischen Symptome (Baumeister & Härter 2007).

#### **2.4.3. Affektive Störungen**

Affektive Störungen und hier vor allem die Depression gehörten zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Auffallend waren die relativ niedrigen Prävalenzraten in Australien (6,6 %) und den Niederlanden (7,6 %) im Gegensatz zu den Zahlen in Deutschland (11,9 %) und den USA (11,3 %). Betrachtete man die Diagnosenuntergruppen, dann schien das Vorliegen einer Dysthymie in Australien, den Niederlanden und den USA ähnlich häufig zu sein, nämlich zwischen 1,1 % und 2,5 %. Ähnliches galt für die Prävalenzraten für bipolare Störungen (0,8 % - 1,3 %), die jedoch im australischen Survey nicht erhoben wurden. Im deutschen Survey wurde nicht zwischen Major Depression und Dysthymie unterschieden. Die Prävalenzraten dieser Diagnosegruppe waren in der australischen (6,3 %) und niederländischen Untersuchung (5,8 %) vergleichbar, wohingegen in den USA eine viel

größere 12-Monatsprävalenzrate für Major Depression gefunden wurde (10,3 %). Gründe hierfür lagen wieder im zugrunde liegenden Klassifikationssystem, denn im Zeitraum von 2001 bis 2002 wurde eine Replikation der US-amerikanischen NCS-Studie durchgeführt (NCS-R), die statt der DSM-III-R die DSM-IV Diagnoseklassifikation verwendete und eine Prävalenzrate für Major Depression von 6,6 % errechnete (Baumeister & Härter 2007).

#### **2.4.4. Angststörungen**

Die 12-Monatsprävalenzraten für „irgendeine Angststörung“ reichten von 5,6 % im australischen Survey bis 17,2 % im US-amerikanischen Survey. Die niedrige Prävalenzrate im australischen Survey war darauf zurückzuführen, dass hier die Phobien nicht mit erhoben wurden, dagegen aber die Prävalenzrate für posttraumatische Belastungsstörungen. Auch die Prävalenzraten für soziale Phobien wiesen in den vier Studien größere Unterschiede auf. Die Gründe hierfür wurden wiederum in der Verwendung unterschiedlicher Klassifikationssysteme in den Studien gesehen.

#### **2.4.5. Somatoforme Störungen**

Prävalenzraten für somatoforme Störungen wurden nur im deutschen Survey erhoben und lagen bei 11,0 %. Die Ursache für die fehlende Erhebung dieser Störungen in den anderen Surveys lag wahrscheinlich ebenfalls in einer diagnostischen Unsicherheit bei der Anwendung der Kriterien des DSM-IV begründet, die bei der Diagnose „Somatisierungsstörung“ (acht somatische Symptome ohne medizinische Ursache) und „undifferenzierte Somatisierungsstörung“ (eine körperliche Beschwerde ohne medizinische Ursache) verursacht wurde.

#### **2.4.6. Zusammenfassung**

Die vorgestellten repräsentativen epidemiologischen Studien aus den USA, den Niederlanden, Deutschland und Australien zeigten einen hohen Anteil an psychisch erkrankten Personen. In Deutschland litt im Jahr 1998 fast jeder Dritte im Laufe eines Jahres unter einer psychischen Störung. Da diese Daten jetzt schon über zehn Jahre alt sind, befasst sich der folgende Abschnitt mit den gegenwärtigen epidemiologischen Daten für Deutschland. Diese werden für ausgewählte ICD-10 Hauptdiagnosegruppen vorgestellt.

## **2.5. Psychiatrische Epidemiologie in Deutschland**

Epidemiologische Daten in der Forschungsliteratur weisen oft erhebliche Schwankungen und Unterschiede auf. Dies liegt häufig an unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der Definition der Störung, Einbezug von Einzelphasen oder Gesamtverlauf, sämtlicher Manifestationen oder nur bestimmter Schweregrade etc. Deshalb sind die nachfolgend genannten und aus der Fachliteratur zusammengestellten Zahlen als Anhaltspunkte zu werten.

Die Darstellung psychiatrischer epidemiologischer Zahlen für Deutschland erfolgt entsprechend der Unterteilung psychischer Störungen nach übergeordneten Diagnosegruppen gemäß den Vorgaben der ICD-10. Folgende sechs ausgewählte Diagnosehauptgruppen werden vorgestellt:

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
- Affektive Störungen (F30-F39)
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
- Vorsätzliche Selbstschädigung (X84)

### **2.5.1. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)**

#### **2.5.1.1. Definition**

Organische und symptomatische psychische Störungen sind psychische Krankheiten, deren Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder in einer anderen Schädigung liegt, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Man unterscheidet zwischen primären Funktionsstörungen, die das Gehirn direkt betreffen und sekundäre Funktionsstörungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen betreffen. Zu dieser Diagnosegruppe gehören die Demenzen (F00-F03) als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit kognitiven Beeinträchtigungen wie Störungen des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, Auffassung, Sprache und des Urteilsvermögens ohne Bewusstseinsbeeinträchtigungen. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet. Demenz

kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen (ICD-10-GM; Dilling et al. 2008).

### 2.5.1.2. Epidemiologie

Demenzen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des Alters. Für Deutschland belief sich die **Prävalenz** im Jahr 2009 auf ca. 1 Million Menschen, wobei die Angaben zwischen 0,8 Millionen und 1,3 Millionen schwankten, das entsprach etwa 6 bis 9 % der Menschen im Alter über 65 Jahren (Ziegler & Doblhammer 2009, Bickel 2008). Die häufigste Form der Demenz in den westlichen Ländern ist die Alzheimer Demenz, die rund 2/3 aller Krankheitsfälle ausmacht. Die Prävalenzrate der Demenzen steigt mit dem Alter an von rund 1 % in der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen auf rund 24 % der Altersgruppe der 85 bis 89-Jährigen (Tabelle 10).

**Tabelle 10. Jahresprävalenzrate (Anteil der Kranken an der dt. Bevölkerung) von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter (Bickel 2008)**

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Geschätzte Krankenzahl nach Altersstruktur Anfang 2007
65 - 69	1,2	66.000
70 - 74	2,8	111.000
75 - 79	6,0	184.000
80 - 84	13,3	288.000
85 - 89	23,9	256.000
90 und älter	34,6	197.000
<b>65 und älter</b>	<b>6,8</b>	<b>1.102.000</b>

Die Wahrscheinlichkeit für Männer und Frauen an einer Demenz zu erkranken ist etwa gleich hoch. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen findet man aber in den höchsten Altersgruppen, in denen das Demenzrisiko stark ansteigt, mehr Frauen, so dass etwa 70 % der Demenzerkrankungen Frauen betreffen und 30 % Männer.

Zur **Inzidenz** der Alzheimer Demenz werden ebenfalls unterschiedliche Zahlen angegeben. Bickel (2008) gibt für die 65 - 69 Jährigen in Deutschland eine Inzidenzrate von 0,4 % an, die auf 10,1 % für die über 90-Jährigen ansteigt. Für Deutschland bedeutete das im Jahr 2007, dass rund 280.000 Personen jährlich an Demenz erkrankten, das entsprach einer mittleren Inzidenzrate von 1,8 % pro Jahr (Tabelle 11).

**Tabelle 11. Inzidenz von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter in Deutschland (Bickel 2008)**

Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr (%)	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland im Jahr 2007
65 - 69	0,4	22.000
70 - 74	0,9	35.000
75 - 79	1,9	55.000
80 - 84	4,1	77.000
85 - 89	6,5	53.000
90 und älter	10,1	38.000
<b>65 und älter</b>	<b>1,8</b>	<b>280.000</b>

Die Lebenserwartung Demenzkranker ist in Abhängigkeit vom Schweregrad und Erkrankungsalter gegenüber Gesunden wesentlich niedriger, wobei folgende Faktoren eine wichtige Rolle spielen können: Demenzkranke sind weniger gut in der Lage, für sich zu sorgen und nehmen daher ernstzunehmende somatische Symptome oft nicht wahr oder reagieren darauf nicht adäquat. Insbesondere bei Personen mit fortgeschrittener Demenz können weitere medizinisch relevante Veränderungen mit einhergehen, wie z. B. Störungen von hormonellen Regelkreisläufen, krankheitsbedingte starke Abmagerung und allgemeiner Kräfteverfall, Gebrechlichkeit mit der Folge gehäufte Stürze. Die durchschnittliche Krankheitsdauer vom Beginn der Symptome bis zum Tod wird mit 4,7 bis 8,1 Jahre für die Alzheimer-Demenz und mit etwa einem Jahr weniger für vaskuläre Demenzen angegeben. Im Allgemeinen ist die verbleibende Lebenserwartung unter Frauen höher als unter Männern (Weyerer 2005).

**Tabelle 12. Sterbefälle je 100.000 Einwohner in Deutschland für die Jahre 1998 bis 2008 (Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt 2010)**

Diagnose	1998	1999	2000	2005	2006	2007	2008
A00-T98 Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	936,92	914,27	885,84	801,55	776,56	766,73	768,41
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	10,92	10,63	9,5	11,03	13,09	13,92	16,58
F00-F09 Organische, einschl. sympt. psychischer Störungen	2,53	2,47	2,12	4,31	6,73	7,54	9,95

Anhand der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes erkennt man, dass sich die Sterbefälle der Diagnosegruppe organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen pro 100.000 Einwohner von 2,5 Fälle im Jahr 1998 auf rund 10 Fälle im Jahr 2008 erhöht haben (Tabelle 12). Geht man von einer Bevölkerungszahl in Deutschland von 82 Millionen Menschen im Jahr 2008 aus, dann waren in diesem Jahr rund 8.200 Personen an einer Erkrankung aus der Diagnosegruppe

F00-F09 verstorben. Dies entsprach einem Anteil von rund 59 % an den Todesfällen bedingt durch psychische und Verhaltensstörungen (13.940 Sterbefälle im Jahr 2008) und einem Anteil von rund 1,3 % aller Sterbefälle im Jahr 2008 (Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt 2010).

## **2.5.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)**

### **2.5.2.1. Definition**

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) beschreiben eine Diagnosegruppe, bei welcher der Konsum von Alkohol über das sozial tolerierte, für die Gesellschaft und den Einzelnen ungefährliche Maß hinaus geht. Es handelt sich um:

- einmaligen Missbrauch (Intoxikation), (F10.0)
- gewohnheitsmäßigen schädlichen Gebrauch (Missbrauch), (F10.1)
- Abhängigkeit/Sucht (F10.2)

Die Ursachen für Alkoholmissbrauch sind multifaktoriell: sie hängen ab vom einzelnen konsumierenden Individuum, vom sozialen Umfeld und vom aktuellen Auslöser. In Deutschland liegt der pro Kopf Verbrauch bei rund 10 l reinem Alkohol pro Jahr. Er ist zwar seit Beginn der 90er Jahre um mehr als 15 % zurück gegangen, liegt aber international auf sehr hohem Niveau. Alkohol spielt eine große Rolle bei der Entstehung von Krebserkrankungen und ist auch häufig bei Unfällen, Gewalttaten und Selbstmorden beteiligt.

### **2.5.2.2. Epidemiologie**

Alkoholbedingte Störungen gehören zu den psychischen Störungen mit der höchsten Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung. In Deutschland konsumierten im Jahr 2005 rund 9,5 Millionen Erwachsene im Alter zwischen 18 und 64 Jahren Alkohol in **gesundheitlich riskanter Weise** (Tabelle 13), d. h. Frauen mehr als 12 g Reinalkohol und Männer mehr als 24 g Reinalkohol (Missbrauch, F 10.1). Das entsprach einer 12-Monatsprävalenz für beide Geschlechter von 18,3 %. In dieser Altersklasse konsumierten 7,5 % der Frauen mehr als 20 g Reinalkohol pro Tag und 15 % der Männer mehr als 30 g Reinalkohol pro Tag, was einer 12-Monats-Prävalenz für beide Geschlechter von 11,4 % entsprach. Insgesamt konsumierten im Jahr 2005 15,4 Millionen Menschen der 18 bis 64-Jährigen Alkohol in riskanter Weise, was einem prozentualen Anteil von 29,6 % entsprach.

**Tabelle 13. Riskanter Alkoholkonsum in Deutschland (Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2006, Basis Alter:18-64-Jährige / Basis Bevölkerung: 52.010.517 Personen; Stand: 31.12.2005, Bundesministerium für Gesundheit 2007)**

12-Monats-Prävalenz	Gesamt %	Männer %	Frauen %	N
>12/24g Reinalkohol pro Tag	18,3	20,9	15,6	9.500.000
>20/30g Reinalkohol pro Tag	11,4	15,0	7,5	5.900.000

**Tabelle 14. Alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2006, Basis Alter:18-64-Jährige / Basis Bevölkerung: 52.010.517 Personen; Stand: 31.12.2005, Bundesministerium für Gesundheit 2007)**

12-Monats-Prävalenz	Gesamt %	Männer %	Frauen %	N
DSM-IV-Missbrauch	3,8	6,4	1,2	2.000.000
DSM-IV-Abhängigkeit	2,4	3,4	1,4	1.300.000

In der Altersklasse zwischen 18 und 64 Jahren hatten im Jahr 2005 zwei Millionen Menschen eine 12-Monats-Prävalenz alkoholbezogener Störungen in Form von **Alkoholmissbrauch**, das entsprach einem Anteil von 3,8 % für beide Geschlechter. **Alkoholabhängig** waren in dieser Altersklasse 2,4 %, was einer Zahl von 1,3 Millionen Menschen entsprach (Tabelle 14).

Hinzu kamen in Deutschland jährlich etwa 10.000 Kinder, die an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft litten. Am schwerwiegendsten ist das fetale Alkoholsyndrom (FAS); nach vorsichtigen Schätzungen waren ca. 4.000 Neugeborene pro Jahr betroffen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2010).

Die Zahl der Toten durch Alkoholkonsum war je nach Quelle unterschiedlich hoch. Im Jahr 2008 zählte das Statistische Bundesamt 4.760 Tote mit der Todesursache psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Tabelle 15), das entsprach rund 1,7 % der Sterbefälle. Der prozentuale Anteil hat sich in den letzten 4 Jahren wenig verändert, im Jahr 2007 lag er bei 1,72 % und im Jahr 2008 bei 1,77 %.

Dagegen bezifferte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen jährlich fast 74.000 Todesfälle durch Alkoholkonsum, was einen Anteil an alkoholbedingten Todesfällen an allen Todesfällen im Alter zwischen 35 und 65 Jahren bei Männern von 25 % und bei Frauen von 13 % ausmachte (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2010). Die großen Differenzen erklären sich dadurch, dass bei den rund 74.000 Todesfällen durch Alkohol – aufgelistet durch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2010 – auch Todesfälle mitgerechnet werden, bei denen Alkohol nicht die primäre Ursache ist, wie z. B. Leberzirrhose, Herz-Kreislaufkrankungen, Gehirnschädigungen.

**Tabelle 15. Todesursache psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol in Deutschland (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, Stand: 22.04.2010)**

Todesursachenstatistik Deutschland					
Gestorbene (Anzahl)	Jahr				
Todesursachen	2004	2005	2006	2007	2008
Insgesamt	818.271	830.227	821.627	827.155	844.439
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4.746	4.933	4.603	4.702	4.760
Psychische und Verhaltensstörungen d. a. psychot. Subst.	632	755	679	716	865

## 2.5.3. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)

### 2.5.3.1. Definition

Die Schizophrenie ist in dieser Diagnosegruppe das wichtigste Krankheitsbild. Schizophrene Störungen sind durch psychopathologisch beschreibbare Auffälligkeiten des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität gekennzeichnet und betreffen die gesamte Persönlichkeit (ICD-10-GM, Dilling et al. 2008). Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome (ICD-10-GM, Dilling et al. 2008).

Die schizotype Störung zeichnet sich aus durch ein tiefgreifendes Verhaltensdefizit im zwischenmenschlichen bzw. psychosozialen Bereich. Das äußert sich in Verhaltenseigentümlichkeiten, mangelnder Fähigkeit zu engen persönlichen Beziehungen und Verzerrungen in Denken und Wahrnehmung. Das Auftreten ist oft schrullig und exzentrisch.

### 2.5.3.2. Epidemiologie

Schizophrenie tritt im Laufe des Lebens bei etwa 1 % der Bevölkerung auf, Männer und Frauen erkranken etwa gleich häufig, aktuell geht man von etwa 800.000 Betroffenen in Deutschland aus. Die jährliche Inzidenz schizophrener Störungen liegt bei ca. 0,02 % - das entspricht 20 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner/Jahr (Klosterkötter 2008). Aufgrund der Symptomatik, der Schwere der Erkrankung und



der häufig chronischen Verlaufsform stellt die Schizophrenie für die Betroffenen, aber auch für die Familienangehörigen eine große Belastung dar.

Nach Riecher-Rössler (2007) erkrankten Frauen im Durchschnitt etwa 4 bis 5 Jahre später als Männer, oft noch nach dem 40. Lebensjahr. Prodromi und andere Vorboten der Erkrankung sind bei Frauen ähnlich wie bei Männern.

Jablensky (1995; zit. in Berger 2004) untersuchte die Mortalitätsrate bei schizophrenen Erkrankten und fand eine relative jährliche Mortalitätsrate von 21/1000 für männliche und 15/1000 für weibliche Erkrankte. Diese Raten waren zweimal so hoch wie die Mortalität in der entsprechenden Gesamtbevölkerung. Die Lebenserwartung schizophrener Patienten war im Vergleich zur Gesamtbevölkerung um etwa zehn Jahre kürzer. Ursachen für diese höhere Mortalität schizophrener Erkrankter sind Unfälle und Suizide. Die Gefährdung besteht vor allem in der Phase kurz nach der stationären Entlassung, wenn den Patienten die Beeinträchtigung ihrer sozialen Kompetenz bewusst wird, die für die Zukunft keine Besserung erwarten lässt, sondern eher eine Verschlechterung des Krankheitsbildes.

#### **2.5.4. Affektive Störungen (F30-F39)**

##### **2.5.4.1. Definition**

Die Hauptsymptome der affektiven Störungen bestehen in einer Veränderung der Stimmung und können sich in zwei entgegengesetzte Richtungen äußern: der Affekt kann in Richtung Depression gedrückt oder in Richtung Manie gesteigert sein. In diesem Zusammenhang wird der Begriff Affekt im Sinne von Grundstimmung gebraucht, deren Veränderung akut, chronisch oder episodisch auftreten kann. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Affektive Störungen äußern sich in ungefähr zwei Dritteln aller Fälle in Form von Depressionen. Da Manien selten alleine auftreten und sich meist manische und depressive Phasen abwechseln, macht die bipolare Verlaufsform etwa das restliche Drittel der affektiven Störungen aus (ICD-10-GM, Dilling et al. 2008).

##### **2.5.4.2. Epidemiologie**

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ im Auftrag vom Robert Koch-Institut (Wittchen et al. 2010) stellte für 8 % der Frauen und 4 % der Männer fest, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine Depression oder depressive Verstimmung bestand, die von einem Arzt oder Psychotherapeuten diagnostiziert wurde. Der

Geschlechterunterschied bestand bei allen Alters- und Bildungsgruppen. Im Vergleich der Altersgruppen fanden sich die höchsten Anteile in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen. Bei Frauen betrug in dieser Altersgruppe die 12-Monats-Prävalenz 10 %, bei Männern 7 %. Die niedrigsten Anteile von Menschen mit Depression fanden sich in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen. In dieser Altersgruppe berichteten 6 % der Frauen und 3 % der Männer von Depressionen in den letzten 12 Monaten.

Nicht nur vom subjektiven Erleben her, sondern auch objektiv gesehen ist die Depression eine schwere, oft lebensbedrohliche Erkrankung. Hier ist die Gefahr der Suizidversuche und Suizide zu nennen. Fast alle Patienten mit schweren Depressionen haben zumindest Suizidgedanken. Bis zu 15 % der Patienten mit schweren depressiven Störungen versterben durch Suizid. Etwa die Hälfte der Patienten mit depressiven Störungen beginnt in ihrem Leben einen Suizidversuch (Angst et al. 1999). Auch unabhängig von der Suizidalität kann z. B. bei älteren Menschen die Depression durch Rückzugsneigung, Appetitlosigkeit oder zu geringe Flüssigkeitsaufnahme sehr rasch zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.

## **2.5.5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)**

### **2.5.5.1. Definition**

Diese Erkrankungen werden aufgrund des historischen Zusammenhangs mit dem Neurosenkonzept und wegen des Anteils an psychischer Verursachung in der ICD-10 in einem Kapitel zusammengefasst. Das Neurosenkonzept wird jedoch nicht als Organisationsprinzip beibehalten, sondern diese Gruppe wird durch Leitsymptome untergliedert.

Die Diagnosegruppe F40 und F41 wird durch das Symptom Angst gebildet, die durch ungefährliche Situationen oder Objekte außerhalb des Patienten hervorgerufen wird.

Die Diagnosegruppe F42 ist gekennzeichnet durch wiederkehrende Zwangshandlungen und/oder Zwangsgedanken.

Die Störungen der Diagnosegruppe Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) werden durch außergewöhnlich belastende Lebensereignisse hervorgerufen, die eine akute Belastungsreaktion hervorrufen.

Die vierte Gruppe der dissoziativen und Konversionsstörung (F44) ist gekennzeichnet durch den Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit,

des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen (ICD-10-GM, Dilling et al. 2008).

Bei der Diagnosegruppe F45 stehen körperliche Beschwerden, insbesondere Schmerzen und vegetative Symptome im Vordergrund.

In der Diagnosegruppe F48 werden andere neurotische Störungen zusammengefasst.

### **2.5.5.2. Epidemiologie**

Aufgrund der Zusammenfassung verschiedener Störungsbilder in einer Diagnosegruppe werden die epidemiologischen Angaben für die einzelnen Gruppen dargestellt.

Die Lebenszeitprävalenz einfacher phobischer Störungen (F40, F41) liegt bei etwa 11 %, bei sozialen Phobien bei ungefähr 13 % und bei Agoraphobien bei 5 %. Angststörungen treten bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern, insbesondere ist der Unterschied bei der Agoraphobie ausgeprägt (Möller et al. 2005).

Zwangsstörungen (F42) haben eine Lebenszeitprävalenz von 2,5 % und eine 1-Jahres-Prävalenz von 0,5 - 2,1 %. Die häufigsten Zwänge sind der Wasch- und Kontrollzwang. Frauen sind bei Waschwängen, Männer bei Kontrollzwängen überrepräsentiert.

Anpassungsstörungen (F43) zählen zu den häufigsten Diagnosen, die in der ambulanten und stationären Versorgungspraxis gestellt werden. Aufgrund der diagnostischen Unschärfe und der konzeptionellen Unklarheit dieser Diagnose werden Anpassungsstörungen in den bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Studien wie dem US National Comorbidity Survey oder dem Bundesgesundheitsurvey nicht erfasst (Jacobi et al. 2004). In klinischen Gruppen liegt die Prävalenzrate zwischen 10 % und 30 % aller psychiatrischen Patienten in der ambulanten Versorgung (Bengel & Hubert 2009).

Die Häufigkeit von dissoziativen Störungen (F44) in stationären psychiatrischen Stichproben liegt bei bis zu 5 % (Gast et al. 2001).

Somatoforme Störungen (F45) gehören zu den häufigsten Störungsbildern bei Patienten von Allgemeinärzten und Allgemeinkrankenhäusern. Mindestens 20 % der Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, leiden an einer somatoformen Störung. In stationären Abteilungen haben somatoforme Störungen eine Häufigkeit von 10 bis zu 40 %. Die Lebenszeitprävalenz beträgt ca. 10 % bis 15 %; von der Erkrankung sind

mehr Frauen betroffen. Das Erkrankungsrisiko steigt proportional zum Lebensalter ([www.psychische-gesundheit.info](http://www.psychische-gesundheit.info); Stand 04.04.2011).

Aufgrund der Heterogenität der Diagnosegruppe F4 und der unübersichtlichen Datenlage werden die Zahlen für Mortalität hier nicht dargestellt.

### **2.5.6. Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Weise (X84)**

Unter diese Diagnose fasst man eine Reihe von Verhaltensweisen, bei denen sich betroffene Menschen absichtlich Verletzungen oder Wunden zufügen. Durch das selbstverletzende Verhalten soll durch den Spannungsabbau ein Suizid vermieden werden. Durch die unerträglichen Spannungszustände der zugrunde liegenden Erkrankung können diese Selbstbeschädigungen auf Dauer zu Suizidalität führen und im Suizid enden. Selbstverletzendes Verhalten kann bei einer Reihe anderer psychischer Störungen auftreten: wie z. B. bei Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen, Alkoholkrankungen, Depressionen und anderen affektiven Störungen, Essstörungen, Traumatisierungen, Zwangsstörungen und Belastungs- und Anpassungsstörungen (Möller et al. 2005).

Nach Rübenach (2007) werden schätzungsweise 65 % bis 90 % aller Suizide durch psychische Erkrankungen verursacht, am häufigsten durch eine Depression. Umgekehrt gilt, dass etwa 3 % bis 4 % aller Depressiven durch Suizid sterben.

Im Jahr 2008 nahmen sich in Deutschland 9451 Menschen das Leben (7039 Männer und 2412 Frauen), wobei die tatsächliche Zahl der Suizide sicherlich erheblich höher lag. Seit den 1990er Jahren nahm die Sterblichkeit durch Suizid ab, wobei der Rückgang nach Altersgruppen unterschiedlich ausgeprägt war. Statistisch betrachtet sank die Anzahl von Suizidversuchen im Alter, die Zahl der vollzogenen Suizide hingegen stieg und war weltweit in der Altersgruppe der über 75-Jährigen am höchsten (Statistisches Bundesamt 2008).

Da diese Diagnose in der Klinik seit 1996 nicht mehr als Hauptdiagnose vergeben wurde, ist auf die Bedeutung der Komorbidität zu den übrigen psychiatrischen Hauptdiagnosen hinzuweisen. Im folgenden wird die Diagnose vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Weise mit dem Kurzbegriff Suizidalität bezeichnet.

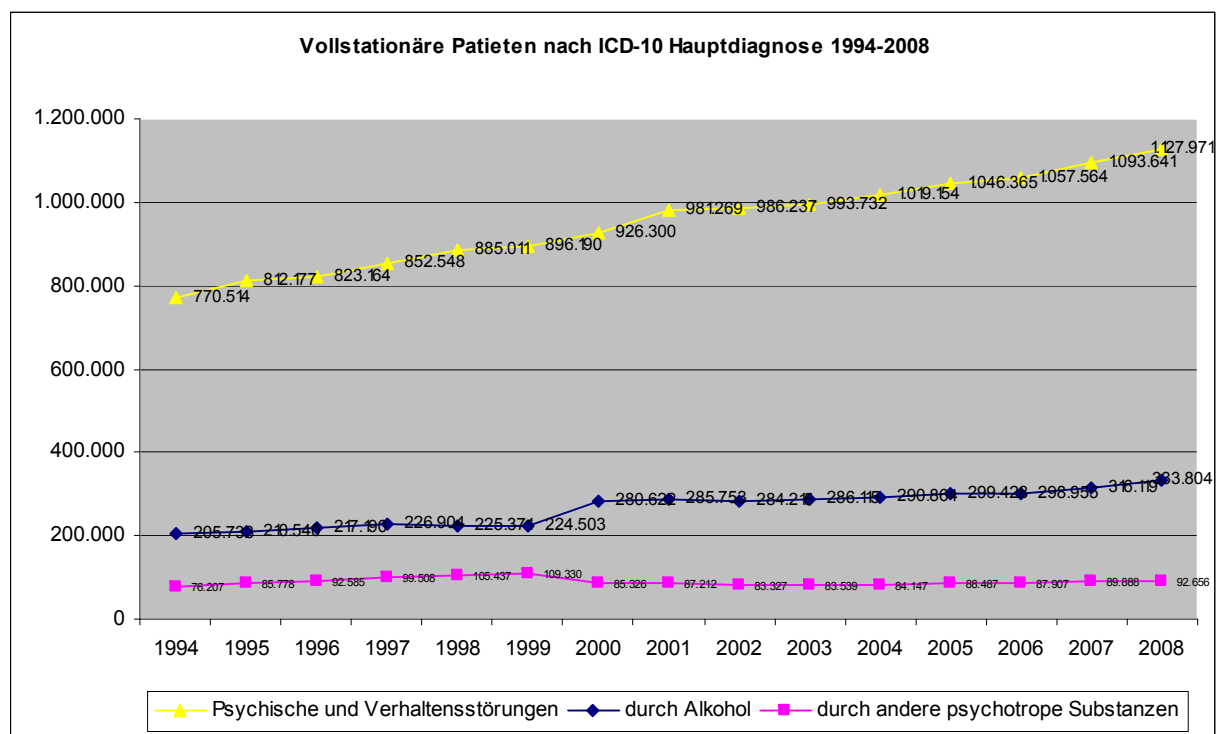
### **2.5.7. Zusammenfassung der epidemiologischen Daten für Deutschland**

Die erste Prävalenzschätzung von psychiatrischen Störungen für Deutschland auf der Grundlage reliabler diagnostischer Kriterien lieferten die Daten des Bundesgesundheits surveys im Jahr 1998/99 (Kapitel 2.4). Da diese Daten jedoch über zehn Jahre alt sind und die im vorangegangenen Kapitel vorgestellten Zahlen auf unterschiedlichen Datenbasen erhoben wurde, werden die epidemiologischen psychiatrischen Diagnosedaten der in deutschen Krankenhäusern entlassenen vollstationären Patienten dargestellt (Statistisches Jahrbuch 2009).

Die Erhebungen des Statistisches Bundesamtes (Tabelle 16) zeigten, dass im Jahr 2008 insgesamt 17,9 Millionen Patienten aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen wurden, einschließlich Sterbefälle und Stundenfälle; das waren rund ein Fünftel der Gesamtbevölkerung in Deutschland im Jahr 2008. Im Jahr 2008 erhöhte sich die Zahl aus stationärer Behandlung entlassener Patienten gegenüber dem Jahr 1994 um 16,2 %. Der Anteil der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ betrug im Jahr 1994 genau 5,0 % (absolut 770.514 Patienten), im Jahr 2008 waren es 6,3 % (absolut rund 1,1 Millionen Patienten). In Deutschland erhöhte sich die Zahl der Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose in Krankenhäusern im Zeitraum von 1994 bis 2008 um 46,4 % (absolut 357.457 Patienten).

**Tabelle 16. In Deutschland entlassene vollstationäre Patienten der Krankenhäuser: Hauptdiagnose 1994-2008, absolut und prozentual (Statistisches Bundesamt 2009)**

ICD-10 Hauptdiagnose	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Absolut</b>															
Entlassungen insgesamt	15.358.986	15.789.811	16.124.015	16.388.506	16.825.974	17.027.961	17.187.527	17.259.596	17.363.164	17.313.222	17.233.624	17.033.775	17.142.476	17.568.576	17.937.101
F00-F99	770.514	812.177	823.164	852.548	885.011	896.190	926.300	981.269	986.237	993.732	1.019.154	1.046.365	1.057.564	1.093.641	1.127.971
F10	205.733	210.540	217.190	226.904	225.371	224.503	280.622	285.753	284.215	286.115	290.864	299.428	298.955	316.119	333.804
F11-16, 18-19	76.207	85.778	92.585	99.508	105.437	109.330	85.326	87.212	83.327	83.539	84.147	88.487	87.907	89.888	92.656
<b>Prozent</b>															
F00-F99	5,02	5,14	5,11	5,20	5,26	5,26	5,39	5,69	5,68	5,74	5,91	6,14	6,17	6,22	6,29
F10	26,70	25,92	26,38	26,61	25,47	25,05	30,29	29,12	28,82	28,79	28,54	28,62	28,27	28,91	29,59
F11-16, 18-19	9,89	10,56	11,25	11,67	11,91	12,20	9,21	8,89	8,45	8,41	8,26	8,46	8,31	8,22	8,21



### 2.5.7.1. Diagnoseverteilung der Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Von den rund 1,1 Millionen Patienten mit der ICD-10 Hauptdiagnose psychische und Verhaltensstörungen, die im Jahr 2008 aus vollstationärer Krankenhausbehandlung entlassen wurden, waren rund 54 % Männer und 46 % Frauen (Tabelle 17). Die ICD-10 Diagnosenstatistik nach dreistelliger psychiatrischer Hauptdiagnose vollstationärer Patienten wird in Tabelle 17 dargestellt.

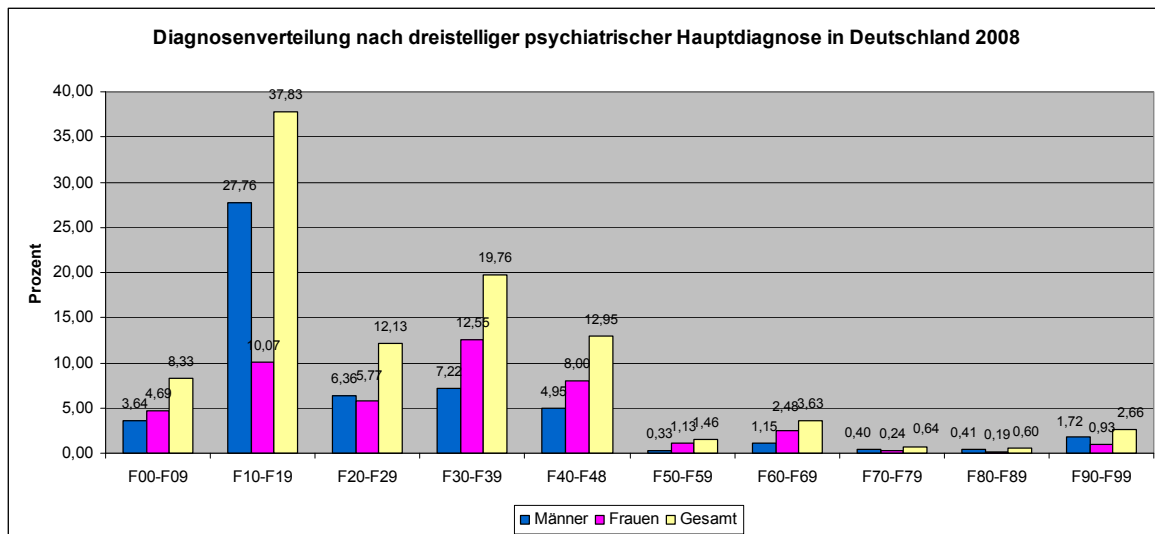
**Tabelle 17. Vollstationäre Patienten in deutschen Krankenhäusern nach dreistelliger psychiatrischer ICD-10 Hauptdiagnose im Jahr 2008 (Statisches Bundesamt 2009)**

Diagnose	ICD-10	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
		absolut			prozentual		
Organische, einschl. sympt. psych. Stör.	F00-F09	41.031	52.957	93.988	3,64	4,69	8,33
Psychische und Verhaltensstör. d. psychotr. Substanzen	F10-F19	313.112	113.629	426.741	27,76	10,07	37,83
Alkohol	davon F10	245.971	87.833	333.804,00	21,81	7,79	29,59
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	F20-F29	71.686	65.102	136.788	6,36	5,77	12,13
Schizophrenie	davon F20	46.602	33.223	79.825,00	4,13	2,95	7,08
Affektive Störungen	F30-F39	81.394	141.522	222.916	7,22	12,55	19,76
depressive Episode/rezid. Depr. Stör.	davon F32/F33	71.377	127.900	199.277,00	6,33	11,34	17,67
Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	F40-F48	55.817	90.283	146.100	4,95	8,00	12,95
Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen u. Faktoren	F50-F59	3.700	12.763	16.463	0,33	1,13	1,46
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F60-F69	12.971	28.026	40.997	1,15	2,48	3,63
Intelligenzminderung	F70-F79	4.508	2.759	7.267	0,40	0,24	0,64
Entwicklungsstörungen	F80-F89	4.596	2.152	6.748	0,41	0,19	0,60
Verhaltens- u. emotionale Stör. mit Beginn in Kindheit u. Jugend	F90-F99	19.450	10.512	29.962	1,72	0,93	2,66
<b>Gesamt</b>		<b>608.265</b>	<b>519.705</b>	<b>1.127.970</b>	<b>53,93</b>	<b>46,07</b>	<b>100,00</b>

Anmerkung: Eine Person ohne Geschlechtsangabe wurde ausgeschlossen.

In Abbildung 6 wird die Diagnoseverteilung der ICD-10 Hauptdiagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), basierend auf der Datenerhebung des Statistischen Bundesamtes für Deutschland im Jahr 2008, grafisch zusammengefasst. Für den Vergleich mit den Klinikdaten ist zu beachten, dass es sich bei den Klinikdaten um Erhebungen einer psychiatrischen Fachabteilung handelt, die mit den psychiatrischen Hauptdiagnosedaten unterschiedlicher Einrichtungen in Deutschland verglichen werden.

**Abbildung 6. Vollstationäre Patienten in deutschen Krankenhäusern nach dreistelliger psychiatrischer ICD-10 Hauptdiagnose und Geschlechterverteilung im Jahr 2008 (Statistisches Bundesamt 2009)**



In Deutschland waren im Jahr 2008 in der Hautdiagnosegruppe F00-F99 **psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** (F10-F19) mit einem Anteil von rund 38 % am häufigsten vertreten. In dieser Diagnosegruppe lag der Männeranteil mit etwa 28 % überdurchschnittlich hoch. Betrachtet man die Untergruppe der Alkoholkrankungen (F10), die mit rund 30 % den größten Patientenanteil stellte, waren Männer mehr als dreimal so häufig von dieser Erkrankung betroffen als Frauen (Tabelle 17).

Am zweithäufigsten wurden Fälle mit **affektiven Störungen** (F30-F39) behandelt – mit einem prozentualen Anteil von fast 20 %. An dieser Erkrankung litten fast doppelt soviel Frauen wie Männer.

Am dritthäufigsten wurden Erkrankte mit **neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen** (F40-F48) vollstationär behandelt. Der prozentuale Anteil an allen psychiatrischen Erkrankungen lag in dieser Diagnosegruppe bei rund 13 %, Frauen waren fast doppelt so oft vertreten wie Männer.

Im Jahr 2008 waren rund 12 % aller psychiatrischen Störungen in deutschen Krankenhäusern **Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen** (F20-F29), wobei in dieser Diagnosegruppe kaum ein Geschlechterunterschied bestand.

Unter **organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen** (F00-F09) litten 8,3 % aller psychisch Erkrankten, die sich in stationärer Behandlung in deutschen Krankenhäusern befanden.



Psychiatrische Erkrankungen wie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit (F90-F99), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59), Intelligenzminderungen und Entwicklungsstörungen lagen alle bei einem Anteil von weniger als 4 % aller psychiatrischen Erkrankungen, die in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2008 diagnostiziert wurden.

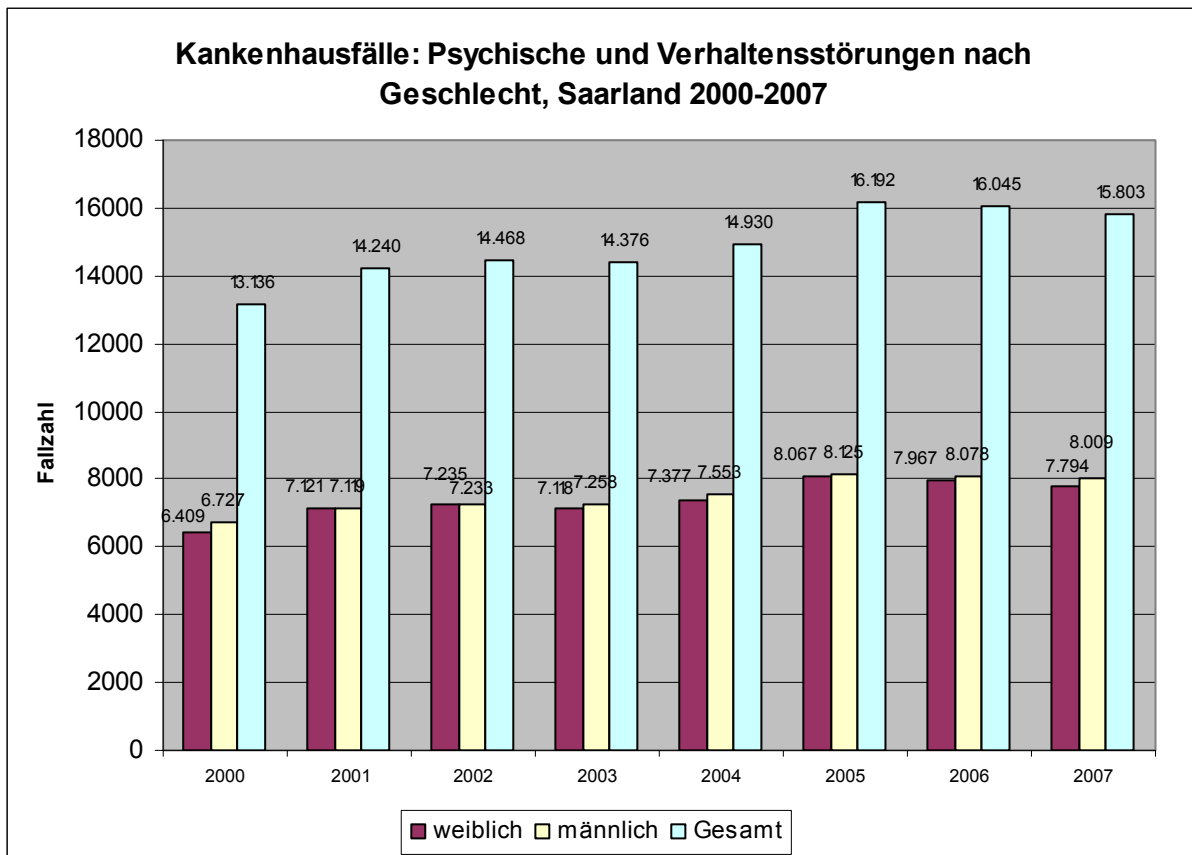
Im Anschluss werden die psychischen Erkrankungen von Frauen und Männern im Saarland vorgestellt (Saarländisches Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2009). Diese werden gemeinsam mit den Zahlen für Deutschland für den folgenden praktischen Teil der Arbeit als Basisdaten zum Vergleich mit den Klinikdaten zugrunde gelegt.

## 2.6. Psychiatrische Epidemiologie des Saarlandes

**Tabelle 18. Psychische und Verhaltensstörungen im Saarland nach Geschlecht, 2000 – 2007 (Gesundheitsberichterstattung Saarland 2009)**

Psychische und Verhaltensstörungen nach Geschlecht, Saarland 2000-2007						
	Anzahl			je 100.000		
	weiblich	männlich	Gesamt	weiblich	männlich	Gesamt
2000	6.409	6.727	13.136	1.163,0	1.297,1	2.460,1
2001	7.121	7.119	14.240	1.295,7	1.375,2	2.670,9
2002	7.235	7.233	14.468	1.319,6	1.398,7	2.718,3
2003	7.118	7.258	14.376	1.301,9	1.405,7	2.707,6
2004	7.377	7.553	14.930	1.355,3	1.467,8	2.823,2
2005	8.067	8.125	16.192	1.490,6	1.587,5	3.078,1
2006	7.967	8.078	16.045	1.481,1	1.587,4	3.068,6
2007	7.794	8.009	15.803	1.458,8	1.583,8	3.042,6

**Abbildung 7. Psychische und Verhaltensstörungen im Saarland: Krankenhausfälle nach Geschlecht in den Jahren 2000 bis 2007 (Gesundheitsberichterstattung Saarland 2009)**

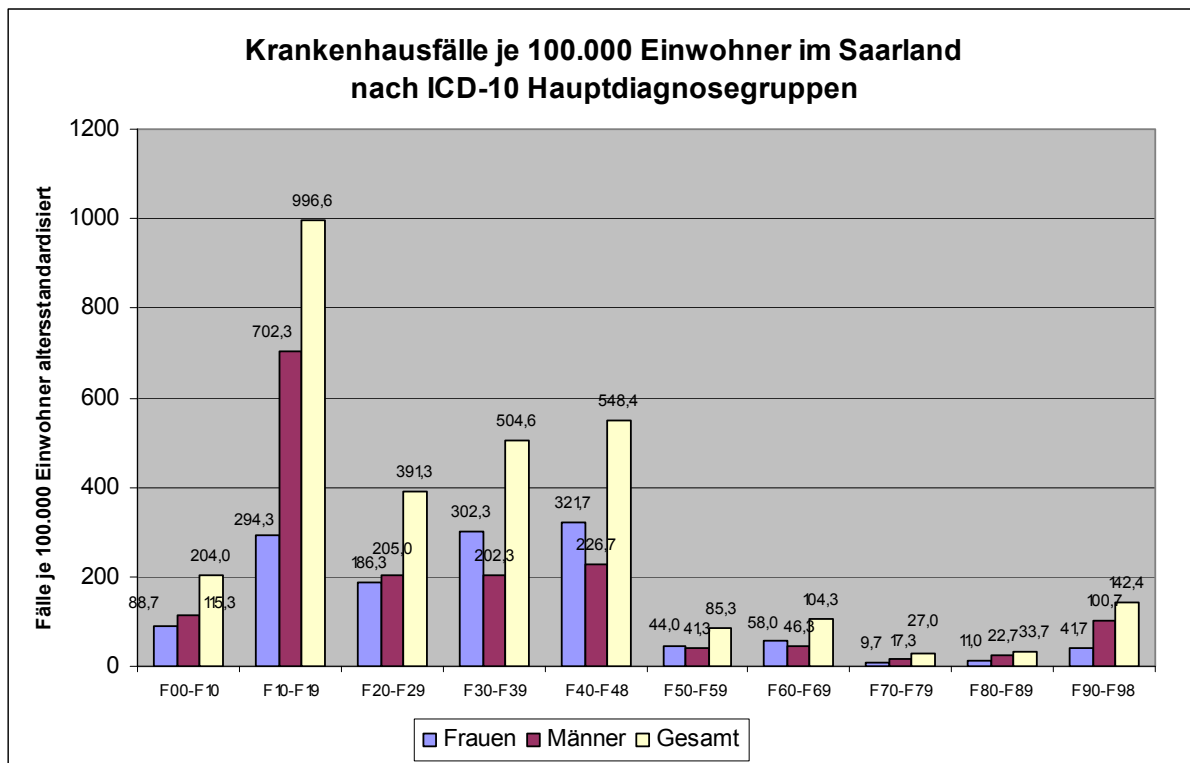


Die Behandlung von Fällen mit psychischen und Verhaltensstörungen nahm im Saarland im Vergleich der Jahre 2000 und 2007 um 2667 Fälle zu (+ 20,3 %). Das Geschlechterverhältnis war ausgewogen, der Anteil der Frauen stieg in diesem Zeitraum um 21,6 %, der Männeranteil um 19,1 % (Abbildung 7).

Im Jahr 2000 wurden im Saarland insgesamt 246.408 Kranke stationär behandelt, davon gehörten 5,3 % (13.136 Fälle) zu der Diagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen. Ihr Anteil wuchs im Jahr 2007 auf 6,5 % an (15.803 Fälle), bei einer gleichzeitigen Abnahme der gesamten saarländischen Krankenhausfälle um 0,9 % auf 244.084 Fälle.

In Abbildung 8 werden die Krankenhausfälle von Frauen und Männern aufgrund von psychischen Erkrankungen je 100.000 Einwohner im Saarland dargestellt. Die Daten werden aus den Jahresmittelwerten der Jahre 2007, 2008 und 2009 errechnet und sind nach ICD-10 Hauptdiagnosegruppen gegliedert (Saarländisches Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2009).

Abbildung 8. Krankenhausfälle im Saarland aufgrund von psychischen Erkrankungen nach ICD-10 Hauptdiagnose je 100.000 Einwohner (Saarländisches Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz 2009)



Die weitaus meisten Krankenhausfälle im Saarland wurden aufgrund von **psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen** (F10-F19) behandelt, davon waren rund 70% Männer. In dieser Diagnosegruppe entfielen rund drei Viertel auf die Diagnose Störungen durch Alkohol (F10), (Saarländisches Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2009).

Krankenhausfälle aufgrund **neurotischer und Belastungs- und somatoformer Störungen** (F40-F48) wurden am zweithäufigsten im Saarland behandelt, was vor allem auf die Diagnosegruppe Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen zurückzuführen war. Hier überwogen die Frauen mit einem Anteil von 58,7 %. Am dritt häufigsten wurden Fälle mit **affektiven Störungen** (F30-F39) behandelt, davon waren wiederum die Mehrheit Frauen mit einem Anteil von rund 60 %. Krankenhausfälle mit **Schizophrenie** (F20-F29) und **organischen einschließlich symptomatischer psychischer Störungen** (F00-F09) folgten an vierter und fünfter Stelle der im Saarland behandelten Erkrankungen. Bei diesen beiden Diagnosen war das Geschlechterverhältnis ausgeglichen.

## 2.7. Krankheitskosten für Deutschland

In Deutschland wurden im Jahr 2008 rund 22 % der Gesamtbevölkerung in einem Krankenhaus vollstationär behandelt (Nöthen & Böhm 2009; Tabelle 16, S. 60). Diese Tatsache legt die Frage nach den dabei entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten nahe.

Die Krankheitskostenrechnung liefert Angaben darüber, wie stark die deutsche Volkswirtschaft durch bestimmte Krankheiten und deren Folgen belastet wird. Als Krankheit wird eine Störung der körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen bezeichnet, bei der eine medizinische Behandlung erforderlich wird (Statistisches Bundesamt 2010).

Krankheitskosten werden nach direkten und indirekten Kosten unterschieden. Die **direkten Krankheitskosten** beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, Prävention-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen, einschließlich der Verwaltungskosten der Leistungserbringer. Die **indirekten Krankheitskosten** beschreiben den Ressourcenverlust, der mit einer Erkrankung in Zusammenhang steht. Es handelt sich um volkswirtschaftliche Verluste, die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod der potentiell erwerbsfähigen Bevölkerung verursacht werden. Im Rahmen der Krankheitskostenrechnung werden sie mit verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (von 15 bis 64 Jahren) nachgewiesen und stellen eine kalkulatorische Kennzahl dar. Zu diesen Kosten zählen auch die intangiblen Kosten, die aus den Einschränkungen einer Erkrankung resultieren und z. B. durch Schmerz, Depressionen oder den Verlust an Lebensqualität hervorgerufen werden.

Größter Ausgabenträger im Gesundheitswesen war im Jahr 2008 die gesetzliche Krankenversicherung. Sie trug mit 151,5 Milliarden Euro rund 57,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben (Statistisches Bundesamt Deutschland, Gesundheitsausgaben 2008).

### 2.7.1. Direkte Krankheitskosten für Deutschland

Nach der aktuellen Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes (Tabelle 19) betragen die gesamten direkten Krankheitskosten in Deutschland im Jahr 2008 rund 254,3 Milliarden Euro und sind seit 2002 um 35,5 Milliarden Euro angestiegen (+ 16 %). Davon wurden im Jahr 2008 knapp 28,7 Milliarden Euro (11,3 %)

durch psychische und Verhaltensstörungen verursacht; im Jahr 2002 waren es noch 10,7 %. In dieser Diagnosengruppe waren nur zwei Diagnosen für gut die Hälfte der Kosten verantwortlich: 9,4 Milliarden Euro wurden für Demenzerkrankungen und 5,2 Milliarden Euro für Depressionen ausgegeben (Tabelle 19). Damit war die Krankheitsgruppe der psychischen und Verhaltensstörungen diejenige mit den dritthöchsten Kosten. Höhere Kosten wurden im Jahr 2008 durch Herz-Kreislaufkrankungen (37 Milliarden Euro) und Krankheiten des Verdauungssystems (34,8 Milliarden Euro) verursacht (Statistisches Bundesamt 2010).

Im Zeitvergleich wird deutlich, dass die Kosten für psychische Erkrankungen von 2002 bis 2008 um 5,3 Milliarden Euro besonders stark anstiegen (+ 22,8 %). Dieser Zuwachs lag damit in dieser Krankheitsklasse höher als bei allen anderen Krankheitsarten. Allein bei Demenzen und Depressionen erhöhten sich die Kosten zusammen um 3,5 Milliarden Euro (+ 32 %) im Vergleich der Jahre 2002 und 2008.

**Tabelle 19. Krankheitskosten (Mill. Euro): Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (Statistisches Bundesamt 2010)**

Krankheitsdiagnosen (ICD10)	2002	2004	2006	2008
ICD10A00-T98 Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	218.768	224.970	236.524	254.280
ICD10I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	33.587	33.454	35.410	36.973
ICD10K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	31.372	33.467	32.604	34.814
ICD10F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	23.318	24.735	26.753	28.654
ICD10F00-F09 organische, einschl. symptom. psychische Störungen	8.332	9.014	9.792	10.509
ICD10F00-F03 Demenz	7.143	7.843	8.611	9.364
ICD10F10-F19 Psych. u. Verhaltensstörungen (psychotrope Subs.)	2.579	2.660	2.711	2.948
ICD10F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2.649	2.732	2.963	2.936
ICD10F20 Schizophrenie	1.723	1.818	2.010	1.964
ICD10F30-F39 affektive Störungen	4.230	4.516	5.121	5.678
ICD10F32-F34 Depression	3.923	4.163	4.693	5.233
ICD10F40-F48 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2.730	2.829	2.891	3.164
ICD10F40-F41 Phobische und andere Angststörungen	684	715	765	880
ICD10F45 Somatoforme Störungen	758	752	739	753
ICD10F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen	480	469	503	527
ICD10F50 Essstörungen	247	220	213	224
ICD10F51 Nichtorganische Schlafstörungen	59	65	76	77
ICD10F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	599	617	626	635
ICD10G30 Alzheimer-Krankheit	898	973	1.007	993

Mit zunehmendem Alter stiegen die Ausgaben für Erkrankungen. Die Altersklasse der 65- bis unter 85-Jährigen verursachte mit 96,8 Milliarden Euro den größten Anteil an Krankheitskosten, nämlich rund 38 % im Jahr 2008. Seit dem Jahr 2002 stiegen die Krankheitskosten in der Altersklasse der über 65-Jährigen um 28,5 Milliarden Euro an – das sind rund 30 % – und betragen im Jahr 2008 insgesamt 123 Milliarden

Euro (Tabelle 20). Diese Zahlen werden im Hinblick auf die demographische Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland in Zukunft weiter steigen, denn aufgrund der Überalterung der Bevölkerung sind für diese Altersklasse auch zukünftig weiter steigende Kosten zu erwarten.

**Tabelle 20. Struktur der Krankheitskosten in Deutschland nach Jahren, Geschlecht und Altersklassen (Statistisches Bundesamt 2010)**

Gegenstand der Nachweisung	2002	2004	2006	2008	2002	2004	2006	2008
	Mill. Euro				%			
<b>insgesamt</b>	218 768	224 970	236 524	254 280	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Geschlecht</b>								
Männer	90 035	94 144	100 265	110 293	41,2	41,8	42,4	43,4
Frauen	128 733	130 827	136 259	143 986	58,8	58,2	57,6	56,6
<b>Alter (von ... bis unter ... Jahren)</b>								
unter 15	13 468	13 788	14 336	15 221	6,2	6,1	6,1	6,0
15 – 30	16 711	17 027	17 176	18 967	7,6	7,6	7,3	7,5
30 – 45	31 686	30 606	29 875	30 082	14,5	13,6	12,6	11,8
45 – 65	62 325	62 476	63 288	66 921	28,5	27,8	26,8	26,3
65 – 85	73 956	81 132	89 027	96 837	33,8	36,1	37,6	38,1
85 und mehr	20 621	19 942	22 822	26 252	9,4	8,9	9,6	10,3

Nach Geschlechterzugehörigkeit unterteilt lagen die Krankheitskosten bezogen auf Frauen höher: Im Jahr 2008 betragen die Kosten für Frauen rund 144 Milliarden Euro, für Männer insgesamt 110 Milliarden Euro (Tabelle 20). Dieser Unterschied wird noch deutlicher, wenn man die Altersklasse nach dem Geschlechterverhältnis betrachtet. In der Altersgruppe der 45 bis unter 65 Jahre alten Menschen lagen die Krankheitskosten für Männer bei 33 Milliarden Euro, für Frauen bei 34 Milliarden Euro. In der Altersgruppe der 65 bis 84-Jährigen verursachten die Männer Kosten in Höhe von 43 Milliarden Euro und die Frauen Kosten in Höhe von 53,7 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2010). Dieser Unterschied liegt vermutlich in der längeren Lebenserwartung von Frauen begründet.

**Tabelle 21. Struktur der Krankheitskosten nach Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2010)**

Gegenstand der Nachweisung	2002	2004	2006	2008	2002	2004	2006	2008
	Mill. Euro				%			
insgesamt	218 768	224 970	236 524	254 280	100,0	100,0	100,0	100,0
Einrichtungen des Gesundheitswesens								
Gesundheitsschutz	2 009	1 985	1 883	1 899	0,9	0,9	0,8	0,7
ambulante Einrichtungen	110 064	112 857	119 292	130 890	50,3	50,2	50,4	51,5
Arztpraxen	32 609	34 436	36 298	40 206	14,9	15,3	15,3	15,8
Zahnarztpraxen	15 447	16 228	15 686	16 787	7,1	7,2	6,6	6,6
Praxen sonstiger medizin. Berufe	6 765	6 855	7 289	8 082	3,1	3,0	3,1	3,2
Apotheken	32 390	31 956	35 509	38 517	14,8	14,2	15,0	15,1
Handwerk/ Einzelhandel	14 865	15 034	15 429	17 002	6,8	6,7	6,5	6,7
ambulante Pflege	6 471	6 736	7 463	8 602	3,0	3,0	3,2	3,4
sonstige ambulante Einrichtungen	1 518	1 612	1 617	1 694	0,7	0,7	0,7	0,7
(teil-)stationäre Einrichtungen	82 361	85 305	89 920	94 610	37,6	37,9	38,0	37,2
Krankenhäuser	58 355	60 414	63 694	66 721	26,7	26,9	26,9	26,2
Vorsorge-/ Rehabilitationseinrichtungen	7 699	7 431	7 415	8 018	3,5	3,3	3,1	3,2
(teil-)stationäre Pflege	16 307	17 459	18 811	19 872	7,5	7,8	8,0	7,8
Rettungsdienste	2 271	2 386	2 597	2 837	1,0	1,1	1,1	1,1
Verwaltung	13 835	14 395	14 528	15 101	6,3	6,4	6,1	5,9
sonstige Einrichtungen u. private Haushalte	7 530	7 200	7 293	7 796	3,4	3,2	3,1	3,1
Ausland	698	843	1 011	1 147	0,3	0,4	0,4	0,5

Betrachtet man die Verteilung der Krankheitskosten nach den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird deutlich, dass gut die Hälfte der Krankheitskosten im ambulanten Bereich verursacht wurden (Tabelle 21). Krankenhäuser verursachten im Jahr 2008 rund 66,7 Milliarden Euro an Kosten, was rund einem Viertel der Gesamtkosten entsprach. Damit stiegen die Kosten seit dem Jahr 2002 um 8,36 Milliarden (+ 14,3 %), der prozentuale Anteil an den Gesamtkosten hat sich aber seit 2002 kaum verändert und lag im Jahr 2002 bei 26,7 % und im Jahr 2008 bei 26,2 %.

### 2.7.2. Indirekte Krankheitskosten für Deutschland

Der durch indirekte Krankheitskosten verursachte Ressourcenverlust und die damit verbundenen verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre sind auf drei Ausfallarten der erwerbstätigen Bevölkerung zurückzuführen: **Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitiger Tod** (Mortalität).

Die **Arbeitsunfähigkeit** basiert auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes, der damit feststellt, dass ein Arbeitnehmer aufgrund des vorliegenden Krankheitsbildes an der Erbringung der Arbeitsleistung verhindert ist. Unberücksichtigt bleiben Kurzzeiterkrankungen von bis zu drei Tagen ohne Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

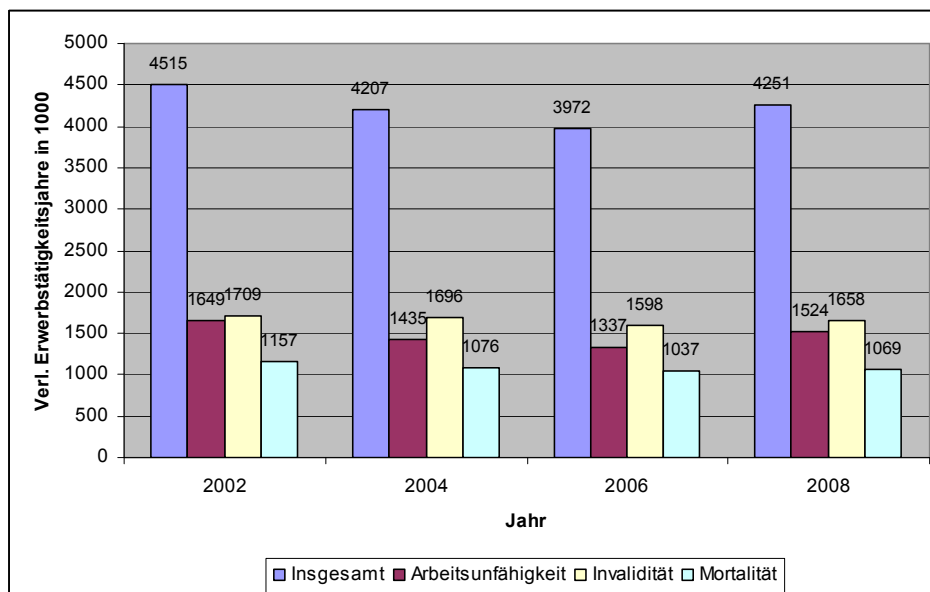
Für die durch Invalidität verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre bilden die jeweils in einem Jahr anfallenden **Rentenzugänge** die Grundlage.

Die Berechnung der durch Mortalität entstandenen verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre basiert auf den Angaben der **Todesursachenstatistik**.

### 2.7.2.1. Arbeitsunfähigkeit

Zur Bestimmung der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre durch Arbeitsunfähigkeit wird vom Statistischen Bundesamt der Prävalenzansatz zugrunde gelegt, d. h. es wird der Ressourcenverlust durch die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit der erwerbstätigen Bevölkerung im betreffenden Berichtsjahr ermittelt. Für Invalidität und Mortalität wird der Inzidenzansatz zugrunde gelegt. Damit wird über das aktuelle Berichtsjahr hinausgegangen und auch der zukünftige Arbeitsausfall berücksichtigt. Somit wird dem langfristigen, irreversiblen Ressourcenverlust durch Invalidität und Tod auch für die zukünftigen Jahre Rechnung getragen (Statistisches Bundesamt 2010).

**Abbildung 9. Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre (in 1000 Jahren) nach Ausfallart in Deutschland im Zeitraum 2002 - 2008 (Statistisches Bundesamt 2010)**

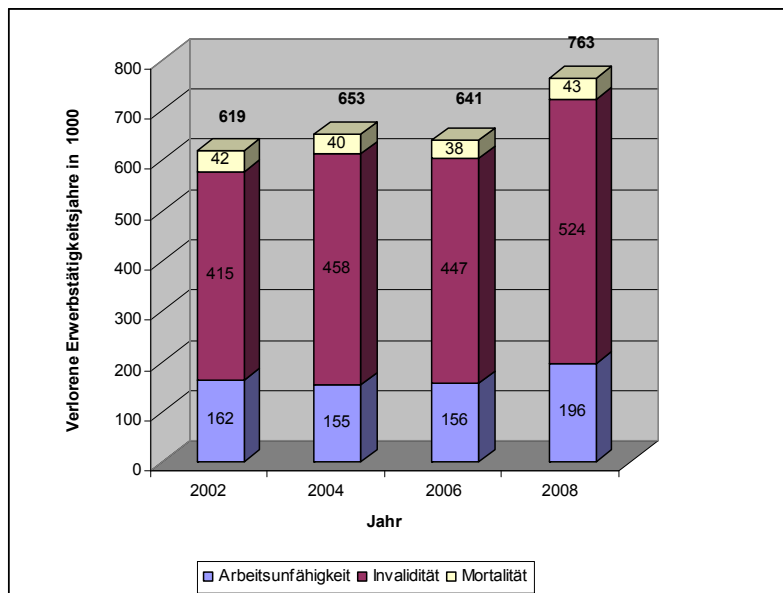


Betrachtet man die Anzahl der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre im Zeitraum von 2002 bis 2008 (Abbildung 9) zeigte sich, dass sich die Anzahl um 264.000 Jahre verringerte (- 5,8 %). Die Anteile der Gründe für den Verlust der Erwerbstätigkeit im Vergleich der Jahre 2002 und 2008 sind annähernd gleich geblieben: Arbeitsunfähigkeit begründete rund 36 % der verlorenen Erwerbsunfähigkeitsjahre im Jahr 2008 (36 % im Jahr 2002), Invalidität rund 39 % (38 % im Jahr 2002) und Mortalität rund 25 % (26 % im Jahr 2002) der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre (Abbildung 9).



Im Jahr 2002 wurden insgesamt 13,7 % oder 619.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre durch psychische und Verhaltensstörungen verursacht; im Jahr 2008 stieg dieser Anteil auf rund 18 % oder 763.000 (+ 23,2 %) verlorene Erwerbstätigkeitsjahre an (Abbildung 10).

**Abbildung 10. Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre (in 1000 Jahren) in Deutschland nach Ausfallart durch psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), (Statistisches Bundesamt 2010)**



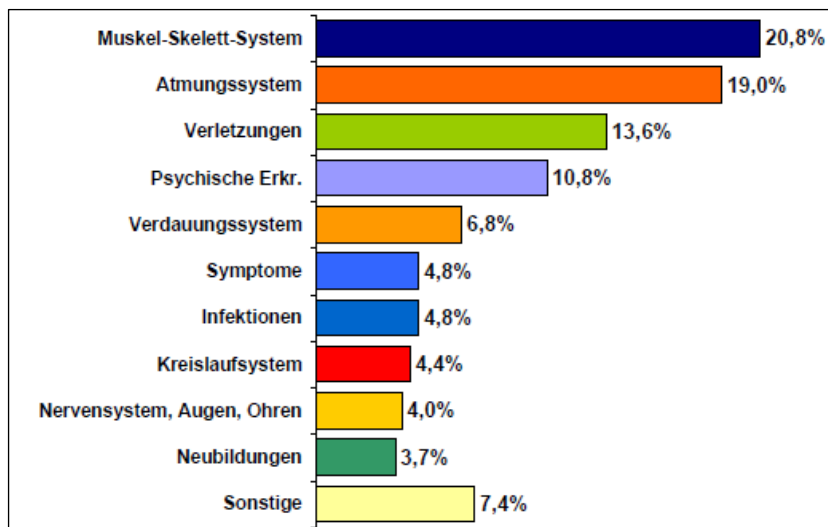
Betrachtet man die Ausfallart bedingt durch psychische und Verhaltensstörungen (Abbildung 10) zeigte sich, dass im Jahr 2008 durch Invalidität rund 69 % (67 % im Jahr 2002) der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre verursacht wurden, rund 25 % (26 % im Jahr 2002) durch Arbeitsunfähigkeit und 6 % (7 % im Jahr 2002) durch vorzeitigen Tod. Innerhalb dieser Diagnosegruppe waren im Jahr 2008 allein Depressionen (F32-34) für rund 37,5 % der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre verantwortlich (22,3 % im Jahr 2002) und verursachten rund 25 % der Invalidität (19,3 % im Jahr 2002).

### **2.7.2.1.1. Arbeitsunfähigkeiten in den Gesundheitsberichten der Krankenkassen**

Die DAK mit sechs Millionen Versicherten und einem Haushaltsvolumen von 14 Milliarden Euro gehört zu den größten bundesweiten Krankenkassen in Deutschland (DAK Gesundheitsreport 2010). Nachfolgend werden exemplarisch die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK für das Jahr 2009 vorgestellt. Hierzu wurden die Krankheitsarten dargestellt, welche die Arbeitsunfähigkeit (AU) der DAK-Mitglieder verursachten. Diese wurden von Ärzten als medizinische Ursache für die Arbeitsunfähigkeit mit Hil-

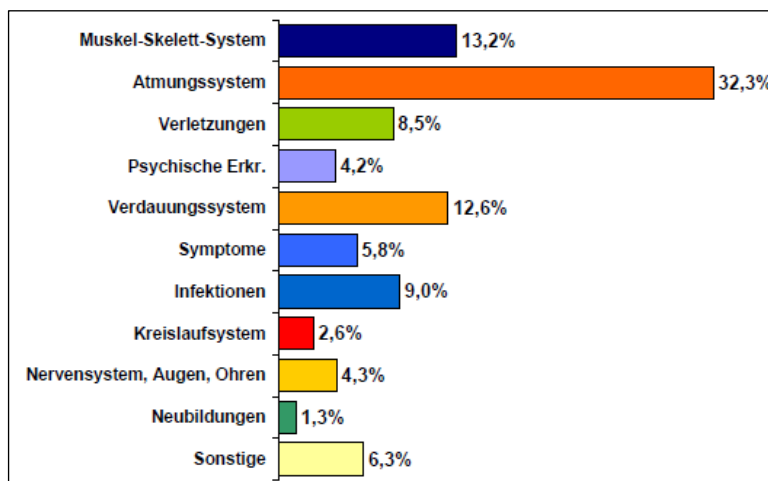
fe des ICD-10 Klassifikationssystems auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt.

**Abbildung 11. Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der DAK-Versicherten in Deutschland im Jahr 2009 (Quelle DAK AU-Daten 2009)**



Betrachtet man die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Erkrankungstagen, dann hatten psychische Erkrankungen einen Anteil von 10,8 % am Gesamt Krankenstand und standen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen (Abbildung 11). Sie wiesen jedoch mit 4,2 % aller Krankheitsfälle eine relativ geringe Fallhäufigkeit im Jahr 2009 auf (Abbildung 12). Die durchschnittliche Dauer einer psychiatrischen Erkrankung lag bei den DAK-Versicherten im Jahr 2009 bei 28 Tagen.

**Abbildung 12. Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen der DAK-Versicherten in Deutschland im Jahr 2009 (Quelle DAK AU-Daten 2009)**



Betrachtet man die wichtigsten Krankheitsarten nach dem Geschlechterverhältnis, dann hatten psychische Erkrankungen bei Frauen einen Anteil von 13,2 % an den AU-Tagen und lagen nach den Erkrankungen des Atmungssystems (20,3 %) und den Muskel-Skelett-Erkrankungen (18,5 %) auf dem dritten Platz. Bei Männern nahmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 8,8 % den vierten Rang am Anteil der AU-Tagen der DAK Versicherten ein (DAK AU-Daten 2009).

**Tabelle 22. Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2009 der DAK Versicherten im Jahr 2009 (Quelle DAK Daten 2009).**

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	6,7%	5,7%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	6,7%	12,6%
F32	Depressive Episode	3,4%	1,0%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2,5%	1,9%
J20	Akute Bronchitis	2,3%	3,6%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	2,1%	4,9%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,0%	1,0%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,9%	3,1%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,8%	0,5%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,5%	3,5%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,5%	2,8%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,5%	0,6%
M75	Schulterläsionen	1,2%	0,5%
J03	Akute Tonsillitis	1,1%	1,9%
F48	Andere neurotische Störungen	1,1%	0,6%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,1%	0,4%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,0%	0,8%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,0%	0,2%
J01	Akute Sinusitis	0,9%	1,5%
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	0,9%	1,5%
	<b>Summe</b>	<b>42,2%</b>	<b>48,6%</b>

Tabelle 22 zeigt den Anteil der wichtigsten Einzeldiagnosen am Krankenstand der DAK-Mitglieder. An dritter Stelle standen die depressiven Episoden (F32), die einen Anteil von 3,4 % an den AU-Tagen hatten und einen vergleichsweise geringen Anteil von 1 % an AU-Fällen. Außerdem fanden sich unter den 20 wichtigsten Einzeldiag-

nosen zwei weitere psychiatrische Erkrankungen. Auf dem 7. Platz befanden sich Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43); auf dem 15. Platz befanden sich andere neurotische Störungen (F48). Für alle psychiatrischen Diagnosen galt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich niedriger war als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier meist um längerfristige Krankheitsfälle handelte. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK die psychiatrischen Erkrankungen eine wichtige Ursache für Arbeitsunfähigkeit darstellen und damit die Daten der aktuellen Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes für Deutschland abbilden (Kapitel 2.7.1, S. 66).

### **2.7.2.2. Rentenzugänge**

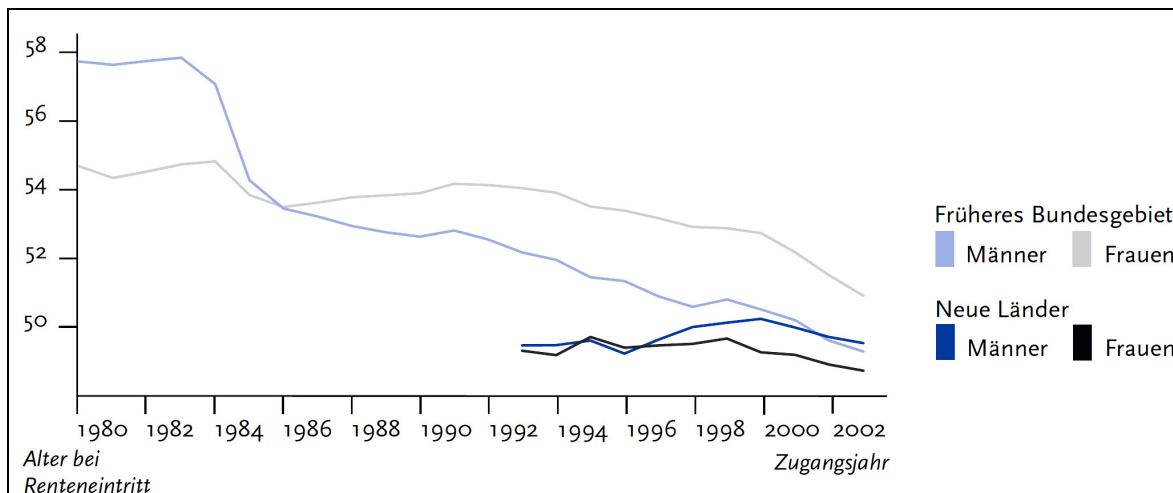
Betrachtet man die Entwicklung der Anzahl an Versicherungszugängen nach Rentenarten in Deutschland, dann bezogen 20 % der Männer und 17,2 % der Frauen im Jahr 2008 eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung 2010). Im Jahr 1995 waren es bei den Männern 25,5 % und bei den Frauen 19,1 %. Die Zahl der Frührentenzugänge ist damit rückläufig. Dies hat zunächst vor allem arbeitsmarktbedingte Gründe, die besonders zu einem Rückgang der Anträge auf Erwerbsminderungsrenten in den höheren Rentenaltersgruppen führte. Dagegen stiegen im Zeitraum von 1993 bis 2001 die Zugänge bei vorgezogenen Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit von 112.000 auf 169.000 Fälle an. So kommt es zu „arbeitsmarktinduzierten Frühberentungen“, in denen die Berentung nur zum Teil die Folge einer Erkrankung ist und die derzeit rund ein Drittel der Frührentenzugänge ausmacht. Schließlich sind die zurückgehenden Fallzahlen der Frührenten in den letzten Jahren teilweise auch demografisch bedingt: Die jüngeren Geburtsjahrgänge, die in die Altersgruppen mit hohem Erwerbsminderungsrisiko fallen, sind aufgrund der Geburtenausfälle des zweiten Weltkrieges niedriger besetzt (Korsukéwitz & Rehfeld 2009).

Ein weiterer Indikator zur Beschreibung des Frühberentungstrends ist das durchschnittliche Zugangsalter. Es gilt als eine zentrale Bestimmungsgröße für die Ausgabenentwicklung: Je niedriger es liegt, umso länger sind Frührenten zu zahlen (Abbildung 13).

Für die alten und neuen Bundesländer zeigte sich eine ähnliche Entwicklung, nämlich ein Rückgang des Berentungsalters auf durchschnittlich 49 bis 51 Jahre. Somit

gelangten jüngere und schwere Erwerbsminderungsfälle in die Berentung und Ältere beantragten die vorgezogene Rente. Auffällig ist das niedrige Zugangsalter bei Frauen (rund 48 Jahre), welches durch einen hohen Grad an Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen verursacht wurde (Rehfeld 2006; Abbildung 13).

**Abbildung 13. Durchschnittliches Frühberentungsalter in Deutschland im Zeitraum 1980-2002, Arbeiter und Angestellte (Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherer, Statistik Rentenzugang, Rehfeld 2006)**



Chronische Krankheiten waren am häufigsten die Ursache für die Frühberentung in der gesetzlichen Rentenversicherung (Tabelle 23). Hier sind vor allen Dingen Krankheiten zu nennen, die nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind, jedoch die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen.

**Tabelle 23. Rentenzugänge 2008 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland nach Diagnosegruppen (Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2010, Rentenzugang 2008)**

Diagnosegruppen	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Krankheiten von Skelett/ Muskeln/Bindegewebe	13 979	16,2	11 803	15,8
Krankheiten des Kreislaufsystems	12 323	14,3	4 510	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselkrankheiten	4 159	4,8	2 494	3,3
Krankheiten der Atmungsorgane	2 544	2,9	1 486	2,0
Neubildungen	11 651	13,5	11 220	15,0
Krankheiten des Urogenitalsystems	975	1,1	623	0,8
psychische Erkrankungen	26 287	30,4	31 124	41,6
Krankheiten des Nervensystems	5 209	6,0	5 014	6,7
sonstige Krankheiten	9 322	10,8	6 542	8,7
<b>insgesamt</b>	<b>86 449</b>	<b>100</b>	<b>74 816</b>	<b>100</b>

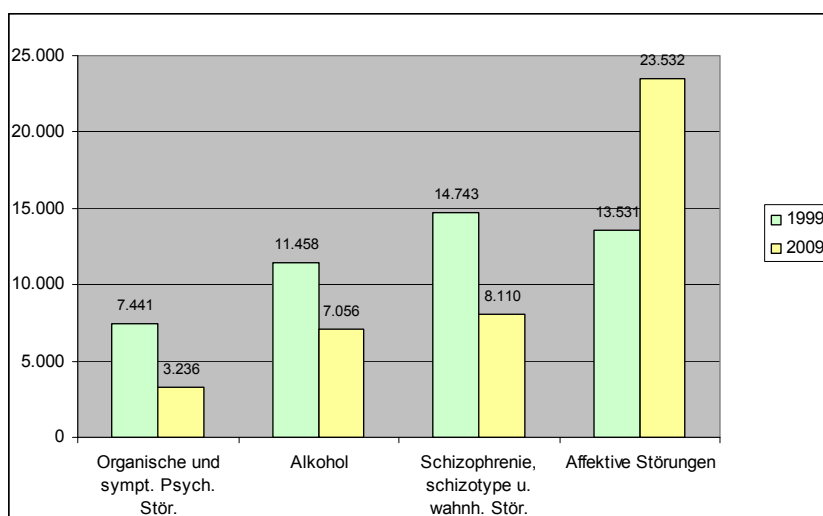
Dazu gehörten vor allem psychiatrische Erkrankungen: 41,6 % der Frauen und 30,4 % der Männer wurden im Jahr 2008 aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung

frühberentet. Mit einem deutlichen Abstand folgten an zweiter Stelle mit rund 16 % die Rentenzugänge aufgrund Verschleißerkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, gefolgt von Neubildungen und von Krankheiten des Kreislaufsystems (Tabelle 23).

### 2.7.2.2.1. Rentenzugänge im Vergleich der Jahre 1999 und 2009

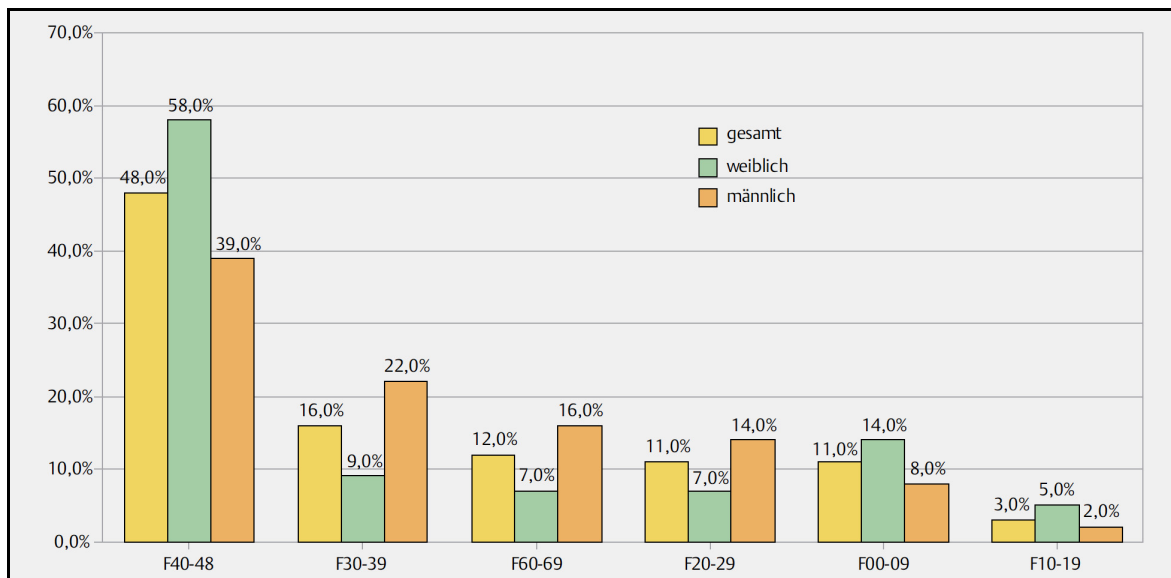
Nachfolgend werden die Rentenzugänge in Deutschland nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der Jahre 1999 und 2009 nach ausgewählten psychiatrischen Diagnosegruppen verglichen (Deutsche Rentenversicherung 2010, Abbildung 14). Es wurde deutlich, dass sich die Zahl der Berentungen aufgrund psychischer Störungen um 5239 Rentenzugänge (- 11,1 %) von 47.173 im Jahr 1999 auf 41.934 im Jahr 2009 verringerte. Innerhalb dieser Diagnosegruppe zeigte sich folgende Entwicklung: Der stärkste Anstieg erfolgte in der Diagnosegruppe der Berentungen aufgrund affektiver Störungen, welche auch den größten Anteil an Rentenzugängen innerhalb dieser ausgewählten psychiatrischen Diagnosegruppen im Jahr 2009 stellte (Abbildung 14). Dort erhöhten sich die Rentenzugänge in den letzten zehn Jahren um 42 % auf 23.532 Zugänge. Dagegen verringerten sich die Berentungen aufgrund organischer, symptomatischer psychischer Störungen in den letzten zehn Jahren um 56,5 % auf 3.236 Fälle im Jahr 2009, ebenso die Berentungen aufgrund Alkoholerkrankungen (- 38 % auf 7.056 Rentenzugänge) und aufgrund Erkrankungen, die in die Diagnosegruppe der Schizophrenie gehörten (- 45 % auf 8.110 Rentenzugänge).

**Abbildung 14. Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland nach ausgewählten Diagnosegruppen in den Jahren 1999 und 2009 im Vergleich (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010)**



Sperling et al. (2010) analysierten 94 Berufsunfähigkeitsgutachten im Zeitraum von 1999 bis 2006 explorativ, um mehr über die Ätiologie und soziodemographischen Aspekte der Zunahme psychischer Erkrankungen als Ursache für die Zunahme von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zu erfahren (Abbildung 15).

**Abbildung 15. Frühberentungen nach psychiatrischer Hauptdiagnose in Berufsunfähigkeitsgutachten in Deutschland in den Jahren 1999-2006, N = 94 (Sperling et al. 2010)**



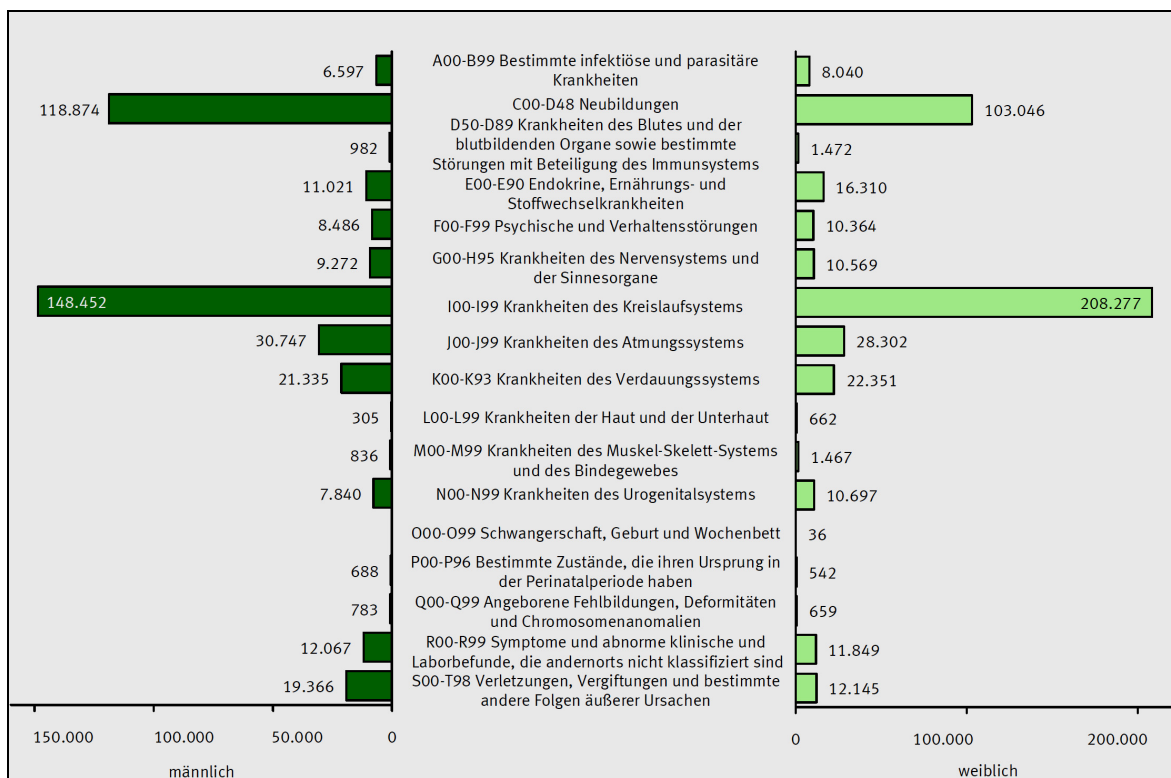
In den 94 Berufsunfähigkeitsgutachten war die Diagnosegruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) mit 48 % am häufigsten vertreten. Diese Diagnose war auch ein bedeutsamer prädiktiver Faktor für eine spätere Berufsunfähigkeit. Dies galt auch in geringerem Maße für die Diagnosegruppe der affektiven Störungen (F30-F39), die mit einem Anteil von 16 % an den Gutachten am zweit häufigsten war. Die Anteile der Diagnosegruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29) und der organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) an den Gutachten lag jeweils bei etwa einem Zehntel. Die Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) war mit einem Anteil von 3 % die am wenigsten gestellte Diagnose bei den 94 Gutachten. Als Risikofaktoren für eine spätere Berufsunfähigkeit identifizierten Sperling et al. (2010) einen niedrigen Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, Scheidung, Beamten-tum und bei Frauen Berufe ohne Ausbildung. Den protektiven Faktor einer stabilen Beziehung konnten die Autoren in ihrer Untersuchung nicht nachweisen, ebenso wenig Geschlechterunterschiede und einen Zusammenhang mit dem Intelligenzquotienten.



### 2.7.2.3. Todesursachenstatistik

Im Jahr 2008 verstarben in Deutschland 844.439 Personen. Die häufigsten Todesursachen nach den diagnostischen Kriterien der ICD-10 waren Erkrankungen des Kreislaufsystems (42,2 %), ihnen erlag beinahe jeder zweite Gestorbene. An zweiter Stelle der Todesursachenstatistik standen die Neubildungen (26,3 %), bei etwa jedem vierten Sterbefall wurde diese Todesursache festgestellt. Krankheiten des Atmungssystems waren bei 7,0 % der Gestorbenen und Krankheiten des Verdauungssystems bei 5,2 % der Gestorbenen die Todesursache. Bei 3,7 % der Gestorbenen wurde im Jahr 2008 eine nichtnatürliche Todesursache festgestellt (Abbildung 16).

**Abbildung 16. Todesursachen in Deutschland im Jahr 2008 nach ICD-10 (Statistisches Bundesamt 2010)**



Psychische und Verhaltensstörungen haben als Todesursache eine untergeordnete Bedeutung. Im Jahr 2008 starben mit dieser Diagnose 18.850 Personen, was einem Anteil von 2,2 % aller im Jahr 2008 Verstorbenen entsprach. Bei 0,7 % aller im Jahr 2008 Gestorbener wurde als Todesursache die Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) festgestellt (Statistisches Bundesamt 2010); das entsprach einer Zahl von 5826 Personen. In dieser Diagnosegruppe starben rund 82 % mit der Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Dies entsprach 4760 Gestorbene, davon waren 3713 Männer und



1047 Frauen. Im Vergleich dazu starben 4831 Personen im Jahr 2008 an der Todesursache Alzheimer-Krankheit (G30).

### **2.7.3. Zusammenfassung**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass psychiatrische Erkrankungen einen erheblichen Teil der direkten und indirekten Krankheitskosten in Deutschland verursachen. Wenn die Entwicklung der vergangenen Jahre anhält, werden diese Kosten weiter steigen und zu einem ernstem Problem im Gesundheitssystem werden.

## **2.8. Grunddaten der Krankenhäuser**

Krankenhäuser erbringen Gesundheitsleistungen in Form der stationären, teilstationären, vor- und nachstationären sowie ambulanten Behandlung. Sie entstehen vor allem durch ärztliche, pflegerische und medizinisch-technische Dienste sowie durch eine Vielzahl von Sachgütern des medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Bedarfs (Eichhorn 1975). Im folgenden Kapitel wird die Entwicklung von Krankenhausgrunddaten in Deutschland und im Saarland im Zeitverlauf betrachtet.

### **2.8.1. Stationäre Versorgung in Deutschland: Einrichtungen, Betten und Patientenbewegungen**

In Deutschland sank die Zahl der Krankenhäuser von 2411 im Jahr 1991 um 13,6 % auf 2084 Einrichtungen im Jahr 2009; davon waren 245 Krankenhäuser (11,8 %) mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder neurologischen Betten. Ebenso reduzierte sich die Zahl der aufgestellten Betten in Deutschland im gleichen Zeitraum um rund 24 % auf 503.341 Betten im Jahr 2009, d. h im Jahr 1991 kamen auf 1000 Einwohner 8,32 Betten und im Jahr 2009 nur noch 6,15 Betten (Tabelle 24).

**Tabelle 24. Stationäre Versorgung in Deutschland von 1991 bis 2009: Einrichtungen, Betten, Patientenbewegungen (Statistisches Bundesamt 2009)**

Jahr/ Land	Krankenhäuser			Patientenbewegung <sup>1)</sup>				
	insgesamt	aufgestellte Betten insgesamt	je 100 000 Einwohner <sup>2)</sup>	Fallzahl		Berechnungs-/ Belegungstage in 1 000	durchschnittliche	
				An- zahl	je 100 000 Einwohner <sup>2)</sup>		Verweil- dauer in Tagen	Betten- auslastung in Prozent
	An- zahl	je 100 000 Einwohner <sup>2)</sup>	An- zahl	je 100 000 Einwohner <sup>2)</sup>	in 1 000	in Tagen	in Prozent	
1991.....	2 411	665.565	832	14.576.613	18.224	204.204	14,0	84,1
1992.....	2 381	646.995	803	14.974.845	18.581	198.769	13,3	83,9
1993.....	2 354	628.658	774	15.191.174	18.713	190.741	12,6	83,1
1994.....	2 337	618.176	759	15.497.702	19.034	186.049	12,0	82,5
1995.....	2 325	609.123	746	15.931.168	19.509	182.627	11,5	82,1
1996.....	2 269	593.743	725	16.165.019	19.739	175.247	10,8	80,6
1997.....	2 258	580.425	707	16.429.031	20.023	171.837	10,5	81,1
1998.....	2 263	571.629	697	16.847.477	20.538	171.802	10,2	82,3
1999.....	2 252	565.268	689	17.092.707	20.823	169.696	9,9	82,2
2000.....	2 242	559.651	681	17.262.929	21.004	167.789	9,7	81,9
2001.....	2 240	552.680	671	17.325.083	21.041	163.536	9,4	81,1
2002.....	2 221	547.284	664	17.432.272	21.135	159.937	9,2	80,1
2003.....	2 197	541.901	657	17.295.910	20.960	153.518	8,9	77,6
2004.....	2 166	531.333	644	16.801.649	20.365	146.746	8,7	75,5
2005.....	2 139	523.824	635	16.539.398	20.056	143.244	8,7	74,9
2006.....	2 104	510.767	620	16.832.883	20.437	142.251	8,5	76,3
2007.....	2 087	506.954	616	17.178.573	20.883	142.893	8,3	77,2
2008.....	2 083	503.360	613	17.519.579	21.334	142.535	8,1	77,4
<b>2009.....</b>	<b>2 084</b>	<b>503.341</b>	<b>615</b>	<b>17.817.180</b>	<b>21.762</b>	<b>142.414</b>	<b>8,0</b>	<b>77,5</b>
<b>davon (2009):</b>								
Baden-Württemberg.....	289	58.460	544	1.999.297	18.603	16.106	8,1	75,5
Bayern.....	377	75.897	607	2.736.316	21.884	21.329	7,8	77,0
Berlin.....	79	19.668	573	736.112	21.432	5.834	7,9	81,3
Brandenburg.....	52	15.269	607	537.074	21.344	4.484	8,3	80,5
Bremen.....	14	5.251	794	196.844	29.782	1.493	7,6	77,9
Hamburg.....	49	11.799	664	426.547	23.989	3.495	8,2	81,2
Hessen.....	182	35.521	586	1.251.757	20.648	10.053	8,0	77,5
Mecklenburg-Vorpommern.....	39	10.497	634	401.142	24.211	3.059	7,6	79,9
Niedersachsen.....	198	41.653	525	1.569.188	19.766	12.449	7,9	81,9
Nordrhein-Westfalen.....	413	122.317	683	4.145.466	23.164	33.709	8,1	75,5
Rheinland-Pfalz.....	98	25.582	637	876.827	21.817	6.802	7,8	72,9
Saarland.....	25	6.689	652	256.537	25.004	2.070	8,1	84,8
Sachsen.....	82	26.497	634	969.583	23.205	7.751	8,0	80,1
Sachsen-Anhalt.....	50	16.498	697	592.123	25.006	4.622	7,8	76,8
Schleswig-Holstein.....	95	15.663	553	564.339	19.931	4.604	8,2	80,5
Thüringen.....	42	16.080	712	558.033	24.719	4.554	8,2	77,6

1) Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage einschließlich Stundenfälle, ohne Sterbefälle

2) Berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung

Die Anzahl der aus vollstationärer Krankenhausbehandlung entlassenen Behandlungsfälle in Deutschland erhöhte sich von rund 14,5 Millionen im Jahr 1991 um 22,2 % auf 17,8 Millionen Fälle im Jahr 2009. Im gleichen Zeitraum sank die durch-

schnittliche Verweildauer pro Behandlungsfall um 42,9 % von 14 Tagen im Jahr 1991 auf 8,0 Tage im Jahr 2009. Gleichzeitig nahm die durchschnittliche Bettenauslastung um 7,8 % ab auf 77,5 % im Jahr 2009. Die Belegungstage reduzierten sich im Zeitraum von 1991 bis 2009 von rund 204 Millionen auf rund 142 Millionen Tage, das entsprach einem Rückgang von 30,3 % (Tabelle 25).

Die Zahl der in deutschen Krankenhäusern beschäftigten Vollkräfte im ärztlichen Dienst stieg seit dem Jahr 1991 von 95.208 Ärzte auf 131.227 Ärzte im Jahr 2009 (+ 37,8 %).

Dagegen sank die Zahl der Beschäftigten im nichtärztlichen Dienst seit 1991 um 13,3 % auf 676.647 Angestellte im Jahr 2009 (Statistisches Bundesamt 2009, Tabelle 26).

### **2.8.2. Psychiatrische Fachabteilungen in Deutschland und dem Saarland**

Im Jahr 2009 gab es in **Deutschland** 2084 Krankenhäusern, davon 245 Krankenhäuser (11,8 %) mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten (Tabelle 25), wiederum hatten davon 103 Krankenhäuser (42,0 %) bis zu 99 aufgestellte Betten (Planbetten der Klinik im Jahr 2009: 96; aufgestellte Betten: 100).

In Deutschland lag im Jahr 2009 der Nutzungsgrad der aufgestellten Betten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern bis 99 Betten bei 92,1 % bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 28,6 Tagen. Die Fallzahl erhöhte sich um 6,1 % von 54.568 Fälle im Jahr 2002 auf 57.888 Fälle im Jahr 2009 (Tabelle 25).

In den insgesamt 103 psychiatrischen Krankenhäusern bis 99 Betten ergaben sich im Jahr 2009 zusammen 1.657.519 Behandlungstage, das waren je Fachkrankenhaus 16.092 Behandlungstage und 336,1 Behandlungstage/aufgestelltem Bett.

In den deutschlandweit 2084 Krankenhäusern arbeiteten im Jahr 2009 im Jahresdurchschnitt insgesamt 807.874 Vollkräfte, davon 50.274 (6,2 %) in Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten, davon wiederum waren insgesamt 5902 Vollkräfte in Krankenhäusern bis zu 99 Betten beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2009, Tabelle 26). Von diesen gehörten insgesamt 13,0 % zum ärztlichen Personal (768 Vollkräfte) und 41,8 % zum Pflegepersonal (2469 Vollkräfte).

Von denen im Jahr 2009 im **Saarland** aufgestellten 6689 Betten befanden sich 9,4 % (631 Betten) in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie (Statistisches Amt Saarland 2011, Tabelle 24, Tabelle 25).

**Tabelle 25. Krankenhäuser 2009 in Deutschland und im Saarland: Aufgestellte Betten, Belegungstage, Fallzahl und Verweildauer (Statistisches Bundesamt 2009, Statistisches Amt Saarland 2011)**

Gegenstand der Nachweisung	Krankenhäuser insgesamt (Saarland: Fachabteilungen)	Aufgestellte Betten			Nutzungsgrad der Betten		Berechnungs-/Belegungstage		einrichtungsbezogene Fallzahl	durchschnittl. Verweildauer
		Insgesamt	darunter		Insgesamt	darunter	Insgesamt	darunter		
			Intensivbetten	Belegbetten						
		Anzahl			in Prozent		Anzahl		in Tagen	
<b>Krankenhäuser insgesamt</b>	2084	503.341	24.553	20.792	77,5	81,5	142.414.093	7.306.278	17.817.180	8,0
<b>Sonstige Krankenhäuser</b>	304	40.165	91	111	92,3	81,0	13.537.527	26.891	548.863	24,7
davon: Krankenhäuser mit ausschl. psychiatr., psych- chotherapeut. od. psychi- atr., psychother. u. neuro- log. Betten	245	40.165	91	111	92,3	81,0	13.537.527	26.891	548.863	24,7
Deutschland: KH bis 99 Betten	103	4.932	5	111	92,1	5,5	1.657.519	101	57.888	28,6
KH mit 100-199 Betten	64	8.753	8	-	94,2	78,2	3.009.591	2.284	113.674	26,5
KH mit 200-499 Betten	73	22.994	63	-	91,7	79,9	7.693.894	18.371	327.635	23,5
KH mit 500 u. mehr Betten	5	3.486	15	-	92,5	112,1	1.176.523	6.135	49.667	23,7
reine Tages- und Nacht- kliniken	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Bundeswehrkrankenhäuser</b>	5	874	77	-	88,0	73,9	280.862	20.784	41.312	6,8
Saarland: Psychiatrische Fachabteilungen zusammen	9	631	6	-	102,9	-	236.938	-	-	20,8

Im Saarland lag im Jahr 2009 die durchschnittliche Verweildauer der 9 psychiatrischen Fachabteilungen mit insgesamt 631 aufgestellten Betten bei 20,8 Tagen bei einem Nutzungsgrad der aufgestellten Betten von 102,9 %. In diesen neun psychiatrischen Fachabteilungen ergaben sich zusammen 236.938 Behandlungstage; pro Fachabteilung wurden 26.326 Behandlungstage erzielt und 375,5 Behandlungstage/aufgestelltem Bett (Statistisches Amt Saarland 2011, Tabelle 25).

**Tabelle 26. Deutsche Krankenhäuser 2009: Personal (umgerechnet in Vollkräfte), (Statistisches Bundesamt 2009)**

Gegenstand der Nachweisung	Krankenhäuser insgesamt	Vollkräfte im Jahresdurchschnitt												
		Insgesamt	Ärztliches Personal	Nichtärztliches Personal										
				zusammen	davon									
					Pflegedienst	darunter in der Psychiatrie tätig	med.-techn. Dienst	Funktionsdienst	klinisches Hauspersonal	Wirtschafts- u. Versorgungsdienst	techn. Dienst	Verwaltungsdienst	Sonderdienste	sonst. Personal
Anzahl														
Krankenhäuser insgesamt	2.084	807.874	131.227	676.647	303.656	39.228	128.608	90.574	12.197	44.286	17.369	57.895	3.913	18.149
Sonstige Krankenhäuser	304	50.907	5.620	45.287	24.893	22.998	7.272	2.615	1.366	3.273	1.186	3.246	238	1.198
davon: Krankenhäuser mit aussch. psychiatr., psychotherapeut. od. psychiatr., psychother. u. neurolog. Betten	245	50.274	5.495	44.778	24.720	22.850	7.142	2.514	1.354	3.250	1.181	3.201	232	1.184
KH bis 99 Betten	103	5.902	768	5.134	2.469	2.208	1.004	305	232	441	92	399	29	164
KH mit 100-199 Betten	64	10.999	1.237	9.762	5.247	5.092	1.602	581	301	699	233	791	36	272
KH mit 200-499 Betten	73	29.301	3.009	26.292	14.803	13.432	4.074	1.448	744	1.893	722	1.794	149	666
KH mit 500 u. mehr Betten	5	4.071	481	3.590	2.200	2.118	462	181	77	218	135	217	19	82
reine Tages- und Nachtkliniken	59	633	124	509	173	148	130	102	12	22	5	45	6	14
Bundeswehrkrankenhäuser	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Im Jahr 2009 arbeiteten in den 25 saarländischen Krankenhäusern 16.549 Beschäftigte, davon 2014 (12,2 %) hauptamtliche Ärzte und 6532 (39,5 %) Beschäftigte im Pflegedienst (Statistisches Amt Saarland 2009).

### 2.8.3. Stationäre Versorgung der Klinik: Personal- und Bettenausstattung

Betrachtet man die Entwicklung der in der Klinik vorhandenen Planbetten und der tatsächlich aufgestellten Betten, zeigt sich folgendes: seit 1988 reduzierte sich im stationären Bereich die Zahl der Planbetten um 19 Betten auf 96 Betten im Jahr 2010. Bis zum Jahr 2003 entsprach die Zahl der Planbetten der Zahl der aufgestellten Betten. Ab dem Jahr 2004 wurden vier Betten mehr aufgestellt als geplant, ab dem Jahr 2010 wurden dann sieben Betten mehr aufgestellt als geplant. Der Reduktion der Planbetten (- 16,5 %) steht damit eine Vermehrung der aufgestellten Betten (+ 3,0 %) gegenüber (Tabelle 27).

Im teilstationären Bereich entsprach die Zahl der verfügbaren Plätze bis zum Jahr 2003 der tatsächlich vorhandenen Plätze. Ab dem Jahr 2004 bis zum Jahr 2008 wurden in der Tages- und Übergangsklinik 10 Therapieplätze mehr angeboten als geplant waren. Ab dem Jahr 2009 entsprach die Zahl der vorhandenen Plätze der Zahl der geplanten Plätze.

**Tabelle 27. Planbetten und aufgestellte Betten der Klinik im Zeitraum 1988-2010 (Quelle: Krankenhausplan, Amtsblatt des Saarlandes, Universitätsklinikum des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie 2011)**

Datum	Planbetten		Aufgestellte Betten	
	Vollstationär	Teilstationär	Vollstationär	Teilstationär
01.07.88	115	40	k. A.	k. A.
31.12.91	115	40	k. A.	k. A.
01.01.94	100	40	k. A.	k. A.
01.01.95	100	40	k. A.	k. A.
01.01.96	100	40	k. A.	k. A.
01.01.97	100	40	100	40
01.01.98	100	40	100	40
01.01.99	100	40	100	40
01.01.00	100	40	100	40
01.01.01	100	40	100	40
01.01.02	100	40	100	40
01.01.03	100	40	100	40
01.01.04	96	30	100	40
01.01.05	96	30	100	40
01.01.06	96	30	100	40
01.01.07	96	30	100	40
01.01.08	96	30	100	40
01.01.09	96	30	100	30
01.01.10	96	30	103	30

Die Bettenauslastung der Klinik lag im Zeitraum von 1997 bis 2008 immer bei rund 100 %. Geringere Werte fand man in den Jahren 2002 und 2006 (jeweils 93 %) und im Jahr 2007 (86 %). Im Jahr 2009 erhöhte sich die Bettenauslastung um 10 Prozentpunkte gegenüber dem Jahr 1997 auf 110 % (Tabelle 28).

**Tabelle 28. Nutzungsgrad der aufgestellten Betten der Klinik im Zeitraum 1997 bis 2009: Erwachsenenpsychiatrie ohne teilstationärer Bereich (Quelle: Belegungsstatistik Dezernat II, Finanzen, Universitätsklinikum des Saarlandes 2011)**

Datum	N.-Grad aufg. Betten
1997	100 %
1998	100 %
1999	98 %
2000	98 %
2001	98 %
2002	93 %
2003	99 %
2004	99 %
2005	102 %
2006	93 %
2007	86 %
2008	100 %
2009	110 %

**Tabelle 29. Personalentwicklung der Klinik im Zeitraum 2005-2010 (Quelle: Dezernat I, Personalplanung, Universitätsklinikum des Saarlandes 2011)**

Jahr	Ärztlicher Dienst		Pflegedienst	
	Vollkräftewert	Differenz zum Vorjahr	Vollkräftewert	Differenz zum Vorjahr
2005	20,50	0	71,78	0
2006	18,59	-1,91	68,76	-3,02
2007	14,35	-4,24	70,79	2,03
2008	17,96	3,61	70,68	-0,11
2009	18,28	0,32	71,38	0,70
2010	19,56	1,28	72,88	1,50

In Tabelle 29 wird die Personalentwicklung der Klinik für den ärztlichen und Pflegedienst für den Zeitraum 2005 bis 2010 dargestellt. Im Vergleich zum Jahr 2005 stand im Jahr 2010 zur Betreuung von psychiatrischen Patienten der Klinik eine Arztstelle weniger zur Verfügung. Im Pflegedienst gab es im Verhältnis zum Jahr 2005 im Jahr 2010 eine Pflegestelle mehr in der Klinik.

Gesetzlich ist die personelle Ausstattung psychiatrischer Krankenhäuser in der **Psychiatrie-Personalverordnung** (Psych-PV) festgelegt und seit dem 1. Januar 1991 gültig. Zur Finanzierung der Behandlung in der Psychiatrie und zur Sicherung der Patientenversorgung werden in der Psych-PV die stationär behandelten Patienten in Behandlungsbereiche (A, S, G, KJ) und Behandlungsarten (1 – 6) eingeteilt. Bis Ende des Jahres 2009 erfolgte die Psych-PV Eingruppierung zweimal jährlich bei Stichtagserhebungen. Mit Inkrafttreten des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom 17. März 2009 ist „für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen [...] für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, [ist] ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen“. (§ 17d KHG). Somit erfolgt seit dem 1. Januar 2010 die Psych-PV Eingruppierung bei der stationären Aufnahme des Patienten und bei jedem Wechsel von Behandlungsbereich oder Behandlungsart und muss an die zuständige Krankenkasse übermittelt werden. Anders als in somatischen Krankenhäusern, die nach Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG) abrechnen, können psychiatrische Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2013 freiwillig nach Tagespauschalen abrechnen, die sich aus den Psych-PV Eingruppierungen und den Operationen- und Prozedurenschlüsseln ergeben. Die Budgets werden jedoch wie bisher nach der Bundespflegeverordnung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen verhandelt. Ab 2015 muss dann nach dem neuen Entgeltsystem abgerechnet werden, ohne Einfluss auf die ausgehandelten Budgets. Bis zum Jahr 2017 werden dann individuelle Basisfallwerte für die einzelnen Einrichtungen ermit-

telt. Ab 2017 beginnt die 5-jährige Konvergenzphase, in der stufenweise die Vergütung von den krankenhausindividuellen Basisfallwerten auf Landesbasisentgeltwerte umgestellt wird, welche zwischen den Landeskrankenhausgesellschaften und den Krankenkassen ausgehandelt wurden (Meißner 2012).

## 2.9. Fragestellung und Vorgehensweise

Mit dem Aufbau des vorangegangenen theoretischen Kapitels wurde das Ziel verfolgt, epidemiologische Zahlen psychiatrischer Störungen auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene vorzustellen. Die gezeigten Ergebnisse der GBD-Studie der WHO belegten einen erheblichen globalen Zuwachs psychischer Erkrankungen, der sich auf nationaler Ebene fortsetzte. Dabei haben nachfolgende Diagnosen die größte Bedeutung: organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Tabelle 2, Tabelle 17).

Im Vergleich zu den dargestellten gesamtgesellschaftlichen Daten werden im Anschluss die Patientendaten der Klinik untersucht und folgende Hypothesen für die vorliegende Arbeit formuliert.

### Hypothese 1

Die Behandlungsprävalenz **aller Patienten** der Klinik veränderte sich im Zeitraum von 1986 bis 2009 bezüglich der

- Anzahl von Patienten und Behandlungsfällen
- mittleren Verweildauer
- Behandlungstage
- Mehrfachbehandlungen von Patienten.



## **Hypothese 2**

Die Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik, differenziert **nach ausgewählten psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen**, veränderte sich im Zeitraum von 1986 bis 2009 bezüglich

- der Vergabe von Haupt- und Nebendiagnose hinsichtlich der Anzahl der Fälle, der mittleren Verweildauer und der Behandlungstage
- der Mehrfachbehandlungen von Patienten hinsichtlich der Anzahl der Fälle und Patienten, der Aufnahme- und mittleren Verweildauer
- der Verteilung der Verweiltage in den gruppierten Zeiträumen 1986-1993 und 2002-2009
- des Geschlechterverhältnisses.

## **Hypothese 3**

Die deskriptiven **epidemiologischen Daten der Klinik** unterscheiden von den Daten für Deutschland und des Saarlandes.

## **3. Material und Methodik**

### **3.1. Operationalisierung**

Zur Überprüfung der Fragestellung bezüglich der Veränderung der Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik ist es notwendig, die Erkrankung als theoretischen Begriff gemäß festen Regeln zu Zahlen zuzuordnen, um die Erkrankung zu „messen“ (Schnell, Hill, Esser 2008). Hierbei sind die Gütekriterien der Gültigkeit (Validität) und Zuverlässigkeit (Reliabilität) der Messung der Erkrankung zu überprüfen.

Demnach erfüllt eine Diagnoseverschlüsselung die Voraussetzung der Validität, wenn sie die richtige Diagnose bezeichnet, also die tatsächliche Erkrankung wiedergibt, an welcher der Patient leidet. Das Gütekriterium der Reliabilität ist dann erfüllt, wenn eine Erkrankung von verschiedenen Ärzten mit derselben ICD-10 Verschlüsselung kodiert wird.

Die für die vorliegende Statistik verwendeten ICD-Diagnosen wurden von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie verschlüsselt und von Oberärzten der Klinik überprüft. Damit sind für die vorliegende Arbeit die Gütekriterien der Validität und Reliabilität zur Überprüfung der Fragestellung erfüllt.

Im Untersuchungszeitraum von 1986 bis 2009 fand ein Wechsel des Diagnosenklassifikationssystems in der Klinik statt: die Diagnosen des untersuchten Patientenkollektivs wurden im Zeitraum 1986 bis 1995 nach ICD-9 und ab 1996 nach ICD-10 verschlüsselt. Somit sind die erhobenen Daten im Zeitraum von 1996 bis etwa 2002 unter dem Aspekt eines Verschlüsselungsartefaktes zu betrachten, d. h. mögliche Klassifizierungsfehler dürfen nicht als Krankheitseffekte interpretiert werden. Aufgrund der Beurteilung der im theoretischen Teil dargestellten Literatur (Kapitel 2.2.5, S.24) wird in der vorliegenden Arbeit von einem systematischen Auftreten der Verschlüsselungsartefakte ausgegangen, so dass die Diagnoseneffekte im Zeitverlauf von 1986 bis 2009 nicht davon betroffen sind.

Zum Verständnis der nachfolgenden Auswertung ist es wichtig, den Unterschied zwischen den Begriffen „Patient“ und „Fall“ zu verdeutlichen. Der Ausdruck Patient bezieht sich auf ein Individuum und wird synonym zum Begriff Person verwendet. Die Bezeichnung Fall bezieht sich auf eine Behandlung eines Erkrankten. Damit können aus der Behandlung eines Patienten mehrere Behandlungsfälle resultieren. Die

nachfolgende Auswertung berücksichtigt den Vergleich der Anzahl von Patienten und Fällen.

### **3.1.1. Auswahl der Untersuchungsobjekte**

Das Patientenkollektiv für die vorgenommenen retrospektiven Auswertungen basiert auf den Daten der Patienten, die sich in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Homburg/Saar in stationärer und teilstationärer klinischer Behandlung befanden und deren Entlassungsdatum in den Zeitraum 01.01.1986 bis 31.12.2009 fiel. Die Klinik ist Teil des Universitätsklinikums des Saarlandes und nimmt für den Bereich des Saarpfalz-Kreises mit etwa 150.000 Einwohnern (Statistisches Amt Saarland, Stand: 31.12.2010) die Pflichtversorgung wahr, wird aber auch zu einem bedeutenden Anteil von Einwohnern der benachbarten pfälzischen Landkreise und auch darüber hinaus aufgesucht.

Die Klinik verfügt über 96 stationäre Betten für Erwachsene, 25 teilstationäre Plätze in der Tagesklinik und 15 teilstationäre Plätze in der Übergangsklinik. Die Behandlungs- und Hilfsangebote erfolgen in einem multiprofessionellen Mitarbeiterstab aus Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzten in der Weiterbildung zum Facharzt, Psychologischen Psychotherapeuten und Klinischen Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und dem Team der Mitarbeiter im Pflegedienst.

Patienten, deren Behandlung in der eigenen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgte, wurden für die Auswertung nicht erfasst.

Insgesamt wurden 32.488 Behandlungsfälle aus 24 Jahren untersucht. Mehrfachbehandlungen von Patienten wurden eingeschlossen.

### **3.1.2. Überleitungstabelle**

Um eine gemeinsame Klassifizierungsgrundlage für die statistische Auswertung zu erhalten, wurden die ICD-9 Diagnosen der Jahre 1986-1995 mittels einer eigens erstellten Überleitungstabelle in eine ICD-10 Diagnose „übersetzt“. Die für die vorliegende Arbeit erstellte Tabelle der Übertragung von ICD-9 nach ICD-10 (Tabelle 66, S. 290) basiert auf der ICD-Überleitungstabelle des DIMDI ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de), Stand 24.03.09) und folgt den Gruppierungsvorgaben des Kapitel V der ICD-10. Die Zuordnung der aktuellen ICD-10 Diagnosen zu den bis 1995 verwendeten ICD-9 Diagnosen geschah mit dem Statistikprogramm SPSS 17 für Windows.

### **3.2. Datenerhebung und Erfassung**

Die Erfassung der Patientendaten für die vorliegende Untersuchung erfolgte mithilfe von strukturierten Dokumentationsbögen auf der Grundlage der psychiatrischen Basisdokumentation (Cording et al. 1995). Patientendaten zu Einweisungs- und Entlassungsmodalitäten, zur persönlichen und Krankheitsanamnese und zum Behandlungsverlauf wurden auf einem Papiervordruck vom behandelnden Arzt handschriftlich erfasst und nach jeder Entlassung eines Patienten zur Dokumentation im Krankenblatt abgelegt. Die Dokumentationsassistentin der Klinik erhielt eine Kopie dieser Dokumentationsbögen und übertrug im Anschluss die codierten und anonymisierten Patientendaten in das Datenverwaltungssystem MS Access. Die Patientendaten standen dann elektronisch zur weiteren statistischen Auswertung zur Verfügung. Die Kopien der Dokumentationsbögen wurden nach der Dateneingabe gemäß den Datenschutzbestimmungen vernichtet.

Im Laufe der vergangenen Jahre wurde der Dokumentationsbogen weiterentwickelt, so dass die Datenerhebung im Zeitraum von 1986 bis 2009 mit Hilfe drei unterschiedlicher Bögen durchgeführt wurde:

- Dokumentationsbogen 1986 bis 1995
- Dokumentationsbogen 1996 bis 2001
- Dokumentationsbogen ab 2002

Die verwendeten Fragebögen sind im Anhang aufgelistet (Kap. 12, S. 290).

Im Zeitraum von 1986 bis 2009 wurden 32.488 Behandlungsfälle erfasst.

### **3.3. Datenanalyse: Statistische Methoden**

Für die Berechnung und Aufbereitung der Daten wurde das statistische Softwarepaket SPSS 17 für Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), das Datenverwaltungssystem MS Access und das Tabellenkalkulationsprogramm MS Excel verwendet.

Zum einen erfolgte die Auswertung im Vergleich der Patientendaten im Jahr 1986 – zu Beginn der Untersuchung – gegenüber dem Jahr 2009 – am Ende der Untersuchung. Zum anderen wurde der gesamten Beobachtungszeitraumes anhand der Darstellung im linearen Regressionsmodell analysiert, in das alle Daten der Jahre 1986 bis 2009 einfließen.

Die Stichproben der Jahre 1986 und 2009 wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung getestet. Es zeigte sich, dass keine Normalverteilung vor-

lag ( $p < 0,001$ ). Die Überprüfung der Varianzhomogenität mit dem Levene Test ergab, dass keine Varianzhomogenität vorlag ( $p < 0,001$ ). Da beide Voraussetzungen für Varianzanalysen nicht erfüllt wurden, erfolgte die Überprüfung der erhobenen Daten der Jahre 1986 und 2009 mit dem nicht-parametrischen verteilungsfreien Mann-Whitney-U-Test. Damit wird beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 die Wahrscheinlichkeit angegeben, mit der sich die Verteilung der Variablen unterscheidet ( $p$ ) unter Angabe von Fallzahl (N), Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD), Median (MED) und der Quartile 1 (25 %) und 3 (75 %) für beide Erhebungszeitpunkte.

Das lineare Regressionsmodell unter Angabe des Regressionskoeffizienten (B) wurde als geeignetes Modell zur Darstellung der Entwicklung der Daten im Zeitverlauf von 1986 bis 2009 angesehen, obwohl es normal verteilte Variablen voraussetzt. Zur Bestimmung der Güte dieses Modells wurde das 95%ige Konfidenzintervall (95%CI) angegeben. Mit der Bestimmung des  $p$ -Wertes wurde gezeigt, ob sich die Steigung der Geraden signifikant von Null unterscheidet ( $p$ ). Das Bestimmtheitsmaß  $R^2$  zeigte an, wie gut die abhängige Variable durch den Prädiktor bestimmt werden kann (z. B.  $R^2 = 0,124$  d. h. 12,4 % wurden erklärt). Mit dem  $\chi^2$  Homogenitätstest nach Pearson wurde überprüft, ob sich die Verhältnisse von Variablen anteilig verändert haben. Er diente zur Überprüfung der Veränderung des Geschlechterverhältnisses und dem Anteil der jeweiligen Diagnose an den Gesamtbehandlungsfällen und -tagen zwischen den Jahren 1986 und 2009.

Für die statistischen Textteile wurden nachfolgende Abkürzungen verwendet:

*	$p < 0,05$
**	$p < 0,01$
***	$p < 0,001$
95%CI	Konfidenzintervall 95%
B	Regressionskoeffizient
$\chi^2$	Chi-Quadrat-Test
MED	Median
MO	Modus
MW	Mittelwert
N	Fallzahl
$p$	Signifikanz
Q1(25%)	Erstes Quartil
Q2(50%)	Zweites Quartil
Q3(75%)	Drittes Quartil
$R^2$	Bestimmtheitsmaß
SD	Standardabweichung

## 4. Ergebnisse

Im nachfolgenden ersten Teil dieses Kapitels werden die statistischen Ergebnisse zur Behandlungsprävalenz der Patienten der Klinik im Zeitraum von 1986 bis 2009 für alle entlassenen Patienten vorgestellt, unabhängig von der gestellten Hauptdiagnose. Im zweiten Teil erfolgt die Darstellung der deskriptiven epidemiologischen Patientendaten der Klinik unterteilt nach ausgewählten psychiatrischen Erkrankungen gemäß der Einteilung nach ICD-10 Kapitel V. Im dritten Abschnitt erfolgt eine Zusammenfassung und Gegenüberstellung der erhobenen Ergebnisse zur Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik. Im vierten Teil dieses Kapitels werden die Unterschiede zwischen den epidemiologischen Daten der Klinik und den Daten von Krankenhausfällen in Deutschland und im Saarland vorgestellt.

### 4.1. Statistische Ergebnisse der Klinik ohne Diagnosedifferenzierung im Zeitraum 1986 bis 2009

Als Grundlage für die Untersuchung der Behandlungsprävalenz aller Patienten der Klinik wurden die in der Tabelle 30 gezeigten Daten der 32.488 Behandlungsfälle berechnet. Es werden die Zahlen zu Beginn (1986, N = 1115) und am Ende (2009, N = 1709) der Erhebung mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests miteinander verglichen und die Entwicklung der Diagnosen für den Zeitraum von 1986 bis 2009 im linearen Regressionsmodell dargestellt.

Unter **Fallzahl** versteht man die Anzahl der behandelten Fälle, die in dem betreffenden Jahr entlassen wurden, d. h. das Entlassungsdatum eines Patienten ordnet ihn einem bestimmten Jahr zu. Die Fallzahl berücksichtigt nicht, ob es sich um den gleichen Patienten handelt. Wird ein Patient z. B. im Jahr 2009 viermal entlassen, dann ergeben sich eine Fallzahl von vier und eine Patientenzahl von eins im Jahr 2009.

Der **Patient** ist in der nachfolgenden Statistik das behandelte und in einem Jahr entlassene Individuum - also eine Person - unabhängig davon, wie viele Behandlungen in der Klinik durchgeführt wurden.

Die **Aufnahmerate** gibt an, wie oft ein Patient in einem Jahr aufgenommen wird. Sie ist ein Maß für die mehrfache Behandlung in der Klinik und errechnet sich als Quotient von Fallzahl und Patienten pro Jahr.

Unter **Mittlere Verweildauer/Patient/Jahr** wird angegeben, wie viele Tage ein Patient im Durchschnitt im Jahr in der Klinik behandelt wurde, unabhängig von der Anzahl der Behandlungen.

Unter **Mittlere Verweildauer/Fall/Jahr** wird angegeben, wie viele Tage ein Fall im Durchschnitt im betreffenden Jahr in der Klinik behandelt wurde.

Unter **Behandlungstage** wird die Anzahl der Tage verstanden, die sich aus der Differenz von Entlassungs- und Aufnahme datum plus einen Tag ergibt. Behandlungstage werden in der Statistik für insgesamt alle in einem Jahr in der Klinik behandelten Fälle angegeben.

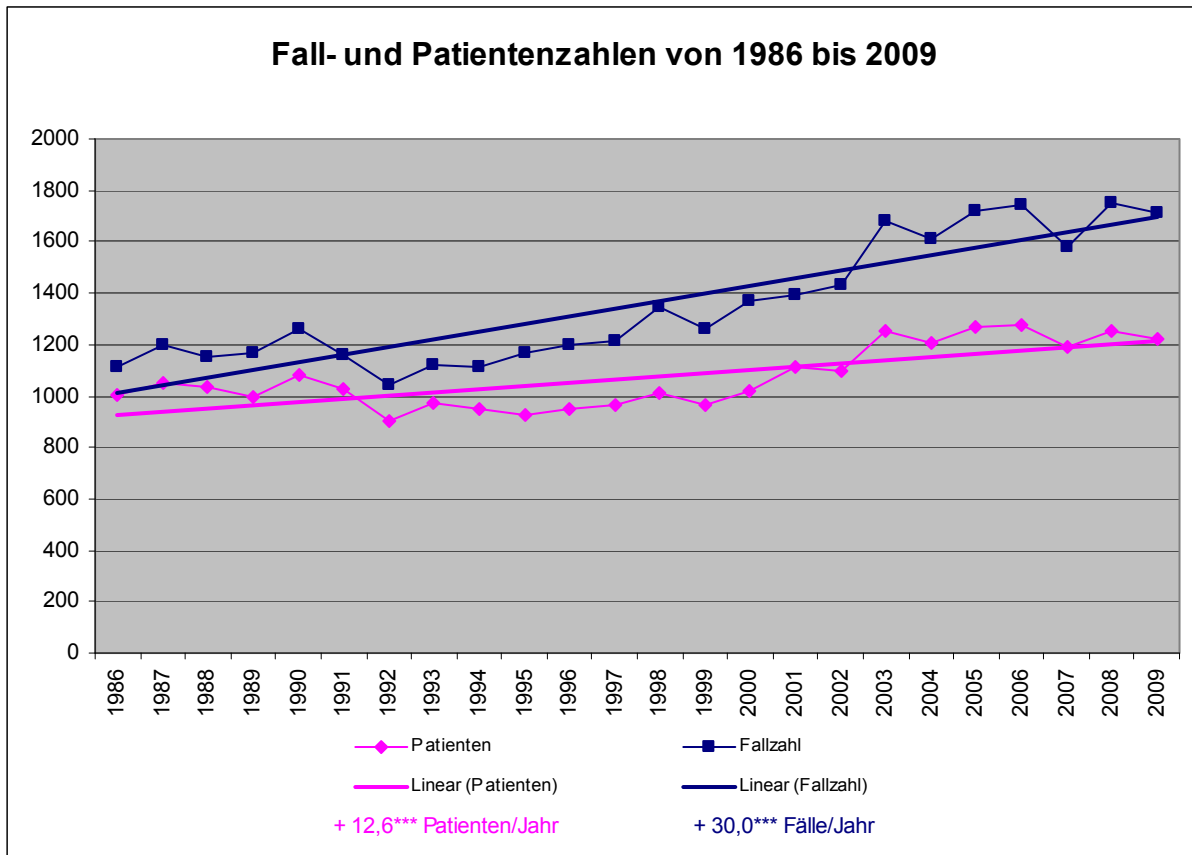
**Tabelle 30. Statistische Ergebnisse der Klinik ohne Diagnosedifferenzierung im Zeitraum 1986 bis 2009**

Jahr	Fallzahl	Patienten	Aufnahmerate	Mittl. Verweildauer/Patient/Jahr in Tagen	Mittl. Verweildauer/Fall/Jahr in Tagen	Behandlungstage
1986	1115	1003	1,11	54,1	48,7	54.281
1987	1195	1048	1,14	54,9	48,2	57.543
1988	1152	1034	1,11	51,0	45,8	52.765
1989	1164	998	1,17	48,8	41,8	48.665
1990	1258	1078	1,17	53,1	45,5	57.208
1991	1162	1027	1,13	52,3	46,2	53.733
1992	1042	900	1,16	55,6	48,0	50.019
1993	1120	975	1,15	51,3	44,6	49.996
1994	1110	946	1,17	55,6	47,4	52.636
1995	1169	925	1,26	57,0	45,1	52.753
1996	1201	946	1,27	54,3	42,8	51.397
1997	1215	968	1,26	48,3	38,5	46.760
1998	1349	1009	1,34	49,1	36,7	49.523
1999	1259	968	1,30	50,9	39,1	49.256
2000	1371	1021	1,34	46,1	34,3	47.076
2001	1390	1116	1,25	41,1	33,0	45.828
2002	1432	1097	1,31	44,3	33,9	48.597
2003	1680	1252	1,34	41,8	31,2	52.356
2004	1608	1208	1,33	40,8	30,6	49.256
2005	1720	1270	1,35	39,1	28,8	49.612
2006	1742	1276	1,37	37,7	27,6	48.045
2007	1577	1190	1,33	38,3	28,9	45.577
2008	1748	1251	1,40	40,3	28,9	50.433
2009	1709	1220	1,40	41,2	29,4	50.287
<b>Gesamt</b>	<b>32.488</b>	<b>25.726</b>				<b>1.213.602</b>

Im Jahr 2009 wurden 594 Fälle zusätzlich behandelt als zu Beginn der Datenerfassung im Jahr 1986 (Abbildung 17). Dies entsprach einem Zuwachs an behandelten Fällen von 53,3 % im Vergleich der Jahre 1986 und 2009. Die Anzahl der behandelten Patienten erhöhte sich im gleichen Zeitraum um 217 auf 1220 Patienten (+ 21,6 %). Im linearen Regressionsmodell ergab sich ein deutlicher Anstieg von

durchschnittlich 12,6 Patienten/Jahr (95%CI [7,4 ; 17,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,540$ ) und von 30,0 Fällen/Jahr (95%CI [23,3 ; 36,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,789$ ).

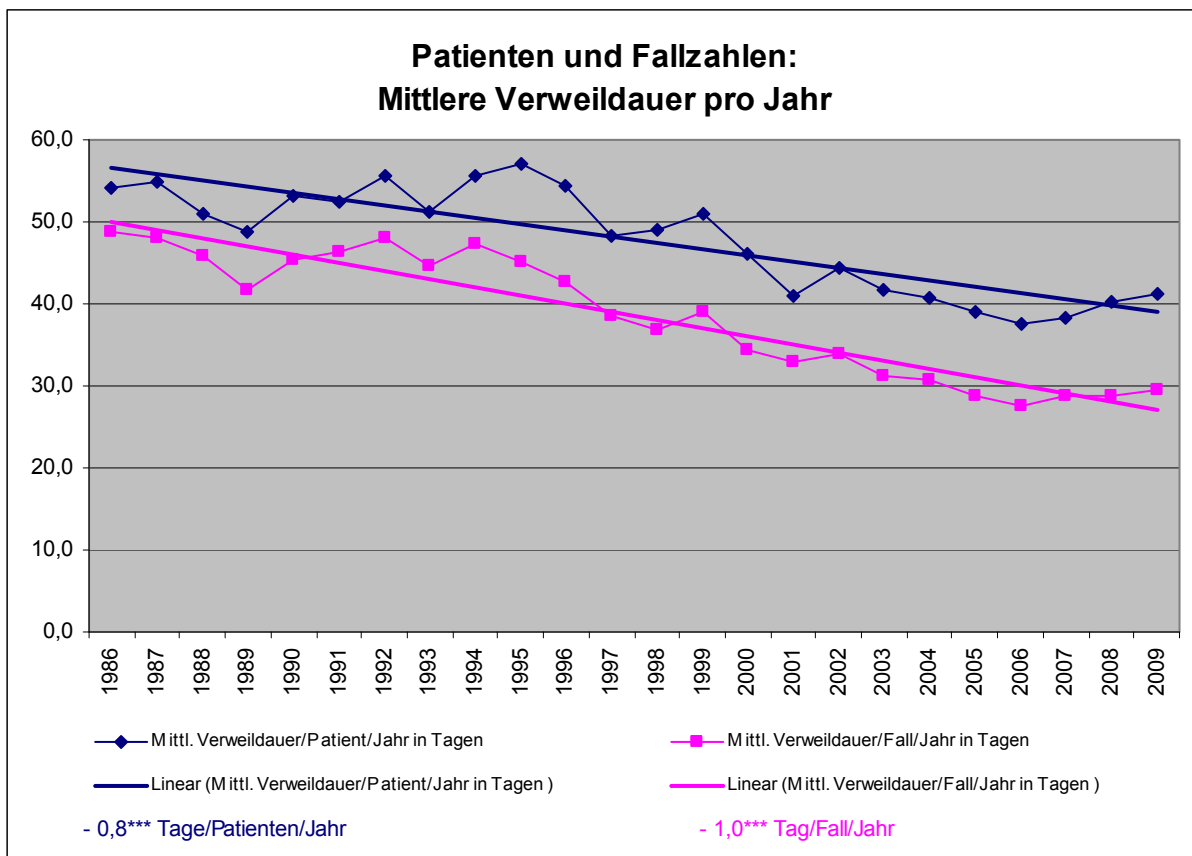
**Abbildung 17. Vergleich von Fall- und Patientenzahl im Zeitraum 1986 bis 2009**



Betrachtet man die mittlere Verweildauer im Vergleich der Jahre 1986 und 2009, dann wurde im Jahr 1986 ein Fall durchschnittlich 49 Tage behandelt und im Jahr 2009 noch rund 29 Tage (Abbildung 18). Dies entsprach einem Rückgang von 40,8 % ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 1115$ ;  $MW = 48,7$ ;  $SD = \pm 65,4$ ,  $Q1 = 15,0$ ,  $MED = 33,0$ ,  $Q3 = 57,0$ ; 2009:  $N = 1709$   $MW = 29,4$ ;  $SD = \pm 38,0$ ,  $Q1 = 5,5$ ,  $MED = 15,0$ ,  $Q3 = 37,0$ ). Ein Patient wurde im Jahr 1986 durchschnittlich 54 Tage behandelt, dagegen im Jahr 2009 noch 41 Tage, dies entsprach einer Abnahme von 24,1 % ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 1003$ ;  $MW = 54,1$ ;  $SD = \pm 71,6$ ,  $Q1 = 15,0$ ,  $MED = 35,0$ ,  $Q3 = 64,0$ ; 2009:  $N = 1220$ ;  $MW = 41,2$ ;  $SD = \pm 56,3$ ,  $Q1 = 7,0$ ,  $MED = 19,5$ ,  $Q3 = 50,0$ ).

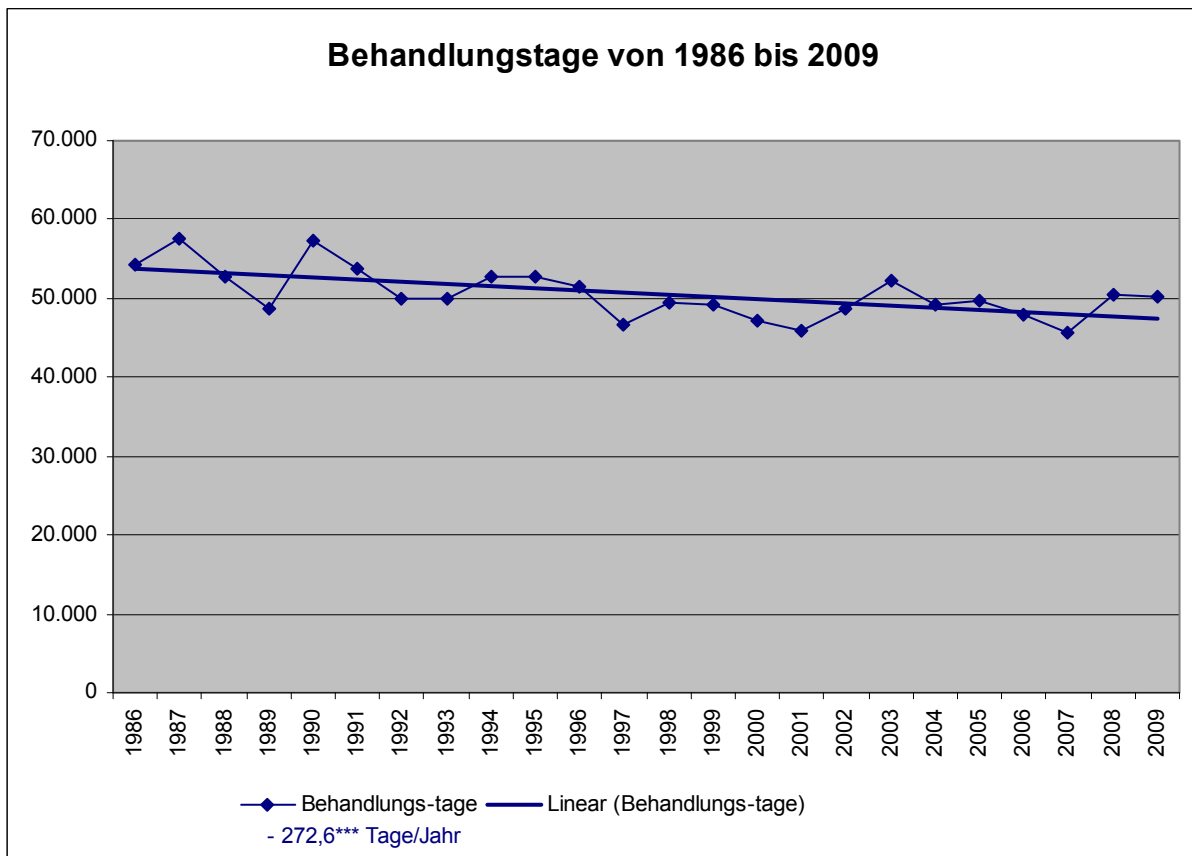


Abbildung 18. Mittlere Verweildauer von Patienten- und Fällen/Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009



Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 18) ergab sich eine ausgeprägte Abnahme der mittleren Verweildauer von durchschnittlich 1 Tag/Fall/Jahr (95%CI [-1,2 ; -0,8];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,889$ ) und von 0,8 Tagen/Patient/Jahr (95%CI [-1,0 ; -0,6];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,730$ ).

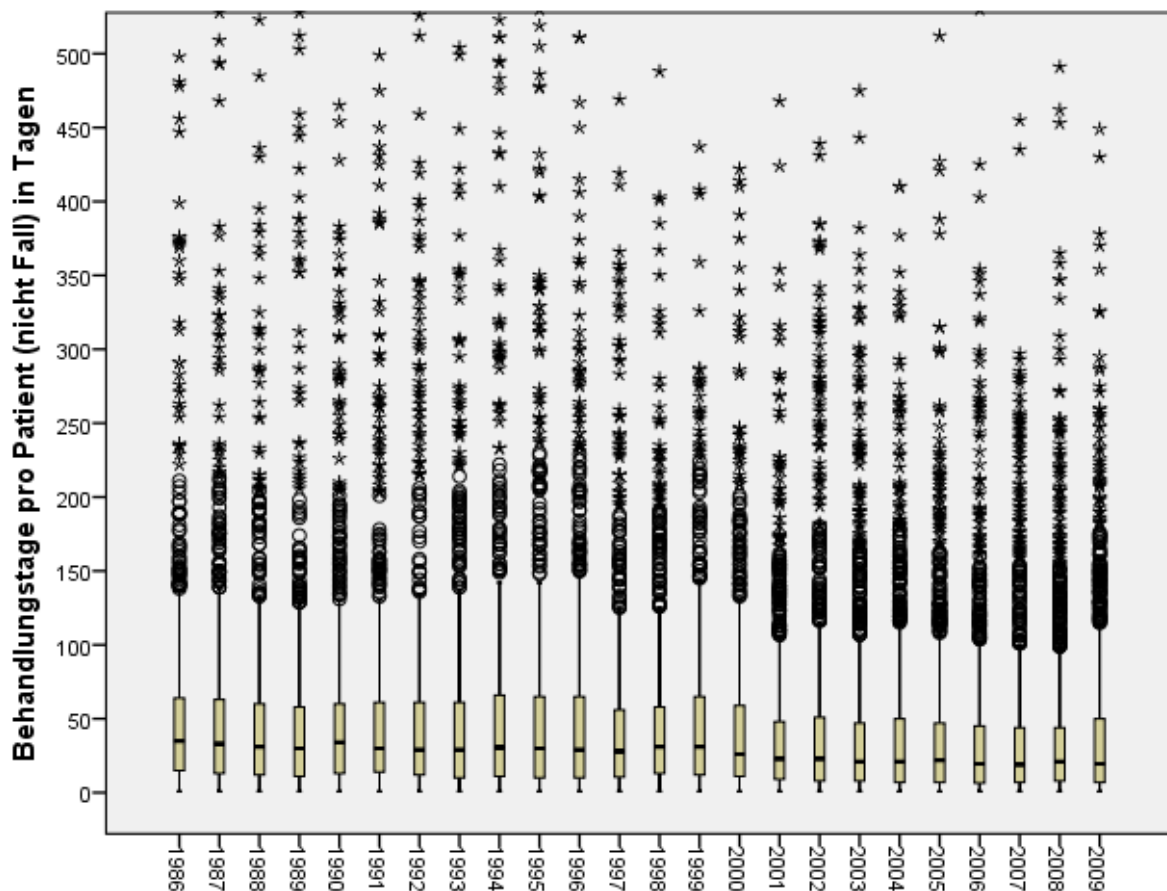
Abbildung 19. Behandlungstage aller Behandlungsfälle/Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009



Der Zunahme von Fall- und Patientenzahlen steht die Abnahme von Behandlungstagen im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 3.994 Tage (- 7,4 %) auf 50.287 Tage im Jahr 2009 gegenüber (Abbildung 19, Tabelle 30).

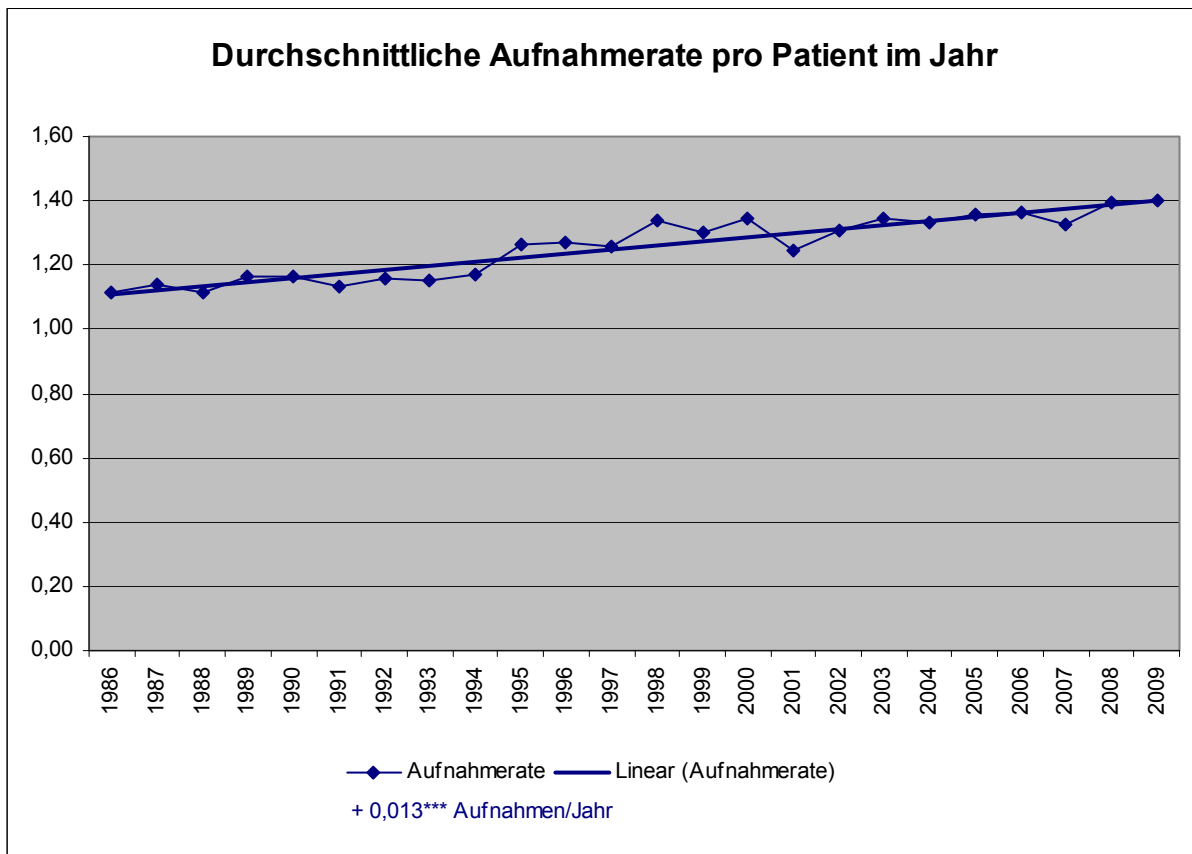
Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ein ausgeprägter Rückgang von durchschnittlich 272,6 Behandlungstage/Jahr, die zur Betreuung stationär aufgenommener Behandlungsfälle aufwandt wurden (95%CI [-428,5 ; -116,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,374$ ).

Abbildung 20. Streuungsdiagramm der Behandlungstage/Patient im Zeitraum 1986 bis 2009



Die Behandlungstage/Patient wiesen eine große Streuung auf (Abbildung 20). Fallen Aufnahme- und Entlassungsdatum eines Patienten nicht in ein Jahr, können sich Behandlungstage ergeben, die über 365 Tagen liegen, da das Entlassungsdatum über die Zuordnung zum Jahr entscheidet. In Einzelfällen kam es vor, dass schwersterkrankte Patienten über ein Jahr in der Klinik behandelt wurden. Im Zeitraum von 1986 bis 2009 lag das Maximum der Behandlungstage sogar bei 1254 Tage, d. h. ein Patient blieb mehr als drei Jahre in der Klinik. Diese starke Streuung der Behandlungstage führte zu einer großen Standardabweichung, welche im Beobachtungszeitraum von 65 auf 38 Tage sank (- 41,5 %). Dies bedeutet, dass im Zeitverlauf weniger Patienten mit langen Behandlungsepisoden vorkamen.

Abbildung 21. Durchschnittliche Aufnahme rate/Patient/Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009



Die Zunahme der Fall- und Patientenzahl bei gleichzeitiger Abnahme der Behandlungstage im Zeitverlauf von 1986 bis 2009 führte zu einer Verkürzung der mittleren Verweildauer/Patient bzw. Fall, gleichzeitig war ein Anstieg der Aufnahme rate/Person (+ 27,3 %) in diesem Zeitraum zu erkennen (Abbildung 19). Sie stieg von 1,11 Aufnahmen/Patient/Jahr im Jahr 1986 auf 1,40 Aufnahmen/Patient/Jahr im Jahr 2009 (Tabelle 30 S. 93): von 100 Patienten kamen im Jahr 1986 elf Fälle zur wiederholten Aufnahme; im Jahr 2009 waren es 40 Fälle ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 1003$ ;  $MW = 1,11$ ;  $SD = \pm 0,09$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,05$ ,  $Q3 = 1,09$ ; 2009:  $N = 1220$ ;  $MW = 1,40$ ;  $SD = \pm 0,23$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,16$ ,  $Q3 = 1,31$ ).

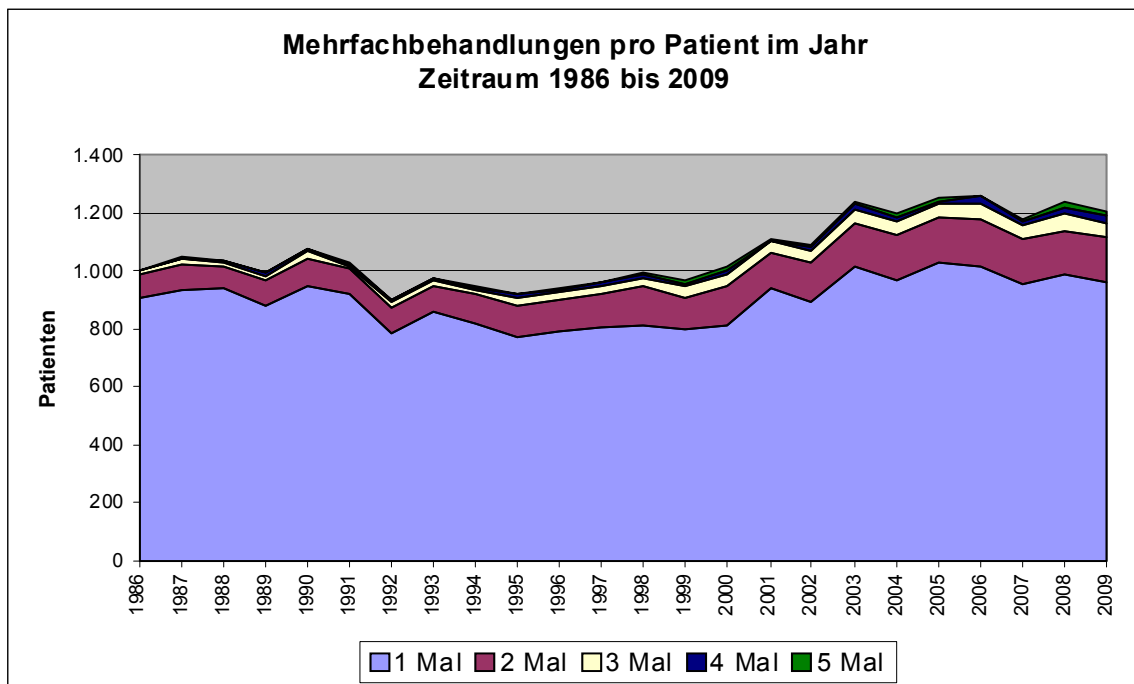
Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ein durchschnittlicher Anstieg von 0,013 Aufnahmen/Patient/Jahr (95%CI [0,011 ; 0,015];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,883$ ) im gesamten Beobachtungszeitraum. Die Zahl der zweimal in einem Jahr behandelten Patienten hat sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 genau verdoppelt auf 158 Patienten (Tabelle 31). Die Zahl der Patienten, die in einem Jahr dreimal in der Klinik zur stationären Behandlung waren, hat sich sogar fast verfünffacht von 10 Patienten im

Jahr 1986 auf 48 Patienten im Jahr 2009. Insgesamt wird in Tabelle 31 deutlich, dass die Mehrfachbehandlungen der Patienten zunehmen.

**Tabelle 31. Mehrfachbehandlungen im Zeitraum 1986 bis 2009**

	1 Mal	2 Mal	3 Mal	4 Mal	5 Mal und mehr	Patienten
1986	910	79	10	3	1	1.003
1987	936	83	25	2	2	1.048
1988	940	78	10	5	1	1.035
1989	883	84	18	8	5	999
1990	948	95	27	4	4	1.080
1991	919	92	7	7	2	1.027
1992	788	87	22	1	2	900
1993	863	88	16	7	1	975
1994	819	103	14	8	2	947
1995	773	108	23	13	8	929
1996	792	106	27	10	11	951
1997	808	115	26	11	8	974
1998	814	132	30	14	19	1.020
1999	796	110	40	11	11	971
2000	813	136	38	14	20	1.028
2001	943	123	34	6	10	1.120
2002	896	136	35	14	16	1.105
2003	1.017	147	48	19	21	1.266
2004	969	155	50	14	20	1.217
2005	1.026	160	45	11	28	1.286
2006	1.017	160	59	23	17	1.289
2007	957	156	46	10	21	1.203
2008	986	153	61	19	32	1.264
2009	961	158	48	26	27	1.237

**Abbildung 22. Mehrfachbehandlungen/Patient im Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009**



Die Anzahl der Behandlungen/Patient in einem Jahr wird in Abbildung 22 dargestellt. Man erkennt sowohl den Anstieg der Patienten (1 Mal) als auch den Anstieg ihrer Klinikaufenthalte pro Jahr.

Im Jahr 1986 (N=1115) waren 48,8 % der Behandelten Frauen und 51,2 % Männer; im Jahr 2009 (N=1709) lag der Frauenanteil bei 44,4 % und der Männeranteil bei 55,6 %. Das Geschlechterverhältnis änderte sich nicht. Die Fallzahl von Frauen stieg im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 215 Fälle (+39,5 %), die der Männer um 379 Fälle (+ 66,4 %) an.

Betrachtet man das Geschlechterverhältnis der 32.488 Behandlungsfälle im Zeitraum von 1986 bis 2009, dann waren es insgesamt 53,2 % behandelte Männer und 46,8 % Frauen.

#### 4.1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die beiden angewandten Untersuchungsmethoden – Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Modell zur Darstellung der der Behandlungsprävalenz aller Patienten der Klinik im Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 – führte zu einem übereinstimmenden Ergebnis:

Es zeigte sich ein deutlicher Anstieg von Fällen und Patienten. Die im Jahr 2009 stationär in der Klinik behandelten **Fälle** stiegen im Vergleich zum Jahr 1986 erheblich um 53,3 % an. Im linearen Modell ergab sich ein Zuwachs von 30 Fälle/Jahr (95%CI [23,3 ; 36,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,789$ ) auf 1709 Behandelte im Jahr 2009. Auch die Zahl der **Patienten** erhöhte sich im Jahr 2009 erheblich gegenüber dem Jahr 1986 um 21,6 % oder im linearen Regressionsmodell um durchschnittlich 12,6 Patienten/Jahr (95%CI [7,4 ; 17,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,540$ ). Im Jahr 2009 wurden somit 1709 psychiatrische Erkrankungsfälle (1986: 1115 Fälle) und 1220 Patienten behandelt (1986: 1003 Patienten) - das sind zusätzlich 217 Patienten oder 459 Fälle.

Die von der gesamten Klinik aufgebrauchten **Behandlungstage** sanken im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 7,4 % (3994 Tage) auf 50.287 Tage. Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ebenfalls ein ausgeprägter Rückgang um durchschnittlich 273 Tage/Jahr (95%CI [-428,5 ; -116,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,374$ ).

Die **mittlere Verweildauer** ging beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 für Fälle um rund 20 Tage (- 40,8 %) und für Patienten um rund 13 Tage (- 24,1 %) zurück. Sie lag im Jahr 2009 bei durchschnittlich 29,4 Tagen/Jahr für Behandlungsfälle und bei 41,2 Tagen/Jahr für Patienten. Im linearen Regressionsmodell zeigte sich für Be-

handlungsfälle ein deutlicher Rückgang um durchschnittlich 1 Tag/Jahr (95%CI [-1,2 ; -0,8];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,889$ ), für Patienten um durchschnittlich 0,8 Tage/Jahr (95%CI [-1,0 ; -0,6];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,730$ ).

Gleichzeitig erhöhte sich die **Aufnahmerate** beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 27,3 % ( $p < 0,001$ ; 1986: N = 1003; MW = 1,11; SD =  $\pm 0,09$ , Q1 = 1,00, MED = 1,05, Q3 = 1,09; 2009: N = 1220; MW = 1,40; SD =  $\pm 0,23$ , Q1 = 1,00, MED = 1,16, Q3 = 1,31). Im linearen Regressionsmodell zeigte sich eine Zunahme von durchschnittlich 0,013 Aufnahmen/Patient/Jahr (95%CI [0,01 ; 0,02];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,883$ ).

Der **Nutzungsgrad** der aufgestellten Betten lag im Jahr 2009 bei 110 % und hat sich gegenüber dem Jahr 1997 um zehn Prozentpunkte erhöht (Tabelle 28).

## 4.2. Statistische Ergebnisse nach psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen

Im folgenden Teil wird die Entwicklung der Behandlungsprävalenz in Abhängigkeit zur psychiatrischen ICD-10 Hauptdiagnose (Dilling et al. 2008) untersucht.

Nachstehende ausgewählte Hauptdiagnosegruppen wurden zur Analyse ausgewählt:

1. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)
2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) exemplarisch für die Hauptdiagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
3. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
4. Affektive Störungen (F30-F39)
5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
6. Vorsätzliche Selbstschädigung auf nicht näher bezeichnete Weise (X84) als Haupt- und Nebendiagnose

Die Untersuchung der ausgewählten Hauptdiagnosegruppen erfolgte anhand von 30.581 Fällen im linearen Regressionsmodell und im Vergleich der Behandlungsfälle der Jahre 1986 (N = 964) und 2009 (N = 1722) mit dem Mann-Whitney-U-Test (Tabelle 32).

**Tabelle 32. Datenbasis der untersuchten ICD-10 Hauptdiagnosegruppen**

Hauptdiagnose	1986		2009		Zeitraum 1986 - 2009	
	Fälle	Patienten	Fälle	Patienten	Fälle	Patienten
F00-F09	117	111	164	141	3338	2982
F10	188	172	451	286	6689	4963
F20-F29	339	280	379	225	8660	6032
F30-F39	136	127	232	174	4691	3802
F40-F48	126	115	403	323	5305	4639
X84 Haupt- u. Nebendiagnose	58	55	93	90	1898	1770
<b>Gesamt</b>	<b>964</b>	<b>860</b>	<b>1722</b>	<b>1239</b>	<b>30.581</b>	<b>24.188</b>

Für die zur Analyse ausgewählten Diagnosegruppen wurden folgende Untersuchungen für den Zeitraum 1986 bis 2009 durchgeführt:

1. Für die ausgewählte Störung wurden die Daten nach der Unterteilung in **Haupt- und Nebendiagnose** dargestellt. Die Hauptdiagnose ist die im Fragebogen an erster Stelle erfasste Diagnose und der Anlass für den Klinikaufenthalt des Patienten (InEK 2012). Kommt z. B. ein Patient mit einer bekannten Schizophrenie zur Auf-



nahme in die Klinik aufgrund einer Alkoholintoxikation, so wird die Diagnose F10 – Störung durch Alkohol – die Hauptdiagnose und nicht die Diagnose F20 – Schizophrenie. Letztere wird zur Nebendiagnose. Um insgesamt die Entwicklung von Erkrankungsbildern in der Klinik unabhängig von Haupt- und Nebendiagnose darzustellen, wurden sowohl die Hauptdiagnosen (z. B. für die Fallzahl „N der Hauptdiag.“) als auch die Haupt- und Nebendiagnosen zusammen gezählt (z. B. für die Fallzahl „N eine der vier Diag.“). Sind die Zahlen von Hauptdiagnose im Vergleich zu Haupt- und Nebendiagnose etwa gleich groß, dann wurde die Diagnose meist als Hauptdiagnose gestellt.

Für Erkrankungen mit Haupt- und Nebendiagnosen wurden folgende Daten dargestellt:

- Fallzahlen
- mittlere Verweildauer
- Behandlungstage
- Komorbiditäten

Bei der Darstellung der Komorbiditäten zu der jeweiligen Hauptdiagnose wurden Nebendiagnosen einer Diagnosegruppe nur einmal gezählt. Erhält beispielsweise ein Patient die Nebendiagnosen F43 und F41, dann wurden diese zwei Nebendiagnosen zu einer Diagnose der Gruppe F4 zusammengefasst. Damit soll ausgedrückt werden, dass der Patient unter einer neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störung gelitten hat.

2. Die **Mehrfachbehandlungen** von Erkrankten wurden berechnet um darzustellen, wie sich das Verhältnis von Behandlungsfällen zu Patienten im Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 entwickelt hat. Die durchschnittliche Aufnahmezeit von Patienten sowie die durchschnittliche mittlere Verweildauer pro Patient bzw. pro Fall und Jahr wurden abgebildet.

Bei den weiteren Ausführungen ist zu beachten, dass bei der Untersuchung 1 und 2 die Anzahl der Hauptdiagnose (N der Hauptdiagnose) mit der Fallzahl identisch ist, da pro Fall eine Hauptdiagnose vergeben wurde. Zur Verdeutlichung des Unterschiedes von Fällen und Patienten wurden die Ergebnisse zu den Fallzahlen bei der Gegenüberstellung zu den Patientenzahlen wiederholt.

3. Die Daten der Jahre 1986 bis 1993 und 2002 bis 2009 wurden zu jeweils zwei **Zeitgruppen** zusammengefasst und anschließend wurde die Verteilung der Verweil-

tage dieser beiden Gruppen verglichen. Damit wurden die Jahre 1994 bis 2001 nicht in die Berechnung mit einbezogen, um die Übergangszeiten des Wechsels von ICD-9 zu ICD-10 auszublenden.

4. Das **Geschlechterverhältnis** wurde für die ausgewählten Hauptdiagnosegruppen dargestellt. Für die Diagnosegruppe Suizidalität wurde die Fallzahl der Männer und Frauen für Haupt- und Nebendiagnosen gezeigt, da Suizidalität seit 1996 nicht mehr als Hauptdiagnose klassifiziert wurde.

## 4.2.1. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)

### 4.2.1.1. F00-F09 als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose

Die erhobenen Daten in Tabelle 33 waren die Grundlage für die nachfolgenden Ausführungen.

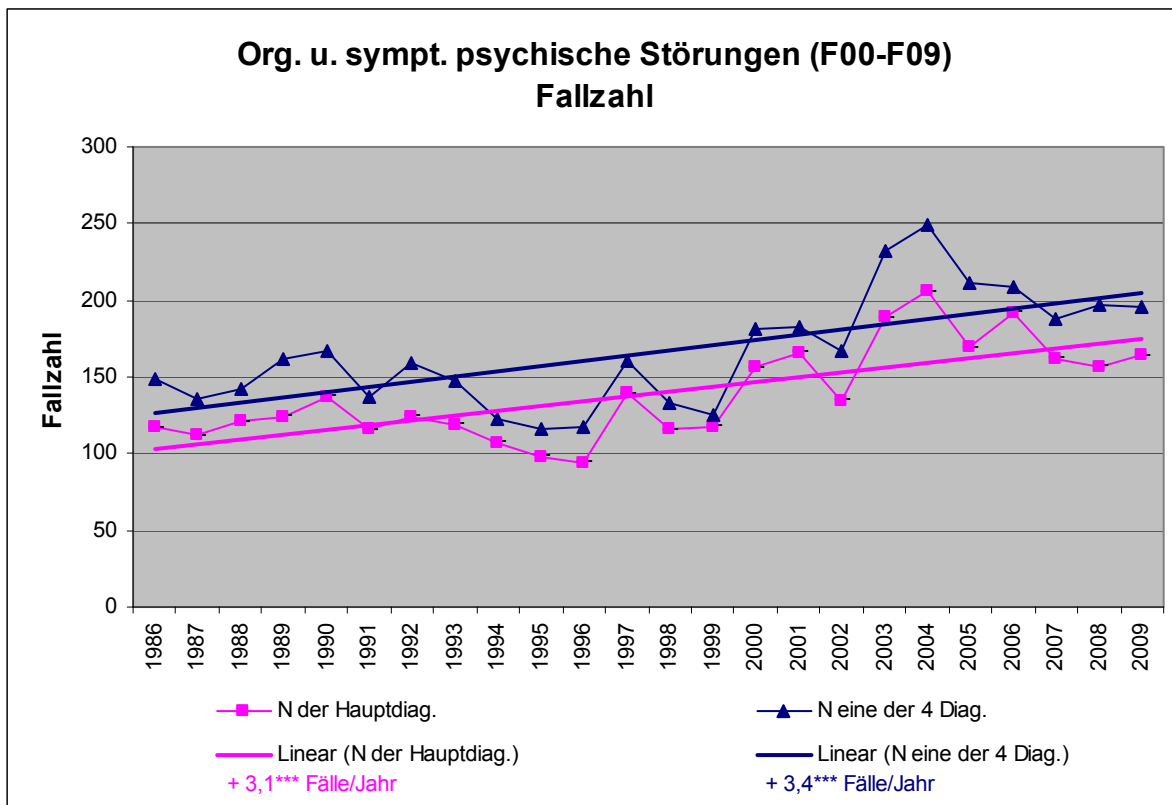
**Tabelle 33. Statistische Ergebnisse der ICD-10 Diagnosegruppe F00-F09**

Org./symp. psychische Störungen (F00-F09)						
Jahr	N der Hauptdiag.	mittl. Verweildauer Hauptdiag. in Tagen	Behandlungstage m. Hauptdiag.	N eine der 4 Diag.	mittl. Verweildauer eine der 4 Diag. in Tagen	Behandlungstage eine der 4 Diag.
1986	117	36,1	4226	149	40,9	6095
1987	112	27,3	3056	136	29,4	4001
1988	121	31,2	3781	142	34,1	4847
1989	124	27,5	3414	162	32,0	5182
1990	137	37,0	5063	167	37,8	6320
1991	116	25,4	2948	137	29,6	4054
1992	124	27,8	3442	159	32,3	5141
1993	119	30,8	3670	148	35,6	5271
1994	107	33,4	3577	122	34,4	4197
1995	98	27,2	2667	116	29,0	3359
1996	94	24,6	2309	117	27,4	3211
1997	139	24,2	3361	160	25,7	4113
1998	116	26,0	3011	133	26,8	3558
1999	118	27,0	3189	125	28,2	3529
2000	156	37,2	5802	181	36,7	6638
2001	166	29,3	4857	182	28,6	5214
2002	135	27,3	3691	167	26,6	4440
2003	189	25,6	4832	232	26,2	6069
2004	206	19,0	3907	249	22,8	5666
2005	169	19,4	3284	211	19,8	4170
2006	192	14,7	2814	209	15,5	3249
2007	162	15,7	2544	188	16,9	3185
2008	157	19,9	3120	197	23,2	4572
2009	164	24,3	3980	196	26,5	5191
<b>Gesamt</b>	<b>3338</b>		<b>86.545</b>	<b>3985</b>		<b>111.272</b>

Betrachtet man die Zahlen zu den Erhebungszeitpunkten 1986 und 2009 in Tabelle 33, dann gab es im Jahr 2009 zusätzlich 47 Fälle mehr als im Jahr 1986 (+ 40,2 %), die mit der Hauptdiagnose organische und symptomatische psychische Störungen behandelt wurden. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen, ergab sich ein Anstieg um 47 Fälle (+ 31,5 %) auf 196 behandelte Fälle im Jahr 2009. Der prozentuale Anteil der Fälle dieser Diagnose an den insgesamt in der Klinik gestellten Diagnosen

im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 veränderte sich kaum; im Jahr 1986 lag er bei 10,5 % und im Jahr 2009 bei 9,6 % (Tabelle 30, S. 93).

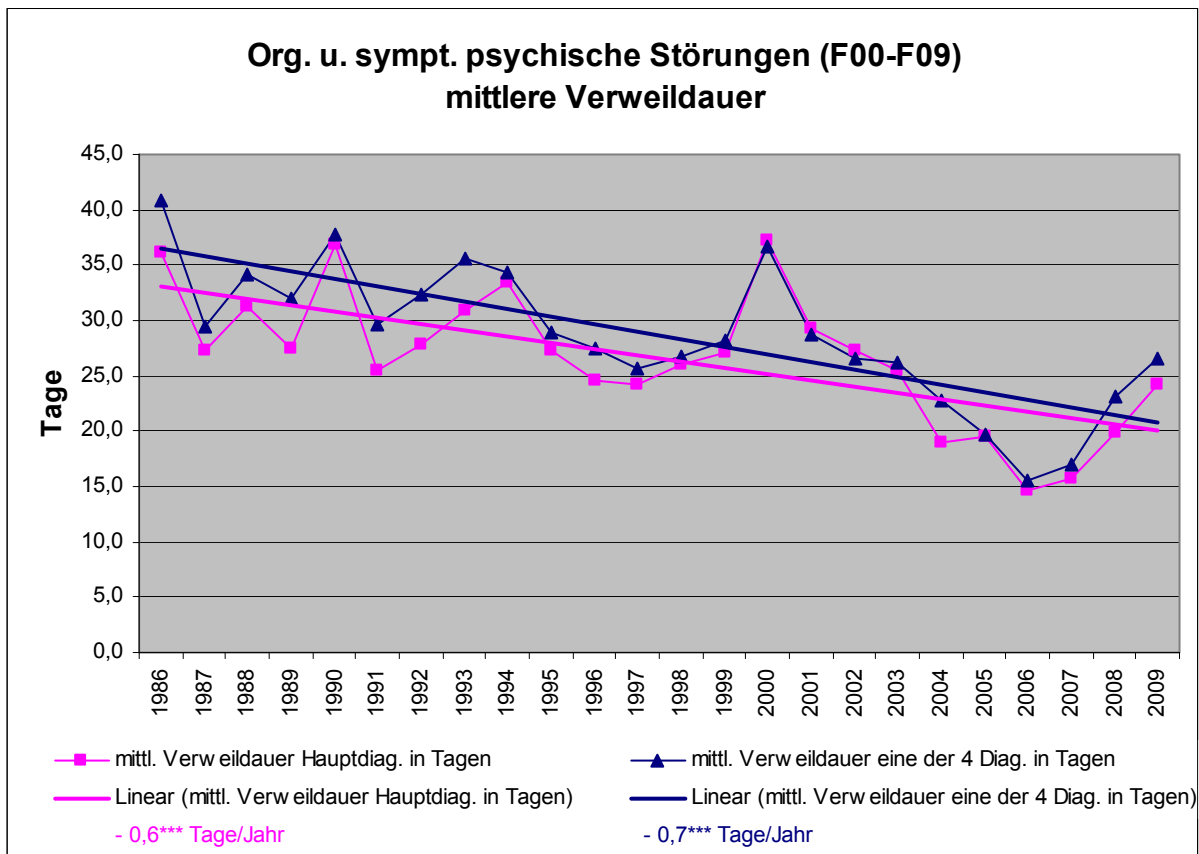
**Abbildung 23. Fallzahl 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09**



Das Verhältnis von Haupt- und Nebendiagnose veränderte sich beim Vergleich zwischen den Jahren 1986 und 2009 wenig; im Jahr 1986 erhielten rund 79 % diese Hauptdiagnose, im Jahr 2009 waren es rund 84 % (Tabelle 33).

Stellt man den gesamten Erhebungszeitraum im linearen Regressionsmodell dar (Abbildung 23), dann zeigte sich für Fälle mit dieser Hauptdiagnose ein Anstieg von 3,1 Fälle/Jahr (95%CI [1,8 ; 4,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,519$ ) und für Fälle mit Haupt- und Nebendiagnose eine Zunahme von 3,4 Fälle/Jahr (95%CI [1,7 ; 5,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,440$ ).

Abbildung 24. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09

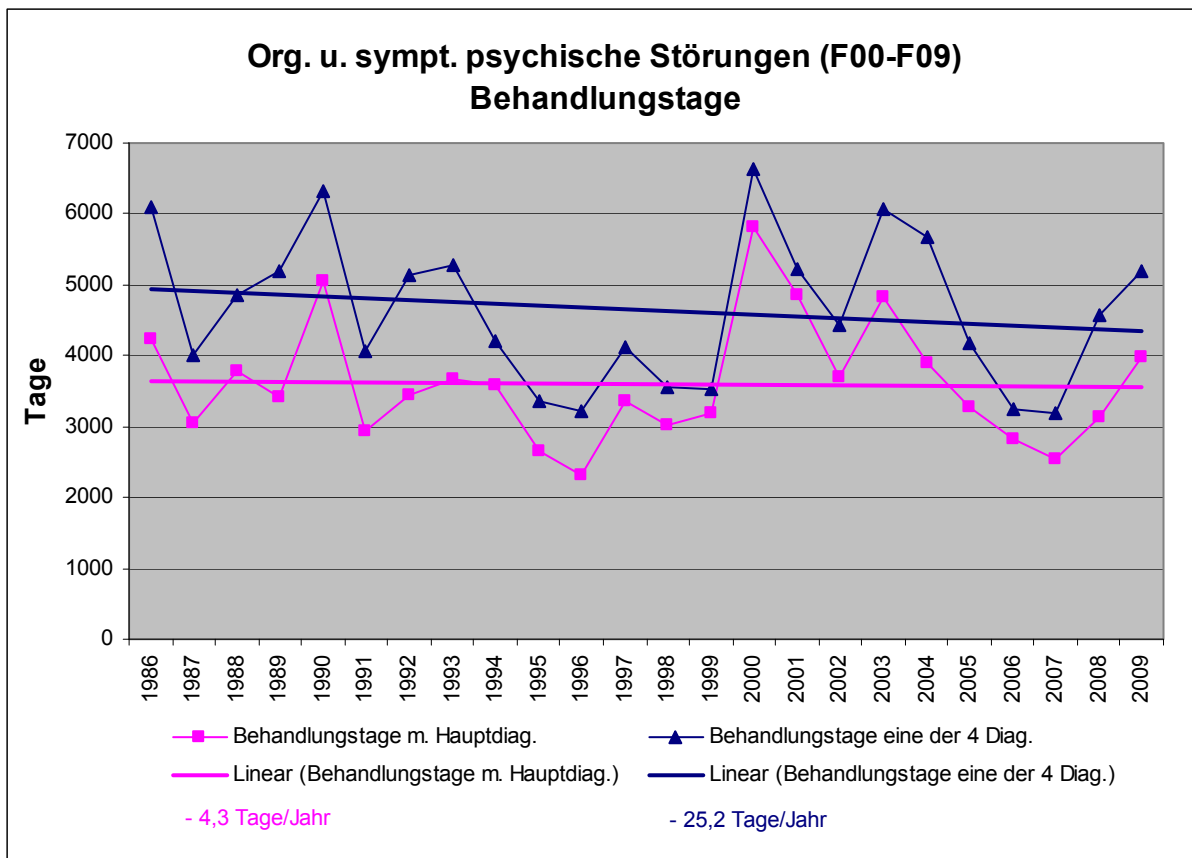


Im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 sank die mittlere Verweildauer von Erkrankungsfällen mit dieser Hauptdiagnose von 36,1 Tage im Jahr 1986 um 11,9 Tage (- 32,8 %) auf 24,3 Tage im Jahr 2009 ( $p = 0,013$ ; 1986:  $N = 117$ ;  $MW = 36,1$ ;  $SD = \pm 48,3$ ,  $Q1 = 12,5$ ,  $MED = 25,0$ ,  $Q3 = 43,0$ ; 2009:  $N = 164$ ;  $MW = 24,3$ ;  $SD = \pm 25,0$ ,  $Q1 = 7,5$ ,  $MED = 17,0$ ,  $Q3 = 32,0$ ).

Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen, dann sank die mittlere Verweildauer von 40,9 Tagen im Jahr 1986 um 14,4 Tage auf 26,5 Tage (- 35,3 %) im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ , 1986:  $N = 149$ ;  $MW = 40,9$ ;  $SD = \pm 47,6$ ,  $Q1 = 14,5$ ,  $MED = 29,0$ ,  $Q3 = 47,5$ ; 2009:  $N = 196$ ;  $MW = 26,5$ ;  $SD = \pm 27,7$ ,  $Q1 = 7,0$ ,  $MED = 17,5$ ,  $Q3 = 34,0$ ), (Abbildung 24).

Im linearen Regressionsmodell für den gesamten Beobachtungszeitraum sank die mittlere Verweildauer von Erkrankten mit dieser Hauptdiagnose um 0,6 Tage/Jahr (95%CI [-0,9 ; -0,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,447$ ). Die mittlere Verweildauer von Erkrankten mit dieser Diagnose als Haupt- oder Nebendiagnose nahm um 0,7 Tage/Jahr ab (95%CI [-0,9 ; -0,4];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,588$ ).

Abbildung 25. Behandlungstage 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09



Betrachtet man die Behandlungstage von Patienten mit dieser Hauptdiagnose zu Beginn und am Ende der Untersuchung, dann ergab sich ein Rückgang um 246 Tage (- 5,8 %) auf 3980 Behandlungstage im Jahr 2009. Bezogen auf Haupt- und Nebendiagnose sanken die Behandlungstage um 904 Tage auf 5191 Tage (-14,8 %) im Jahr 2009 (Abbildung 25).

Im linearen Regressionsmodell ergab sich für die Behandlungstage sowohl von Erkrankten mit Hauptdiagnose als auch von Erkrankten mit Haupt- oder Nebendiagnose kein Effekt.

Abbildung 26. Komorbiditäten zur Hauptdiagnosegruppe F00-F09

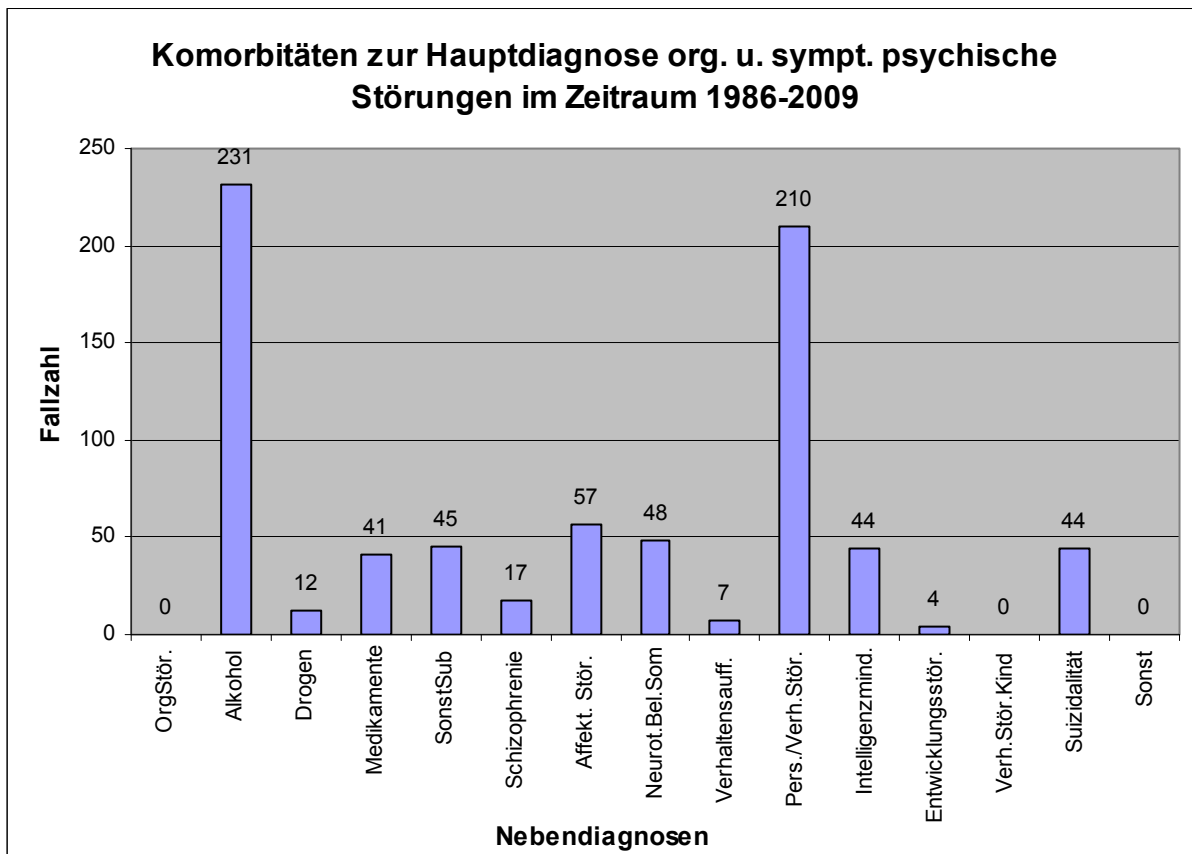


Abbildung 26 zeigt, welche anderen psychiatrischen Erkrankungen am häufigsten als Nebendiagnosen zur Hauptdiagnose organische und symptomatische psychische Störungen im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009 gestellt wurden.

Patienten mit dieser Hauptdiagnose erhielten im Beobachtungszeitraum am häufigsten eine Nebendiagnose aus der Gruppe Alkoholstörungen (F10). Von 760 gestellten Nebendiagnosen lag der Anteil dieser Diagnosegruppe bei rund 30 %. Am zweithäufigsten litten sie unter Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit einem Anteil von 27,6 % an allen Nebendiagnosen.

#### 4.2.1.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F00-F09

In Tabelle 34 werden für die Diagnosegruppe organische und symptomatische psychische Störungen Fall- und Patientenzahl, Aufnahmezeit sowie die mittlere Verweildauer für Patienten und Fälle einander gegenübergestellt. Die Fallzahl entspricht hierbei der Anzahl der Hauptdiagnosen, da pro Fall eine Hauptdiagnose vergeben wurde (vgl. Abbildung 23, S. 106 und Abbildung 27, S. 111).

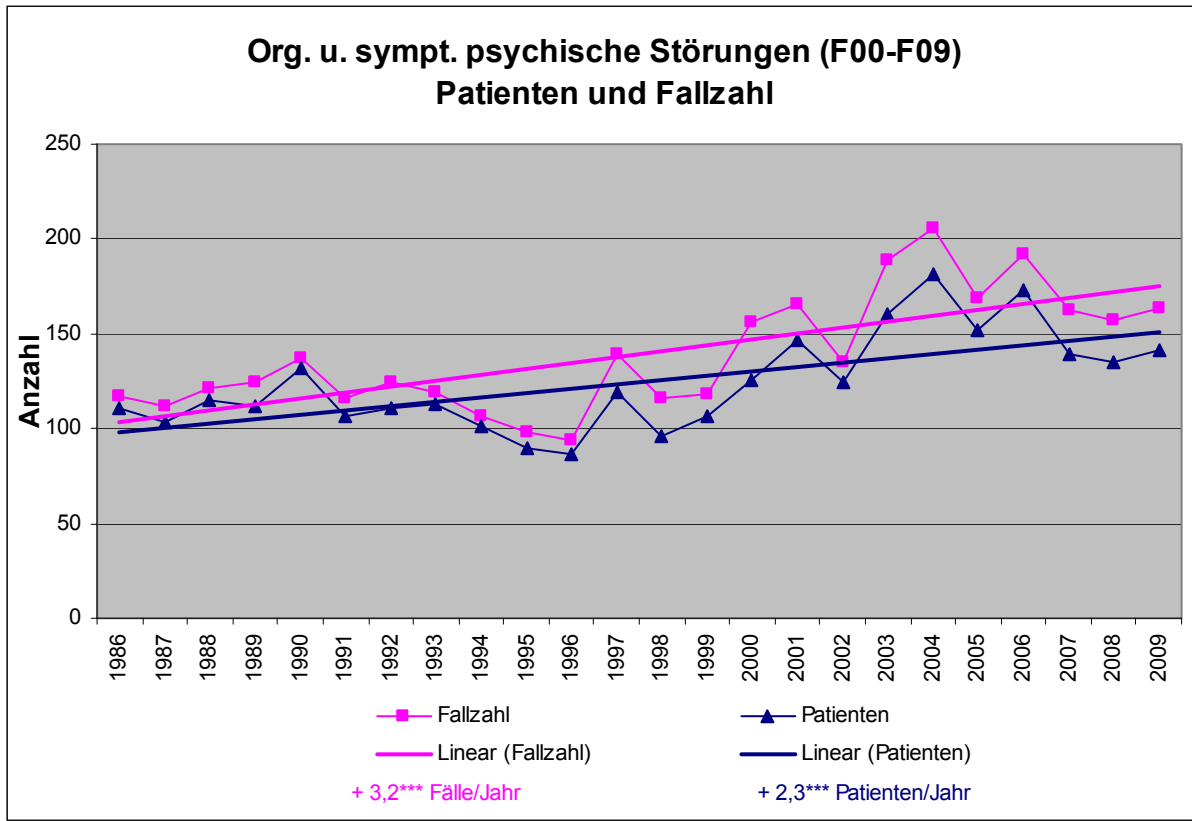
**Tabelle 34. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der ICD-10 Hauptdiagnosegruppe F00-F09**

Jahr	Fallzahl	Patienten	Aufnahmerate	mittl. Verweildauer/ Patient/Jahr in Tagen	mittl. Verweildauer/ Fall/Jahr in Tagen
1986	117	111	1,05	38,07	36,12
1987	112	103	1,09	29,67	27,29
1988	121	115	1,05	32,88	31,25
1989	124	112	1,11	30,48	27,53
1990	137	132	1,04	38,36	36,96
1991	116	107	1,08	27,55	25,41
1992	124	111	1,12	31,01	27,76
1993	119	113	1,05	32,48	30,84
1994	107	101	1,06	35,42	33,43
1995	98	90	1,09	29,63	27,21
1996	94	86	1,09	26,85	24,56
1997	139	119	1,17	28,24	24,18
1998	116	96	1,21	31,36	25,96
1999	118	107	1,10	29,80	27,03
2000	156	126	1,24	46,05	37,19
2001	166	147	1,13	33,04	29,26
2002	135	125	1,08	29,53	27,34
2003	189	160	1,18	30,20	25,57
2004	206	181	1,14	21,59	18,97
2005	169	152	1,11	21,61	19,43
2006	192	173	1,11	16,27	14,66
2007	162	139	1,17	18,30	15,70
2008	157	135	1,16	23,11	19,87
2009	164	141	1,16	28,23	24,27
<b>Ges.</b>	<b>3338</b>	<b>2982</b>			

Im Vergleich zum Jahr 1986 stieg die Anzahl der Fälle mit der Diagnose organische und symptomatische psychische Störungen um 48 Fälle (+ 40,2 %) auf 164 Fälle im Jahr 2009 (Abbildung 27). Die Zahl der Patienten erhöhte sich um 30 Personen (+ 27 %) auf 141 im Jahr 2009.

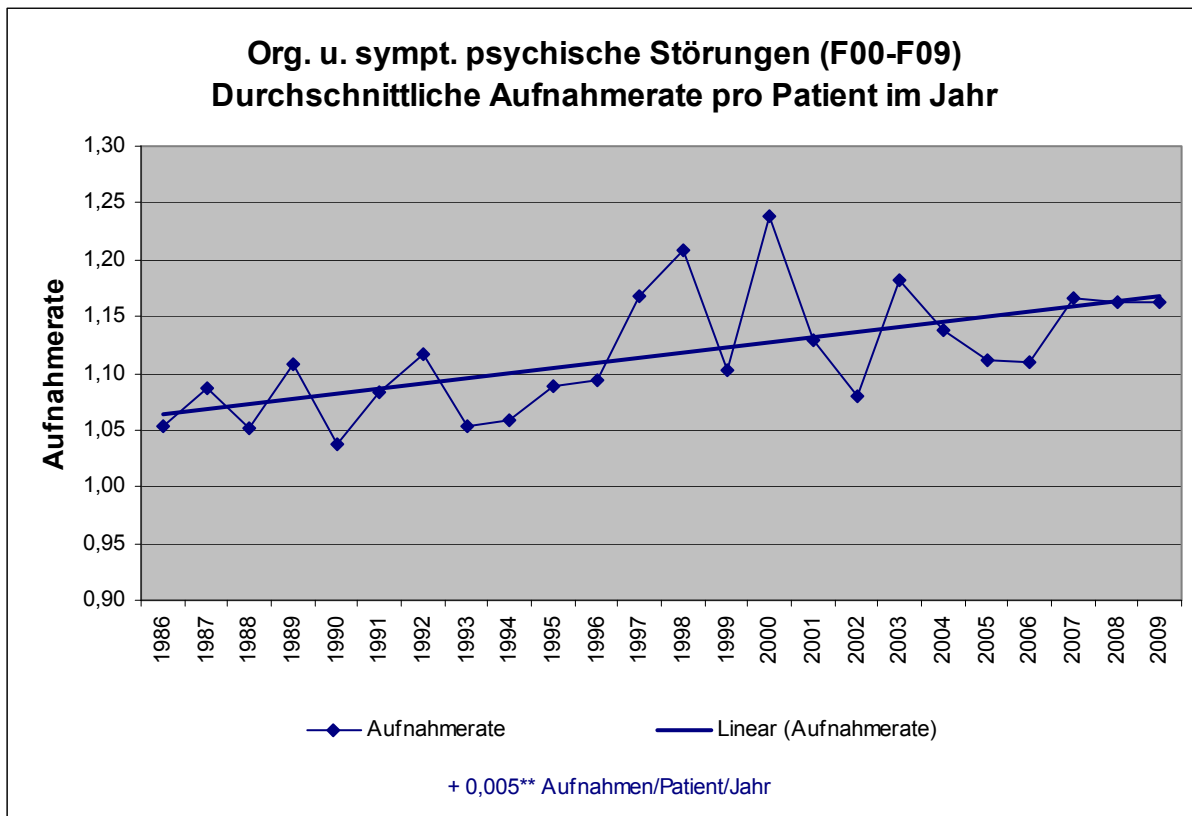


Abbildung 27. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09



Im linearen Regressionsmodell zeigte sich für Fälle ein Anstieg von 3,2 Fälle/Jahr (95%CI [1,8 ; 4,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,519$ ) und für Patienten eine Zunahme von 2,3 Patienten/Jahr (95%CI [1,1 ; 3,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,419$ ).

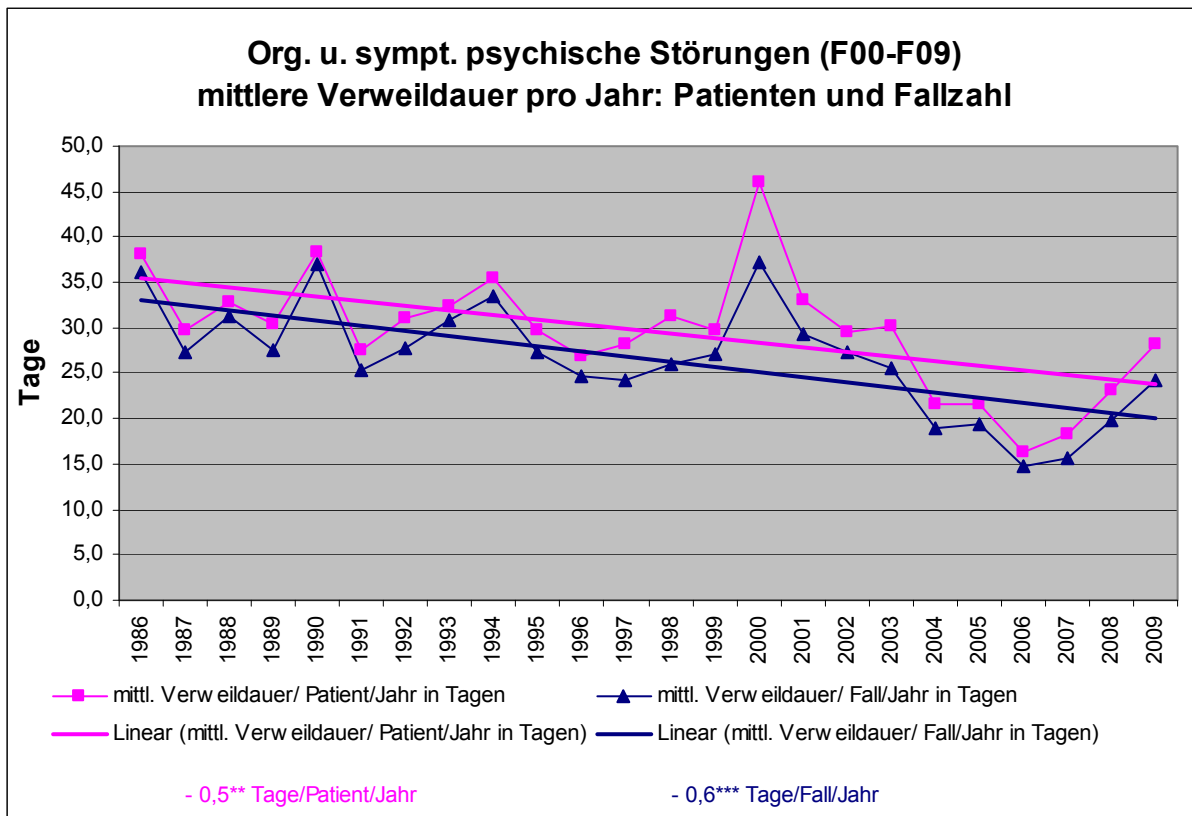
Abbildung 28. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09



Die Zahl der Aufnahme/Patient stieg von durchschnittlich 1,05 Aufnahmen im Jahr 1986 (N = 111; MW = 1,05; SD =  $\pm 0,23$ , Q1 = 1,00, MED = 1,00, Q3 = 1,00) auf 1,16 Aufnahmen im Jahr 2009 (N = 141; MW = 1,16; SD =  $\pm 0,50$ , Q1 = 1,00, MED = 1,00, Q3 = 1,00), d. h. von 100 Patienten kamen im Jahr 1986 fünf Fälle zur wiederholten Behandlung, im Jahr 2009 waren es 16 Fälle (Abbildung 28). Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 war zwischen den Verteilungen der Aufnahme/Patient kein Unterschied feststellbar.

Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ein durchschnittlicher Anstieg von 0,005 Aufnahmen/Patient/Jahr (95%CI [0,002 ; 0,007]; p = 0,002; R<sup>2</sup> = 0,365).

Abbildung 29. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09



Die mittlere Verweildauer von Erkrankungsfällen aus dieser Diagnosegruppe (Abbildung 29) reduzierte sich von 36,1 Tagen im Jahr 1986 auf 24,3 Tagen (-32,8 %) im Jahr im Jahr 2009 ( $p = 0,013$ ; 1986:  $N = 117$ ;  $MW = 36,1$ ;  $SD = \pm 48,3$ ,  $Q1 = 12,5$ ,  $MED = 25,0$ ,  $Q3 = 43,0$ ; 2009:  $N = 164$ ;  $MW = 24,3$ ;  $SD = \pm 25,0$ ,  $Q1 = 7,3$ ,  $MED = 17,0$ ,  $Q3 = 32,0$ ).

Der einzelne Patient verbrachte im Jahr 1986 durchschnittlich 38 Tage mit der Hauptdiagnose organische und symptomatische psychische Störungen in der Klinik ( $N = 111$ ;  $MW = 38,1$ ;  $SD = \pm 51,7$ ,  $Q1 = 13,0$ ,  $MED = 26,0$ ,  $Q3 = 43,0$ ), im Jahr 2009 durchschnittlich noch 28 Tage ( $N = 141$ ;  $MW = 28,2$ ;  $SD = \pm 30,2$ ,  $Q1 = 9,0$ ,  $MED = 20,0$ ,  $Q3 = 34,5$ ); das entsprach einem Rückgang von 25,8 %. Die mittlere Verweildauer von Patienten mit dieser Diagnose unterschied sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nicht.

Betrachtet man den gesamten Beobachtungszeitraum im linearen Regressionsmodell, sank die Verweildauer von Fällen um 0,6 Tage/Jahr (95%CI [0,9 ; -0,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,447$ ) und die von Patienten um 0,5 Tage/Jahr (95%CI [- 0,8 ; - 0,2] ;  $p = 0,005$ ;  $R^2 = 0,303$ ).

### 4.2.1.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F00-F09 nach gruppierten Zeiträumen

Für die folgende Auswertung wurden die Verweiltage der Fälle mit der Hauptdiagnose organische und symptomatische psychische Störungen für den Zeitraum 1986 bis 1993 und für den Zeitraum 2002 bis 2009 zu Gruppen zusammengefasst.

**Abbildung 30. Verweiltage der Diagnose F00-F09 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009**

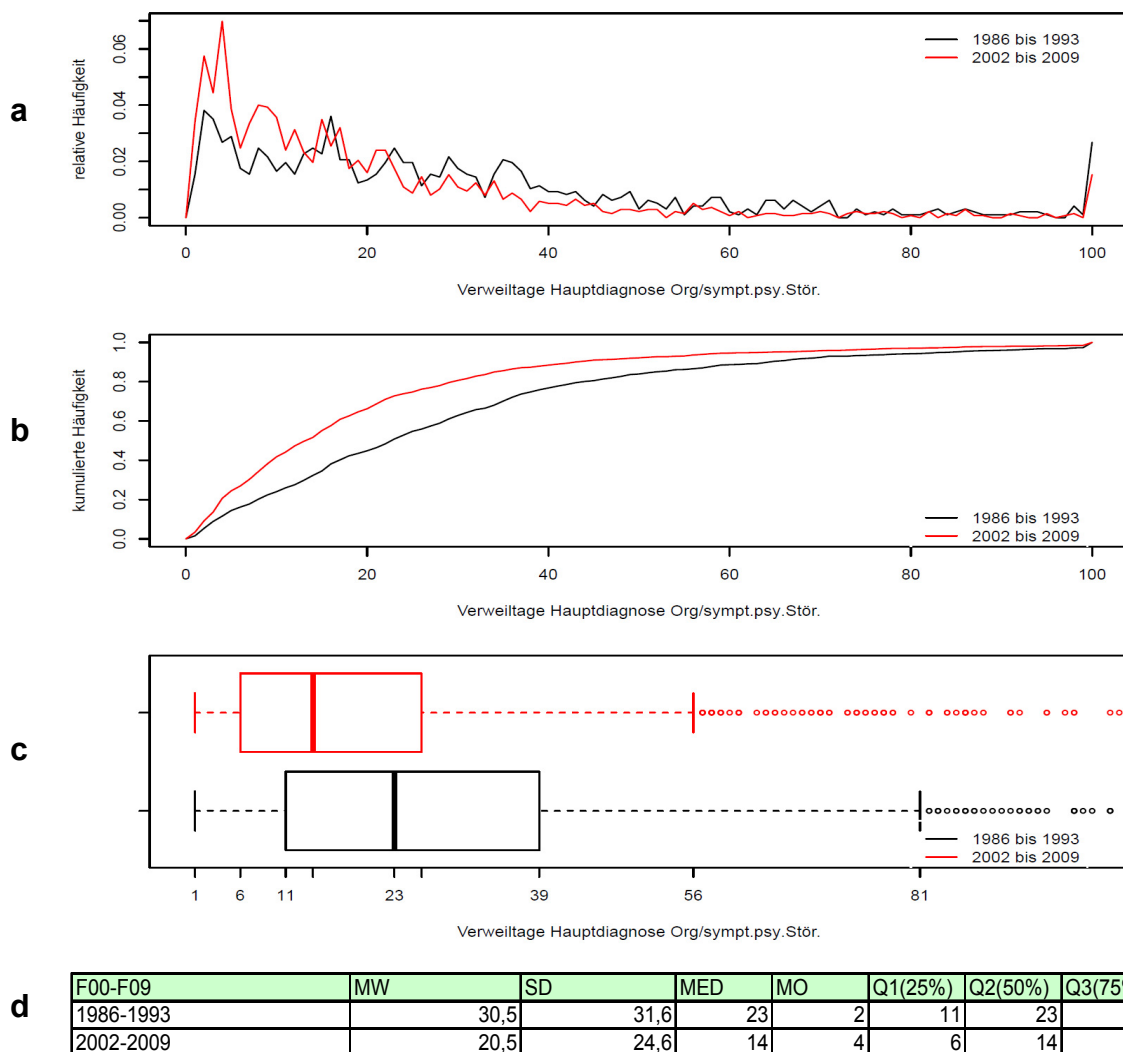


Abbildung 30a zeigt die unterschiedliche Häufigkeitsverteilung der Verweiltage beider Zeitgruppen: im Zeitraum 2002 bis 2009 lag der Modalwert bei 4 im Zeitraum 1986 bis 1993 bei 2. Im Zeitraum von 1986 bis 1993 wurden Patienten mit der Diagnose organische und symptomatische psychische Störungen länger behandelt als im Zeitraum 2002-2009 ( $p < 0,001$ ).

Betrachtet man die sich daraus ergebende kumulierte Häufigkeit der Verweiltage (Abbildung 30b), erkennt man, dass 50 % aller Patienten im Zeitraum 2002 bis 2009

nicht länger als zwei Wochen mit dieser Erkrankung stationär behandelt wurden, 75 % waren nach knapp vier Wochen entlassen.

Im Zeitraum 1986 bis 1993 waren 50 % aller Behandelten länger als drei Wochen in der Klinik, nach mehr als 5 ½ Wochen waren 75 % aller Behandelten entlassen. Die Verweildauer von Patienten im früheren Zeitraum ist deutlich größer als die von Patienten in jüngerer Zeit. Je größer die Fläche zwischen den beiden Kurven ist, desto größer ist der Unterschied zwischen den beiden Zeitgruppen.

Beim Vergleich der Mediane wurden die Unterschiede in den Verteilungen deutlich (Abbildung 30c). Im Zeitraum 2002 bis 2009 lag der Median bei 14, im Zeitraum 1986 bis 1993 bei 23 ( $p < 0,001$ ). Die Streuung der Verweiltage ist im späteren Zeitraum geringer als im früheren Zeitraum. Der Bereich der Verweiltage ohne Ausreißer lag in den Jahren 1986 bis 1993 zwischen 1 und 81 Tagen, in den Jahren 2002 bis 2009 zwischen 1 und 56 Tage.

In Abbildung 28 d werden die statistischen Maßzahlen zusammengefasst als Tabelle dargestellt.

#### **4.2.1.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F00-F09**

In der Diagnosegruppe organische und symptomatische psychische Störungen war der Anteil von Männern und Frauen etwa gleich groß (Tabelle 35, Abbildung 31) und hat sich im Zeitverlauf wenig verändert: im Jahr 1986 lag der Männeranteil bei 57 %, im Jahr 2009 bei 54 %.

Vergleicht man die Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009, dann stieg die Fallzahl von Frauen mit dieser Diagnose um 66,6 % an auf 89 Fälle im Jahr 2009 und die von Männern um 75,3 % auf 75 Fälle im Jahr 2009 (Tabelle 35). Das Geschlechterverhältnis veränderte sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nicht.

**Tabelle 35. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F00-F09**

Jahr	Männer	Frauen	Gesamt	Anteil Männer %	Anteil Frauen %
1986	67	50	117	57	43
1987	58	54	112	52	48
1988	66	55	121	55	45
1989	70	54	124	56	44
1990	74	63	137	54	46
1991	61	55	116	53	47
1992	57	67	124	46	54
1993	58	61	119	49	51
1994	52	55	107	49	51
1995	47	51	98	48	52
1996	43	51	94	46	54
1997	74	65	139	53	47
1998	65	51	116	56	44
1999	70	48	118	59	41
2000	76	80	156	49	51
2001	81	85	166	49	51
2002	69	66	135	51	49
2003	96	93	189	51	49
2004	106	100	206	51	49
2005	83	86	169	49	51
2006	89	103	192	46	54
2007	81	81	162	50	50
2008	87	70	157	55	45
2009	89	75	164	54	46
<b>Gesamt</b>	<b>1719</b>	<b>1619</b>	<b>3338</b>		

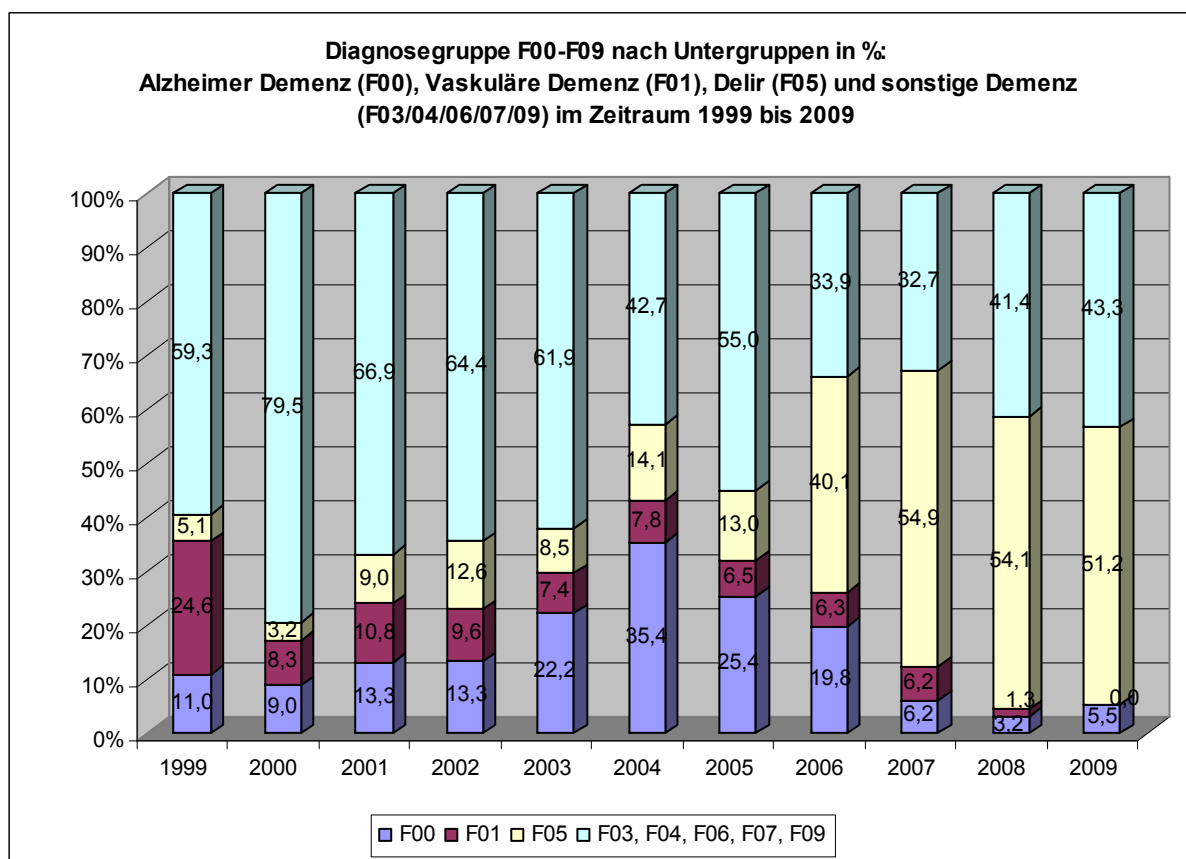
Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 31) stieg die Anzahl der Männer um 1,5 Fälle/Jahr (95%CI [0,6 ; 2,2];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,449$ ) und die Zahl der Frauen um 1,7 Fälle/Jahr (95%CI [0,9 ; 2,4];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,497$ ).



**Tabelle 36. Diagnoseuntergruppen F00, F01 und F05**

Jahr	F00				F01				F05				F03, F04, F06, F09				Gesamt-fallzahl
	Fallzahl	Fallzahl in %	mittl. Verweild./Fall/Jahr	Behandlungstage	Fallzahl	Fallzahl in %	mittlere Verweild./Fall/Jahr	Behandlungstage	Fallzahl	Fallzahl in %	mittlere Verweild./Fall/Jahr	Behandlungstage	Fallzahl	Fallzahl in %	mittlere Verweild./Fall/Jahr	Behandlungstage	
1999	13	11,0	20,15	262	29	24,6	24,07	698	6	5,1	14,67	88	70	59,3	30,59	2141	118
2000	14	9,0	50,36	705	13	8,3	46,85	609	5	3,2	27,00	135	124	79,5	35,10	4353	156
2001	22	13,3	23,55	518	18	10,8	20,39	367	15	9,0	19,80	297	111	66,9	33,11	3675	166
2002	18	13,3	23,17	417	13	9,6	23,54	306	17	12,6	15,18	258	87	64,4	31,15	2710	135
2003	42	22,2	15,64	657	14	7,4	18,93	265	16	8,5	10,00	160	117	61,9	32,05	3750	189
2004	73	35,4	11,40	832	16	7,8	20,19	323	29	14,1	13,76	399	88	42,7	26,74	2353	206
2005	43	25,4	11,88	511	11	6,5	23,09	254	22	13,0	13,00	286	93	55,0	24,01	2233	169
2006	38	19,8	12,55	477	12	6,3	15,33	184	77	40,1	14,10	1086	65	33,9	16,42	1067	192
2007	10	6,2	12,30	123	10	6,2	21,40	214	89	54,9	11,65	1037	53	32,7	22,08	1170	162
2008	5	3,2	17,40	87	2	1,3	14,50	29	85	54,1	15,98	1358	65	41,4	25,32	1646	157
2009	9	5,5	19,78	178	0	0,0	0	0	84	51,2	20,83	1750	71	43,3	28,90	2052	164
Ges.	287			4767	138			3249	445			6766	944			27.150	1814

**Abbildung 32. Anteile der Diagnoseuntergruppen F00, F01 und F05**



Fälle mit der Diagnose Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt (F05), haben im Jahr 2009 den größten Anteil (51,2 %) an der Diagnosegruppe organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (Abbildung 32). Ihr Anteil an der Diagnosegruppe F00 bis F09 stieg von 5,1 % im



Jahr 1999 auf 51,2 % im Jahr 2009 an (+ 904,0 %). Die Behandlungstage der Diagnose F05 haben im Jahr 2009 einen Anteil von 44,0 % an den Behandlungstagen der Diagnosegruppe organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen. Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen in den einzelnen Unterkategorien wurden weitere statistische Untersuchungen nicht durchgeführt.

## 4.2.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

In dieser Diagnosegruppe hat die Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol den größten Anteil an den Erkrankungen und wird aus diesem Grund zur weiteren Untersuchung ausgewählt. Die ebenfalls zu dieser Kategorie gehörenden psychischen und Verhaltensstörungen durch Drogen (F12, F14; N = 417 in 24 Jahren), Medikamente (F11, F13; N = 460 in 24 Jahren) und sonstige psychotrope Substanzen (F15-F19; N = 762 Fälle in 24 Jahren) wurden aufgrund der geringen Fallzahl nicht näher betrachtet.

### 4.2.2.1. Alkohol (F10) als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose

Tabelle 37 stellt die zur Auswertung erhobenen Daten für den Vergleich von Haupt- und Nebendiagnose dar.

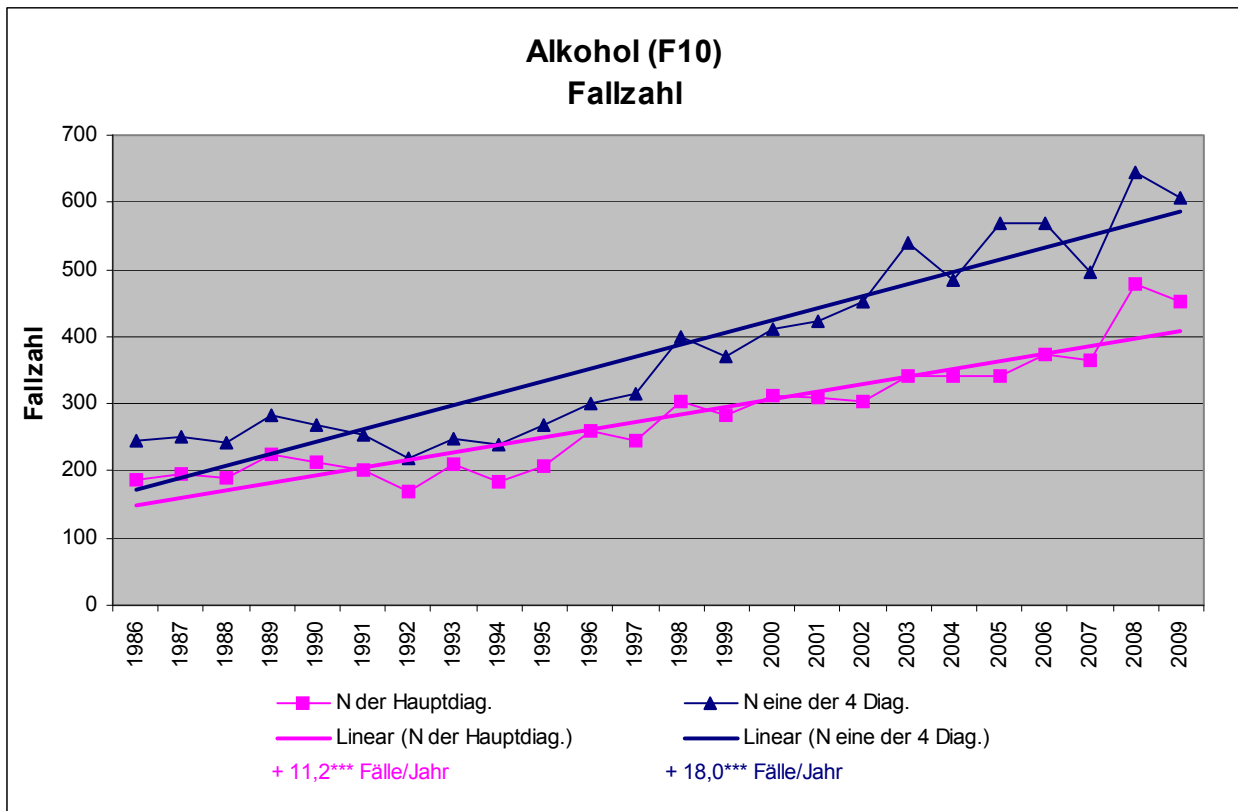
**Tabelle 37. Statistische Ergebnisse der ICD-10 Diagnose F10**

Alkohol (F10)						
Jahr	N der Hauptdiag.	mittl. Verweildauer Hauptdiag. in Tagen	Behandlungstage m. Hauptdiag.	N eine der 4 Diag.	mittl. Verweildauer eine der 4 Diag. in Tagen	Behandlungstage eine der 4 Diag.
1986	188	26,8	5039	246	26,2	6455
1987	194	24,5	4751	251	25,4	6377
1988	190	21,0	3994	242	23,2	5607
1989	225	18,2	4101	283	19,5	5520
1990	213	19,7	4196	269	21,3	5729
1991	202	21,6	4360	255	23,5	5980
1992	170	16,6	2818	220	17,9	3947
1993	210	18,4	3866	249	18,7	4666
1994	184	18,0	3304	240	20,9	5004
1995	207	15,3	3176	269	18,3	4919
1996	260	18,6	4826	301	19,4	5827
1997	244	31,0	7556	315	31,2	9841
1998	304	15,8	4809	399	18,5	7394
1999	284	17,3	4910	371	20,2	7506
2000	313	15,7	4927	412	18,5	7636
2001	308	11,7	3593	423	15,5	6539
2002	304	10,1	3056	451	16,0	7214
2003	341	11,1	3788	541	18,8	10193
2004	340	11,2	3797	484	15,2	7367
2005	342	12,4	4248	569	17,8	10124
2006	373	10,1	3781	568	15,3	8695
2007	364	12,7	4621	497	16,1	7994
2008	478	12,4	5911	646	15,0	9718
2009	451	9,9	4477	607	14,7	8924
<b>Gesamt</b>	<b>6689</b>		<b>103.905</b>	<b>9108</b>		<b>169.176</b>

Die Zahl der mit der Hauptdiagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol behandelten Fälle stieg beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 263 (+ 140 %) auf 451 Fälle an (Abbildung 33).

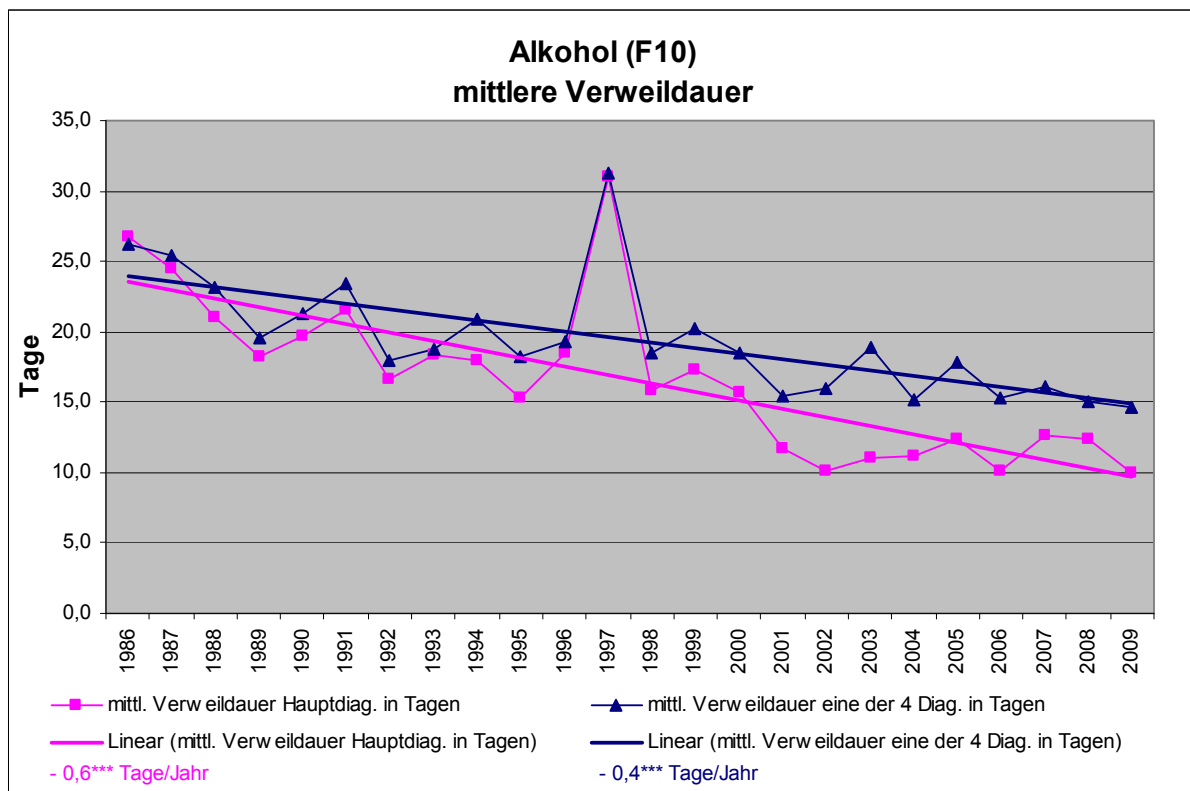
Auch als Nebendiagnose erlangten Alkoholerkrankungen eine zunehmende Bedeutung: im Jahr 1986 gab es 58 Nebendiagnosen aus dieser Störungsgruppe und im Jahr 2009 bereits 156 Nebendiagnosen (+ 170 %).

**Abbildung 33. Fallzahl 1986-2009 der Diagnose F10**



Für Behandlungsfälle mit dieser Hauptdiagnose zeigte sich im linearen Regressionsmodell für den Zeitraum von 1986 bis 2009 ein deutlicher Anstieg von durchschnittlich 11,2 Fälle/Jahr (95%CI [9,2 ; 13,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,857$ ); für Fälle mit Haupt- oder Nebendiagnose ein noch stärkerer Anstieg von durchschnittlich 18,0 Fälle/Jahr (95%CI [14,9 ; 21,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,870$ ).

Abbildung 34. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnose F10

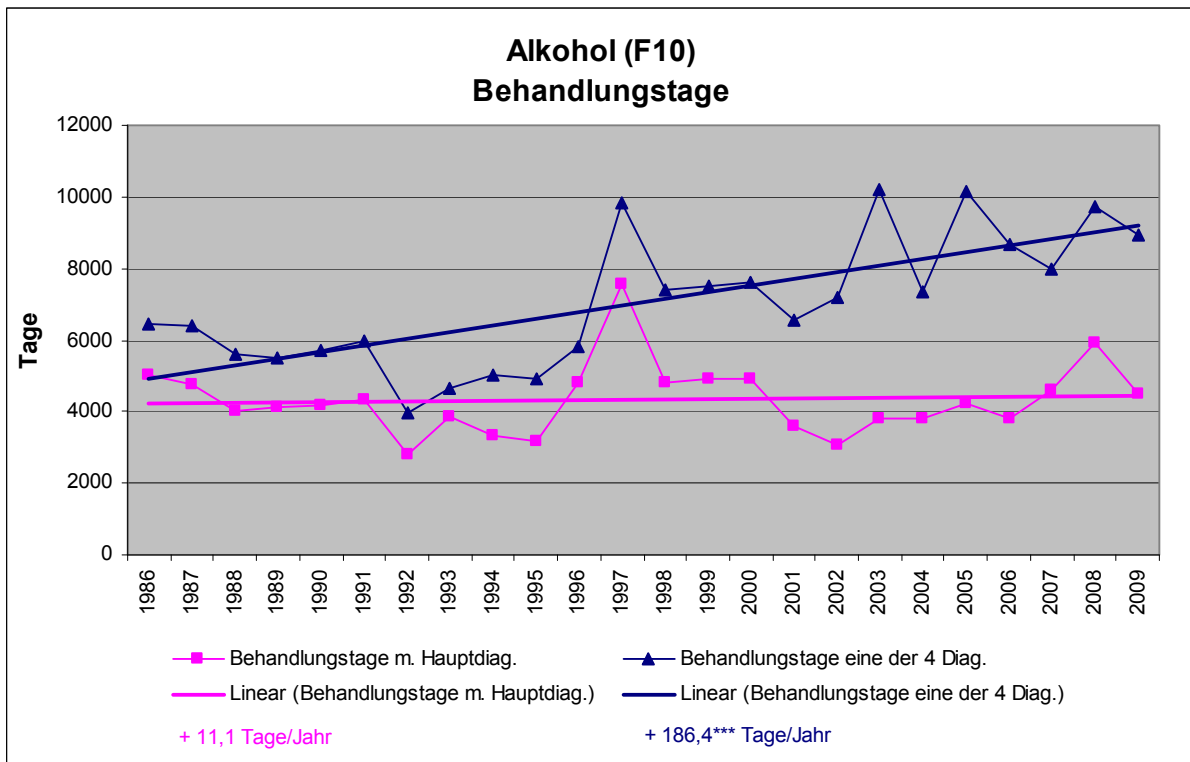


Vergleicht man die Daten zu Beginn und am Ende der Erhebung (Tabelle 37, Abbildung 34), dann verringerte sich die mittlere Verweildauer von Behandlungsfällen mit dieser Hauptdiagnose von durchschnittlich 26,8 Tagen (- 62,4 %) im Jahr 1986 auf rund 10 Tage im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 188$ ;  $MW = 26,8$ ;  $SD = \pm 31,3$ ,  $Q1 = 3,3$ ,  $MED = 20,5$ ,  $Q3 = 35,0$ ; 2009:  $N = 451$ ;  $MW = 9,9$ ;  $SD = \pm 13,0$ ,  $Q1 = 4,0$ ,  $MED = 7,0$ ,  $Q3 = 12,0$ ).

Unterschied man nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnose, dann wurden Erkrankte im Jahr 1986 durchschnittlich 26,2 Tage behandelt, im Jahr 2009 noch 14,7 Tage (- 44,0 %), ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 246$ ;  $MW = 26,2$ ;  $SD = \pm 29,9$ ,  $Q1 = 3,0$ ,  $MED = 20,0$ ,  $Q3 = 35,0$ ; 2009:  $N = 607$ ;  $MW = 14,7$ ;  $SD = \pm 22,7$ ,  $Q1 = 4,0$ ,  $MED = 8,0$ ,  $Q3 = 16,0$ ).

Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ein Rückgang der mittleren Verweildauer von durchschnittlich 0,6 Tage/Jahr für Fälle mit Hauptdiagnose (95%CI [- 0,7 ; - 0,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,798$ ) und von durchschnittlich 0,4 Tage/Jahr (95%CI [-0,6 ; - 0,2];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,472$ ) für Fälle ohne Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnose.

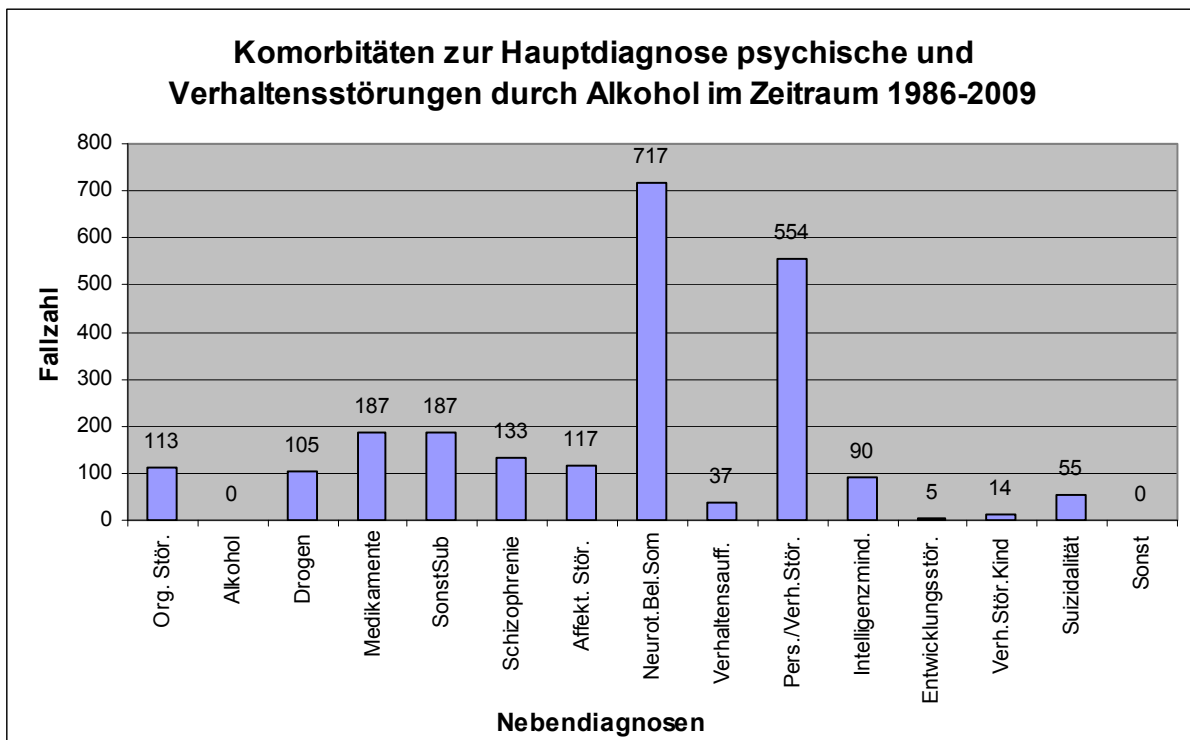
Abbildung 35. Behandlungstage 1986-2009 der Diagnose F10



Vergleicht man die Jahre 1986 und 2009, dann verringerten sich die Behandlungstage mit dieser Hauptdiagnose um 562 Tage (- 11,2 %) auf 4477 Tage (Abbildung 35). Im linearen Regressionsmodell zeigte sich kein Effekt.

Prüft man Fälle mit Haupt- und Nebendiagnose des Jahres 1986 mit dem Jahr 2009, dann ergab sich ein absoluter Zuwachs von insgesamt 2469 Tagen (+ 38,2 %) auf 8924 Tagen. Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ein Anstieg von rund 186 Behandlungstagen/Jahr (95%CI [108,1 ; 264,8];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,526$ ).

Abbildung 36. Komorbiditäten zur Hauptdiagnose F10



Patienten mit der Hauptdiagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol erhielten im Verlauf von 1986 bis 2009 am häufigsten die Nebendiagnose neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Der Anteil dieser Diagnose an allen Nebendiagnosen (N = 2320) lag bei rund 31 %.

Mit einem Anteil von 24 % an allen Nebendiagnosen fiel die am zweithäufigsten vergebene Nebendiagnose auf Erkrankungen aus dem Bereich Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

#### 4.2.2.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F10

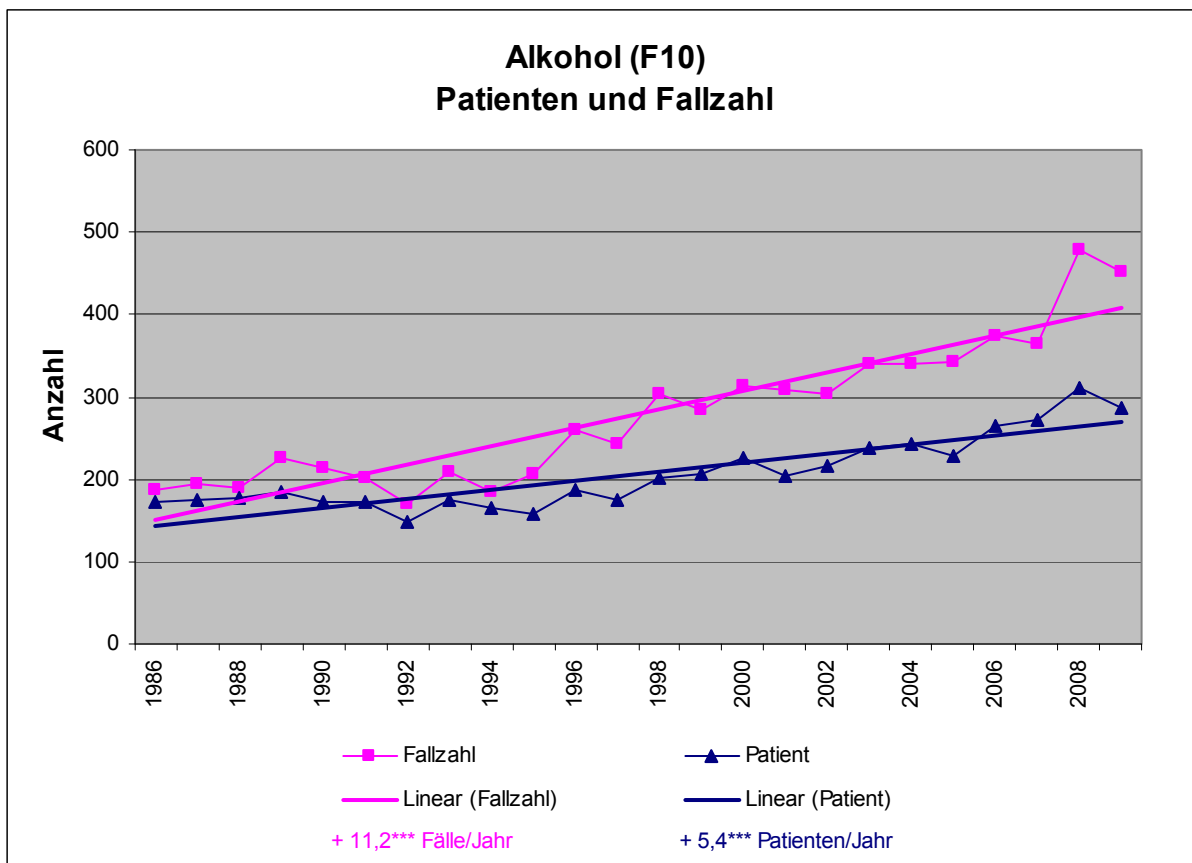
In Tabelle 38 werden Patienten und Fallzahlen mit den zugehörigen mittleren Verweildauern und jährlichen Aufnahmezeiten mit der Hauptdiagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol gegenübergestellt.

**Tabelle 38. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F10**

Jahr	Fallzahl	Patient	Aufnahmerate	mittl. Verweildauer/Patient/Jahr in Tagen	mittl. Verweildauer/Fall/Jahr in Tagen	Behandlungstage
1986	188	172	1,09	29,3	26,8	5039
1987	194	176	1,10	27,0	24,5	4751
1988	190	177	1,07	22,6	21,0	3994
1989	225	184	1,22	22,3	18,2	4101
1990	213	173	1,23	24,3	19,7	4196
1991	202	172	1,17	25,3	21,6	4360
1992	170	148	1,15	19,0	16,6	2818
1993	210	174	1,21	22,2	18,4	3866
1994	184	165	1,12	20,0	18,0	3304
1995	207	159	1,30	20,0	15,3	3176
1996	260	188	1,38	25,7	18,6	4826
1997	244	175	1,39	28,5	31,0	4993
1998	304	202	1,50	23,8	15,8	4809
1999	284	206	1,38	23,8	17,3	4910
2000	313	226	1,38	21,8	15,7	4927
2001	308	205	1,50	17,5	11,7	3593
2002	304	217	1,40	14,1	10,1	3056
2003	341	238	1,43	15,9	11,1	3788
2004	340	244	1,39	15,6	11,2	3797
2005	342	229	1,49	18,6	12,4	4248
2006	373	265	1,41	14,3	10,1	3781
2007	364	272	1,34	17,0	12,7	4621
2008	478	310	1,54	19,1	12,4	5911
2009	451	286	1,58	15,7	9,9	4477
<b>Gesamt</b>	<b>6689</b>	<b>4963</b>				<b>101.342</b>

Vergleicht man die Jahre 1986 und 2009 (Abbildung 37), dann erhöhte sich die Anzahl der behandelten Alkoholerkrankungen um 263 Fälle auf 451 Behandlungsfälle (+ 140 %). Bezogen auf die Zahl der Patienten, wurden 286 Patienten im Jahr 2009 mit dieser Hauptdiagnose behandelt, das waren 114 Personen mehr als im Jahr 1986 (+ 66,3 %).

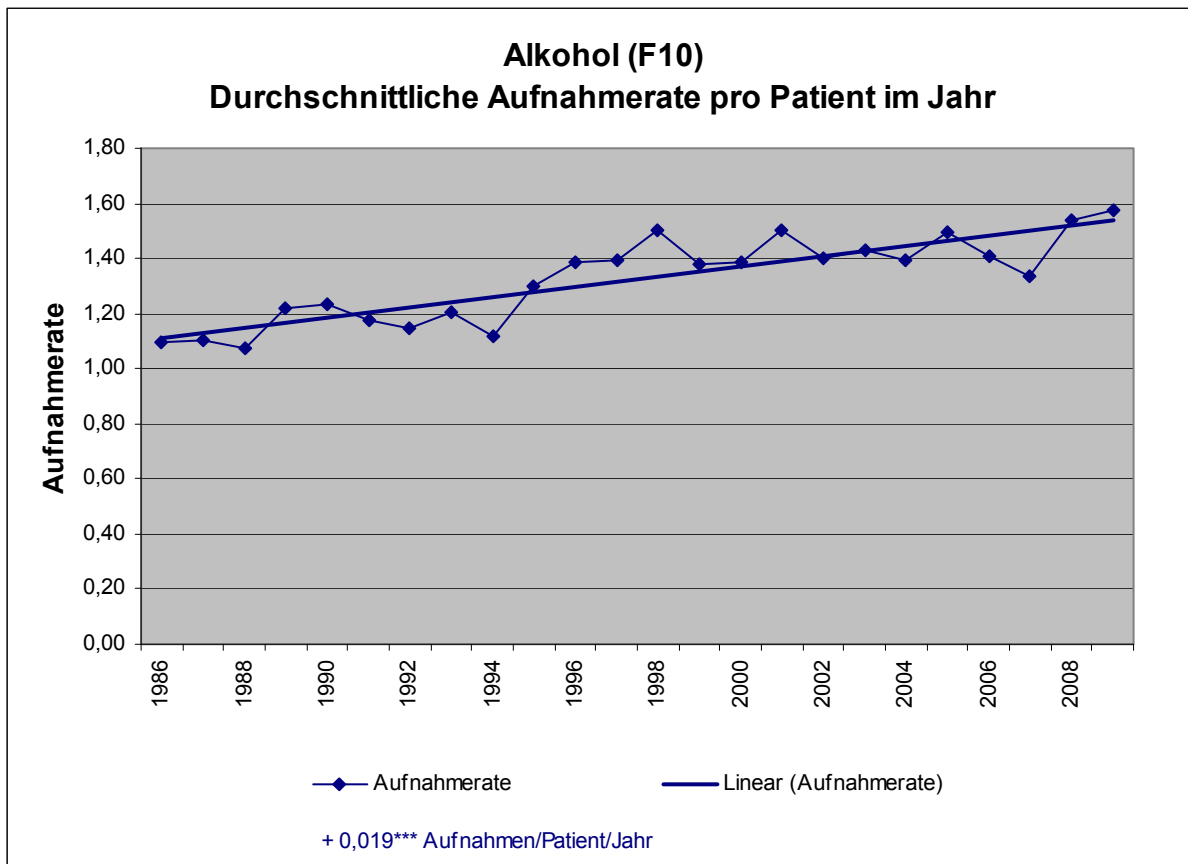
Abbildung 37. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F10



Für den gesamten Beobachtungszeitraum ergab die lineare Regression einen deutlichen Anstieg von durchschnittlich 11,2 Fällen/Jahr (95%CI [9,2 ; 13,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,857$ ) und von 5,4 Patienten/Jahr (95%CI [4,1 ; 6,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,772$ ) mit der Hauptdiagnose Alkoholstörung.



Abbildung 38. Durchschnittliche Aufnahme­rate/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F10



Nicht nur Fall- und Patientenzahl stiegen, sondern auch die durchschnittliche Aufnahme­rate/Jahr von Patienten nahm zu (+ 45,0 %) von durchschnittlich 1,09 Aufnahmen/Patient/Jahr im Jahr 1986 auf durchschnittlich 1,58 Aufnahmen/Patient/Jahr im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 172$ ;  $MW = 1,09$ ;  $SD = \pm 0,33$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,00$ ,  $Q3 = 1,00$ ; 2009:  $N = 286$ ;  $MW = 1,58$ ;  $SD = \pm 1,57$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,00$ ,  $Q3 = 1,00$ ), (Abbildung 38).

Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ein Anstieg von durchschnittlich 0,019 Aufnahmen/Patient/Jahr (95%CI [0,014 ; 0,024];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,760$ ).

**Abbildung 39. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F10**

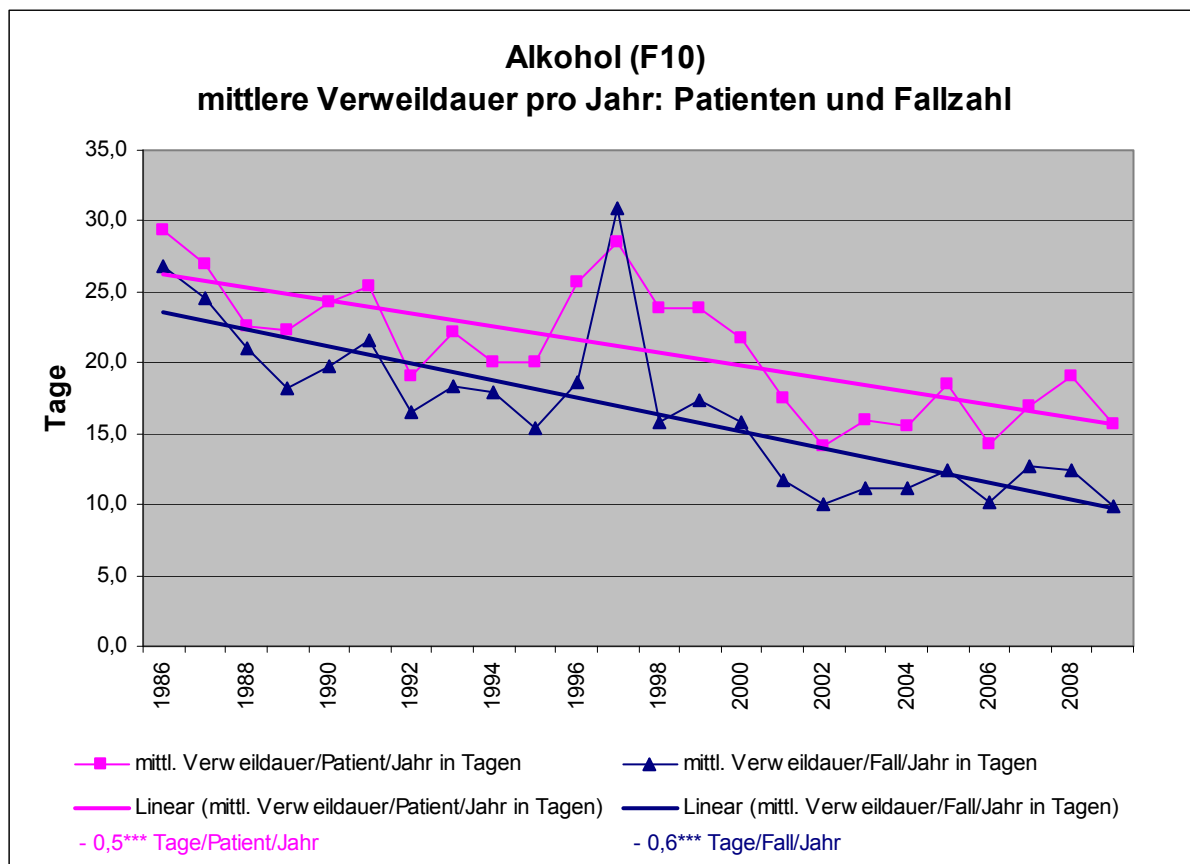


Abbildung 39 zeigt, dass die mittlere Verweildauer von Patienten mit der Hauptdiagnose Alkoholerkrankung beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um fast die Hälfte (- 46,6 %) auf 15,7 Tage abnahm ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 172$ ;  $MW = 29,3$ ;  $SD = \pm 35,3$ ,  $Q1 = 3,0$ ,  $MED = 20,0$ ,  $Q3 = 39,0$ ; 2009:  $N = 286$ ;  $MW = 15,7$ ;  $SD = \pm 20,0$ ,  $Q1 = 4,0$ ,  $MED = 10,0$ ,  $Q3 = 20,0$ ).

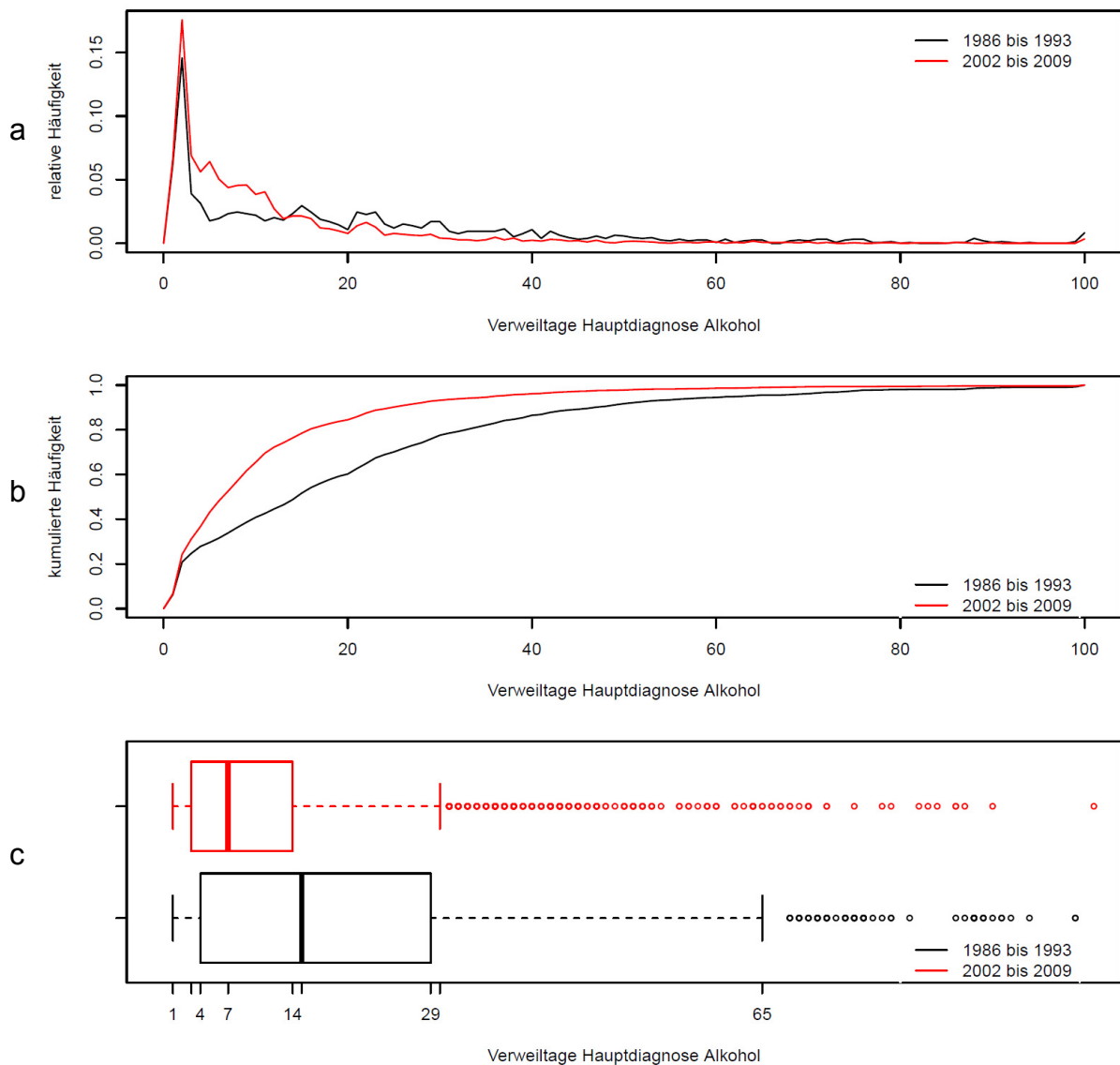
Betrachtet man die Behandlungsfälle, dann wurde im Jahr 1986 ein Erkrankter mit der Hauptdiagnose Alkoholerkrankung durchschnittlich rund 27 Tage behandelt, im Jahr 2009 durchschnittlich 10 Tage (- 62,4 %), ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 188$ ;  $MW = 26,8$ ;  $SD = \pm 31,3$ ,  $Q1 = 3,3$ ,  $MED = 20,5$ ,  $Q3 = 35,0$ ; 2009:  $N = 451$ ;  $MW = 9,9$ ;  $SD = \pm 13,0$ ,  $Q1 = 4,0$ ,  $MED = 7,0$ ,  $Q3 = 12,0$ ).

Im linearen Regressionsmodell ergab sich für die mittlere Verweildauer eine Abnahme von 0,6 Tagen/Fall/Jahr (95%CI [-0,7 ; -0,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,798$ ) und eine Abnahme von 0,5 Tagen/Patient/Jahr (95%CI [-0,7 ; -0,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,537$ ).

### 4.2.2.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F10 nach gruppierten Zeiträumen

Für die folgende Auswertung wurden die Verweiltage der Fälle mit der Hauptdiagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol für die Zeiträume 1986 bis 1993 und 2002 bis 2009 zu Gruppen zusammengefasst.

Abbildung 40. Verweiltage der Diagnose F 10 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009



d

F10	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
1986-1993	20,8	24	15	2	4	15	29
2002-2009	11,3	14,7	7	2	3	7	14

Abbildung 40a zeigt die unterschiedliche Häufigkeitsverteilung der Verweiltage beider Zeitgruppen. Im Zeitraum 2002 bis 2009 wurden 50 % aller Fälle sieben Tage stationär behandelt, im Zeitraum 1986 bis 1993 wurden sie noch mehr als doppelt so lange behandelt, nämlich 15 Tage ( $p < 0,001$ ).

Betrachtet man die sich daraus ergebende kumulierte Häufigkeit der Verweiltage (Abbildung 41b) erkennt man, dass im Zeitraum 2002 bis 2009 die Patienten insgesamt kürzer behandelt wurden als im Zeitraum 1986 bis 1993.

Nach zwei Wochen wurden im Zeitraum 2002 bis 2009 75 % aller Patienten aus der Klinik entlassen. Im Zeitraum 1986 bis 1993 wurden nach zwei Wochen 50 % entlassen und nach rund einem Monat 75 % der Patienten.

Beim Vergleich der Mediane wurden die Unterschiede in den Verteilungen deutlich (Abbildung 40c). Im Zeitraum 2002 bis 2009 lag der Median bei 7, im Zeitraum 1986 bis 1993 bei 15 ( $p < 0,001$ ). Die Streuung der Verweiltage ist im späteren Zeitraum geringer als im früheren Zeitraum. Der Bereich der Verweiltage ohne Ausreißer lag in den Jahren 1986 bis 1993 zwischen 1 und 65 Tagen, in den Jahren 2002 bis 2009 zwischen 1 und 30 Tagen.

#### **4.2.2.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F10**

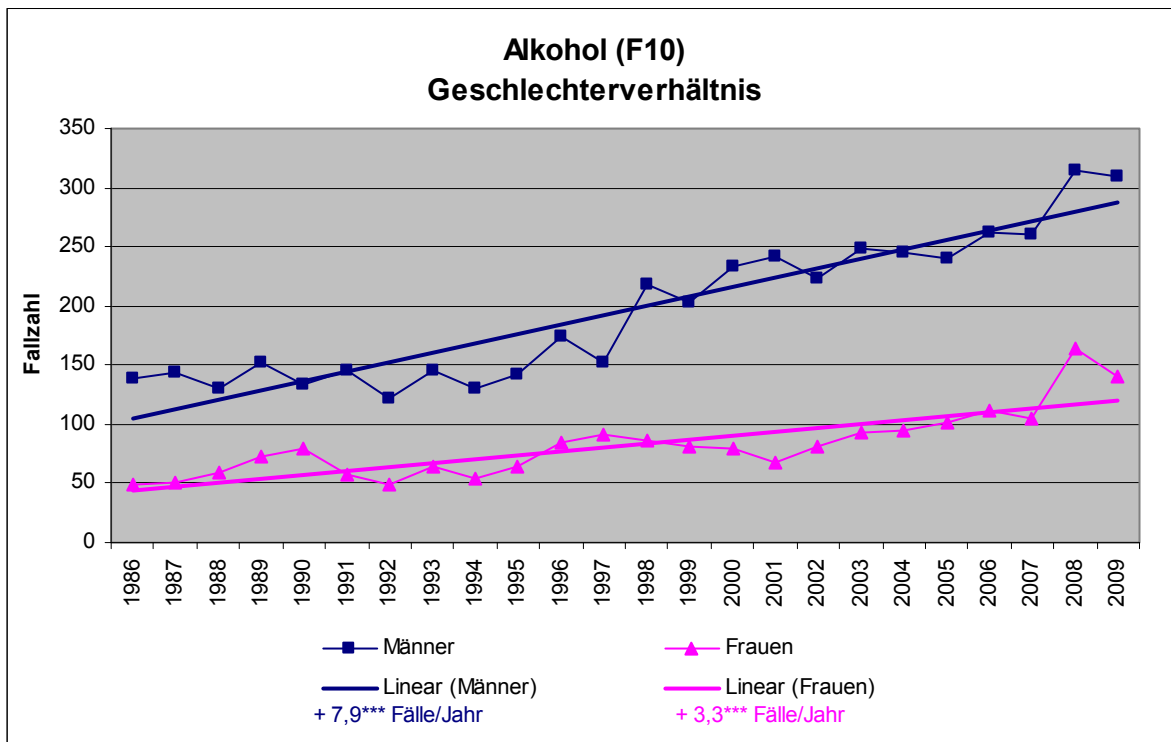
Im Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 wurden deutlich mehr Männer mit der Hauptdiagnose Alkoholerkrankung in der Klinik behandelt als Frauen. Im Jahr 1986 lag der Männeranteil bei 74 %, im Jahr 2009 bei 69 % (Tabelle 39). Für beide Geschlechter nahm die Fallzahl im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 stark zu: Für alkoholranke Männer stieg die Fallzahl um 171 Fälle (+ 123,0 %) auf 310 Behandelte im Jahr 2009; für alkoholranke Frauen stieg die Fallzahl um 92 Behandlungsfälle (+ 187,8 %) auf 141 Fälle im Jahr 2009. Das Geschlechterverhältnis veränderte sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nicht.

**Tabelle 39. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F10**

Jahr	Männer	Frauen	unklar	Gesamt	Anteil Männer %	Anteil Frauen %
1986	139	49	0	188	74	26
1987	143	50	1	194	74	26
1988	130	60	0	190	68	32
1989	152	73	0	225	68	32
1990	134	79	0	213	63	37
1991	145	57	0	202	72	28
1992	121	49	0	170	71	29
1993	145	65	0	210	69	31
1994	130	54	0	184	71	29
1995	142	65	0	207	69	31
1996	175	85	0	260	67	33
1997	153	91	0	244	63	37
1998	218	86	0	304	72	28
1999	203	81	0	284	71	29
2000	234	79	0	313	75	25
2001	241	67	0	308	78	22
2002	223	81	0	304	73	27
2003	248	93	0	341	73	27
2004	245	95	0	340	72	28
2005	240	102	0	342	70	30
2006	262	111	0	373	70	30
2007	260	104	0	364	71	29
2008	314	164	0	478	66	34
2009	310	141	0	451	69	31
<b>Gesamt</b>	<b>4707</b>	<b>1981</b>		<b>6689</b>		

Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 41) nahm die Fallzahl von alkoholkranken Frauen im Zeitraum von 1986 bis 2009 um durchschnittlich 3,3 Fälle/Jahr zu (95%CI [2,3 ; 4,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,686$ ); die Fallzahl alkoholkranker Männer nahm um durchschnittlich 7,9 Fälle/Jahr zu (95%CI [6,5 ; 9,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,929$ ).

Abbildung 41. Anzahl von Männer und Frauen mit der Diagnose F10



#### 4.2.2.5. Altersstruktur der Hauptdiagnose F10

In Tabelle 40. wird der Jahresaltersdurchschnitt von Männern und Frauen mit Alkoholstörungen dargestellt.

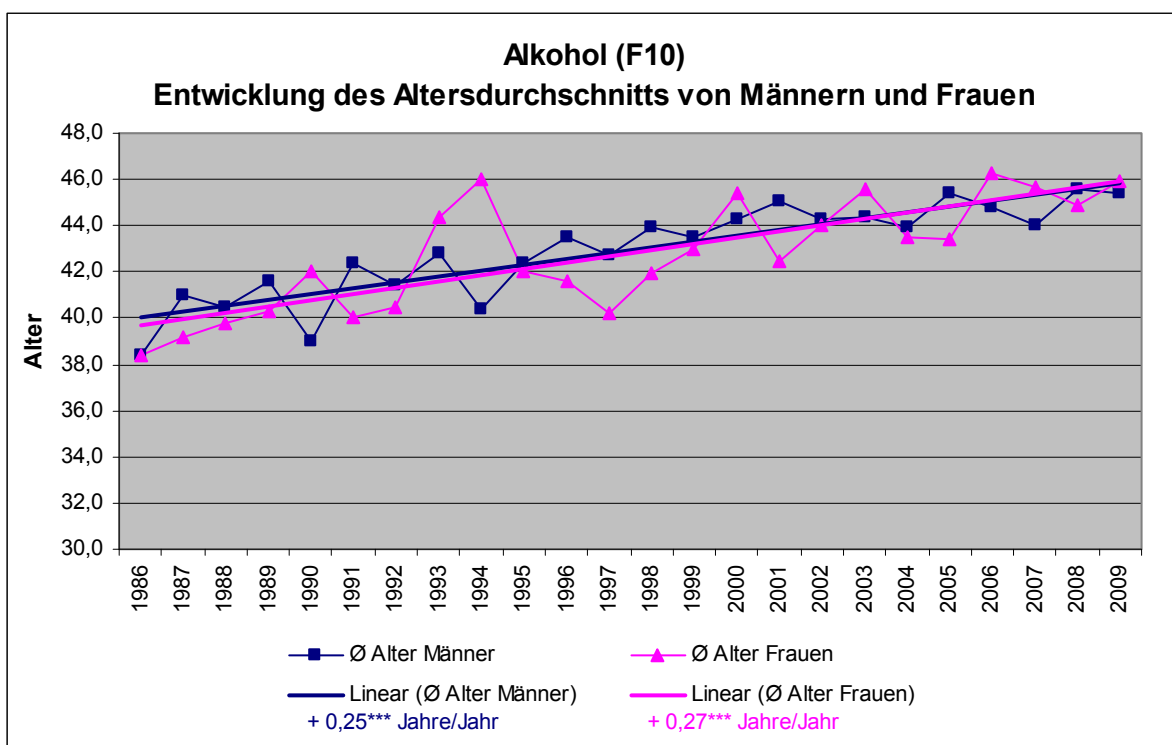
Tabelle 40. Jahresaltersdurchschnitt von Männer und Frauen mit F10

Jahr	Ø Alter Gesamt	Ø Alter Männer	Ø Alter Frauen
1986	38,4	38,4	38,4
1987	40,6	41,0	39,2
1988	40,3	40,5	39,8
1989	41,2	41,6	40,3
1990	40,1	39,0	42,0
1991	41,7	42,4	40,0
1992	41,1	41,4	40,5
1993	43,3	42,8	44,4
1994	42,0	40,4	46,0
1995	45,3	42,4	42,0
1996	42,8	43,5	41,6
1997	41,8	42,7	40,2
1998	43,3	43,9	41,9
1999	43,3	43,5	43,0
2000	44,6	44,3	45,4
2001	44,6	45,1	42,5
2002	44,3	44,3	44,0
2003	44,7	44,4	45,6
2004	43,8	43,9	43,5
2005	44,8	45,4	43,4
2006	45,3	44,8	46,3
2007	44,5	44,0	45,7
2008	45,4	45,6	44,9
2009	45,5	45,4	45,9

Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 42) erhöhte sich das Durchschnittsalter von alkoholkranken Männern um 0,25 Jahre/Jahr (95%CI [0,20 ; 0,31];  $p \leq 0,001$ ,  $R^2 = 0,790$ ), das von Frauen um 0,27 Jahre/Jahr (95%CI [0,18 ; 0,36];  $p \leq 0,001$ ,  $R^2 = 0,624$ ).

Im Jahr 1986 waren Frauen und Männer mit Alkoholstörungen durchschnittlich gleich alt, nämlich 38,4 Jahre alt. Im Jahr 2009 hat sich der Altersdurchschnitt für beide Geschlechter deutlich erhöht: die in der Klinik behandelten Männer waren durchschnittlich 45,4 Jahre und die Frauen 45,9 Jahre alt.

**Abbildung 42. Altersdurchschnitt von Männern und Frauen mit der Diagnose F10**



### 4.2.3. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)

#### 4.2.3.1. F20–F29 als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose

Die in Tabelle 41 erhobenen Daten liefern die Grundlage für die weiteren Ausführungen.

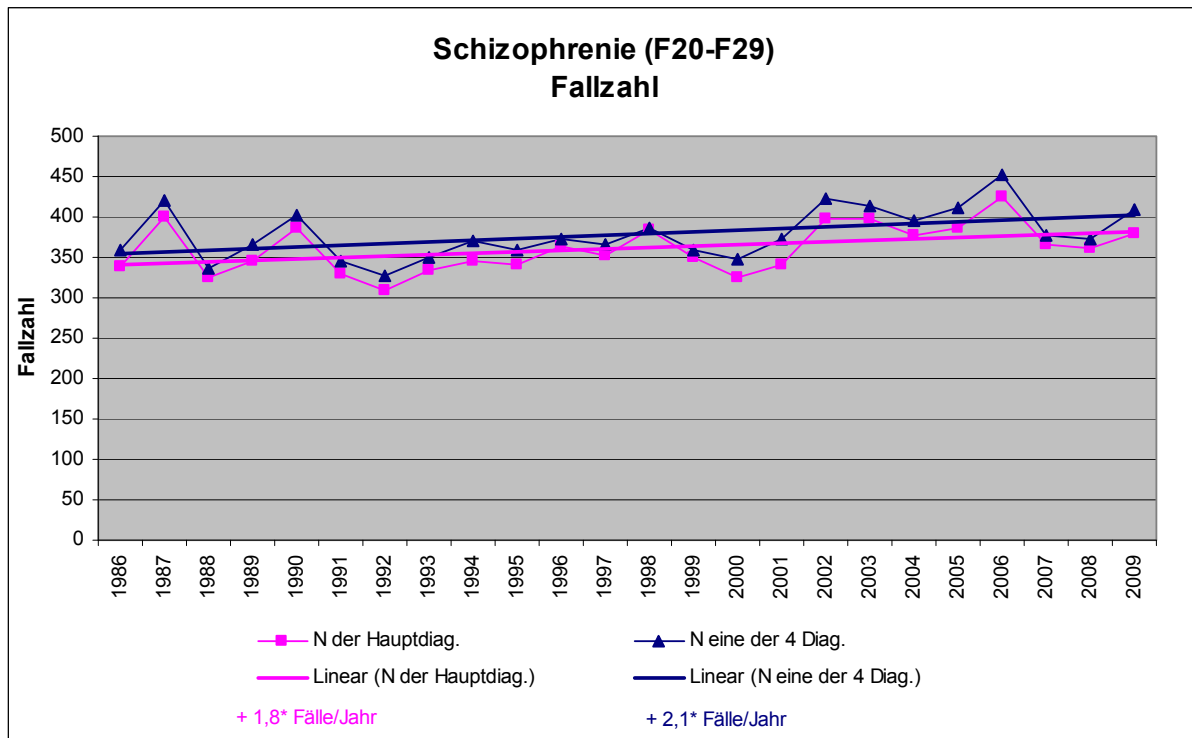
**Tabelle 41. Statistische Ergebnisse der Diagnosegruppe F20-F29**

Schizophrenie (F20-F29)						
Jahr	N der Hauptdiag.	mittl. Verweildauer Hauptdiag. in Tagen	Behandlungstage m. Hauptdiag.	N eine der 4 Diag.	mittl. Verweildauer eine der 4 Diag. in Tagen	Behandlungstage eine der 4 Diag.
1986	339	75,9	25.714	358	74,2	26.571
1987	401	81,6	32.732	420	79,9	33.546
1988	325	77,1	25.071	336	76,2	25.603
1989	346	70,4	24.346	367	68,3	25.054
1990	386	77,4	29.872	403	75,2	30.320
1991	330	84,5	27.884	346	82,0	28.375
1992	310	91,7	28.425	327	88,5	28.951
1993	335	81,4	27.253	351	79,6	27.945
1994	345	78,0	26.913	371	76,9	28.523
1995	341	83,0	28.307	360	81,2	29.231
1996	363	74,1	26.890	373	72,6	27.089
1997	353	61,4	21.690	365	60,3	22.013
1998	383	65,1	24.952	387	64,6	24.998
1999	350	64,4	22.553	358	64,1	22.952
2000	324	52,2	16.905	348	50,1	17.422
2001	340	57,9	19.680	373	53,7	20.044
2002	398	57,3	22.825	422	56,6	23.877
2003	397	52,9	21.000	414	52,3	21.671
2004	378	50,4	19.054	396	48,8	19.328
2005	386	49,2	18.978	412	47,3	19.488
2006	424	44,1	18.701	453	42,1	19.078
2007	366	52,4	19.176	377	51,1	19.283
2008	361	51,9	18.724	372	50,8	18.889
2009	379	53,1	20.122	409	50,7	20.724
<b>Gesamt</b>	<b>8660</b>		<b>567.767</b>	<b>9098</b>		<b>580.975</b>

Die Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen wurde vorwiegend als Hauptdiagnose vergeben. Das Verhältnis von Haupt- und Nebendiagnose veränderte sich im Beobachtungszeitraum nur wenig. Im Jahr 2009 entfielen in dieser Diagnosegruppe rund 92 % auf die Hauptdiagnose und rund 8 % auf die Nebendiagnose; im Jahr 1986 entfielen 94 % auf die Hauptdiagnose und 6 % auf die Nebendiagnose (Tabelle 41).



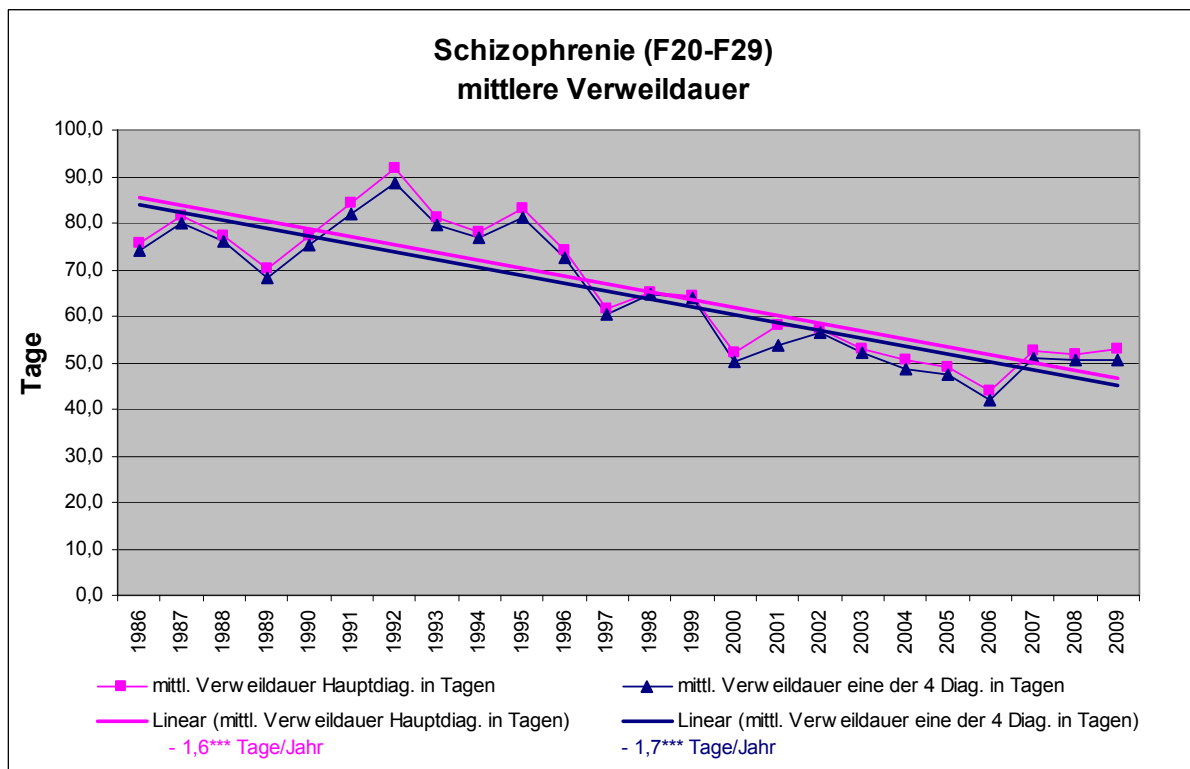
Abbildung 43. Fallzahl 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29



Die Anzahl der Behandelten mit der Hauptdiagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen stieg im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 40 Fälle (+ 11,8 %). Betrachtet man auch die Nebendiagnosen, dann ergab sich ein Anstieg von 51 Fälle (+ 14,2 %) auf 409 Fälle im Jahr 2009.

Im linearen Regressionsmodell ergab sich für den Zeitraum 1986 bis 2009 ein durchschnittlicher Anstieg von 1,8 Fällen/Jahr mit dieser Hauptdiagnose (95%CI [0,2 ; 3,5];  $p = 0,030$ ;  $R^2 = 0,197$ ) und ein Anstieg von durchschnittlich 2,1 Fällen/Jahr mit Haupt- oder Nebendiagnose (95%CI [0,3 ; 3,8];  $p = 0,022$ ;  $R^2 = 0,217$ ), (Abbildung 43).

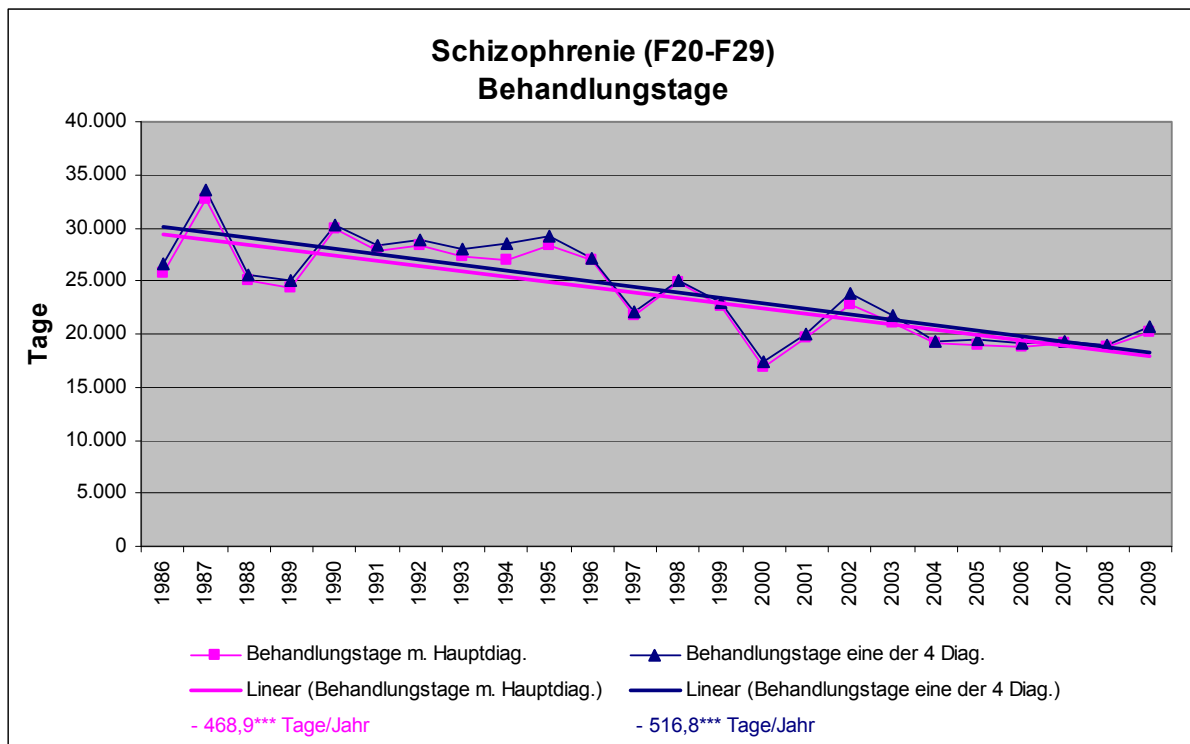
Abbildung 44. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29



Die mittlere Verweildauer von Behandlungsfällen sank im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 22,8 Tage (- 30,0 %) auf rund 53 Tage im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 339$ ;  $MW = 75,9$ ;  $SD = \pm 93,5$ ,  $Q1 = 28,0$ ,  $MED = 45,0$ ,  $Q3 = 84,0$ ; 2009:  $N = 379$ ;  $MW = 53,1$ ;  $SD = \pm 50,6$ ,  $Q1 = 16,0$ ,  $MED = 39,0$ ,  $Q3 = 69,0$ ), (Abbildung 44). Differenziert man nicht nach Haupt- und Nebendiagnose, dann ergab sich ein Rückgang der mittleren Verweildauer um 23,6 Tage (- 31,7 %) auf rund 51 Tage im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 358$ ;  $MW = 74,2$ ;  $SD = \pm 92,1$ ,  $Q1 = 27,0$ ,  $MED = 44,5$ ,  $Q3 = 82,2$ ; 2009:  $N = 409$ ;  $MW = 50,7$ ;  $SD = \pm 50,6$ ,  $Q1 = 14,0$ ,  $MED = 37,0$ ,  $Q3 = 66,0$ ).

Im linearen Regressionsmodell ergab sich im Beobachtungszeitraum für die Verweildauer von Behandlungsfällen mit Hauptdiagnose eine durchschnittliche Abnahme von 1,6 Tage/Jahr (95%CI [-2,1 ; -1,2];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,719$ ), für Haupt- und Nebendiagnose lag das Ergebnis bei einer durchschnittlichen Abnahme von 1,7 Tage/Jahr (95%CI [-2,1 ; -1,2];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,746$ ).

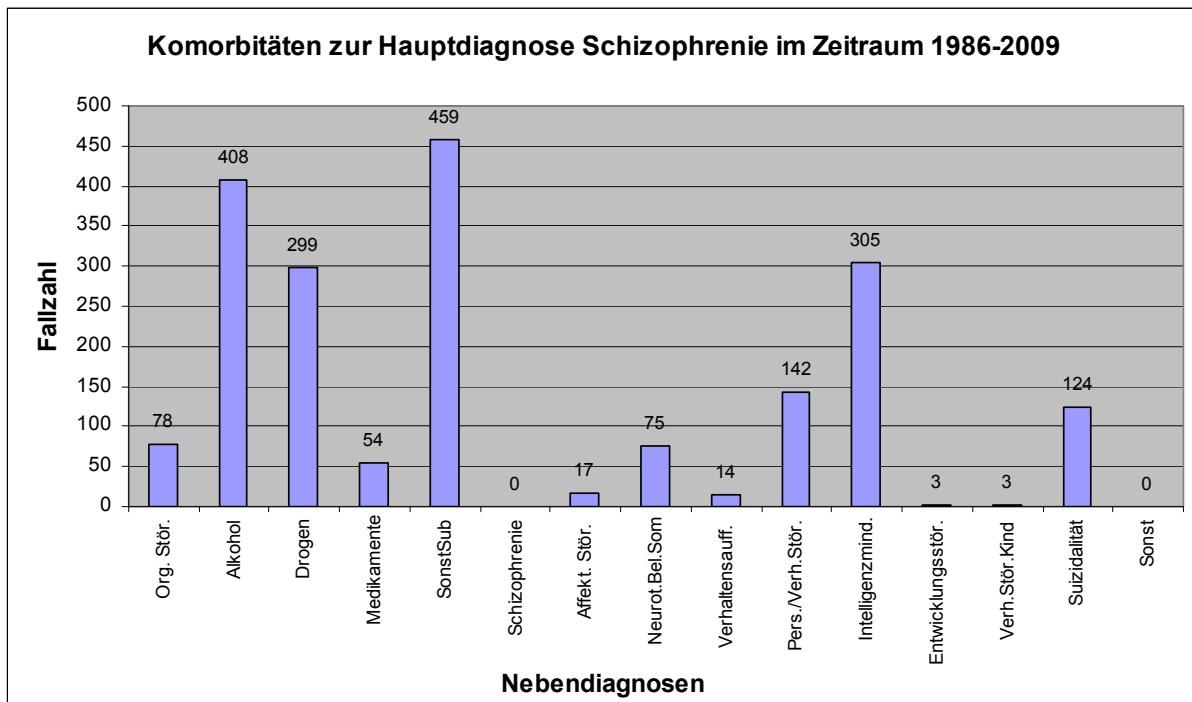
Abbildung 45. Behandlungstage 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29



Die Entwicklung der Anzahl der Behandlungstage mit dieser Diagnose im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 unterschied sich kaum danach, ob die Erkrankung als Haupt- oder als Nebendiagnose vergeben wurde. Die Behandlungstage nahmen in beiden Fällen um rund 22 % ab.

Im linearen Regressionsmodell für den Zeitraum 1986 bis 2009 ergab sich ein ausgeprägter Rückgang von durchschnittlich rund 469 Tagen/Jahr als Hauptdiagnose (95%CI [-614,7 ; -323,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,669$ ) und eine Abnahme von 516,8 Tagen/Jahr als Haupt- oder Nebendiagnose (95%CI [-674,2 ; -359,4];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,678$ ), (Abbildung 45).

**Abbildung 46. Komorbiditäten zur Hauptdiagnosegruppe F20-F29**



Patienten, die in der Klinik mit der Hauptdiagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen behandelt wurden, erhielten vor allem Nebendiagnosen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Am häufigsten war die Nebendiagnose psychische und Verhaltensstörungen durch sonstige psychotrope Substanzen mit einem Anteil von 23,2 % an allen Nebendiagnosen (N = 1981) im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009 (Abbildung 46). An zweiter Stelle standen die Alkoholerkrankungen mit einem Anteil von 20,6 % an allen Nebendiagnosen, gefolgt von den Intelligenzminderungen mit anteiligen 15,4 %. Die Diagnose Drogenerkrankungen mit einem Anteil von 15,1 % an allen Nebendiagnosen wurde am vierthäufigsten zur Hauptdiagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen verschlüsselt.

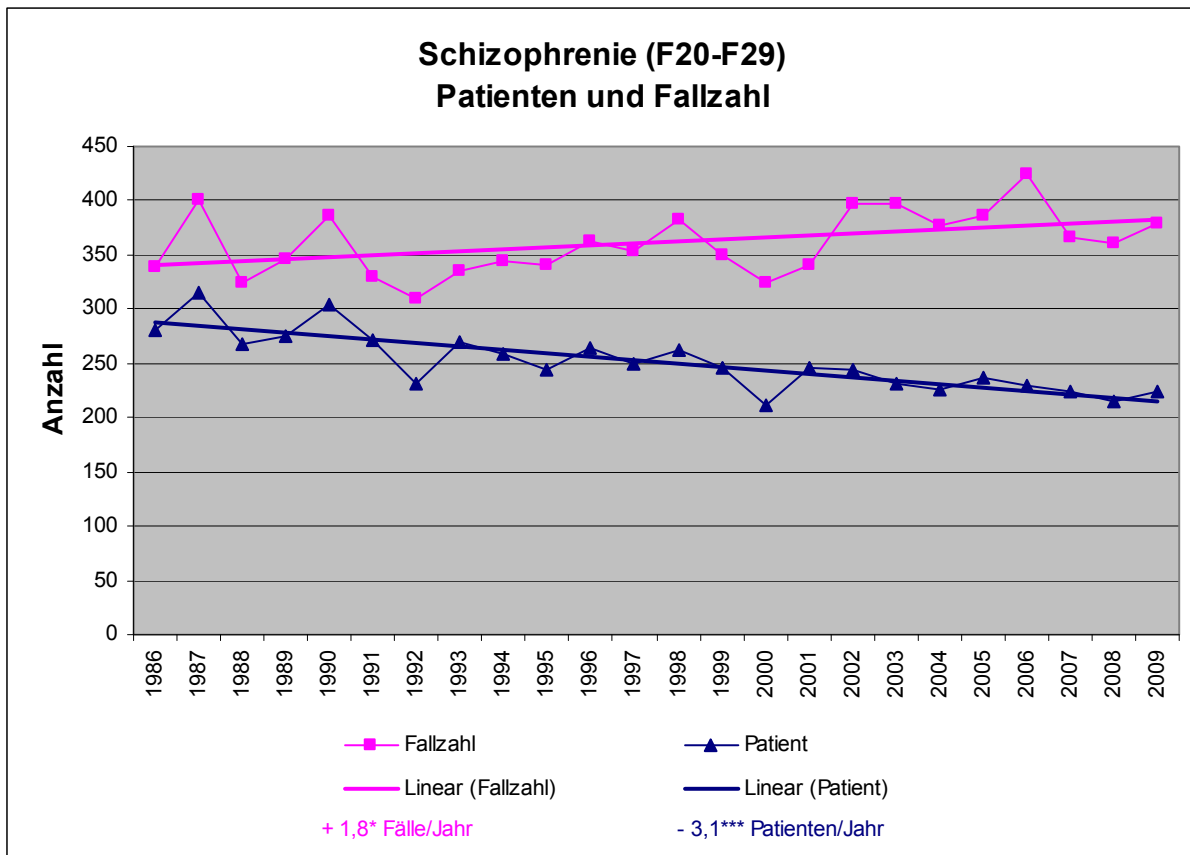
#### **4.2.3.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F20-F29**

Im Jahr 1986 wurden 280 Patienten mit der Hauptdiagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen behandelt, das entsprach einer Anzahl von 339 Behandlungsfällen. Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 verringerte sich die Zahl der Patienten um 55 auf 225 Patienten (- 19,6 %) bei einem Anstieg der Fallzahl um 40 Behandlungsfälle (+ 11,8 %) auf 379 Fälle im Jahr 2009 (Tabelle 42).

**Tabelle 42. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der ICD-10 Hauptdiagnosegruppe F20-F29**

Jahr	Fallzahl	Patienten	Aufnahmerate	mittl. Verweildauer/ Patient/Jahr in Tagen	mittl. Verweildauer/ Fall/Jahr in Tagen
1986	339	280	1,21	91,8	75,9
1987	401	316	1,27	103,6	81,6
1988	325	268	1,21	93,5	77,1
1989	346	276	1,25	88,2	70,4
1990	386	305	1,27	86,5	77,4
1991	330	272	1,21	98,7	84,5
1992	310	232	1,34	122,5	91,7
1993	335	269	1,25	101,3	81,4
1994	345	258	1,34	104,3	78,0
1995	341	244	1,40	116,0	83,0
1996	363	265	1,37	97,0	74,1
1997	353	249	1,42	87,1	61,4
1998	383	263	1,46	94,9	65,1
1999	350	246	1,42	91,7	64,4
2000	324	211	1,54	80,1	52,2
2001	340	246	1,38	80,0	57,9
2002	398	244	1,63	93,5	57,3
2003	397	231	1,72	90,9	52,9
2004	378	226	1,67	84,3	50,4
2005	386	236	1,64	80,4	49,2
2006	424	230	1,84	81,3	44,1
2007	366	225	1,63	85,2	52,4
2008	361	215	1,68	87,1	51,9
2009	379	225	1,68	89,4	53,1
<b>Ges.</b>	<b>8660</b>	<b>6032</b>			

Abbildung 47. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29

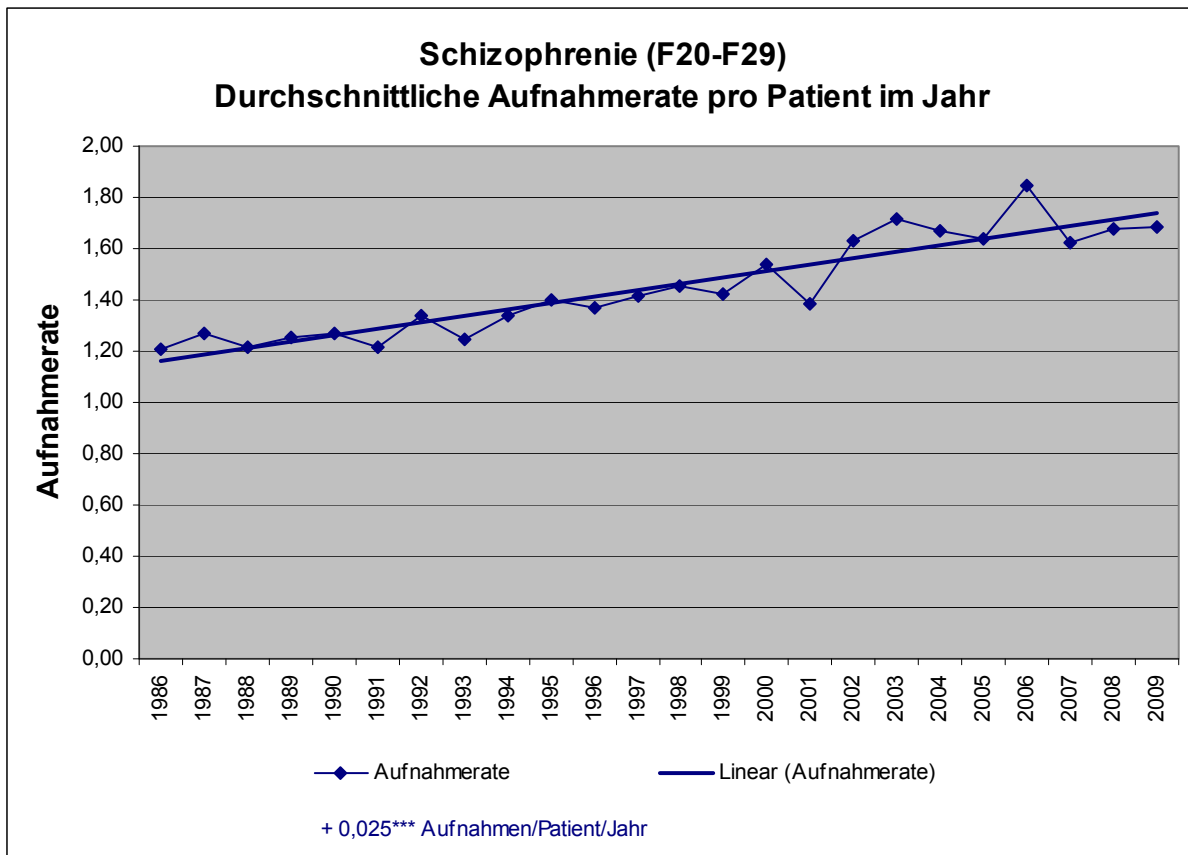


Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 47) wurde ebenfalls die gegenläufige Entwicklung von Patienten- und Fallzahl deutlich: die behandelten Fälle mit der Hauptdiagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen stiegen um durchschnittlich 1,8 Fälle/Jahr (95%CI [0,2 ; 3,5];  $p = 0,030$ ;  $R^2 = 0,197$ ). Die Anzahl der behandelten Patienten sank deutlich um durchschnittlich 3,1 Patienten/Jahr (95%CI [-4,1 ; -2,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,673$ ).

Diese Entwicklung zeigte sich im Anstieg der durchschnittlichen Aufnahmezeit (+ 38,8 %) von 1,21 Fällen im Jahr 1986 auf 1,68 Fälle im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 280$ ;  $MW = 1,21$ ;  $SD = \pm 0,54$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,00$ ,  $Q3 = 1,00$ ; 2009:  $N = 225$ ;  $MW = 1,68$ ;  $SD = \pm 1,34$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,00$ ,  $Q3 = 1,00$ ). Im Jahr 1986 kamen demnach von 100 Patienten rund 20 Fälle zum wiederholten Male zur Behandlung in die Klinik, im Jahr 2009 waren es rund 70 Fälle (Abbildung 48).

Im linearen Regressionsmodell ergab sich ein durchschnittlicher Anstieg von 0,025 Aufnahmen/Patient/Jahr (95%CI [0,021 ; 0,030];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,857$ ).

Abbildung 48. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29

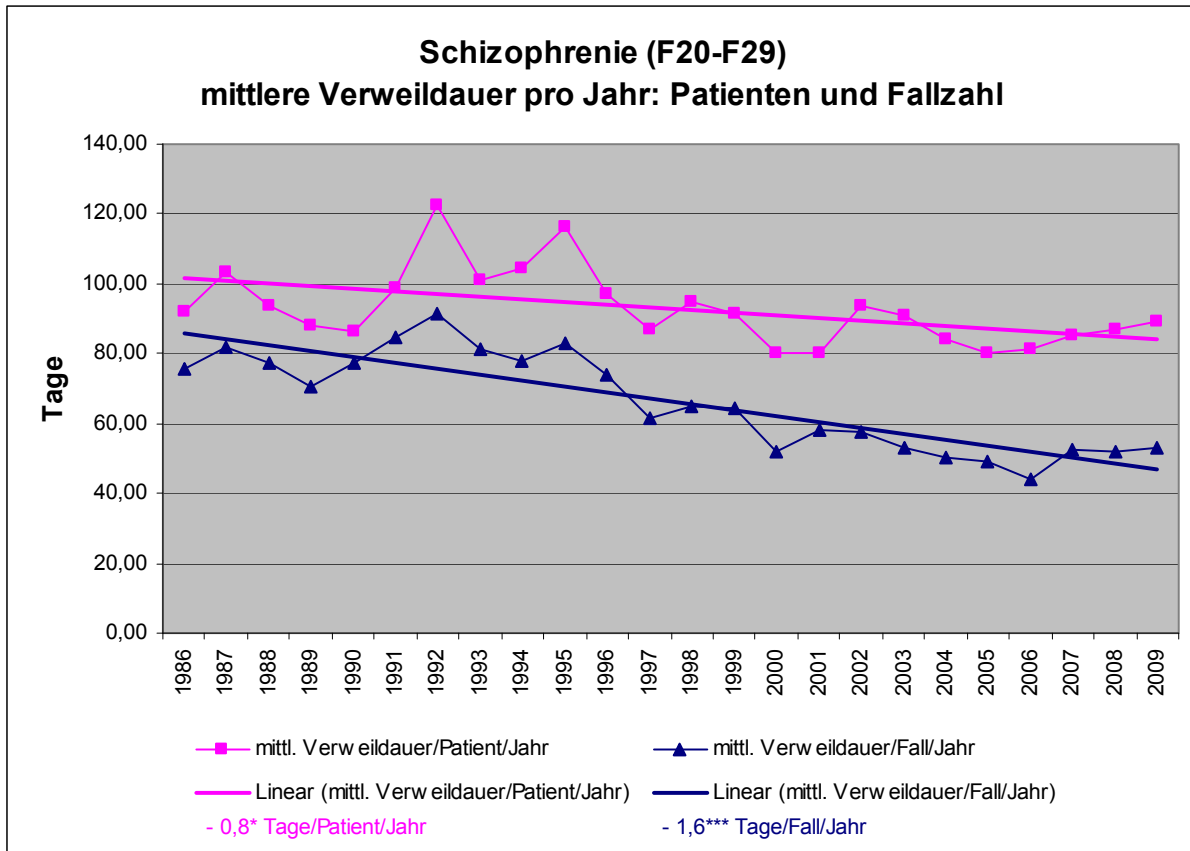


Die mittlere Verweildauer von Patienten mit der Hauptdiagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen lag im Jahr 1986 bei rund 92 Tagen und im Jahr 2009 etwa 3 Tage darunter (- 2,6 %). Bezüglich der Verteilung der Verweildauer zeigte sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 für Patienten kein Effekt.

Betrachtet man die mittlere Verweildauer von Fällen im Jahr 1986 im Vergleich zum Jahr 2009, dann zeigte sich ein Rückgang um rund 23 Tagen (- 30,0 %) auf eine mittlere Verweildauer von durchschnittlich 53,1 Tagen im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 339$ ;  $MW = 75,9$ ;  $SD = \pm 93,5$ ,  $Q1 = 28,0$ ,  $MED = 45,0$ ,  $Q3 = 84,0$ ; 2009:  $N = 379$ ;  $MW = 53,1$ ;  $SD = \pm 50,6$ ,  $Q1 = 16,0$ ,  $MED = 39,0$ ,  $Q3 = 69,0$ ).

Im linearen Regressionsmodell sank für Patienten die mittlere Verweildauer um durchschnittlich 0,8 Tage/Jahr (95%CI [-1,3 ; -0,2];  $p = 0,014$ ;  $R^2 = 0,243$ ) und für Behandlungsfälle um durchschnittlich 1,6 Tage/Jahr (95%CI [-2,1 ; -1,2];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,719$ ) im Zeitraum 1986 bis 2009 (Abbildung 49).

Abbildung 49. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29

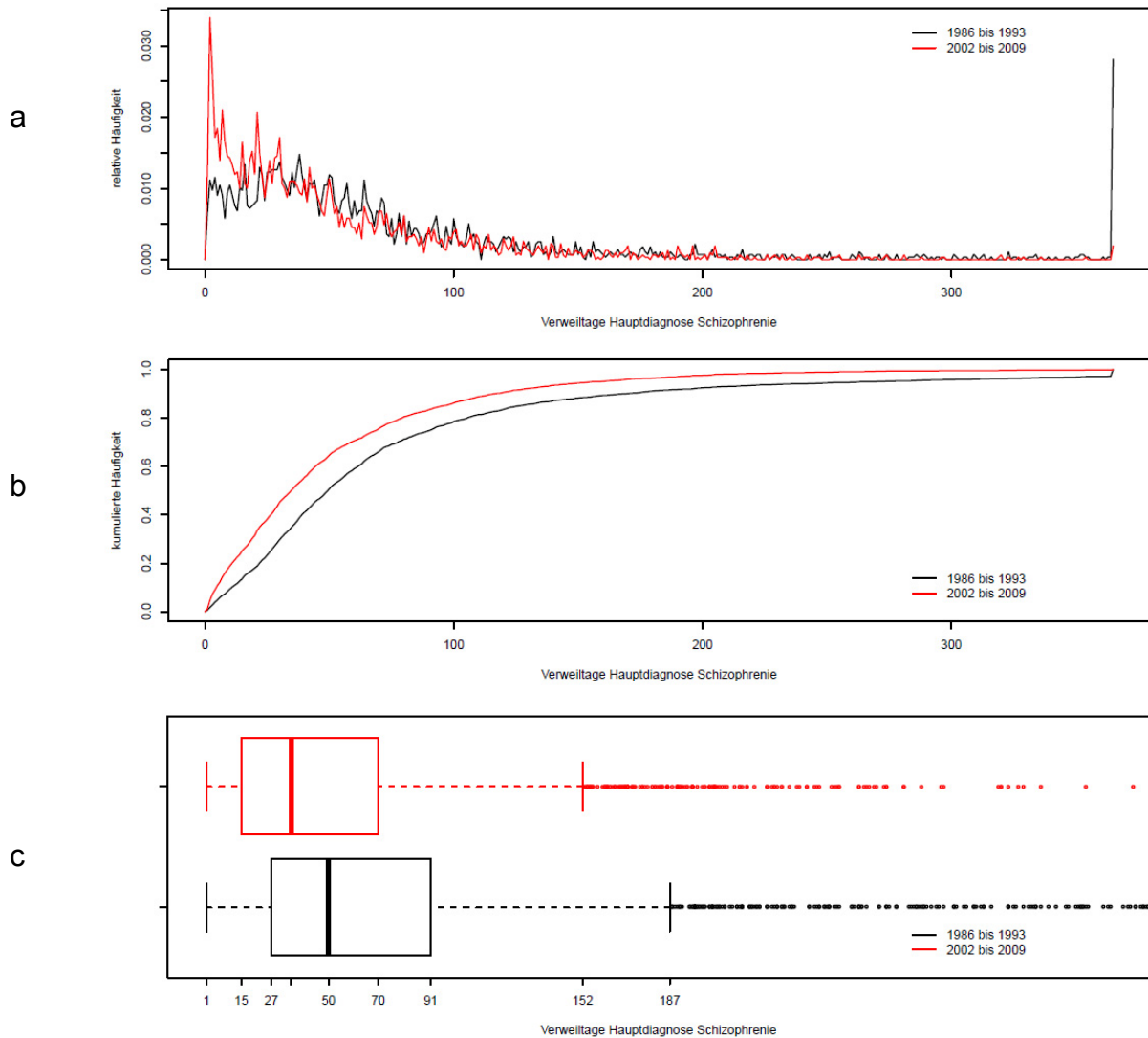




### 4.2.3.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F20-F29 nach gruppierten Zeiträumen

Die Verweiltage von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen wurden auf einer Skala bis 365 Tage dargestellt, da bei diesem Erkrankungsbild längere Klinikaufenthalte vorkamen.

Abbildung 50. Verweiltage der Diagnose F20-F29 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009



F20-F29	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
1986-1993	79,8	103,7	50	38	27	50	91
2002-2009	51,3	53,6	35	2	15	35	70

Abbildung 50a zeigt die unterschiedliche Häufigkeitsverteilung der Verweiltage beider Zeitgruppen. Im Zeitraum 2002 bis 2009 wurden mehr Patienten kürzer behandelt als im Zeitraum 1986 bis 1993 ( $p < 0,001$ ).

Die daraus resultierende kumulierte Häufigkeit der Verweiltage ergab, dass im Zeitraum 2002 bis 2009 50 % aller Patienten fünf Wochen mit dieser Erkrankung stationär behandelt wurden; im Zeitraum 1986 bis 1993 waren 50 % aller Behandelten rund 7 Wochen lang zur Behandlung in der Klinik.

Im Zeitraum 2002 bis 2009 wurden 75 % aller Patienten nach 70 Tagen aus der Klinik entlassen; im Zeitraum 1986 bis 1993 dauerte dies 91 Tage.

Beim Vergleich der Mediane wurden die Unterschiede in den Verteilungen deutlich ( $p < 0,001$ ). Im Zeitraum 2002 bis 2009 lag der Median bei 35, im Zeitraum 1986 bis 1993 bei 50 Tagen. Die Streuung der Verweiltage war im späteren Zeitraum geringer als im früheren Zeitraum, dennoch sind beide Verteilungen stark gestreut. Der Bereich der Verweiltage ohne Ausreißer lag in den Jahren 1986 bis 1993 zwischen 1 und 187 Tagen, in den Jahren 2002 bis 2009 zwischen 1 und 152 Tagen (Abbildung 50c).

#### **4.2.3.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F20-F29**

In der Diagnosegruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen hat sich der Anteil von Männern und Frauen im Zeitverlauf umgekehrt: Im Jahr 1986 lag der Anteil der Männer bei 48 % und der von Frauen bei 52 %; im Jahr 2009 lag der Männeranteil bei 53 % und der von Frauen bei 47 % (Tabelle 43).

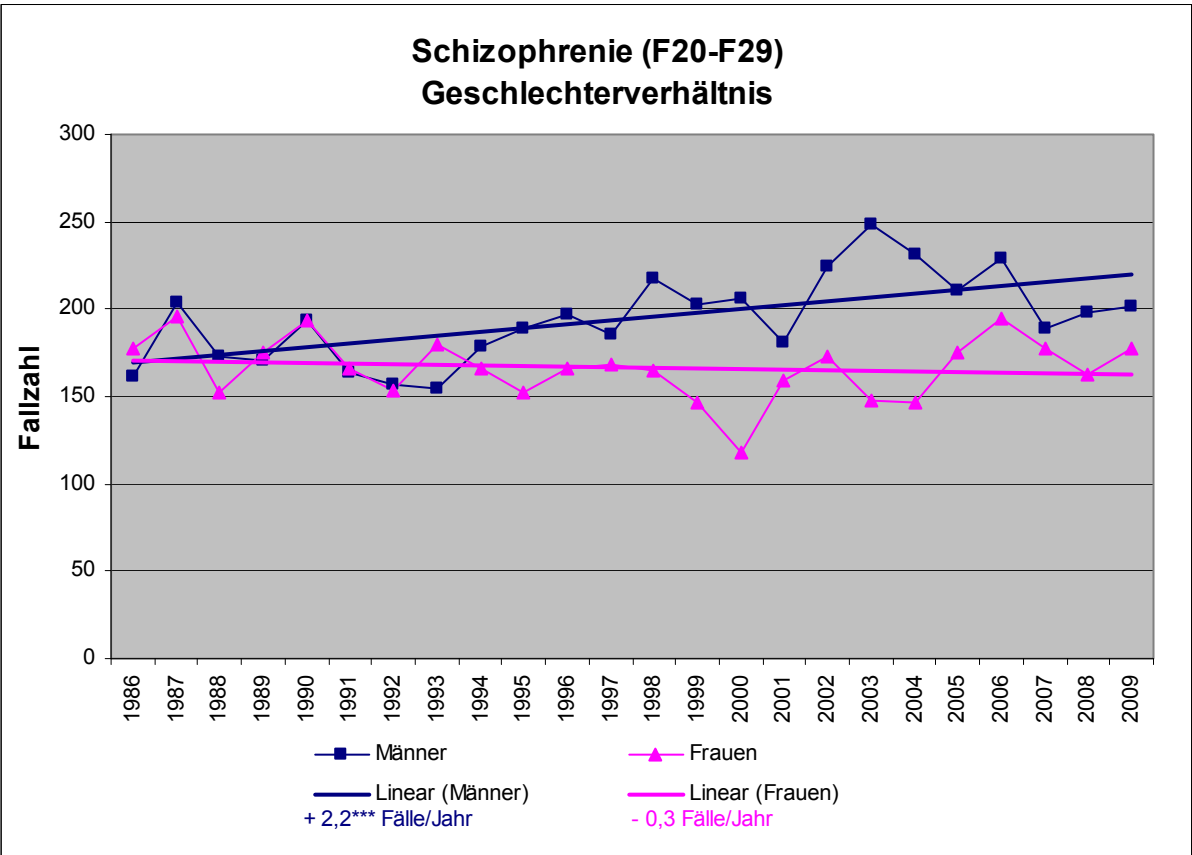
Vergleicht man die Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009, dann lag die Fallzahl von Frauen mit dieser Diagnose im Jahr 1986 bei 177 und im Jahr 2009 ebenfalls bei 177 Behandlungsfällen (+ 0,0 %). Die Fallzahl von Männern stieg im Vergleich zum Jahr 1986 um 40 Fälle auf 202 Fälle im Jahr 2009 an (+ 24,7 %). Das Geschlechterverhältnis veränderte sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nicht.

**Tabelle 43. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F20-F29**

Jahr	Männer	Frauen	unklar	Gesamt	Anteil Männer %	Anteil Frauen %
1986	162	177	0	339	48	52
1987	204	196	1	401	51	49
1988	173	152	0	325	53	47
1989	171	175	0	346	49	51
1990	193	193	0	386	50	50
1991	164	166	0	330	50	50
1992	157	153	0	310	51	49
1993	155	180	0	335	46	54
1994	179	166	0	345	52	48
1995	189	152	0	341	55	45
1996	197	166	0	363	54	46
1997	185	168	0	353	52	48
1998	218	165	0	383	57	43
1999	203	147	0	350	58	42
2000	206	118	0	324	64	36
2001	181	159	0	340	53	47
2002	225	173	0	398	57	43
2003	249	148	0	397	63	37
2004	231	147	0	378	61	39
2005	211	175	0	386	55	45
2006	229	195	0	424	54	46
2007	189	177	0	366	52	48
2008	198	163	0	361	55	45
2009	202	177	0	379	53	47
<b>Gesamt</b>	<b>4671</b>	<b>3988</b>		<b>8660</b>		

Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 51) zeigte sich bezüglich der Veränderung der Fallzahl von Frauen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen kein Effekt. Die Fallzahl für Männer stieg im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 2,2 Behandlungsfälle/Jahr an (95%CI [1,0 ; 3,4];  $p = 0,001$ ;  $R^2 = 0,386$ ). Die Zunahme der Fallzahl ohne Geschlechterdifferenzierung erklärt sich damit durch die Zunahme schizophrener Männer.

Abbildung 51. Anzahl von Männer und Frauen mit der Diagnose F20-F29



## 4.2.4. Affektive Störungen (F30-F39)

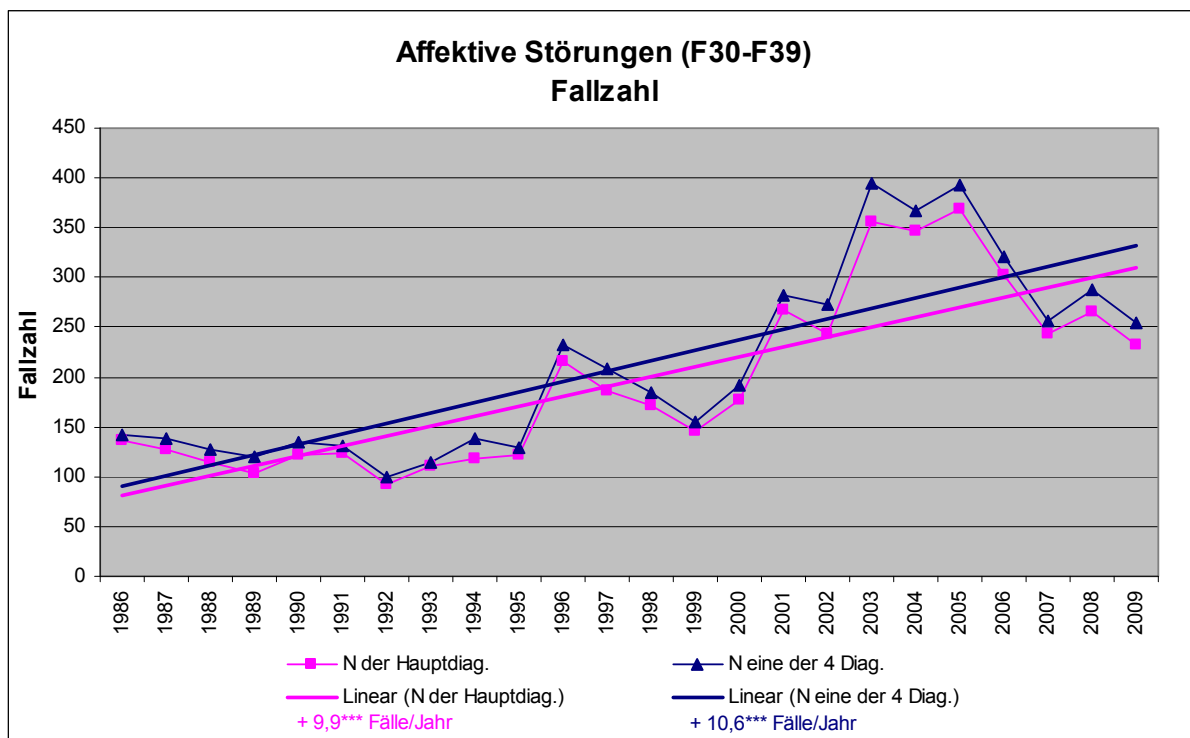
### 4.2.4.1. F30-F39 als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose

Die in Tabelle 44 dargestellten Daten dienen als Grundlage für die weitere Auswertung.

**Tabelle 44. Statistische Ergebnisse der Diagnosegruppe F30-F39**

Affektive Störungen (F30-F39)						
Jahr	N der Hauptdiag.	mittl. Verweildauer Hauptdiag. in Tagen	Behandlungstage m. Hauptdiag.	N eine der 4 Diag.	mittl. Verweildauer eine der 4 Diag. in Tagen	Behandlungstage eine der 4 Diag.
1986	136	57,6	7835	142	57,6	8173
1987	128	54,0	6918	138	52,8	7288
1988	115	56,6	6510	128	56,1	7178
1989	103	53,4	5505	120	51,1	6137
1990	121	59,7	7226	135	58,2	7856
1991	123	59,4	7310	131	59,8	7839
1992	93	53,8	5007	100	54,4	5443
1993	110	60,5	6660	115	59,1	6794
1994	118	57,3	6764	139	57,5	7987
1995	121	52,6	6368	129	51,3	6624
1996	216	42,8	9246	232	41,1	9529
1997	187	36,3	6786	208	34,3	7143
1998	172	44,9	7727	184	43,2	7955
1999	145	48,6	7046	154	46,4	7141
2000	177	49,8	8814	191	48,1	9183
2001	268	43,4	11620	283	42,9	12138
2002	244	48,6	11870	273	48,5	13227
2003	356	42,8	15221	395	40,2	15890
2004	347	47,1	16349	367	46,1	16932
2005	368	40,2	14777	393	38,5	15147
2006	302	45,7	13808	320	44,8	14351
2007	244	43,2	10529	257	43,1	11072
2008	265	52,4	13882	288	51,4	14805
2009	232	54,5	12640	255	51,8	13200
<b>Gesamt</b>	<b>4691</b>		<b>226.418</b>	<b>5077</b>		<b>239.032</b>

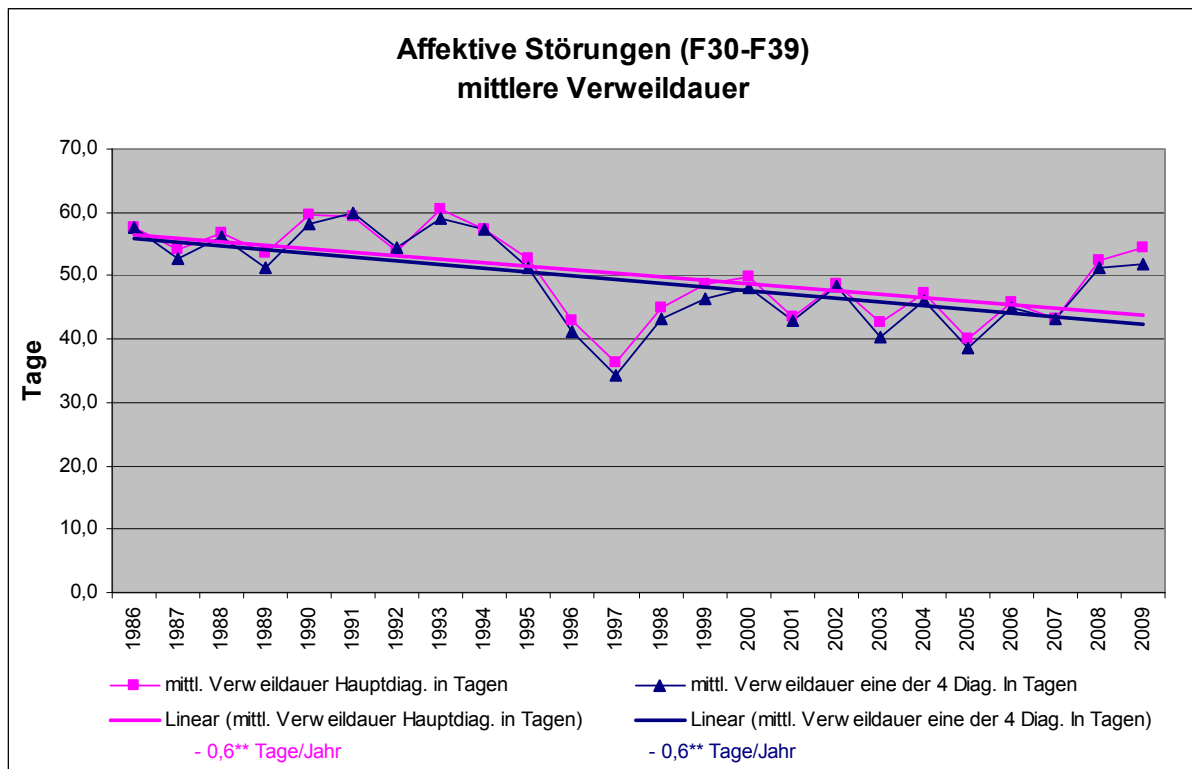
Abbildung 52. Fallzahl 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39



Vergleicht man die Jahre 1986 und 2009 (Abbildung 52), dann stiegen die Fälle mit der Hauptdiagnose affektive Störungen um 70,6 % auf 232 Fälle an. Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ein jährlicher Zuwachs von durchschnittlich rund 10 Fälle/Jahr (95%CI [6,7 ; 13,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,649$ ). Das Verhältnis von Haupt- und Nebendiagnose veränderte sich im Zeitverlauf wenig: im Jahr 1986 betrug der Anteil an den Hauptdiagnosen 96 %, im Jahr 2009 waren es rund 91 %.

Ohne Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnose erhöhte sich die Fallzahl im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 79,6 % auf 255 Fälle. Im linearen Regressionsmodell ergab sich ein Anstieg von durchschnittlich 10,6 Fälle/Jahr (95%CI [7,1 ; 14,0];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,647$ ).

Abbildung 53. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39

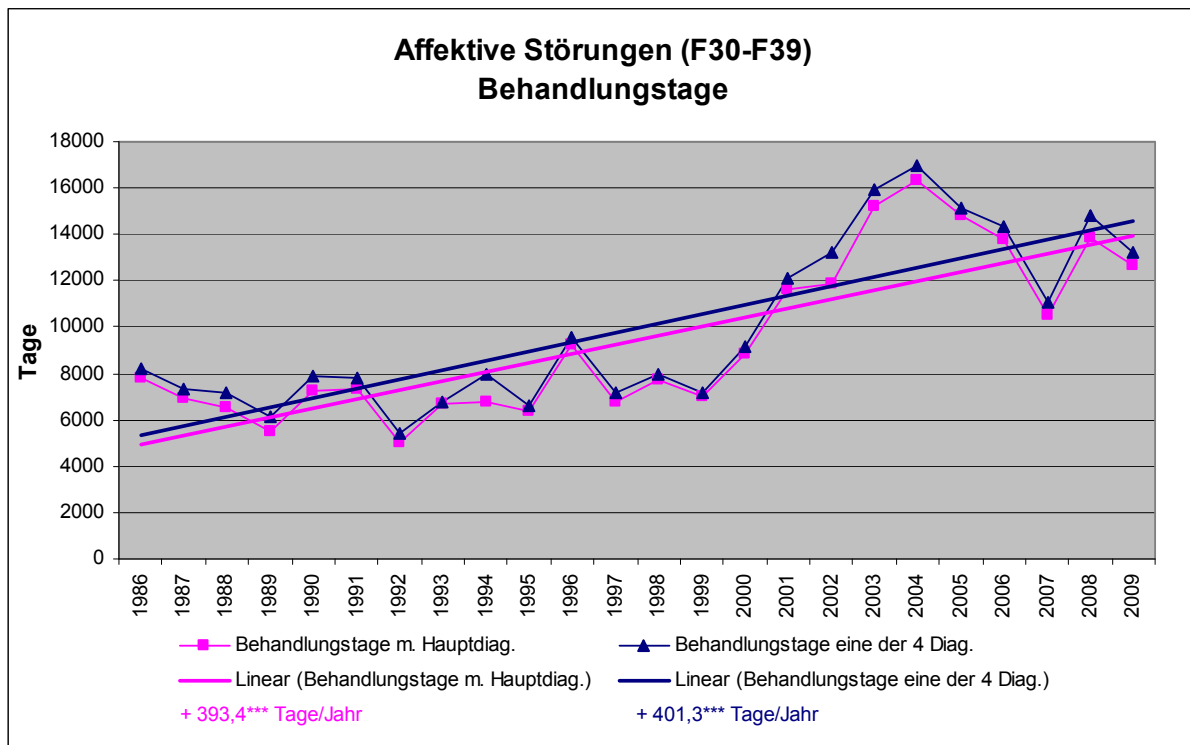


Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose affektive Störungen wurden im Jahr 1986 durchschnittlich 57,6 Tage behandelt, im Jahr 2009 durchschnittlich 54,5 Tage (- 5,4 %). Die Verteilung der mittleren Verweildauer änderte sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nicht (1986: N = 136; MW = 57,6; SD = ± 47,1, Q1 = 34,0, MED = 49,5, Q3 = 69,0; 2009: N = 232; MW = 54,5; SD = ± 46,2, Q1 = 23,0, MED = 41,0, Q3 = 73,0). Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 53) wurde jedoch ein Rückgang von 0,6 Tagen/Jahr (95%CI [-0,9 ; -0,2]; p = 0,004; R<sup>2</sup> = 0,327) festgestellt.

Berücksichtigt man Haupt- und Nebendiagnose, sank die mittlere Verweildauer beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 10,1 % auf durchschnittlich 51,8 Tage (p = 0,012; 1986: N = 142; MW = 57,6; SD = ± 47,6, Q1 = 33,0, MED = 48,5, Q3 = 69,0; 2009: N = 255; MW = 51,8; SD = ± 45,5, Q1 = 19,0, MED = 39,0, Q3 = 71,0).

Im linearen Regressionsmodell zeigte sich eine Abnahme von durchschnittlich 0,6 Tagen/Jahr (95%CI [-0,9 ; -0,2]; p = 0,003; R<sup>2</sup> = 0,331) für Fälle mit Haupt- oder Nebendiagnose.

Abbildung 54. Regression: Behandlungstage 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39

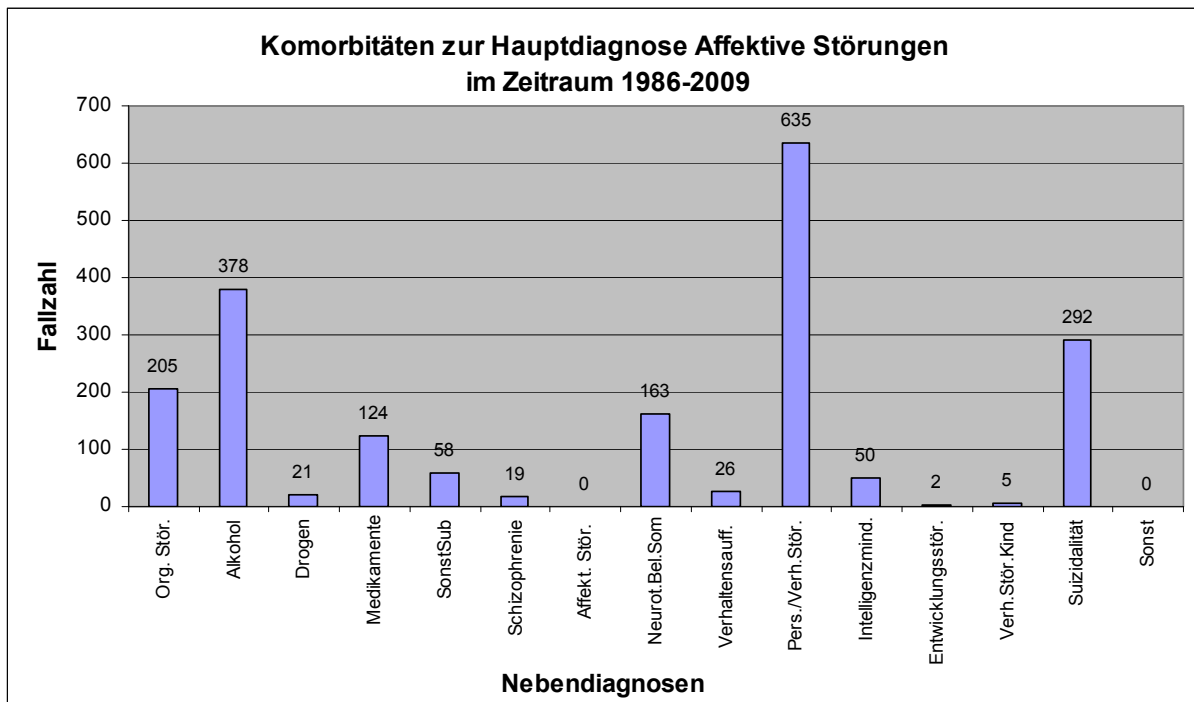


Die Behandlungstage von Patienten mit der Hauptdiagnose affektiven Störungen erhöhten sich in der Klinik beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 61,3 % (+ 4805 Behandlungstage) auf 12.640 Tage (Abbildung 54). Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen, dann ergab sich ein Zuwachs von 61,5 % an Behandlungstagen im gleichen Zeitraum.

Im linearen Regressionsmodell ergab sich eine erhebliche Zunahme an Behandlungstagen von durchschnittlich 393,4 Tage/Jahr für Fälle mit Hauptdiagnose (95%CI [266,3 ; 520,6];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,652$ ) und ein genauso bedeutender Zuwachs von 401,3 Tagen/Jahr für Fälle mit Haupt- oder Nebendiagnose (95%CI [268,9 ; 533,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,642$ ). Die beiden Regressionsgeraden verlaufen fast parallel, so dass es bezüglich der Behandlungstage kaum einen Unterschied gab, ob affektive Störungen als Haupt- oder Nebendiagnose behandelt wurden.



Abbildung 55. Komorbiditäten der Hauptdiagnosegruppe F30-F39



Patienten mit der Hauptdiagnose affektive Störungen erhielten im Beobachtungszeitraum am häufigsten eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung als Nebendiagnose – ihr Anteil an allen Nebendiagnosen (N = 1978) lag bei rund 32 %. Am zweit- und dritthäufigsten wurden die Diagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Anteil: 19,1 %) und Suizidalität (Anteil: 14,8 %) als Nebendiagnosen im Zeitraum von 1986 bis 2009 vergeben.

#### 4.2.4.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F30-F39

In Tabelle 45 werden Fall- und Patientenzahlen, die zugehörigen Verweildauern und die Aufnahme rate von Patienten dargestellt.

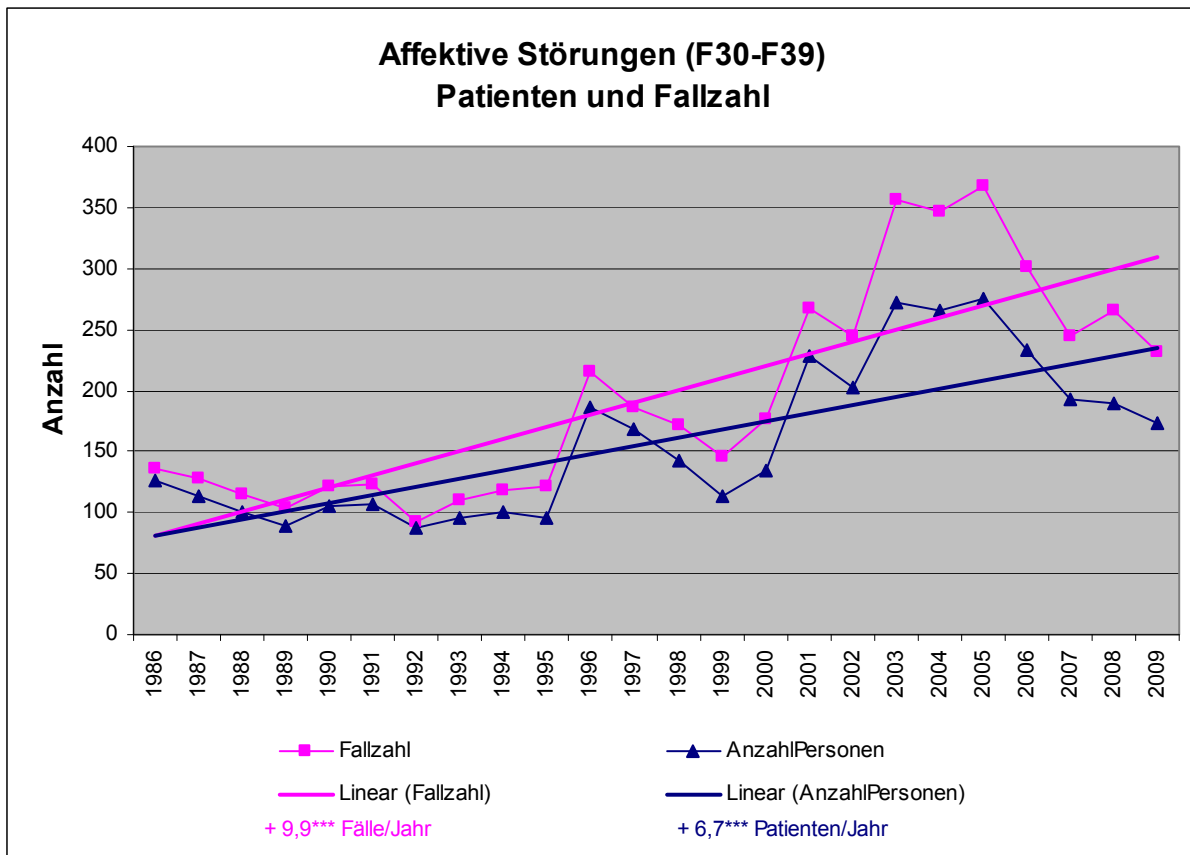
**Tabelle 45. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der ICD-10 Hauptdiagnosegruppe F30-F39**

Jahr	Fallzahl	Patienten	Aufnahmerate	mittl. Verweildauer/ Patient/Jahr in Tagen	mittl. Verweildauer/ Fall/Jahr in Tagen
1986	136	127	1,07	61,7	57,6
1987	128	113	1,13	61,2	54,0
1988	115	101	1,14	64,5	56,6
1989	103	89	1,16	61,9	53,4
1990	121	105	1,15	68,8	59,7
1991	123	107	1,15	68,3	59,4
1992	93	87	1,07	57,6	53,8
1993	110	95	1,16	70,1	60,5
1994	118	100	1,18	67,6	57,3
1995	121	95	1,27	67,0	52,6
1996	216	187	1,16	49,4	42,8
1997	187	168	1,11	40,4	36,3
1998	172	143	1,20	54,0	44,9
1999	145	114	1,27	61,8	48,6
2000	177	134	1,32	65,8	49,8
2001	268	229	1,17	50,7	43,4
2002	244	203	1,20	58,5	48,6
2003	356	272	1,31	56,0	42,8
2004	347	266	1,30	61,5	47,1
2005	368	276	1,33	53,5	40,2
2006	302	234	1,29	59,0	45,7
2007	244	193	1,26	54,6	43,2
2008	265	190	1,39	73,1	52,4
2009	232	174	1,33	72,6	54,5
<b>Ges.</b>	<b>4691</b>	<b>3802</b>			

Im Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 erhöhte sich die Zahl der behandelten Patienten um 47 (+ 37,0 %) auf 174 Personen. Die Fallzahl erhöhte sich im gleichen Zeitraum um 70,6 % auf 232 Fälle (Abbildung 56). Im linearen Regressionsmodell wurde eine deutliche Zunahme von durchschnittlich 6,7 Patienten/Jahr (95%CI [4,1 ; 9,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,571$ ) oder 9,9 Fällen/Jahr festgestellt (95%CI [6,7 ; 13,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,649$ ).

Im Jahr 1986 wurden 127 Patienten mit der Hauptdiagnose affektive Störungen einmal in der Klinik behandelt und neun Patienten mehr als einmal. Im Jahr 2009 wurden 174 Patienten einmal und 58 Patienten mehrfach behandelt.

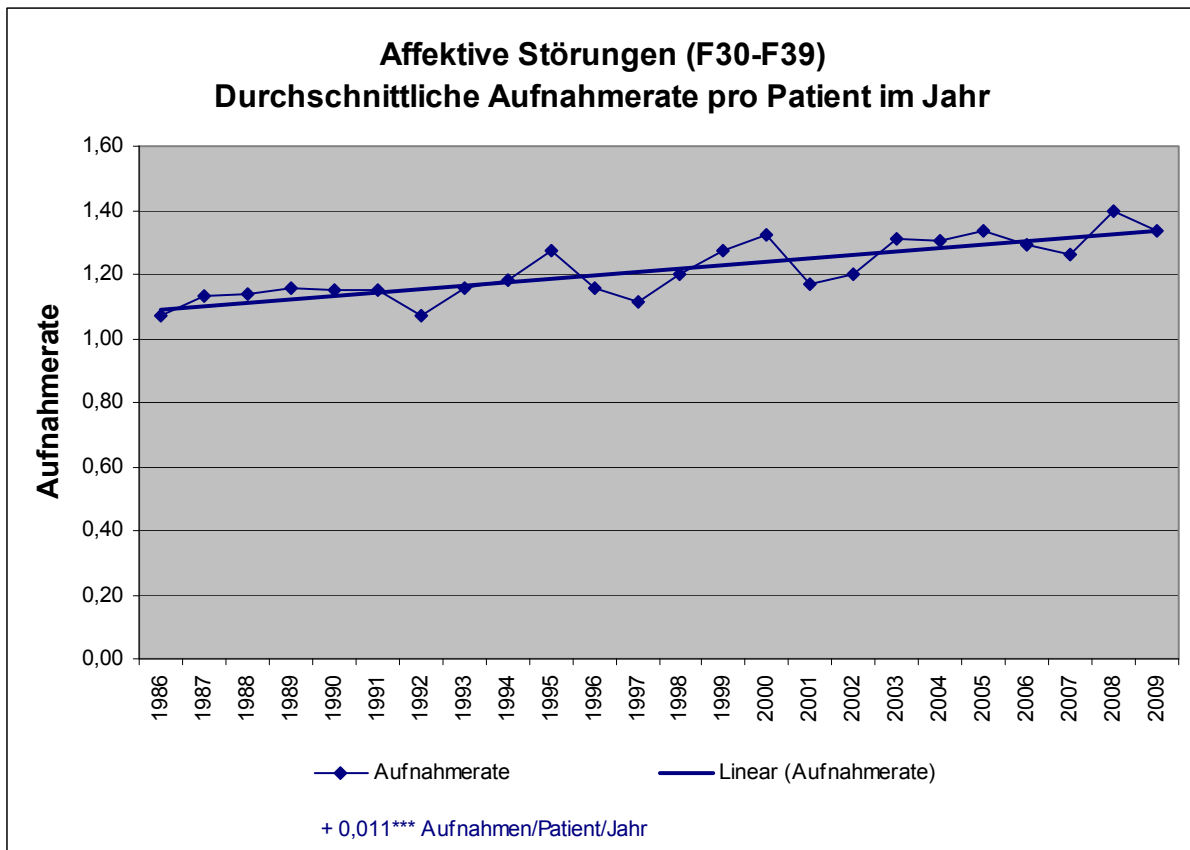
Abbildung 56. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39



Die Aufnahmerate stieg von durchschnittlich 1,07 Aufnahmen/Patient/Jahr im Jahr 1986 auf 1,33 Aufnahmen/Patient/Jahr (+ 24,3 %) im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 127$ ;  $MW = 1,07$ ;  $SD = \pm 0,29$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,00$ ,  $Q3 = 1,00$ ; 2009:  $N = 174$ ;  $MW = 1,33$ ;  $SD = \pm 0,80$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,00$ ,  $Q3 = 1,00$ ), (Abbildung 56).

Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 57) wurde ein Anstieg von durchschnittlich 0,011 Aufnahmen/Patient/Jahr im Beobachtungszeitraum festgestellt (95%CI [0,008 ; 0,014];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,690$ ).

Abbildung 57. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39

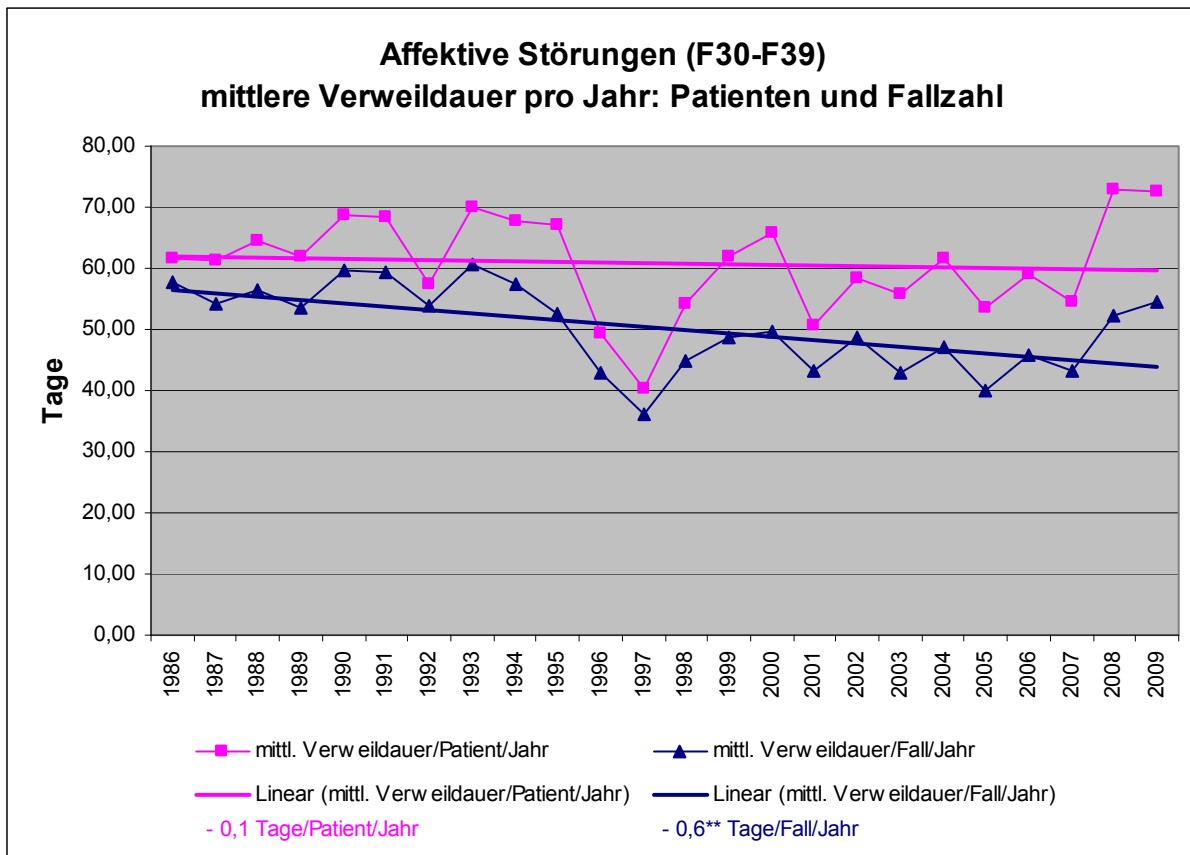


Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 veränderte sich die Verteilung der mittleren Verweildauer von Patienten und Fällen nicht.

Auch im linearen Regressionsmodell zeigte sich für die Verweildauer von Patienten kein Effekt. Nur für Fälle wurde eine Abnahme der Verweildauer von durchschnittlich 0,6 Tagen/Jahr festgestellt (95%CI [-0,9 ; -0,2];  $p = 0,004$ ;  $R^2 = 0,327$ ).

Für die mittlere Verweildauer von Patienten mit affektiven Störungen konnte damit weder im Jahresvergleich 1986 und 2009 noch im linearen Regressionsmodell ein Effekt nachgewiesen werden; bezüglich der mittleren Verweildauer von Behandlungsfällen zeigte sich nur im linearen Regressionsmodell ein Effekt (Abbildung 58).

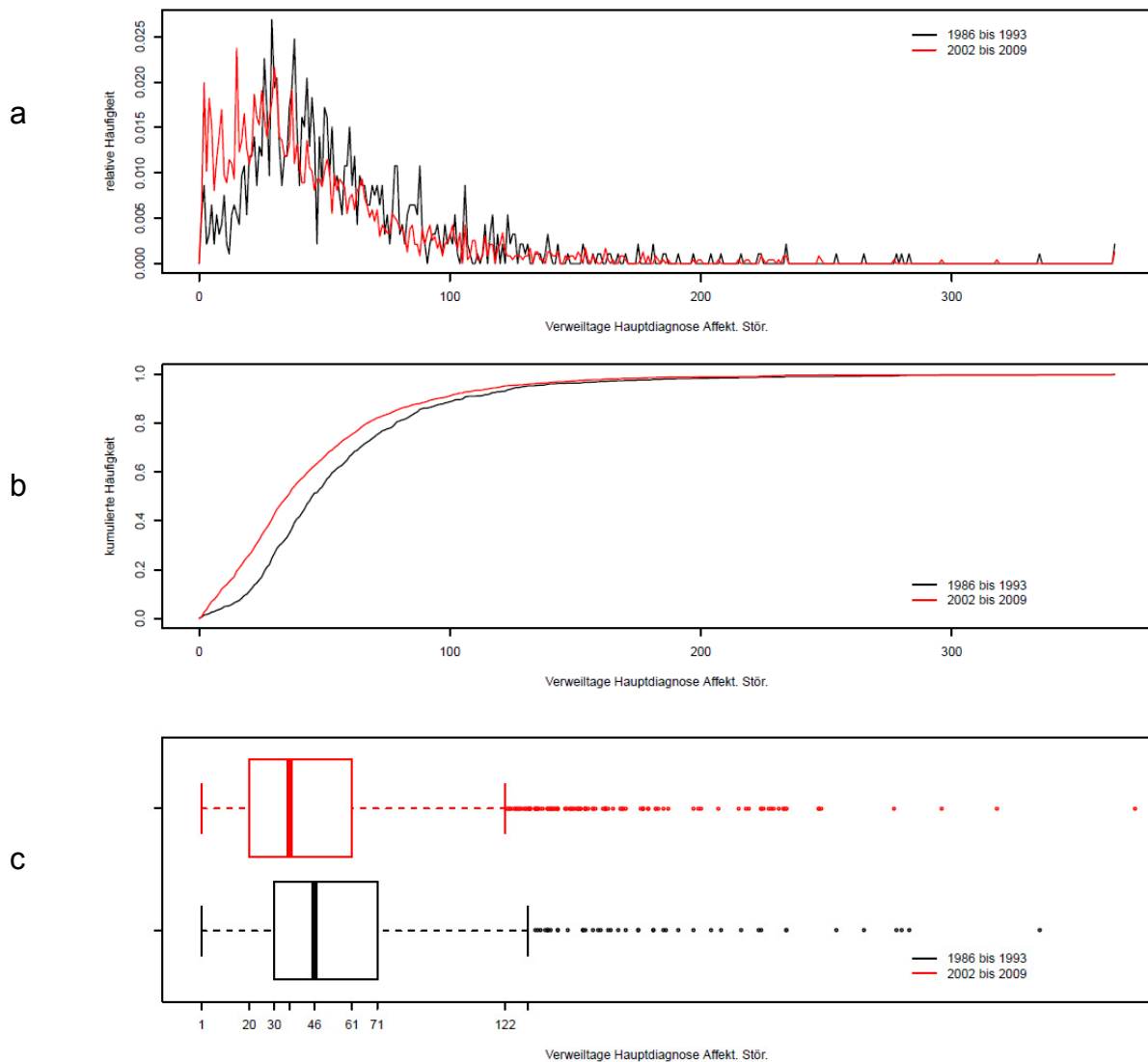
**Abbildung 58. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39**



#### 4.2.4.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F30-F39 nach gruppierten Zeiträumen

Für die Zeiträume 1986 bis 1993 und 2002 bis 2009 wurden die Verweiltage von Patienten mit der Hauptdiagnose affektive Störungen für die nachfolgende Auswertung zu Gruppen zusammengefasst. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte auf einer Skala bis 365 Tage, da bei diesen Erkrankungen längere Klinikaufenthalte vorkamen.

**Abbildung 59. Verweiltage der Diagnose F30-F39 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009**



F30-F39	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
1986-1993	57,0	45,0	46	29	30	46	71
2002-2009	46,3	41,3	36	15	20	36	61

Die unterschiedliche Häufigkeitsverteilung der Verweiltage beider Zeitgruppen wird in Abbildung 59a dargestellt: beide Verteilungen zeigten mehrere ausgeprägte Spitzen. Im Zeitraum 2002 bis 2009 lag der Modalwert bei 15 Tagen, im Zeitraum 1986 bis 1993 lag der Modalwert bei 29 Tagen. Deutlich wurde, dass im Zeitraum von 1986 bis 1993 Patienten länger behandelt wurden als in der jüngeren Zeit ( $p < 0,001$ ). Abbildung 59b zeigt die sich daraus ergebende kumulierte Häufigkeit der Verweiltage: Im Zeitraum 2002 bis 2009 wurden 50 % aller Patienten mit der Hauptdiagnose affektive Störungen ca. fünf Wochen stationär behandelt, 75 % wurden nach zwei Monaten entlassen. Im Zeitraum 1986 bis 1993 waren 50 % aller Behandelten

sechseinhalb Wochen in der Klinik, nach zehn Wochen wurden 75 % aller Behandelten entlassen. Die Verweildauer von Patienten im früheren Zeitraum war deutlich größer als die von Patienten in späterer Zeit.

Beim Vergleich der Mediane beider Verteilungen zeigten sich folgende Unterschiede: im Zeitraum 2002 bis 2009 lag der Median bei 36 Verweiltagen, im Zeitraum 1986 bis 1993 bei 46 Verweiltagen ( $p < 0,001$ ). Die Streuung der Verweiltage war im späteren Zeitraum geringer als im früheren Zeitraum. Der Bereich der Verweiltage ohne Ausreißer lag in den Jahren 1986 bis 1993 zwischen 1 und 131 Tagen, in den Jahren 2002 bis 2009 zwischen 1 und 122 Tagen.

#### **4.2.4.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F30-F39**

Im Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 wurden deutlich mehr Frauen mit der Hauptdiagnose affektive Störungen in der Klinik behandelt als Männer. Im Jahr 1986 lag der Anteil der Frauen mit affektiven Störungen bei 68 %, im Jahr 2009 bei 63 %. Der Männeranteil erhöhte sich im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 15,6 % (Tabelle 46). Das Geschlechterverhältnis veränderte sich im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nicht.

Für beide Geschlechter nahm die Fallzahl im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 stark zu (Abbildung 60). Für Männer stieg die Fallzahl um 43 Fälle auf 87 Behandelte im Jahr 2009 (+ 97,7 %); für Frauen stieg die Fallzahl um 53 Behandlungsfälle auf 145 Fälle im Jahr 2009 (+ 57,6 %).

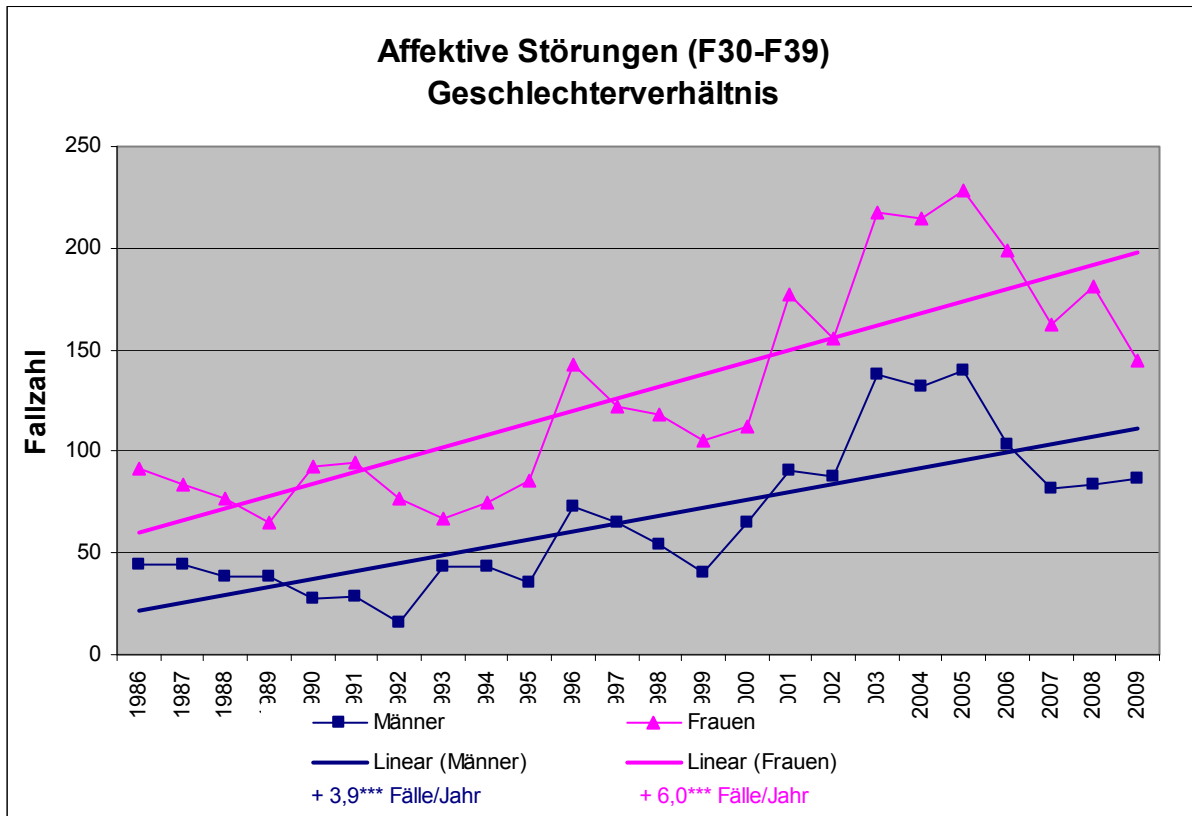
**Tabelle 46. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F30-F39**

Jahr	Männer	Frauen	Gesamt	Anteil Männer %	Anteil Frauen %
1986	44	92	136	32	68
1987	44	84	128	34	66
1988	38	77	115	33	67
1989	38	65	103	37	63
1990	28	93	121	23	77
1991	29	94	123	24	76
1992	16	77	93	17	83
1993	43	67	110	39	61
1994	43	75	118	36	64
1995	35	86	121	29	71
1996	73	143	216	34	66
1997	65	122	187	35	65
1998	54	118	172	31	69
1999	40	105	145	28	72
2000	65	112	177	37	63
2001	91	177	268	34	66
2002	88	156	244	36	64
2003	138	218	356	39	61
2004	132	215	347	38	62
2005	140	228	368	38	62
2006	103	199	302	34	66
2007	82	162	244	34	66
2008	84	181	265	32	68
2009	87	145	232	37	63
<b>Gesamt</b>	<b>1600</b>	<b>3091</b>	<b>4691</b>		

Betrachtet man den Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 im linearen Regressionsmodell (Abbildung 60), dann erhöhte sich die Fallzahl von Frauen mit affektiven Störungen um durchschnittlich 6,0 Fälle/Jahr (95%CI [4,1 ; 7,9];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,660$ ), die von Männern um durchschnittlich 3,9 Fälle/Jahr (95%CI [2,4 ; 5,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,590$ ).



Abbildung 60. Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose F30-F39



## 4.2.5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)

### 4.2.5.1. F40-F48 als Hauptdiagnose im Vergleich zur Nebendiagnose

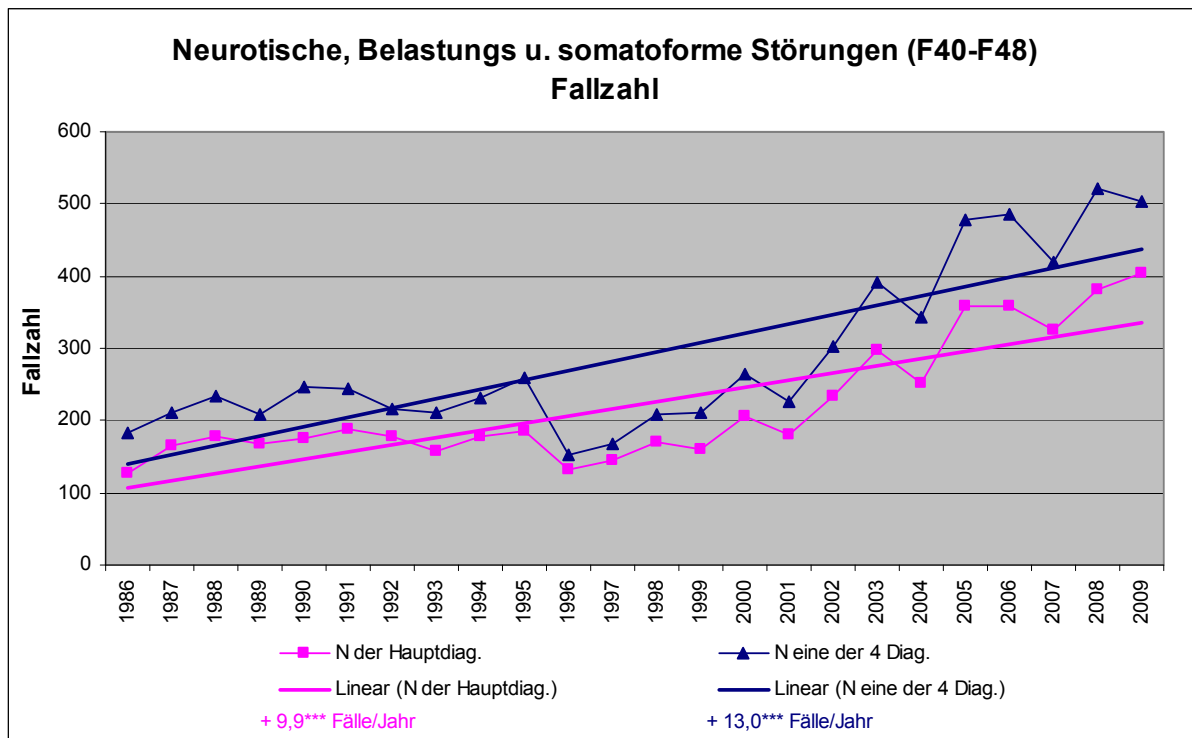
Die Daten der Tabelle 47 dienen als Grundlage für die nachfolgenden Darstellungen.

**Tabelle 47. Statistische Ergebnisse der Diagnosegruppe F40-F48**

Neurotische, Belastungs u. somatoforme Störungen (F40-F48)						
Jahr	N der Hauptdiag.	mittl. Verweildauer Hauptdiag. in Tagen	Behandlungstage m. Hauptdiag.	N eine der 4 Diag.	mittl. Verweildauer eine der 4 Diag. in Tagen	Behandlungstage eine der 4 Diag.
1986	126	41,2	5190	182	34,8	6338
1987	164	32,9	5399	212	28,7	6079
1988	177	43,2	7641	233	36,8	8577
1989	169	36,5	6168	208	33,3	6931
1990	175	32,0	5608	246	27,7	6813
1991	188	36,7	6893	245	30,3	7419
1992	178	34,3	6109	216	33,0	7137
1993	158	27,1	4289	212	25,0	5307
1994	178	31,8	5664	232	29,7	6887
1995	186	37,7	7010	260	31,6	8206
1996	131	31,2	4091	152	30,6	4644
1997	145	36,3	5260	169	35,0	5921
1998	171	23,1	3949	209	23,3	4864
1999	161	28,9	4648	210	29,0	6093
2000	207	22,8	4712	265	22,4	5939
2001	181	16,0	2891	226	17,9	4055
2002	234	17,7	4139	302	18,0	5439
2003	298	18,2	5424	392	19,5	7632
2004	251	17,7	4432	342	19,0	6485
2005	358	19,3	6900	479	19,5	9317
2006	359	21,5	7706	485	20,6	9998
2007	326	21,6	7030	419	21,8	9155
2008	381	19,1	7276	520	20,0	10399
2009	403	20,3	8176	503	21,5	10810
<b>Gesamt</b>	<b>5305</b>		<b>136.605</b>	<b>6919</b>		<b>170.445</b>

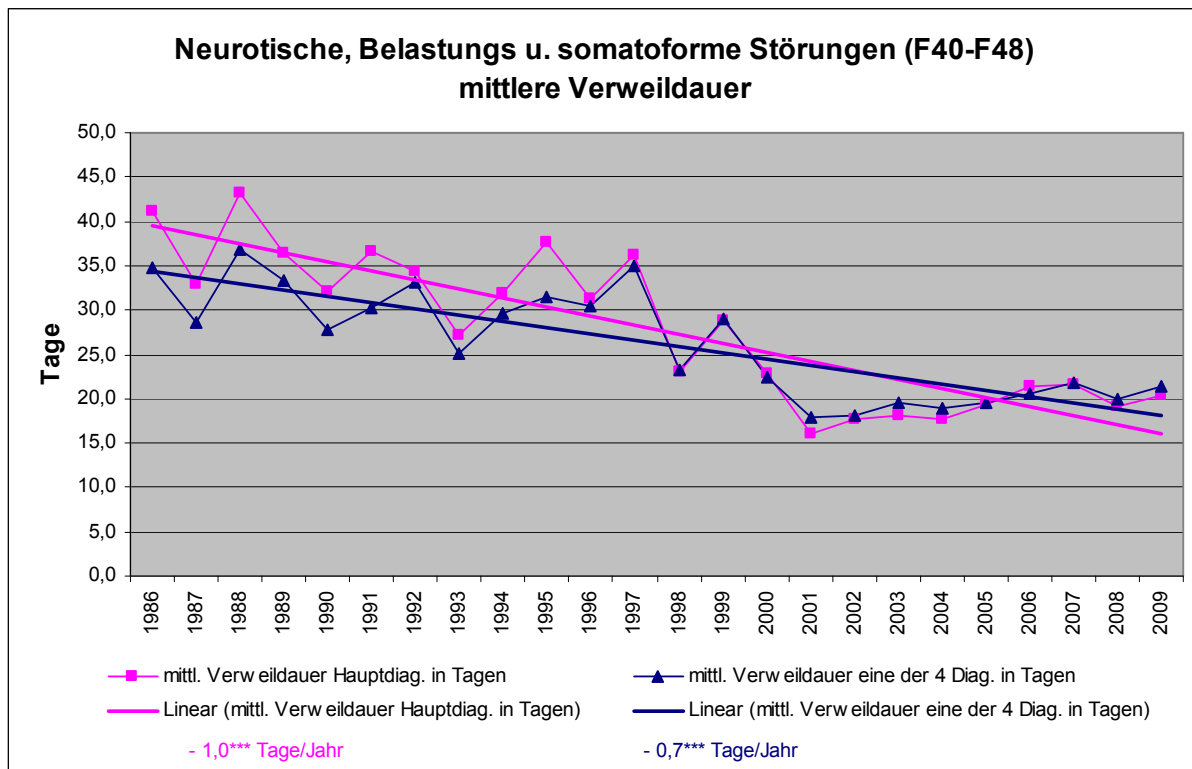
Vergleicht man die Jahre 1986 und 2009 (Abbildung 61), dann wurden im Jahr 2009 277 Fälle zusätzlich mit der Hauptdiagnose neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen behandelt als im Jahr 1986. Das entsprach einem Anstieg von rund 220 % auf 403 Fälle im Jahr 2009. Im linearen Regressionsmodell ergab sich ein deutlicher jährlicher Zuwachs von 9,9 Behandlungsfällen/Jahr im Erhebungszeitraum (95%CI [6,9 ; 12,9];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,683$ ).

Abbildung 61. Fallzahl 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48



Unter Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen erhöhte sich die Fallzahl im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 176,4 % auf 503 Fälle. Im linearen Regressionsmodell ergab sich ein erheblicher Anstieg von durchschnittlich 13,0 Behandlungsfälle/Jahr im Zeitraum von 1986 bis 2009 (95%CI [8,8 ; 17,2];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,642$ ). Das Verhältnis von Haupt- und Nebendiagnose veränderte sich im Zeitverlauf: im Jahr 1986 betrug der Anteil an Hauptdiagnosen rund 69 %; im Jahr 2009 waren es rund 80 %.

Abbildung 62. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48

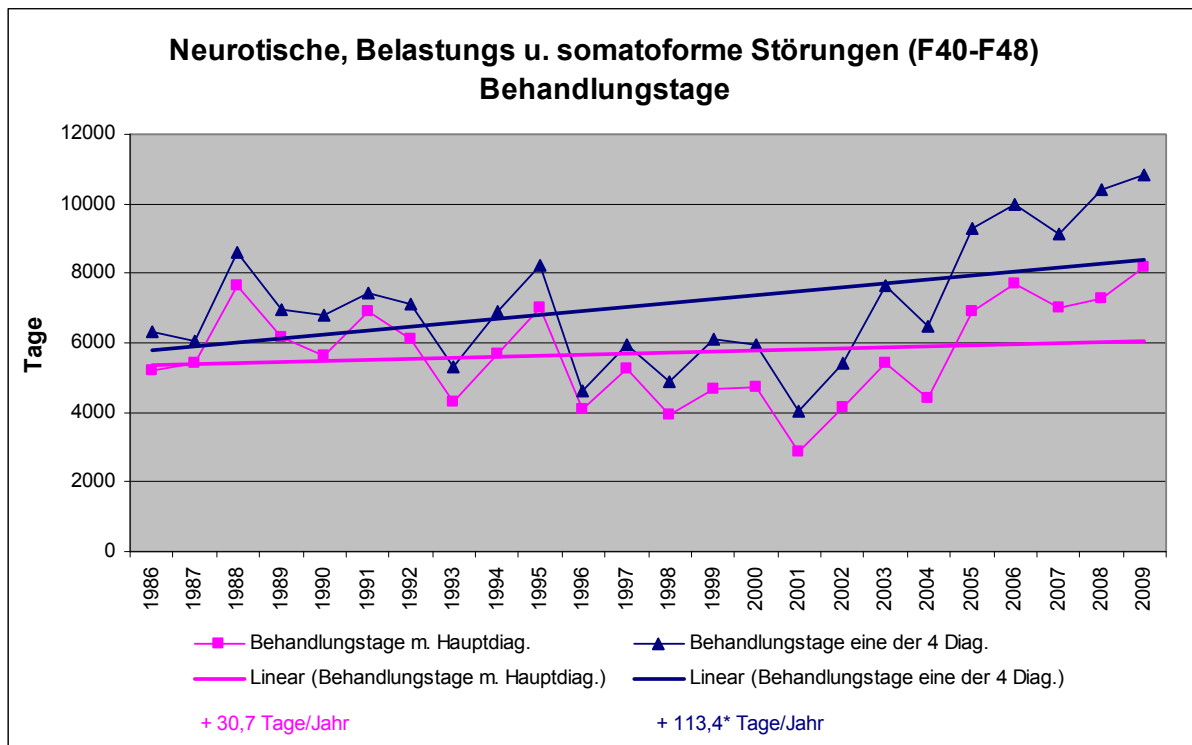


Beim Vergleich der Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009 sank die mittlere Verweildauer von Erkrankungsfällen um mehr als die Hälfte (- 50,7 %) auf 20,3 Tage ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 126$ ;  $MW = 41,2$ ;  $SD = \pm 54,0$ ,  $Q1 = 8,8$ ,  $MED = 30,5$ ,  $Q3 = 50,3$ ; 2009:  $N = 403$ ;  $MW = 20,3$ ;  $SD = \pm 22,6$ ,  $Q1 = 5,0$ ,  $MED = 13,0$ ,  $Q3 = 28,0$ ).

Betrachtet man im Jahresvergleich 1986 und 2009 auch alle Nebendiagnosen, dann sank die mittlere Verweildauer um 13,3 Tage (- 38,3 %) auf 21,5 Tage ( $p = 0,001$ ; 1986:  $N = 182$ ;  $MW = 34,8$ ;  $SD = \pm 47,5$ ,  $Q1 = 4,0$ ,  $MED = 25,0$ ,  $Q3 = 46,0$ ; 2009:  $N = 503$ ;  $MW = 21,5$ ;  $SD = \pm 26,1$ ,  $Q1 = 5,0$ ,  $MED = 13,0$ ,  $Q3 = 28,0$ ).

Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 62) ergab sich eine Abnahme der mittleren Verweildauer von 1,0 Tagen/Jahr für Erkrankte mit dieser Hauptdiagnose (95%CI [-1,3 ; -0,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,735$ ) und eine Abnahme von 0,7 Tagen/Jahr für Erkrankte mit Haupt- oder Nebendiagnose (95%CI [-0,9 ; -0,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,654$ ).

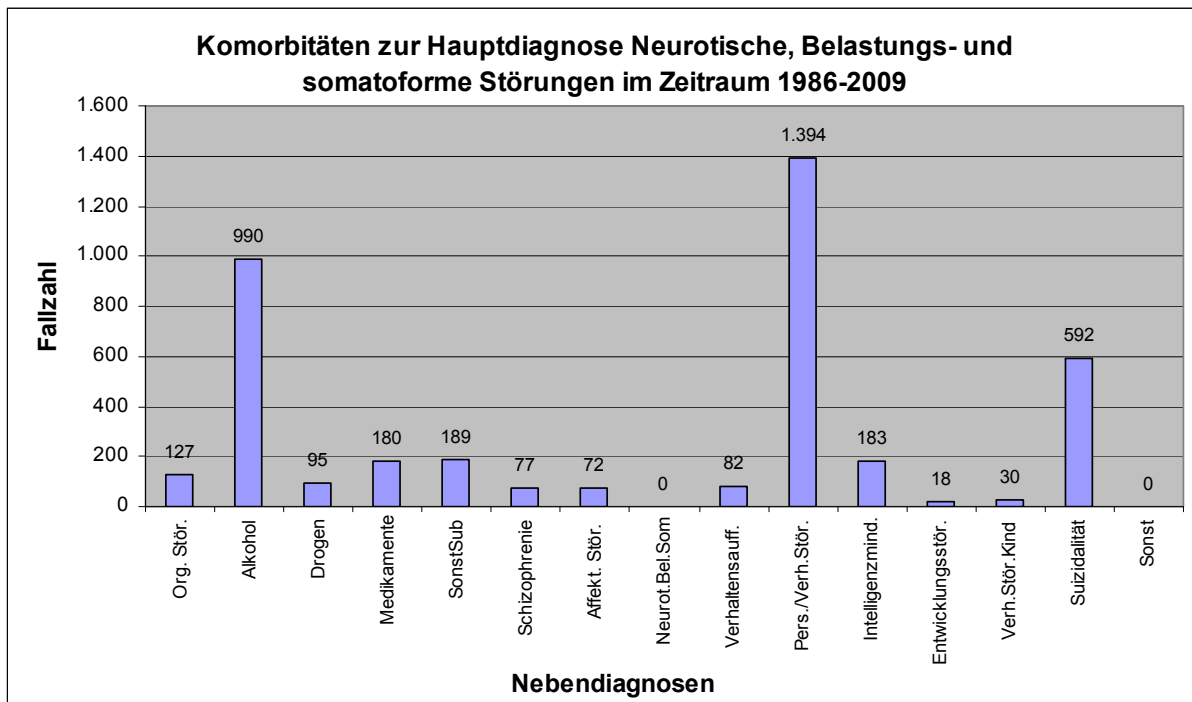
Abbildung 63. Behandlungstage 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48



Betrachtet man die Behandlungstage mit dieser Hauptdiagnose zu Beginn und zum Ende der Untersuchung, dann ergab sich ein Anstieg um 2986 Tage (+ 57,6 %) auf 8176 Behandlungstage im Jahr 2009 (Abbildung 63). Die Behandlungstage von Haupt- und Nebendiagnose stiegen deutlich um 70 % von 6338 im Jahr 1986 auf 10.810 Tage im Jahr 2009 an.

Im linearen Regressionsmodell ergab sich kein Effekt für die Veränderung der Behandlungstage mit Hauptdiagnose und ein Anstieg von rund 113,4 Behandlungstagen/Jahr mit dieser Diagnose als Haupt- oder Nebendiagnose (95%CI [9,6 ; 217,2];  $p = 0,034$ ;  $R^2 = 0,189$ ).

**Abbildung 64. Komorbiditäten der Hauptdiagnosegruppe F40-F48**



Bei Patienten mit der Hauptdiagnose neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen häuften sich vor allem drei Nebendiagnosen im Zeitraum 1986 bis 2009 (Abbildung 64). Am häufigsten wurden Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit einem Anteil von rund 35 % an allen Nebendiagnosen (N = 4029) gestellt, dann Alkoholerkrankungen mit einem Anteil von 24,6 %, gefolgt von der Nebendiagnose Suizidalität mit einem Anteil von 14,7 % an allen Nebendiagnosen.

#### **4.2.5.2. Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F40-F48**

In Tabelle 48 wurden die behandelten Patienten-, Fallzahlen und die zugehörigen mittleren Verweiltage verglichen und die Aufnahmezeit von Patienten mit der Diagnosegruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen dargestellt.

**Tabelle 48. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der ICD-10 Hauptdiagnosegruppe F40-F48**

Jahr	Fallzahl	Patienten	Aufnahmerate	mittl. Verweildauer/ Patient/Jahr in Tagen	mittl. Verweildauer/ Fall/Jahr in Tagen
1986	126	115	1,10	45,1	41,2
1987	164	153	1,07	35,3	32,9
1988	177	164	1,08	46,6	43,2
1989	169	154	1,10	40,1	36,5
1990	175	162	1,08	34,6	32,0
1991	188	178	1,06	38,7	36,7
1992	178	165	1,08	37,0	34,3
1993	158	147	1,07	29,2	27,1
1994	178	165	1,08	34,3	31,8
1995	186	169	1,10	41,5	37,7
1996	131	113	1,16	36,2	31,2
1997	145	126	1,15	41,7	36,3
1998	171	157	1,09	25,2	23,1
1999	161	152	1,06	30,6	28,9
2000	207	188	1,10	25,1	22,8
2001	181	173	1,05	16,7	16,0
2002	234	205	1,14	20,2	17,7
2003	298	259	1,15	20,9	18,2
2004	251	212	1,18	20,9	17,7
2005	358	289	1,24	23,9	19,3
2006	359	298	1,20	25,9	21,5
2007	326	261	1,25	26,9	21,6
2008	381	311	1,23	23,4	19,1
2009	403	323	1,25	25,3	20,3
<b>Ges.</b>	<b>5305</b>	<b>4639</b>			

Im Jahr 1986 wurden 115 Patienten mit der Hauptdiagnose neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen behandelt, das entsprach einer Anzahl von 126 Behandlungsfällen. Im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 erhöhte sich die Zahl der Patienten um 208 auf 323 Patienten (+ 180,9 %). Gleichzeitig ergab sich ein Anstieg um 277 Fälle (+ 219,8 %) auf 403 Behandlungsfälle im Jahr 2009 (Abbildung 65).

Im linearen Regressionsmodell des gesamten Beobachtungszeitraums zeigte sich eine deutliche Zunahme von durchschnittlich 7,2 Patienten/Jahr (95%CI [4,9 ; 9,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,663$ ) und von 9,9 Fälle/Jahr (95%CI [6,9 ; 12,9];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,683$ ).

Abbildung 65. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48

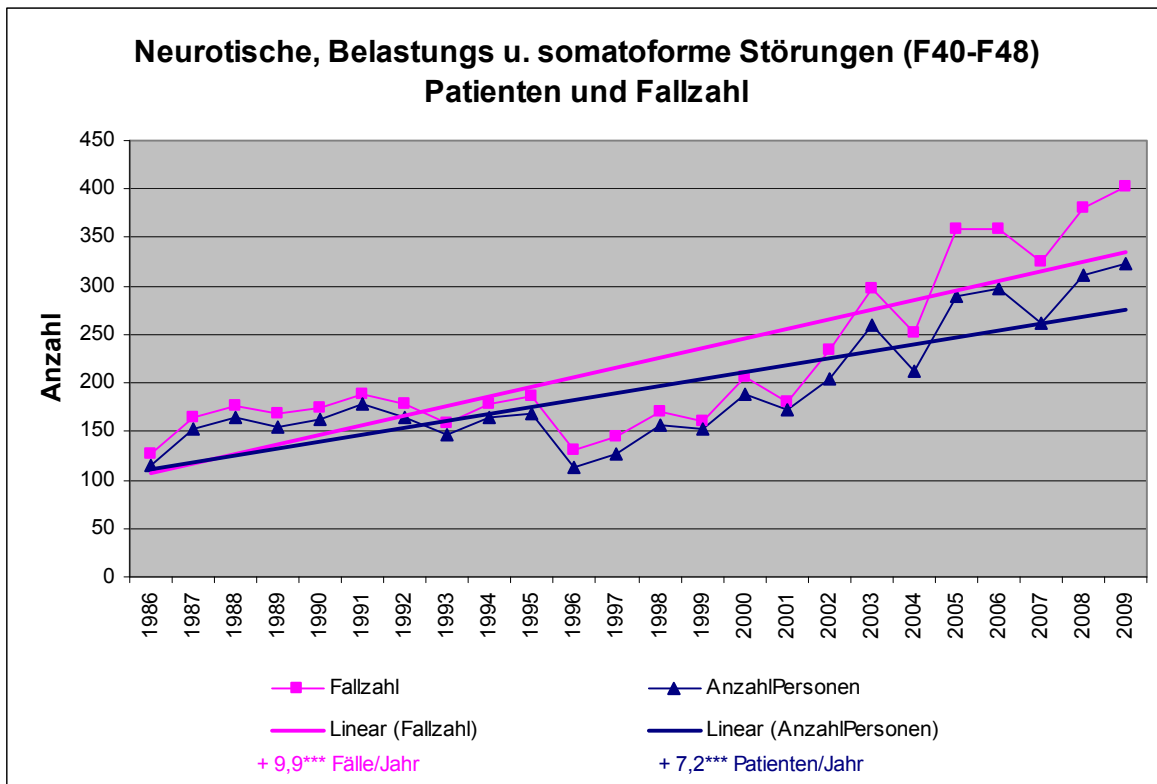
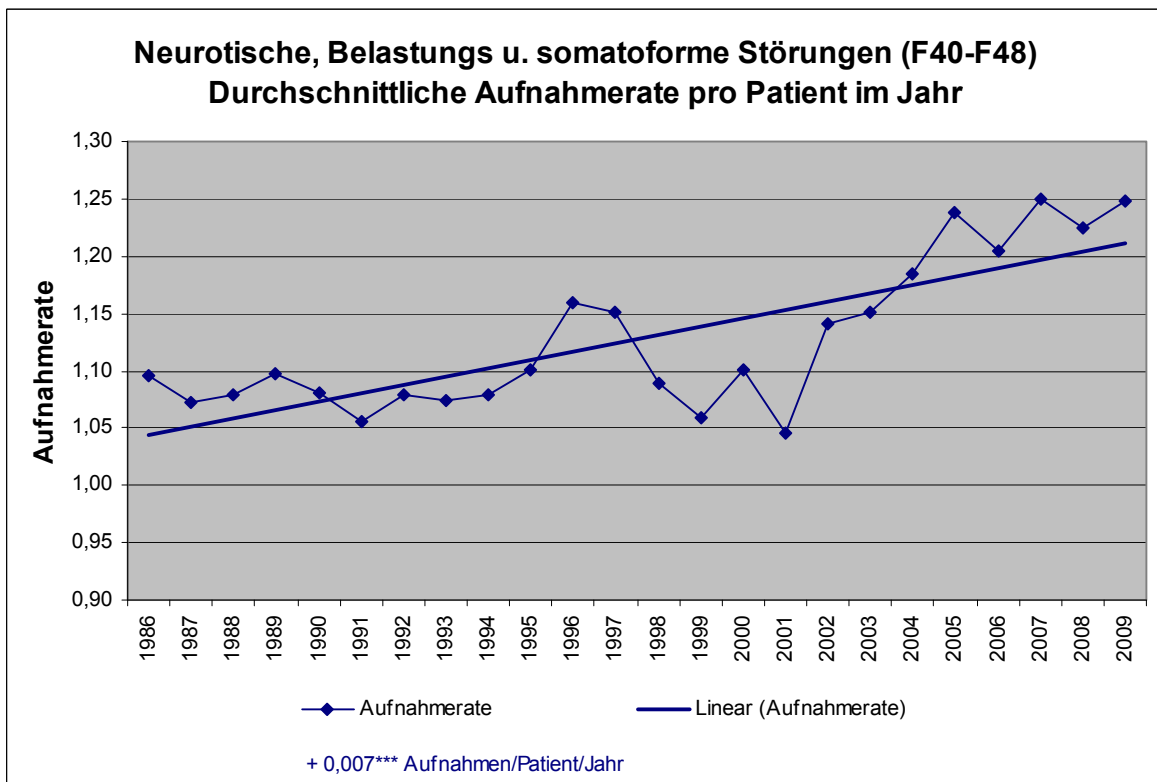


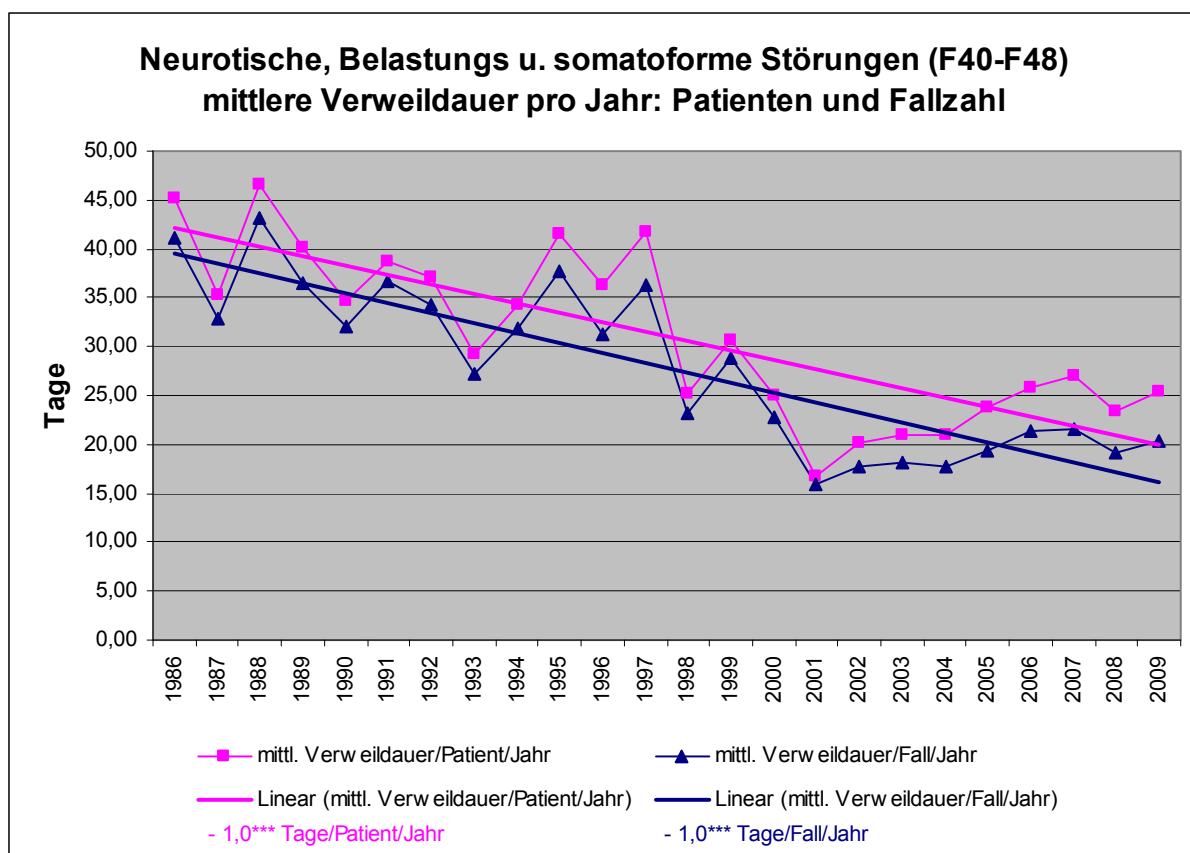
Abbildung 66. Durchschnittliche Aufnahme rate/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48





Die Zahl der durchschnittlichen Aufnahme/Patient stieg von 1,10 Aufnahmen im Jahr 1986 auf 1,25 Aufnahmen im Jahr 2009 ( $p = 0,027$ ; 1986:  $N = 115$ ;  $MW = 1,10$ ;  $SD = \pm 0,37$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,00$ ,  $Q3 = 1,00$ ; 2009:  $N = 323$ ;  $MW = 1,25$ ;  $SD = \pm 0,67$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,00$ ,  $Q3 = 1,00$ ). Von 100 Patienten kamen 10 Fälle im Jahr 1986 zur wiederholten Behandlung, im Jahr 2009 waren es 25 Fälle. Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 66) ergab sich ein durchschnittlicher Anstieg von 0,007 Aufnahmen/Patient/Jahr im Zeitraum von 1986 bis 2009 (95%CI [0,005 ; 0,010];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,606$ ).

**Abbildung 67. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48**



Die mittlere Verweildauer von Erkrankungsfällen (Abbildung 67) reduzierte sich von 41,2 Tagen im Jahr 1986 auf 20,3 Tage (- 50,7 %) im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 126$ ;  $MW = 41,2$ ;  $SD = \pm 54,0$ ,  $Q1 = 8,8$ ,  $MED = 30,5$ ,  $Q3 = 50,3$ ; 2009:  $N = 403$ ;  $MW = 20,3$ ;  $SD = \pm 22,6$ ,  $Q1 = 5,0$ ,  $MED = 13,0$ ,  $Q3 = 28,0$ ).

Der einzelne Patient verbrachte im Jahr 1986 durchschnittlich 45 Tage mit der Hauptdiagnose neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen in der Klinik, im Jahr 2009 dagegen durchschnittlich nur noch 25 Tage (- 43,9 %), ( $p < 0,001$ ;

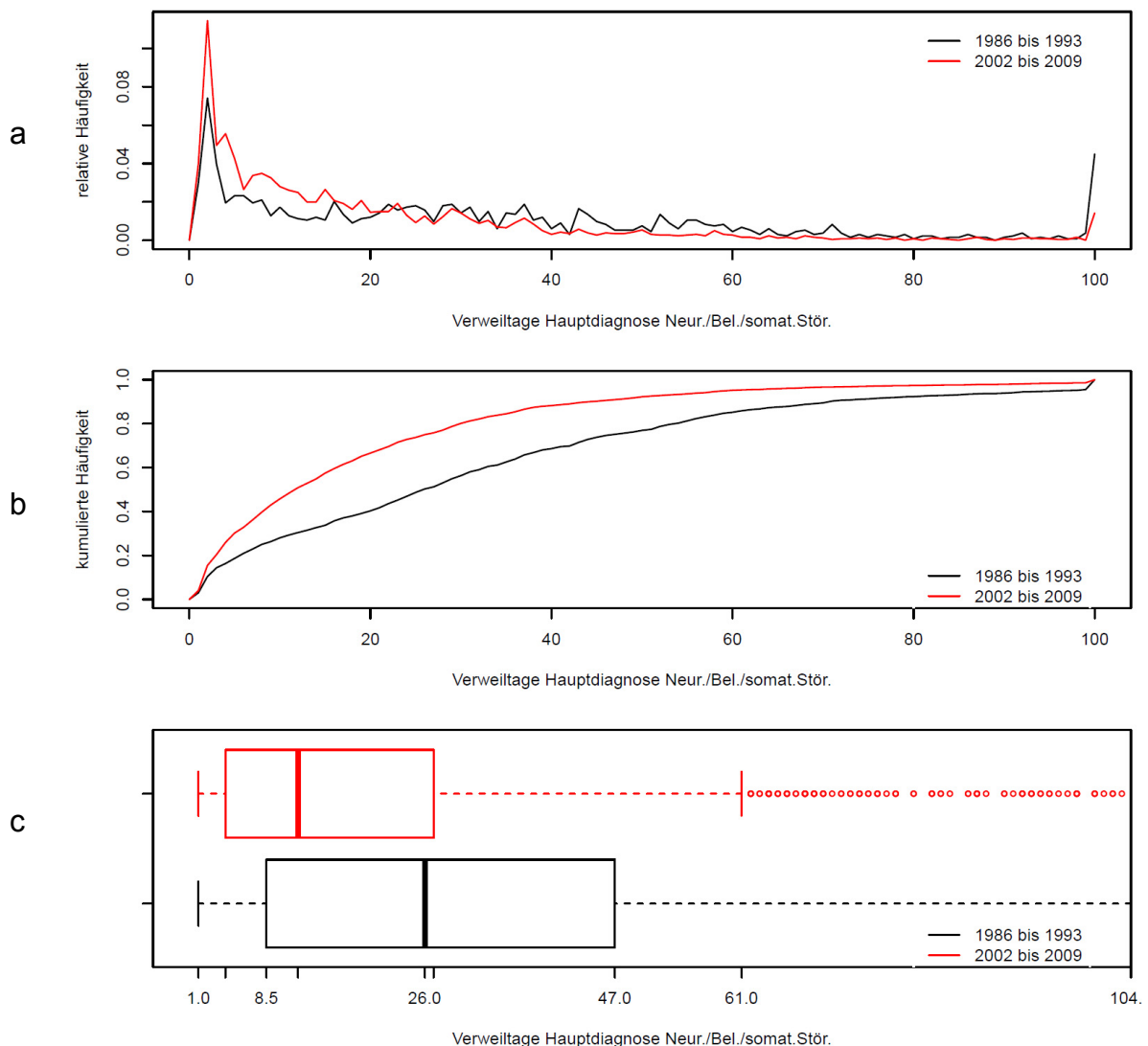
1986: N = 115; MW = 45,1; SD =  $\pm$  57,6, Q1 = 10,0, MED = 35,0, Q3 = 53,0; 2009: N = 323; MW = 25,3; SD =  $\pm$  32,6, Q1 = 5,0, MED = 13,0, Q3 = 31,0).

Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 67) zeigte sich für den gesamten Beobachtungszeitraum eine Abnahme der mittleren Verweildauer von durchschnittlich 1,0 Tagen/Jahr für Patienten (95%CI [-1,3 ; -0,6];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,626$ ) und die gleiche Abnahme von durchschnittlich 1,0 Tagen/Jahr für Behandlungsfälle (95%CI [-1,3 ; -0,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,735$ ).

### 4.2.5.3. Prozentuale Diagnoseverteilung der Hauptdiagnose F40-F48 nach gruppierten Zeiträumen

Für die Darstellung der Verteilung von Verweiltagen mit der Hauptdiagnose neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen wurden für die Zeiträume 1986 bis 1993 und 2002 bis 2009 die Verweiltage zu Gruppen zusammengefasst.

Abbildung 68. Verweiltage der Diagnose F40-F48 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009



d	F40-F48	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
	1986-1993	35,4	42,4	26	2	8	26	47
	2002-2009	19,6	24,6	12	2	4	12	27

Abbildung 68a zeigt die unterschiedliche Häufigkeitsverteilung der Verweiltage beider Zeitgruppen. Der Modalwert lag für beide Zeitgruppen bei 2 Tagen, jedoch wurden im späteren Zeitraum mehr Patienten nach kürzerer Zeit entlassen als im früheren: im

Zeitraum 2002 bis 2009 wurden 25 % aller Fälle nach 4 Tagen entlassen, im Zeitraum 1986 bis 1993 dauert dies 8 Tage ( $p < 0,001$ ).

Betrachtet man die sich daraus ergebende kumulierte Häufigkeit der Verweiltage (Abbildung 68b), erkennt man, dass im Zeitraum 2002 bis 2009 nach knapp 4 Wochen 75 % der Fälle entlassen waren. Im Zeitraum 1986 bis 1993 wurden 75 % aller Behandelten erst nach knapp 7 Wochen entlassen.

Beim Vergleich der Mediane wurden die Unterschiede in den Verteilungen deutlich (Abbildung 68c). Im Zeitraum 2002 bis 2009 lag der Median bei 12 Tagen, im Zeitraum 1986 bis 1993 bei 26 Tagen ( $p < 0,001$ ). Die Streuung der Verweiltage war im späteren Zeitraum geringer als im früheren. Der Bereich der Verweiltage ohne Ausreißer lag in den Jahren 1986 bis 1993 zwischen 1 und 104 Tagen, in den Jahren 2002 bis 2009 zwischen 1 und 61 Tagen.

#### **4.2.5.4. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F40-F48**

Im Jahr 1986 lag der Anteil der Frauen bei 65 % und der Männeranteil bei 35 %, im Jahr 2009 lag er für beide Geschlechter bei 50 %. Der Männeranteil erhöhte sich damit im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 42,9 % (Tabelle 43). Das Geschlechterverhältnis veränderte sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 ( $p = 0,003$ , 1986: N (Männer) = 44; 2009 N (Männer) = 202).

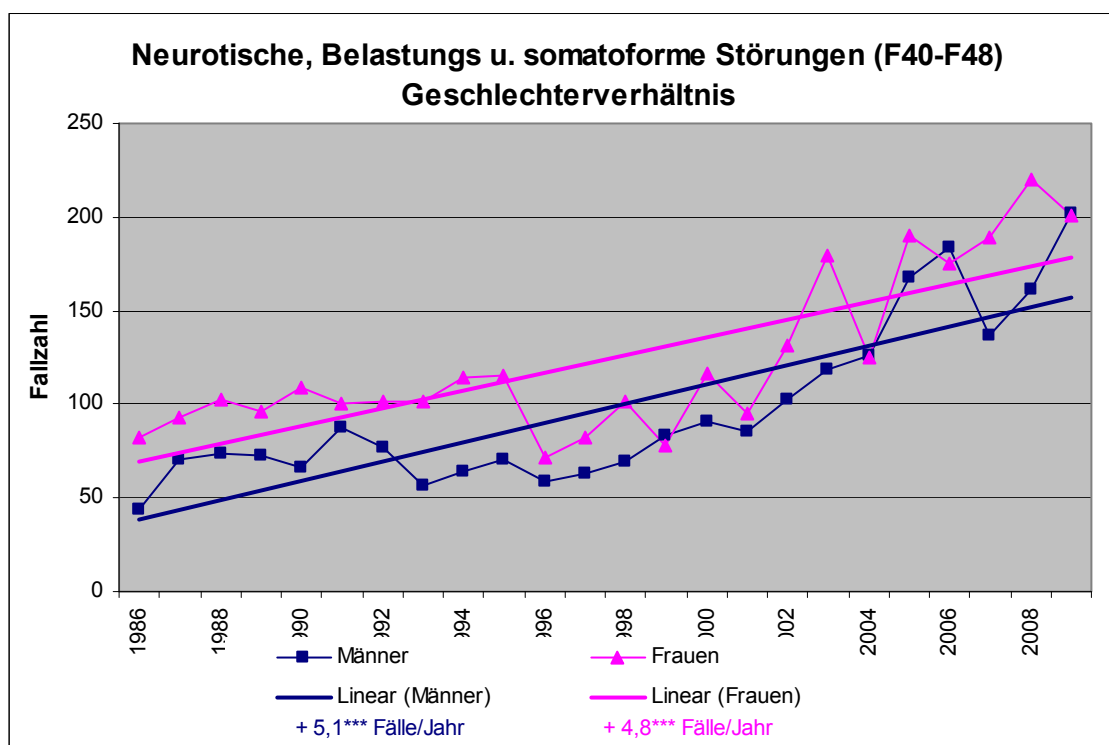
Für beide Geschlechter nahm die Fallzahl im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 stark zu: Für Männer stieg die Fallzahl um 158 Fälle auf 202 Behandelte im Jahr 2009 (+ 360,0 %); für Frauen stieg die Fallzahl um 119 Behandlungsfälle auf 201 Fälle im Jahr 2009 (+ 145,1 %).

**Tabelle 49. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F40-F48**

Jahr	Männer	Frauen	Gesamt	Anteil Männer %	Anteil Frauen %
1986	44	82	126	35	65
1987	71	93	164	43	57
1988	74	103	177	42	58
1989	73	96	169	43	57
1990	66	109	175	38	62
1991	88	100	188	47	53
1992	77	101	178	43	57
1993	57	101	158	36	64
1994	64	114	178	36	64
1995	71	115	186	38	62
1996	59	72	131	45	55
1997	63	82	145	43	57
1998	69	102	171	40	60
1999	83	78	161	52	48
2000	91	116	207	44	56
2001	86	95	181	48	52
2002	103	131	234	44	56
2003	119	179	298	40	60
2004	126	125	251	50	50
2005	168	190	358	47	53
2006	184	175	359	51	49
2007	137	189	326	42	58
2008	161	220	381	42	58
2009	202	201	403	50	50
<b>Gesamt</b>	<b>2336</b>	<b>2969</b>	<b>5305</b>		

Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 69) für den gesamten Zeitraum von 1986 bis 2009 zeigte sich für Frauen mit dieser Diagnose eine deutliche Zunahme der Fallzahl von durchschnittlich 4,8 Fällen/Jahr (95%CI [3,1 ; 6,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,602$ ) und für Männer eine Zunahme von 5,1 Fällen/Jahr (95%CI [3,6 ; 6,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,695$ ).

Abbildung 69. Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose F40-F48



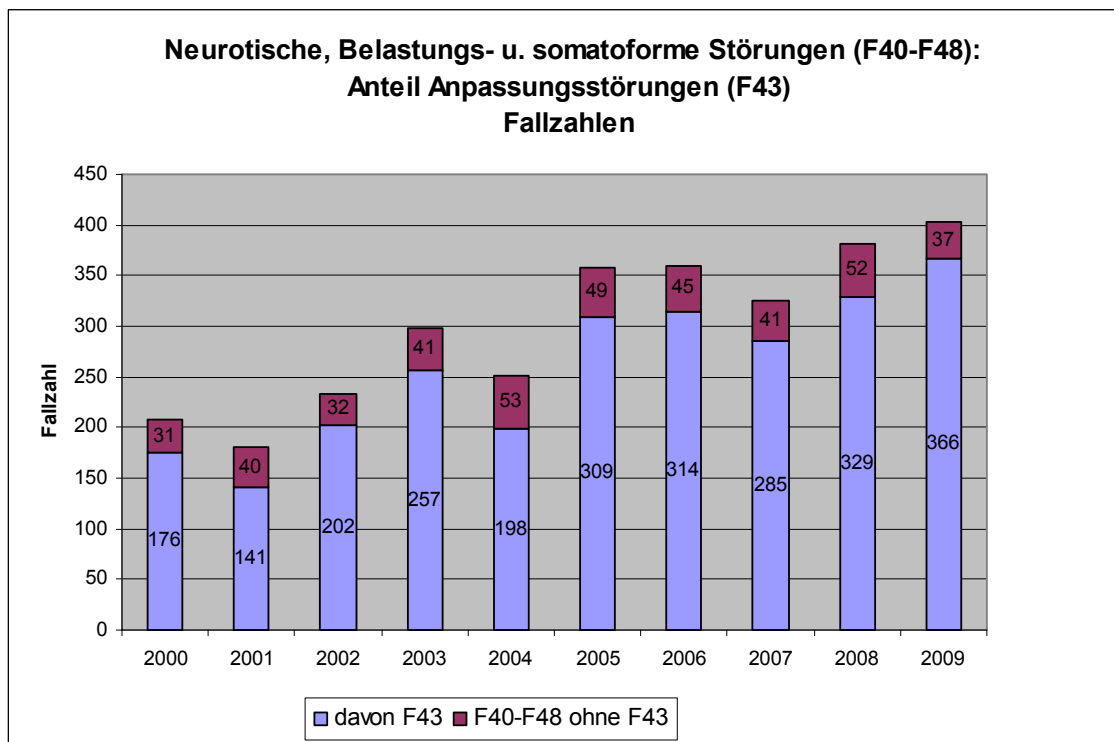
#### 4.2.5.5. Besondere Berücksichtigung der Diagnose F43

Nachfolgend wurde die Diagnose Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) gesondert betrachtet, um ihren Anteil an der Diagnosegruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen darzustellen. Tabelle 50 zeigt die vergleichenden Daten im Zeitraum 2000 bis 2009 für die Fallzahlen und die Behandlungstage von Patienten mit dieser Hauptdiagnose.

Tabelle 50. Vergleich: Hauptdiagnosegruppe F40-F48 im Vergleich zur Hauptdiagnose F43

Jahr	Fallzahl			Behandlungstage		
	F40-F48	davon F43	F40-F48 ohne F43	F40-F48	davon F43	F40-F48 ohne F43
2000	207	176	31	5.456	3.751	1.705
2001	181	141	40	5.640	1.730	3.910
2002	234	202	32	6.464	3.214	3.250
2003	298	257	41	10.537	4.359	6.178
2004	251	198	53	10.494	2.770	7.724
2005	358	309	49	15.141	5.423	9.718
2006	359	314	45	14.130	6.277	7.853
2007	326	285	41	11.685	5.714	5.971
2008	381	329	52	17.108	5.863	11.245
2009	403	366	37	13.542	7.239	6.303
Ges.	2.998	2.577	421	110.197	46.340	63.857

**Abbildung 70. Fallzahlen im Vergleich: Hauptdiagnosegruppe F40-F48 und Hauptdiagnose F43**



Beim Vergleich der Jahre 2000 und 2009 war insgesamt in der Diagnosegruppe F40-F48 ein Anstieg der Fallzahl um 196 Behandlungsfälle (+ 94,7 %) zu verzeichnen (Abbildung 70). Die Diagnose F43 hatte einen großen Anteil an der Diagnosegruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: im Jahr 2000 waren es 85 %, im Jahr 2009 waren es rund 91 %. Betrachtet man die Beobachtungszeitpunkte 2000 und 2009, dann stieg die Fallzahl der Patienten mit der Diagnose Anpassungsstörungen auf mehr als das Doppelte auf 366 Fälle an (+ 107,9 %). Die Fallzahl der Patienten mit den übrigen Diagnosen aus der Gruppe F40 – F48 blieb im Zeitraum von 2000 bis 2009 etwa gleich.

**Abbildung 71. Behandlungstage im Vergleich: Hauptdiagnosegruppe F40-F48 ohne F43 und Hauptdiagnose F43**

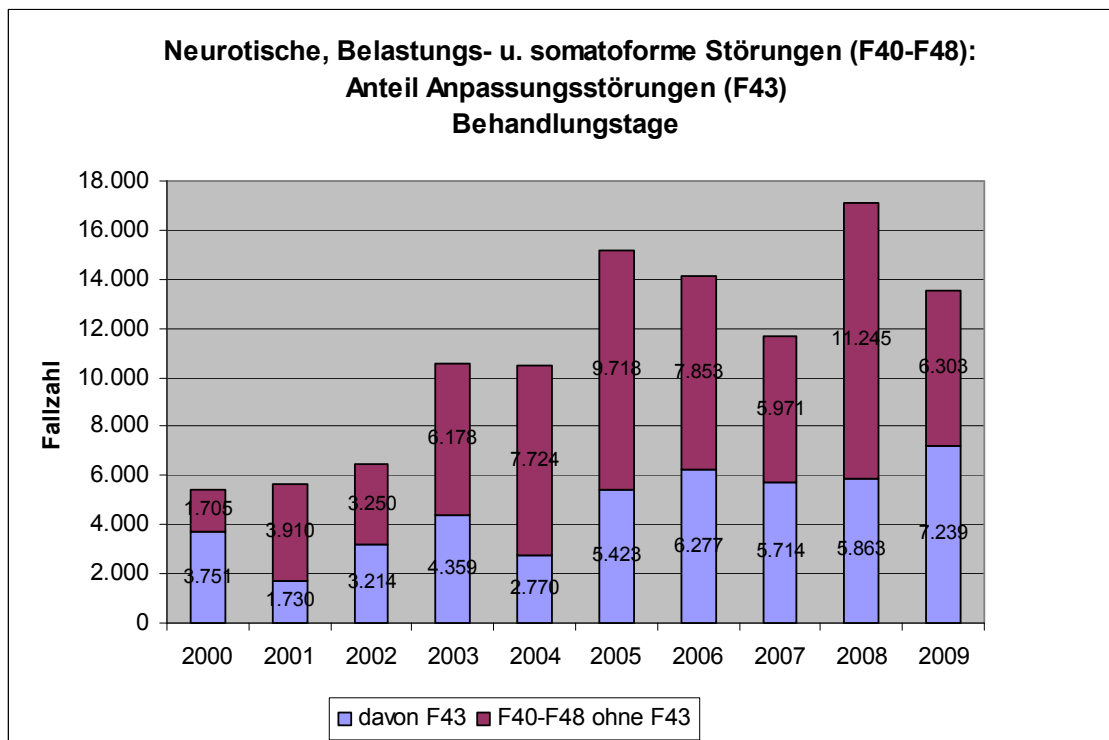


Abbildung 71 stellt die absoluten Anteile der Behandlungstage der Diagnose F43 im Vergleich zur Diagnosegruppe F40-F48 dar (ohne F43). Es zeigte sich, dass sich die Behandlungstage in der Diagnose F43 im Vergleich der Jahre 2000 und 2009 um 3488 Tage erhöhten (+ 93,0 %); jedoch ging der Anteil der Behandlungstage der Diagnose F43 an der Diagnosegruppe F40 – F48 zurück. Im Jahr 2000 waren es noch 68,7 % an Behandlungstagen mit der Diagnose F43, im Jahr 2009 waren es 53,5 %. Zusammengefasst heißt dies, dass sich auf der einen Seite die Fallzahlen im Zeitverlauf von Patienten mit der Diagnose F43 erhöhten und auf der anderen Seite sich der prozentuale Anteil der Behandlungstage dieser Diagnose verminderte (Tabelle 50).



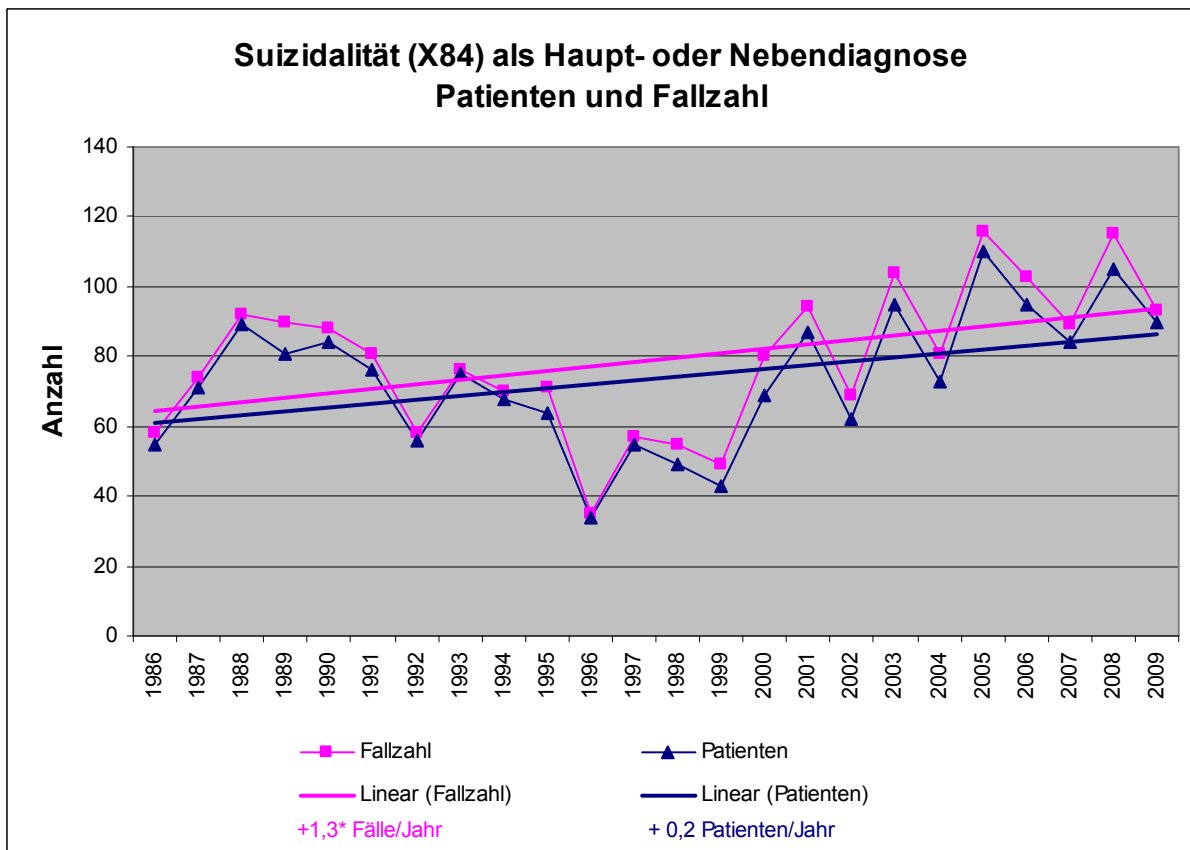
#### 4.2.6. Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Weise (X84)

Für die Diagnosegruppe der vorsätzlichen Selbstbeschädigung (Suizidalität) war der Vergleich von Haupt- und Nebendiagnosen nicht möglich, da mit der Verwendung der ICD-10 Diagnoseklassifikation ab dem Jahr 1996 diese Störungen an erster Stelle des Diagnoseschlüssels mit X verschlüsselt wurde, der Dokumentationsbogen jedoch als Hauptdiagnose eine F-Diagnose vorgab. Damit gab es ab dem Jahr 1996 Suizidalität nicht als Hauptdiagnose, sondern sie musste als Nebendiagnose verschlüsselt werden. Somit wurden in Tabelle 51 die statistischen Maßzahlen für X84 als Haupt- oder Nebendiagnose dargestellt.

**Tabelle 51. Statistische Ergebnisse der Diagnosegruppe X84**

Jahr	Fallzahl eine der 4 Diag.	Patienten	Behandlungstage	mittl. Verweildauer/ Patient/Jahr in Tagen	mittl. Verweildauer/ Fall/Jahr in Tagen	Aufnahmerate
1986	58	55	1532	27,9	26,4	1,05
1987	74	71	1856	26,1	25,1	1,04
1988	92	89	3054	34,3	33,2	1,03
1989	90	81	2585	31,9	28,7	1,11
1990	88	84	2545	30,3	28,9	1,05
1991	81	76	1670	22,0	20,6	1,07
1992	58	56	1692	30,2	29,2	1,04
1993	76	75	1927	25,7	25,4	1,01
1994	70	68	3271	48,1	46,7	1,03
1995	71	64	2016	31,5	28,4	1,11
1996	35	34	1196	35,2	34,2	1,03
1997	57	55	1345	24,5	23,6	1,04
1998	55	49	1869	38,1	34,0	1,12
1999	49	43	1695	39,4	34,6	1,14
2000	80	69	2347	34,0	29,3	1,16
2001	94	87	2370	27,2	25,2	1,08
2002	69	62	1426	23,0	20,7	1,11
2003	104	95	2734	28,8	26,3	1,09
2004	81	73	1820	24,9	22,5	1,11
2005	116	110	2235	20,3	19,3	1,05
2006	103	95	2896	30,5	28,1	1,08
2007	89	84	2419	28,8	27,2	1,06
2008	115	105	3383	32,2	29,4	1,10
2009	93	90	3754	41,7	40,4	1,03
<b>Gesamt</b>	<b>1898</b>	<b>1770</b>	<b>53.637</b>			

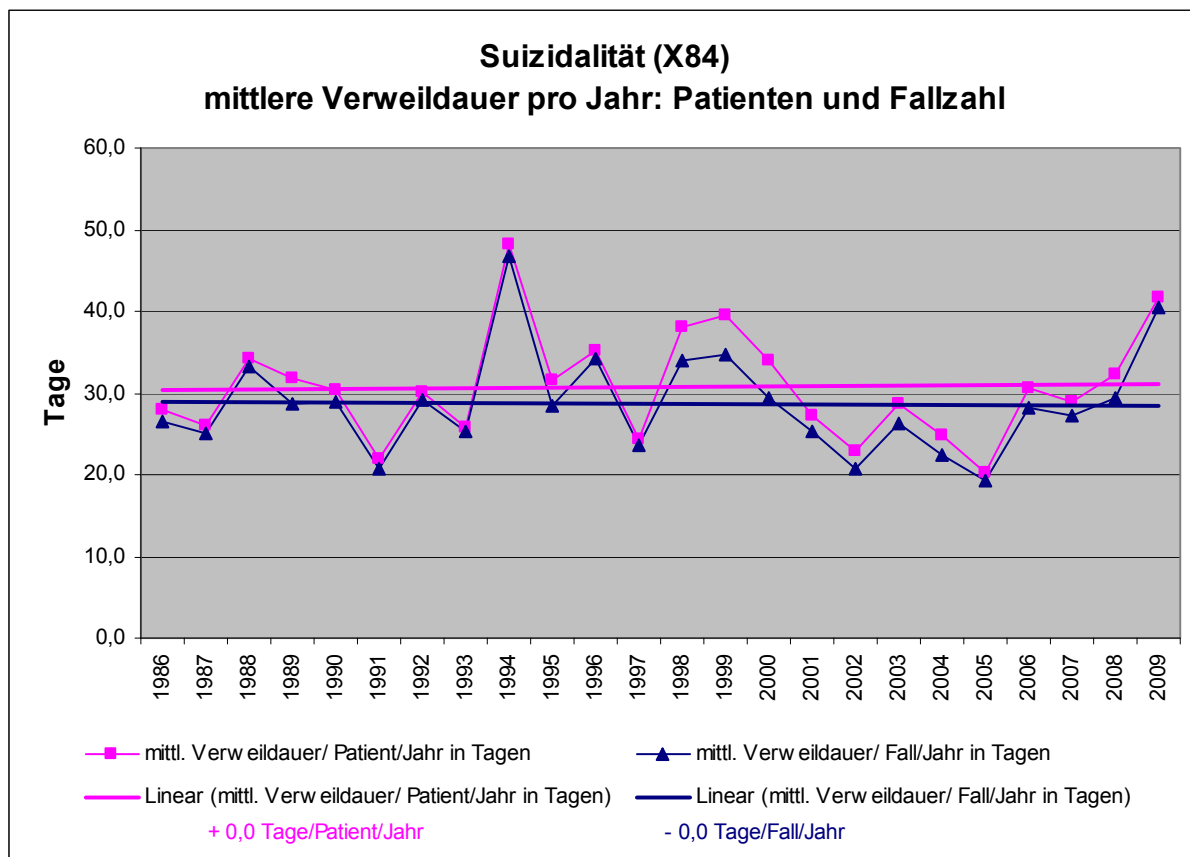
**Abbildung 72. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe X84 als Haupt- oder Nebendiagnose**



Im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 stieg die Fallzahl der Diagnosegruppe X84 um 35 auf 93 Fälle an (+ 60,3 %). Die Zahl der behandelten Patienten stieg um 35 auf 90 Personen im Jahr 2009 (+ 63,6 %), (Abbildung 72).

Im linearen Regressionsmodell zeigte sich für den Beobachtungszeitraum ein durchschnittlicher Anstieg von 1,3 Fällen/Jahr (95%CI [0,1 ; 2,4];  $p < 0,032$ ;  $R^2 = 0,192$ ). Für Patienten zeigte sich kein Effekt.

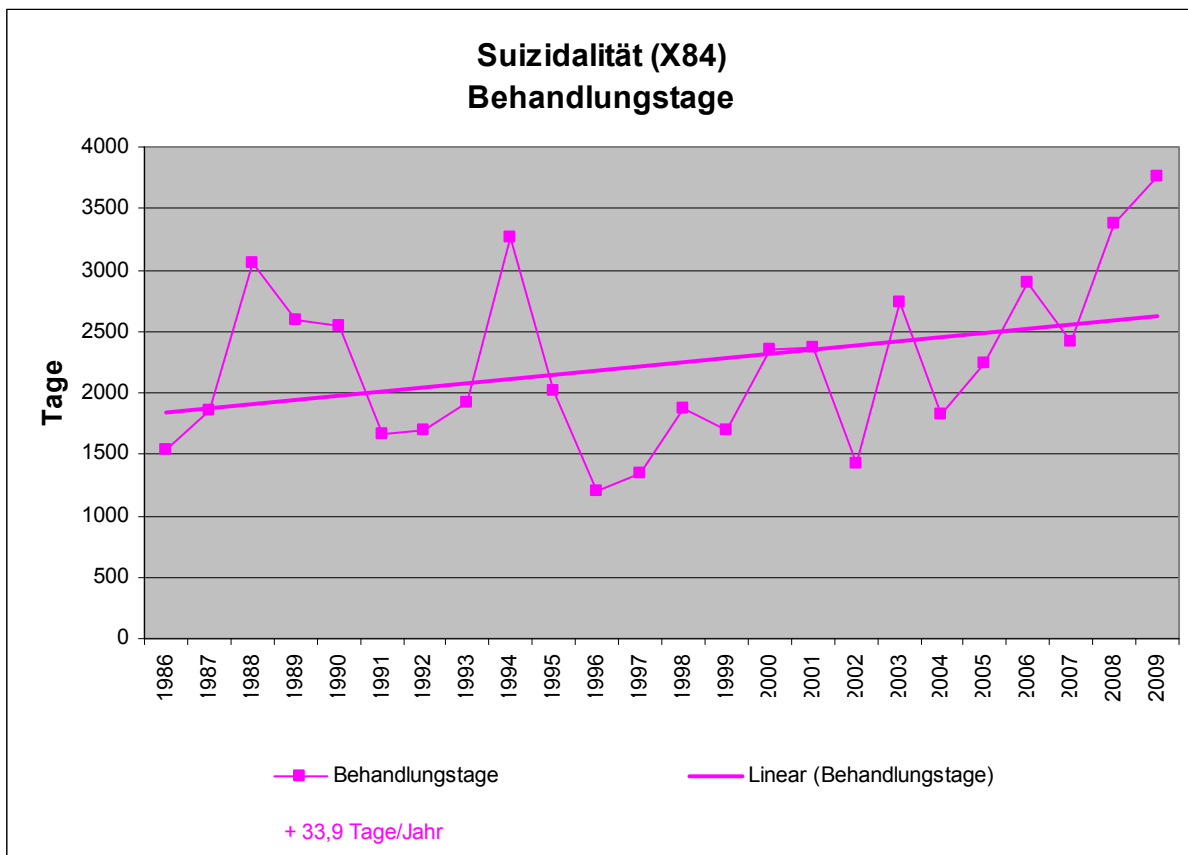
Abbildung 73. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe X84



Vergleicht man die mittlere Verweildauer im Jahr 1986 mit dem Jahr 2009 (Abbildung 73), dann zeigte sich sowohl für Fälle ( $p = 0,010$ ; 1986:  $N = 58$ ;  $MW = 26,4$ ;  $SD = \pm 33,6$ ,  $Q1 = 3,0$ ,  $MED = 13,5$ ,  $Q3 = 38,5$ ; 2009:  $N = 93$ ;  $MW = 40,4$ ;  $SD = \pm 40,3$ ,  $Q1 = 10,5$ ,  $MED = 27,0$ ,  $Q3 = 53,5$ ) als auch für Patienten ( $p = 0,023$ ; 1986:  $N = 55$ ;  $MW = 27,9$ ;  $SD = \pm 38,3$ ,  $Q1 = 3,0$ ,  $MED = 13,0$ ,  $Q3 = 40,0$ ; 2009:  $N = 90$ ;  $MW = 41,7$ ;  $SD = \pm 42,1$ ,  $Q1 = 10,5$ ,  $MED = 28,5$ ,  $Q3 = 54,5$ ) ein Anstieg von rund 14 Tagen (Fälle: + 52,8 %, Patienten: + 49,8 %).

Im linearen Regressionsmodell ergab sich für die mittlere Verweildauer sowohl für Patienten als auch für Fälle kein Ergebnis.

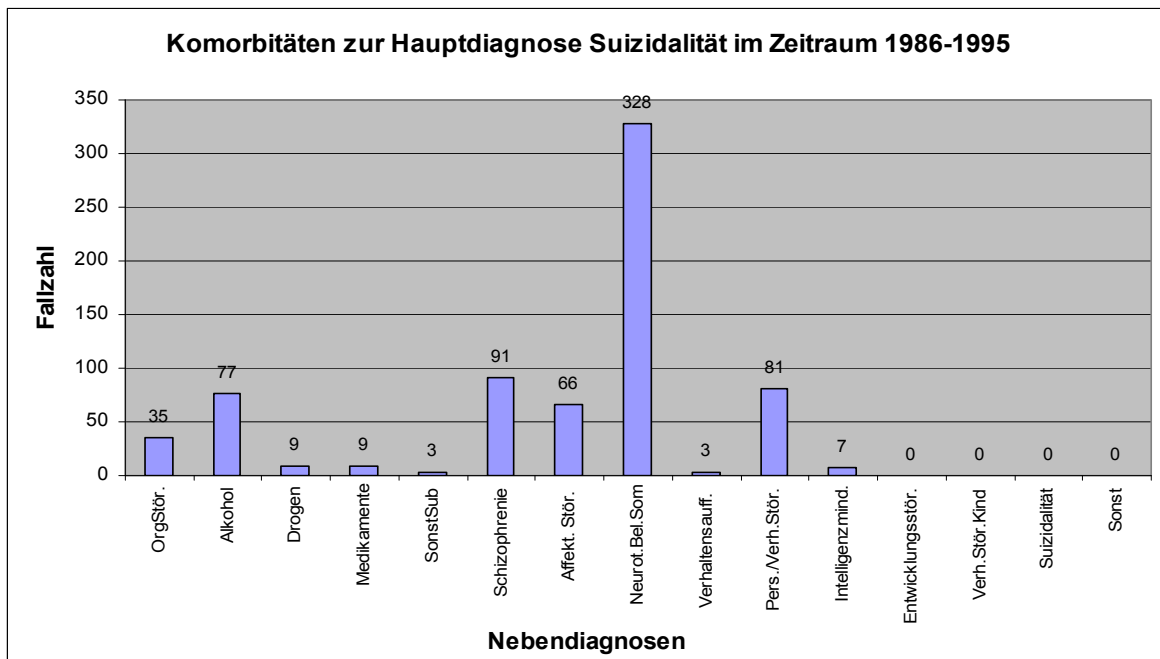
Abbildung 74. Behandlungstage von Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe X84



Die Behandlungstage von Erkrankten mit der Diagnose Suizidalität stiegen im Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 1986 um 2222 Tage (+ 145,0 %) auf 3.754 Tage (Abbildung 74). Betrachtet man den Zeitraum von 1986 bis 2009 im linearen Regressionsmodell, dann ergab sich kein Effekt.

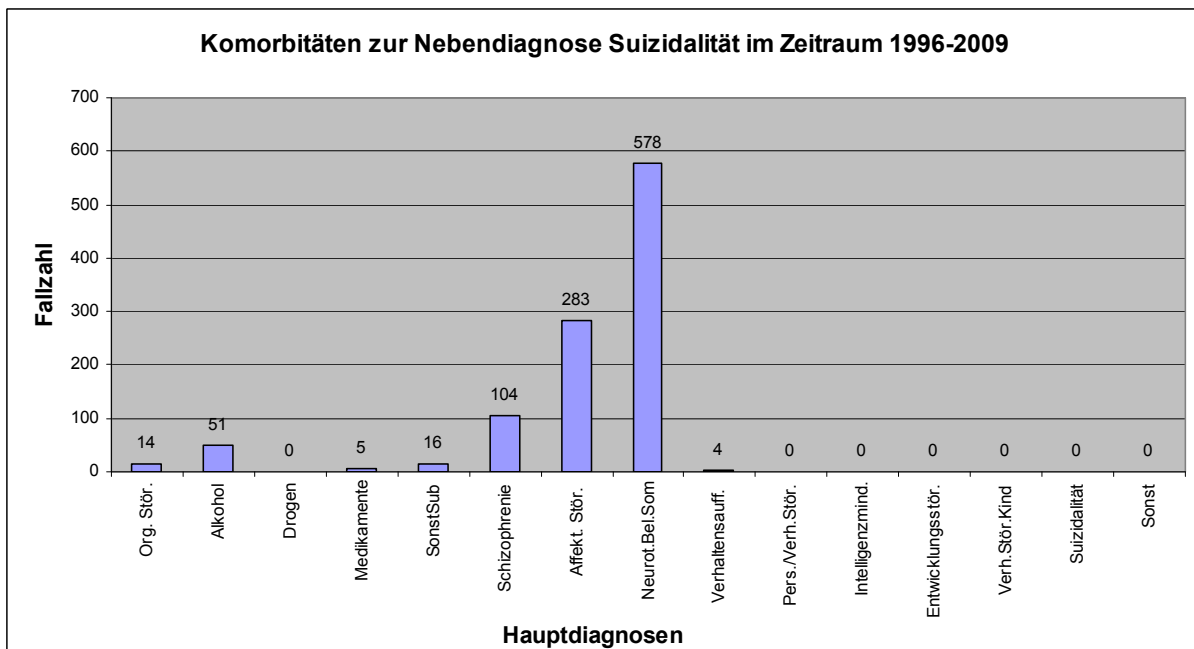
Die Komorbiditäten der Hauptdiagnosegruppe Suizidalität können nur bis zum Jahr 1995 dargestellt werden, da ab dem Jahr 1996 diese Diagnose nur noch als Nebendiagnose klassifiziert wurde (Abbildung 75). Für den Zeitraum 1986 bis 1995 wurde die Nebendiagnose neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit einem Anteil von 46,3 % an allen Nebendiagnosen (N = 709) am häufigsten bei Patienten mit der Hauptdiagnose Suizidalität vergeben. Weitere häufige Nebendiagnosen waren Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (12,8 % aller Nebendiagnosen), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (11,4 % aller Nebendiagnosen), Alkoholerkrankungen (10,9 % aller Nebendiagnosen) und affektive Störungen (9,3 % aller Nebendiagnosen).

Abbildung 75. Komorbiditäten zur Hauptdiagnose X84 von 1986-1995



Informationen über Suizidalität als Begleiterkrankung erhält man für den Zeitraum von 1996 bis 2009, wenn man Häufigkeit von Suizidalität als Nebendiagnose betrachtet (Abbildung 76).

Abbildung 76. Komorbiditäten zur Nebendiagnose X84 von 1996-2009



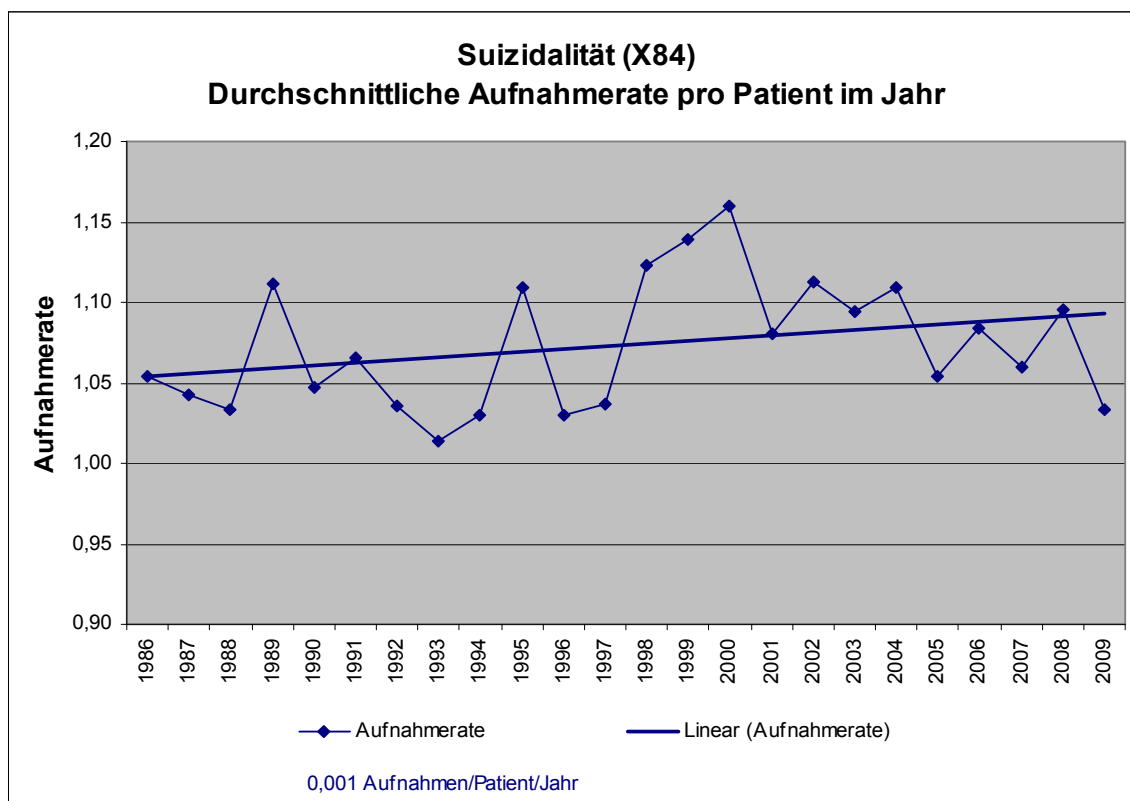
Ebenso wie im früheren Zeitraum hatte die Hauptdiagnosegruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit 54,8 % den größten Anteil an allen im

Zeitraum 1995 bis 2009 vergebenen Hauptdiagnosen, bei denen die Nebendiagnose Suizidalität klassifiziert wurde (N = 1055). Am zweithäufigsten wurde Suizidalität gemeinsam mit der Hauptdiagnose affektive Störungen vergeben, mit einem Anteil von 26,8 %, gefolgt von der Hauptdiagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, mit einem Anteil von 9,9 % an allen Hauptdiagnosen.

#### 4.2.6.1. Mehrfachbehandlungen mit der Haut- oder Nebendiagnose X84

Mehrfachbehandlungen mit der Diagnose Suizidalität waren im gesamten Beobachtungszeitraum auf Einzelfälle beschränkt: maximal wurden 11 Behandlungsfälle im Jahr 2000 wiederholt in der Klinik behandelt (Tabelle 51). Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 gab es keine Veränderung der Aufnahme rate. Auch im linearen Regressionsmodell zeigte sich für die Aufnahme rate kein Effekt.

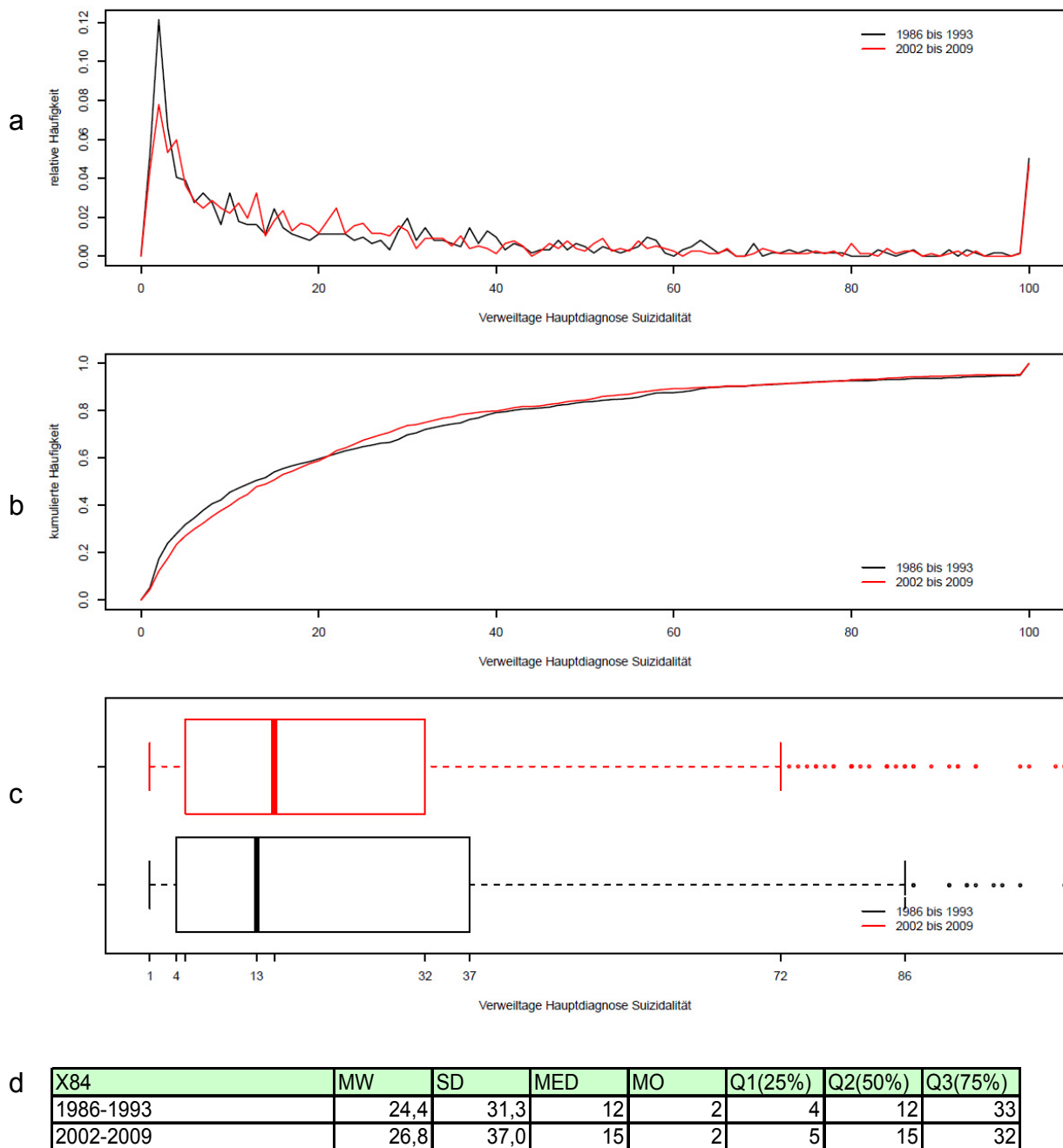
**Abbildung 77. Durchschnittliche Aufnahme rate/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe X84 als Haupt- und Nebendiagnose**



#### 4.2.6.2. Prozentuale Diagnoseverteilung der Diagnose X84 nach gruppierten Zeiträumen

Für die Darstellung der Verteilung von Verweiltagen mit der Diagnose Suizidalität wurden für die Zeiträume 1986 bis 1993 und 2002 bis 2009 die Verweiltage gruppiert.

Abbildung 78. Verweiltage der Diagnose X84 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009



In Abbildung 78 wird deutlich, dass sich beide Zeitgruppen kaum unterscheiden.

Abbildung 78a zeigt die unterschiedliche Häufigkeitsverteilung der Verweiltage beider Zeitgruppen. Der Modalwert lag für beide Zeitgruppen bei 2 Tagen. Die kumulierte Häufigkeit der Verweiltage zeigte, dass im Zeitraum 2002 bis 2009 50 % aller Patienten 15 Tage mit dieser Erkrankung stationär behandelt wurden; im Zeitraum 1986 bis 1993 waren es 12 Tage. Nach 33 Tagen wurden 75 % aller Patienten im Zeitraum 1986 bis 1993 entlassen, im Zeitraum 2002 bis 2009 dauerte dies 32 Tage (Abbildung 78b).

Im Zeitraum 2002 bis 2009 lag der Median bei 15, im Zeitraum 1986 bis 1993 bei 13 Tagen (Abbildung 78c). Der Bereich der Verweiltage ohne Ausreißer lag in den Jahren 1986 bis 1993 zwischen 1 und 86 Tagen, in den Jahren 2002 bis 2009 zwischen 1 und 72 Tagen.

#### **4.2.6.3. Geschlechterverhältnis der Haupt- und Nebendiagnose X84**

In der Diagnosegruppe Suizidalität lag der Anteil der Männer im Jahr 1986 bei 57 % und im Jahr 2009 bei 47 % (Tabelle 52). Die Fallzahl von Frauen mit Suizidalität lag im Jahr 2009 bei 49 Fällen und hat sich gegenüber dem Jahr 1986 um 24 Fälle erhöht (+ 96,0 %). Die Fallzahl von Männern war um 11 Fälle auf 44 Fälle im Jahr 2009 angestiegen (+ 33,3 %). Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 veränderte sich das Geschlechterverhältnis nicht.

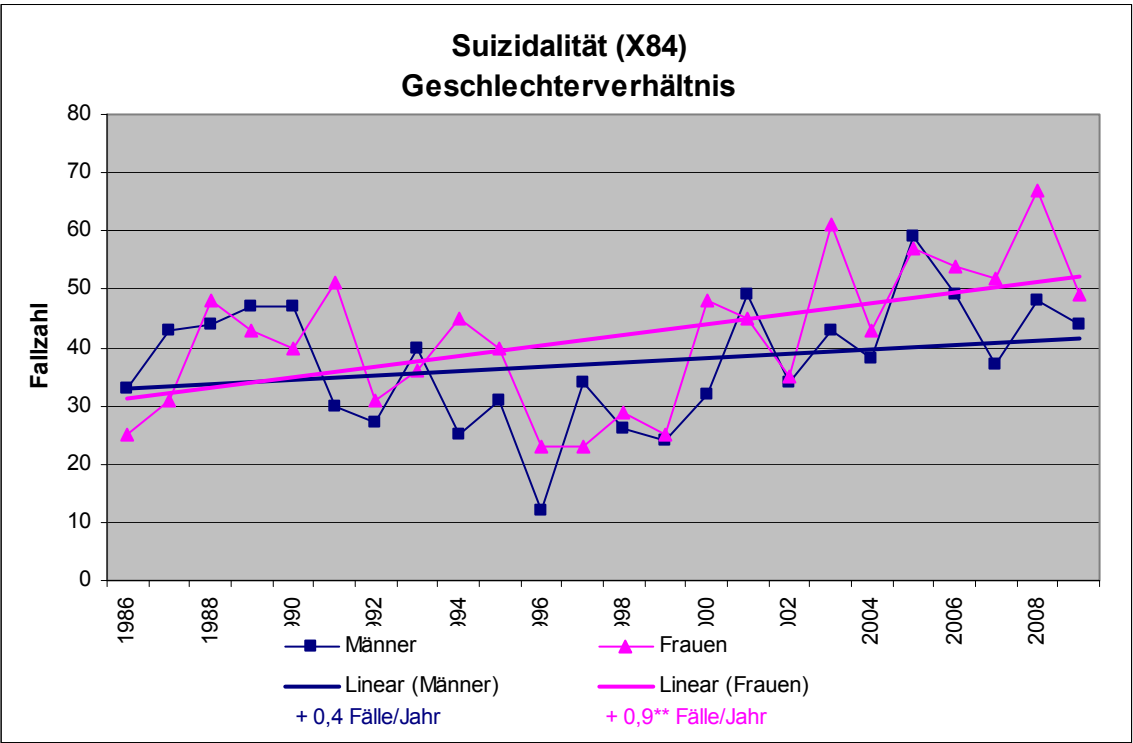


**Tabelle 52. Geschlechterverhältnis der Diagnose X84**

Jahr	Männer	Frauen	unklar	Gesamt	Anteil Männer %	Anteil Frauen %
1986	33	25		58	57	43
1987	43	31		74	58	42
1988	44	48		92	48	52
1989	47	43		90	52	48
1990	47	40	1	88	53	45
1991	30	51		81	37	63
1992	27	31		58	47	53
1993	40	36		76	53	47
1994	25	45		70	36	64
1995	31	40		71	44	56
1996	12	23		35	34	66
1997	34	23		57	60	40
1998	26	29		55	47	53
1999	24	25		49	49	51
2000	32	48		80	40	60
2001	49	45		94	52	48
2002	34	35		69	49	51
2003	43	61		104	41	59
2004	38	43		81	47	53
2005	59	57		116	51	49
2006	49	54		103	48	52
2007	37	52		89	42	58
2008	48	67		115	42	58
2009	44	49		93	47	53
<b>Gesamt</b>	<b>896</b>	<b>1001</b>	<b>1</b>	<b>1898</b>		

Im linearen Regressionsmodell (Abbildung 79) erhöhte sich die Fallzahl von Frauen mit Suizidalität im Beobachtungszeitraum um durchschnittlich 0,9 Fälle/Jahr (95%CI [0,3 ; 1,6];  $p = 0,009$ ;  $R^2 = 0,247$ ), für die Fallzahl von Männern ergab sich keine Veränderung.

Abbildung 79. Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose X84.9



### 4.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die im theoretischen Teil erfolgte Darstellung der epidemiologischen Daten psychiatrischer Erkrankungen für die Gesamtgesellschaft diente der Identifizierung der bedeutenden psychiatrischen Erkrankungen zur weiteren Untersuchung. Im praktischen Teil der Arbeit wurden für diese Erkrankungen die deskriptiven epidemiologischen Patientendaten der Klinik vorgestellt. Die Darstellung erfolgte auf zwei Arten:

- (1) im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 mit dem Mann-Whitney-U-Test,
- (2) im linearen Regressionsmodell für den gesamten Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009.

Beide statistischen Methoden können zu unterschiedlichen Resultaten führen, wie z. B. bei der mittleren Verweildauer von Patienten mit organischen und symptomatischen psychischen Störungen. Im linearen Modell ergab sich eine Abnahme der Verweildauer von durchschnittliche 0,5 Tage/Jahr (Abbildung 29, S. 113). Bei der Gegenüberstellung der Jahre 1986 und 2009 ergab sich keine Veränderung. Ein weiteres Beispiel ist die mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen mit Suizidalität. Das lineare Regressionsmodell zeigte keine Veränderung. Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 zeigte sich sowohl für Fälle als auch für Patienten ein Anstieg (Abbildung 73).

Dies begründet sich darauf, dass beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nur zwei Messpunkte berechnet wurden, die stärker von Ausreißerwerten beeinflusst werden können. Dagegen berücksichtigt das lineare Regressionsmodell die Messwerte des gesamten Beobachtungszeitraums und der Einfluss von Ausreißerwerten ist geringer.

Die Ergebnisse der beiden Methoden wurden nachfolgend tabellarisch zusammengefasst

- für alle Patienten der Klinik ohne Diagnosedifferenzierung (Tabelle 53) und
- unterteilt nach Hauptdiagnosegruppen für die Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009 (Tabelle 54) und
- im linearen Regressionsmodell für den gesamten Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009 (Tabelle 55).

**Tabelle 53. Ergebnisse für alle behandelten Patienten der Klinik ohne Diagnosedifferenzierung**

**Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009**

F00-F99: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle (N)	1115					1709					53,3%	
Patienten (N)	1003					1220					21,6%	
Beh.tage	54.281					50.287					-7,4%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall in Tagen	48,7	65,4	15,0	33,0	57,0	29,4	38,0	5,5	15,0	37,0	-40,8%	<0,001 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	54,1	71,6	15,0	35,0	64,0	41,2	56,3	7,0	19,5	50,0	-24,1%	<0,001 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,11	0,09	1,00	1,05	1,09	1,40	0,23	1,00	1,16	1,31	27,3%	<0,001 (MW-U)
Männer (Anteil %)	51,2%					55,6%					66,4% (Fälle)	0,233 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	48,8%					44,4%					39,5% (Fälle)	

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Q1(25%) = erstes Quartil; MED = Median (zweites Quartil); Q3(75%) = drittes Quartil; p = Signifikanz; % Änd. = prozentuale Änderung beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009; MW-U = Mann-Whitney-U-Test; Chi2 = Chi-Quadrat-Test

**Lineares Regressionsmodell für den gesamten Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009**

F00-F99: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=32.488)				
	B	p	R2	95%CI
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	30,0	<0,001	0,789	23,3 ; 36,7
Patienten	12,6	<0,001	0,540	7,4 ; 17,7
Beh.tage	-273,0	<0,001	0,374	-428,5 ; -116,7
Verweild./Fall	-1,0	<0,001	0,889	-1,2 ; -0,8
Verweild./Patient	-0,8	<0,001	0,730	-1,0 ; -0,6
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,013	<0,001	0,883	0,011 ; 0,015

B = Regressionskoeffizient (durchschnittl. Änderung/Jahr im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009); p = Signifikanz; R2 = Bestimmtheitsmaß; 95%CI = Konfidenzintervall 95%

**Tabelle 54. Unterteilung nach Hauptdiagnosen: Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009**

F00-F09: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag. (N)	117					164					40,2%	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	149					196					31,5%	
Beh.tage m. Hdiag	4.226					3.980					-5,8%	
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	6.095					5.191					-14,8%	
Patienten (N)	111					141					27,0%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	36,1	48,3	12,5	25,0	43,0	24,3	25,0	7,3	17,0	32,0	-32,8% (MW)	0,013 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	38,1	51,7	13,0	26,0	43,0	28,2	30,2	9,0	20,0	34,5	-25,8% (MW)	0,122 (MW-U)
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	40,9	47,6	14,5	29,0	47,5	26,5	27,7	7,0	17,5	34,0	-35,3% (MW)	<0,001 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,05	0,23	1,00	1,00	1,00	1,16	0,50	1,00	1,00	1,00	10,5% (MW)	0,063 (MW-U)
Männer (Anteil %)	57%					54%					75,3% (Fälle)	0,618 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	43%					46%					66,6% (Fälle)	
Anteil F0 an Gesamtfällen (%)	10,5 %					9,6 %					-8,6%	0,436 (Chi2)
Anteil F0 an Ges.behtage (%)	7,8 %					7,9 %					1,3%	0,438 (Chi2)

F10: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag. (N)	188					451					140,0%	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	246					607					146,7%	
Beh.tage m. Hdiag	5.039					4.477					-11,2%	
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	6.455					8.924					38,2%	
Patienten (N)	172					286					66,3%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	26,8	31,3	3,3	20,5	35,0	9,9	13,0	4,0	7,0	12,0	-62,4% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	29,3	35,3	3,0	20,0	39,0	15,7	20,0	4,0	10,0	20,0	-46,6% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	26,2	29,9	3,0	20,0	35,0	14,7	22,7	4,0	8,0	16,0	-44,0% (MW)	<0,001 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,09	0,33	1,00	1,00	1,00	1,58	1,57	1,00	1,00	1,00	45,0% (MW)	<0,001 (MW-U)
Männer (Anteil %)	74%					69%					123% (Fälle)	0,190 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	26%					31%					187,8% (Fälle)	
Anteil F10 an Gesamtfällen (%)	16,7 %					26,4 %					58,1%	<0,001 (Chi2)
Anteil F10 an Ges.behtage (%)	9,3 %					8,9 %					-4,3%	0,033 (Chi2)

F20-F29: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag. (N)	339					379					11,8%	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	358					409					14,2%	
Beh.tage m. Hdiag	25.714					20.122					-22,0%	
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	26.571					20.724					-22,0%	
Patienten (N)	280					225					-19,6%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	75,9	93,5	28,0	45,0	84,0	53,1	50,6	16,0	39,0	69,0	-30,0% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	91,8	104,3	31,0	58,5	105,8	89,4	84,4	30,5	64,0	129,5	-2,6% (MW)	0,598 (MW-U)
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	74,2	92,1	27,0	44,5	82,2	50,7	50,6	14,0	37,0	66,0	-31,7% (MW)	<0,001 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,21	0,54	1,00	1,00	1,00	1,68	1,34	1,00	1,00	2,00	38,8% (MW)	<0,001 (MW-U)
Männer (Anteil %)	48,0%					53,0%					24,7% (Fälle)	0,140 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	52,0%					47,0%					0% (Fälle)	
Anteil F2 an Gesamtfällen (%)	30,4 %					22,2 %					-27,0%	<0,001 (Chi2)
Anteil F2 an Ges.behtage (%)	47,4 %					40,0 %					-15,6%	<0,001 (Chi2)

F30-F39: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag. (N)	136					232					70,6%	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	142					255					79,6%	
Beh.tage m. Hdiag	7.838					12.640					61,3%	
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	8.173					13.200					61,5%	
Patienten (N)	127					174					37,0%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	57,6	47,1	34,0	49,5	69,0	54,5	46,2	23,0	41,0	73,0	-5,4% (MW)	0,079 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	61,7	49,4	37,0	50,0	72,0	72,6	59,5	28,8	59,0	106,0	17,7% (MW)	0,302 (MW-U)
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	57,6	47,6	33,0	48,5	69,0	51,8	45,5	19,0	39,0	71,0	-10,1% (MW)	0,012 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,07	0,29	1,00	1,00	1,00	1,33	0,80	1,00	1,00	1,00	24,3% (MW)	<0,001 (MW-U)
Männer (Anteil %)	32,0%					38,0%					97,7% (Fälle)	0,320 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	68,0%					63,0%					57,6% (Fälle)	
Anteil F3 an Gesamtfällen (%)	30,4 %					22,2 %					-27,0%	0,288 (Chi2)
Anteil F3 an Ges.behtage (%)	47,4 %					40,0 %					-15,6%	<0,001 (Chi2)

F40-F48: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag. (N)	126					403					219,8%	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	182					503					176,4%	
Beh.tage m. Hdiag	5.190					8.176					57,6%	
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	6.338					10.810					70,0%	
Patienten (N)	115					323					180,9%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	41,2	54,0	8,8	30,5	50,3	20,3	22,6	5,0	13,0	28,0	-50,7% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	45,1	57,6	10,0	35,0	53,0	25,3	32,6	5,0	13,0	31,0	-43,9% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	34,8	47,5	4,0	25,0	46,0	21,5	26,1	5,0	13,0	28,0	-38,3% (MW)	<0,001 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,10	0,37	1,00	1,00	1,00	1,25	0,67	1,00	1,00	1,00	13,6% (MW)	0,027 (MW-U)
Männer (Anteil %)	35,0%					50,0%					360% (Fälle)	0,003 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	65,0%					50,0%					145,1% (Fälle)	
Anteil F4 an Gesamtfällen (%)	11,3 %					23,6 %					108,8%	<0,001 (Chi2)
Anteil F4 an Ges.behtage (%)	9,6 %					16,3 %					69,8%	<0,001 (Chi2)

X84: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	58					93					60,3%	
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	1.532					3.754					145,0%	
Patienten (N)	55					90					63,6%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. H-/Ndiag.) in Tagen	26,4	33,6	3,0	13,5	38,5	40,4	40,3	10,5	27,0	53,5	52,8% (MW)	0,010 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	27,9	38,3	3,0	13,0	40,0	41,7	42,1	10,5	28,5	54,5	49,8% (MW)	0,023 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,05	0,22	1,00	1,00	1,00	1,03	0,19	1,00	1,00	1,00	-1,9% (MW)	0,391 (MW-U)
Männer (Anteil %)	57,0%					47,0%					33,3% (Fälle)	0,252 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	43,0%					53,0%					96% (Fälle)	
Anteil X84 an Gesamtfällen (%)	5,2 %					5,4 %					3,8%	0,782 (Chi2)
Anteil X84 an Ges.behtage (%)	2,8 %					7,5 %					164,3%	<0,001 (Chi2)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Q1(25%) = erstes Quartil; MED = Median (zweites Quartil); Q3(75%) = drittes Quartil; p = Signifikanz; % Änd. = prozentuale Änderung beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009; MW-U = Mann-Whitney-U-Test; Chi2 = Chi-Quadrat-Test

Anmerkung: Die Fallzahl entspricht der Anzahl der Hauptdiagnosen.

**Tabelle 55. Unterteilung nach Hauptdiagnosen: Ergebnisse des linearen Regressionsmodells für den gesamten Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009**

<b>F00-F09: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=3338 Fälle)</b>				
	<b>B</b>	<b>p</b>	<b>R2</b>	<b>95%CI</b>
Fälle m. Hdiag.	3,1	<0,001	0,519	1,8 ; 4,5
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	3,4	<0,001	0,440	1,7 ; 5,1
Beh.tage m. Hdiag	-4,3	0,869	0,001	-57,6 ; 49,0
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	-25,2	0,428	0,029	-89,8 ; 39,4
Patienten	2,3	<0,001	0,419	1,1 ; 3,5
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-0,6	<0,001	0,447	- 0,9 ; -0,3
Verweild./Patient	-0,5	0,005	0,303	-0,8 ; -0,2
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-0,7	<0,001	0,588	-0,9 ; -0,4
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,005	0,002	0,365	0,002 ; 0,007
Fallzahl Männer	1,5	<0,001	0,449	0,6 ; 2,2
Fallzahl Frauen	1,7	<0,001	0,497	0,9 ; 2,4

<b>F10: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=6689 Fälle)</b>				
	<b>B</b>	<b>p</b>	<b>R2</b>	<b>95%CI</b>
Fälle m. Hdiag.	11,2	<0,001	0,857	9,2 ; 13,3
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	18,0	<0,001	0,870	14,9 ; 21,1
Beh.tage m. Hdiag	11,1	0,623	0,011	-35,1 ; 57,4
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	186,4	<0,001	0,526	108,1 ; 264,8
Patienten	5,4	<0,001	0,772	4,1 ; 6,7
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-0,6	<0,001	0,798	-0,7 ; -0,5
Verweild./Patient	-0,5	<0,001	0,537	-0,7 ; -0,3
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-0,4	<0,001	0,472	-0,6 ; -0,2
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,019	<0,001	0,760	0,014 ; 0,024
Fallzahl Männer	7,9	<0,001	0,929	6,5 ; 9,3
Fallzahl Frauen	3,3	<0,001	0,686	2,3 ; 4,3

<b>F20-F29: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=8660 Fälle)</b>				
	<b>B</b>	<b>p</b>	<b>R2</b>	<b>95%CI</b>
Fälle m. Hdiag.	1,8	0,030	0,197	0,2 ; 3,5
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	2,1	0,022	0,217	0,3 ; 3,8
Beh.tage m. Hdiag	-468,9	<0,001	0,669	-614,7 ; -323,1
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	-516,8	<0,001	0,678	-674,2 ; -359,4
Patienten	-3,1	<0,001	0,673	-4,1 ; -2,1
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-1,6	<0,001	0,719	-2,1 ; -1,2
Verweild./Patient	-0,8	0,014	0,243	-1,3 ; -0,2
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-1,7	<0,001	0,746	-2,1 ; -1,2
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,025	<0,001	0,857	0,021 ; 0,030
Fallzahl Männer	2,2	<0,001	0,386	1,0 ; 3,4
Fallzahl Frauen	-0,3	0,522	0,019	-1,4 ; 0,8

<b>F30-F39: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=4691 Fälle)</b>				
	<b>B</b>	<b>p</b>	<b>R2</b>	<b>95%CI</b>
Fälle m. Hdiag.	9,9	<0,001	0,649	6,7 ; 13,1
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	10,6	<0,001	0,647	7,1 ; 14,0
Beh.tage m. Hdiag	393,4	<0,001	0,652	266,3 ; 520,6
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	401,3	<0,001	0,642	268,9 ; 533,7
Patienten	6,7	<0,001	0,571	4,1 ; 9,3
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-0,6	0,004	0,327	-0,9 ; -0,2
Verweild./Patient	-0,1	0,653	0,009	-0,6 ; 0,4
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-0,6	0,003	0,331	-0,9 ; -0,2
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,011	<0,001	0,690	0,008 ; 0,014
Fallzahl Männer	3,9	<0,001	0,590	2,4 ; 5,3
Fallzahl Frauen	6	<0,001	0,660	4,1 ; 7,9

<b>F40-F48: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=5305 Fälle)</b>				
	<b>B</b>	<b>p</b>	<b>R2</b>	<b>95%CI</b>
Fälle m. Hdiag.	9,9	<0,001	0,683	6,9 ; 12,9
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	13,0	<0,001	0,642	8,8 ; 17,2
Beh.tage m. Hdiag	30,7	0,471	0,024	-56,1 ; 117,5
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	113,4	0,034	0,189	9,6 ; 217,2
Patienten	7,2	<0,001	0,663	4,9 ; 9,5
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-1,0	<0,001	0,735	-1,3 ; -0,7
Verweild./Patient	-1,0	<0,001	0,626	-1,3 ; -0,6
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-0,7	<0,001	0,654	-0,9 ; -0,5
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,007	<0,001	0,606	0,005 ; 0,010
Fallzahl Männer	5,1	<0,001	0,695	3,6 ; 6,7
Fallzahl Frauen	4,8	<0,001	0,602	3,1 ; 6,5

<b>X84: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=1898 Fälle)</b>				
	<b>B</b>	<b>p</b>	<b>R2</b>	<b>95%CI</b>
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	1,3	0,032	0,192	0,1 ; 2,4
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	33,9	0,095	0,122	-6,3 ; 74,2
Patienten	0,2	0,868	0,004	-2,3 ; 2,7
Verweild./Fall (od. H-/Ndiag.)	0,4	0,230	0,174	-0,8 ; 2,8
Verweild./Patient	0,4	0,217	0,183	-0,8 ; 2,9
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,001	0,164	0,086	-0,008 ; 0,010
Fallzahl Männer	0,4	0,235	0,063	-0,3 ; 1,0
Fallzahl Frauen	0,90	0,009	0,247	0,3 ; 1,6

B = Regressionskoeffizient (durchschnittl. Änderung/Jahr im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009); p = Signifikanz; R2 = Bestimmtheitsmaß; 95%CI = Konfidenzintervall 95%

Anmerkung: Die Fallzahl entspricht der Anzahl der Hauptdiagnosen



### 4.3.1. Behandlungsprävalenz aller Patienten der Klinik ohne Diagnosedifferenzierung

Unterscheidet man nicht nach Diagnosegruppen (Tabelle 53), dann stiegen die im Jahr 2009 stationär in der Klinik behandelten **Fälle** im Vergleich zum Jahr 1986 erheblich um 53,3 % an. Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ein deutlicher Zuwachs von durchschnittlich 30 Fällen/Jahr (95%CI [23,3 ; 36,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,789$ ).

Auch die Zahl der **Patienten** erhöhte sich im Jahr 2009 erheblich gegenüber dem Jahr 1986 um 21,6 % oder im linearen Regressionsmodell um durchschnittlich 12,6 Patienten/Jahr (95%CI [7,4 ; 17,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,540$ ). Im Jahr 2009 wurden somit 1709 psychiatrische Erkrankungsfälle (1986: 1115 Fälle) und 1220 Patienten behandelt (1986: 1003 Patienten): Das sind 217 Patienten mehr (459 Fälle) gegenüber dem Jahr 1986.

Die **mittlere Verweildauer** ging beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 für Fälle um rund 20 Tage (- 40,8 %) zurück ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 1115$ ;  $MW = 48,7$ ;  $SD = \pm 65,4$ ,  $Q1 = 15,0$ ,  $MED = 33,0$ ,  $Q3 = 57,0$ ; 2009:  $N = 1709$   $MW = 29,4$ ;  $SD = \pm 38,0$ ,  $Q1 = 5,5$ ,  $MED = 15,0$ ,  $Q3 = 37,0$ ) und für Patienten um rund 13 Tage (- 24,1 %) zurück ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 1003$ ;  $MW = 54,1$ ;  $SD = \pm 71,6$ ,  $Q1 = 15,0$ ,  $MED = 35,0$ ,  $Q3 = 64,0$ ; 2009:  $N = 1220$ ;  $MW = 41,2$ ;  $SD = \pm 56,3$ ,  $Q1 = 7,0$ ,  $MED = 19,5$ ,  $Q3 = 50,0$ ). Sie lag im Jahr 2009 bei durchschnittlich 29,4 Tagen/Jahr für Behandlungsfälle und bei 41,2 Tagen/Jahr für Patienten. Im linearen Regressionsmodell zeigte sich für Behandlungsfälle ein deutlicher Rückgang um durchschnittlich 1 Tag/Jahr (95%CI [-1,2 ; -0,8];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,889$ ), für Patienten um durchschnittlich 0,8 Tage/Jahr (95%CI [-1,0 ; -0,6];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,730$ ).

Die von der gesamten Klinik aufgebrauchten **Behandlungstage** sanken im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 7,4 % (3994 Tage) auf 50.287 Tage. Im linearen Regressionsmodell zeigte sich ebenfalls ein ausgeprägter Rückgang um durchschnittlich 273 Tage/Jahr (95%CI [-428,5 ; -116,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,374$ ).

Die Aufnahme­rate stieg beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 27,3 % an ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 1003$ ;  $MW = 1,11$ ;  $SD = \pm 0,09$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,05$ ,  $Q3 = 1,09$ ; 2009:  $N = 1220$ ;  $MW = 1,40$ ;  $SD = \pm 0,23$ ,  $Q1 = 1,00$ ,  $MED = 1,16$ ,  $Q3 = 1,31$ ) und lag im Jahr 2009 bei 1,40 Aufnahmen/Patient/Jahr.

Im linearen Regressionsmodell zeigte sich eine Zunahme von durchschnittlich 0,013 Aufnahmen/Patient/Jahr (95%CI [0,01 ; 0,02];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,883$ ).

Der Nutzungsgrad der aufgestellten Betten lag im Jahr 2009 bei 110 % und hat sich gegenüber dem Jahr 1997 um zehn Prozentpunkte erhöht (Tabelle 28; S. 84).

#### **4.3.2. Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik nach psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen**

Tabelle 54 stellt die berechneten Ergebnisse für den Vergleich zwischen den Jahren 1986 und 2009 dar.

Für die ausgewählten Diagnosegruppen wurden Anzahl der Fälle mit Hauptdiagnose, mit Haupt- und Nebendiagnose, die zugehörigen Behandlungstage und Verweildauern, die Zahl der Patienten mit Verweildauer und Aufnahmezeit dargestellt unter Angabe von Mittelwert, Standardabweichung, Median und dem ersten und dritten Quartil. Die prozentuale Veränderung des Mittelwertes beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Test berechnet und die Signifikanz ( $p$ ) angegeben.

Für das Geschlechterverhältnis wurden ebenfalls die prozentualen Veränderungen der Fallzahlen und die unterschiedliche Verteilung von Männern und Frauen im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 angegeben (Chi-Quadrat-Test,  $p$ ).

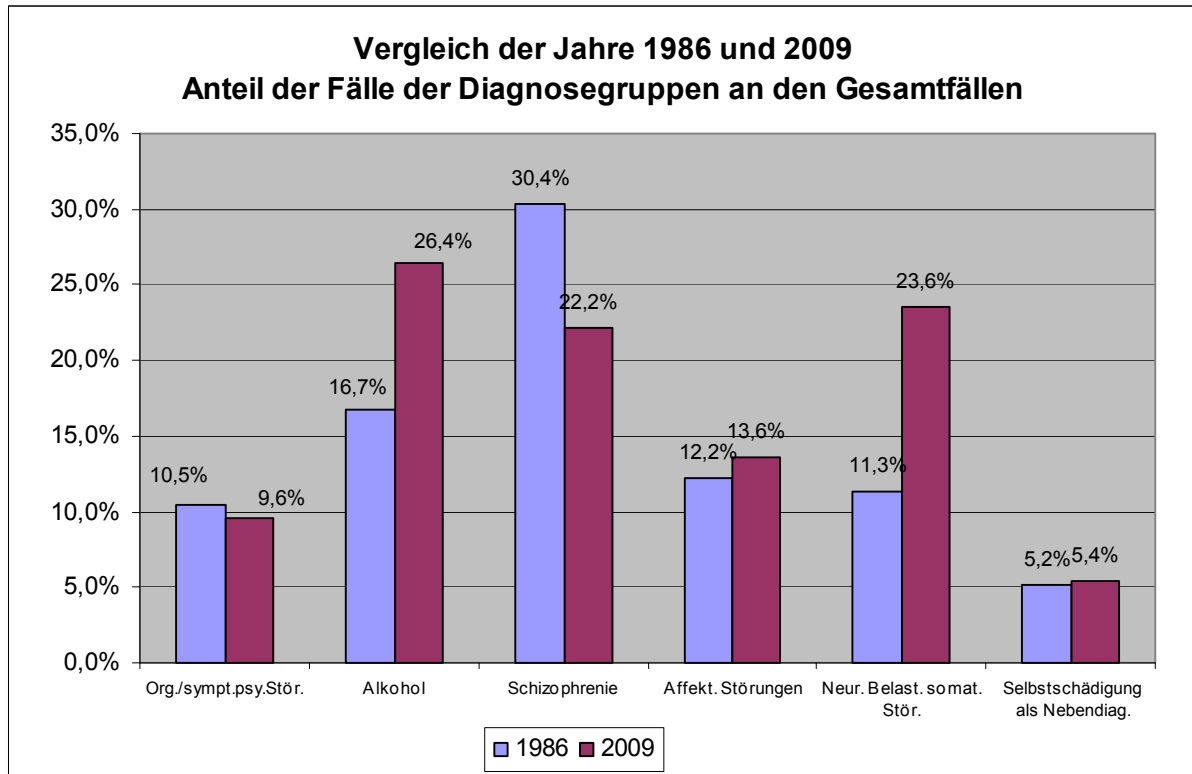
Die Diagnosegruppen wurden nach dem Anteil an den Gesamtbehandlungsfällen und -tagen im Jahr 1986 im Vergleich zum Jahr 2009 dargestellt und deren prozentuale Veränderung und Verteilung (Chi-Quadrat-Test,  $p$ ) gezeigt.

Tabelle 55 fasst die Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse für den Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 zusammen. Fälle mit Hauptdiagnose bzw. mit Haupt- und Nebendiagnose wurden dargestellt, unter Angabe der Behandlungstage. Für Fälle und Patienten wurden die Verweildauern und durchschnittliche Aufnahmezeit/Patient/Jahr angegeben, ebenso die Veränderung der Anzahl von Männern und Frauen. Der Regressionskoeffizienten  $B$  gibt dabei die durchschnittliche Änderung/Jahr im Beobachtungszeitraum an. Mit der Angabe des  $p$ -Wertes wurde gezeigt, ob sich die Steigung der Geraden signifikant von Null unterscheidet ( $p$ ). Zur Bestimmung der Güte dieses Modells wurde das 95%ige Konfidenzintervall (95%CI) und das Bestimmtheitsmaß  $R^2$  angegeben.

#### 4.3.2.1. Anteile an den Gesamtbehandlungsfällen und -tagen

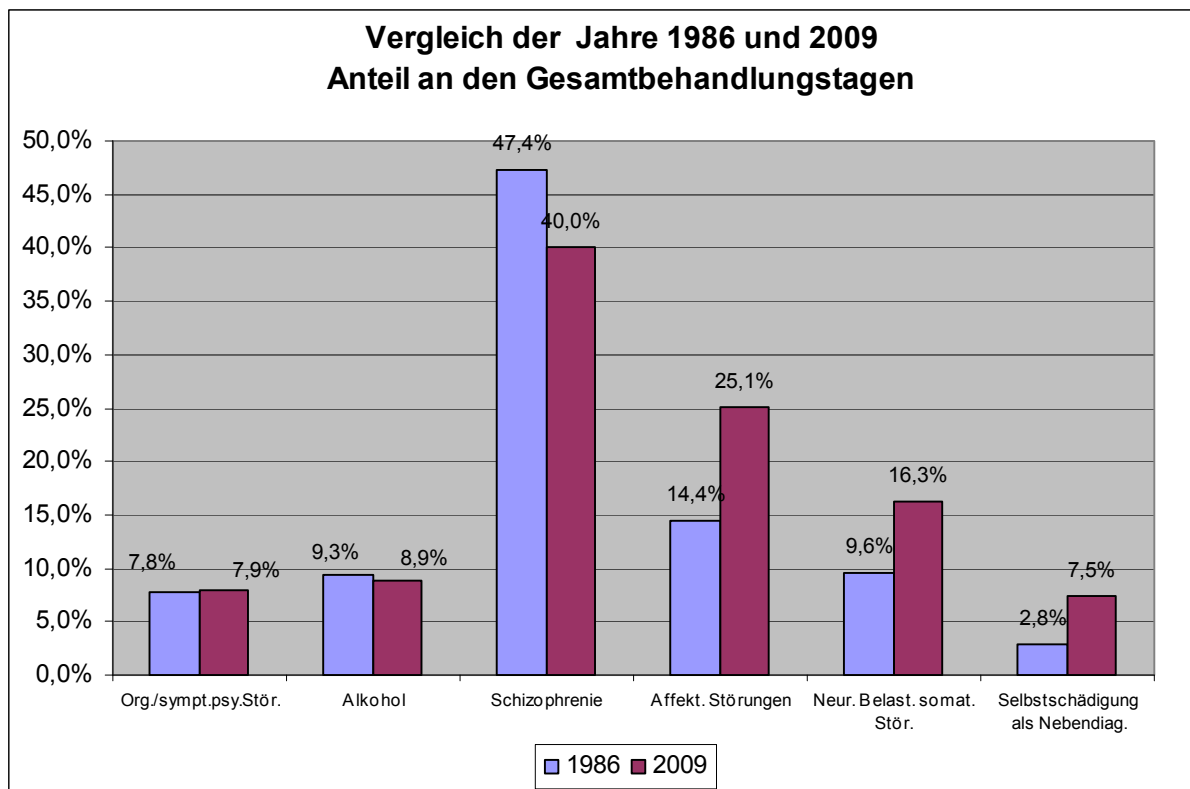
Um einen Überblick über die Veränderung der behandelten Erkrankungen in der Klinik zu geben, wurden die Jahre 1986 und 2009 dahin gehend betrachtet, welchen Anteil die Erkrankungen an den Gesamtbehandlungsfällen und den Gesamtbehandlungstagen der Klinik haben.

Abbildung 80. Anteil der Diagnosegruppen an den Gesamtbehandlungsfällen im Jahr 1986 und 2009



Die Gesamtbehandlungsfälle der Diagnosegruppen organische und symptomatische psychische Störungen (- 8,6 %), affektive Störungen (+ 11,5 %) und Suizidalität (+ 3,8 %) zeigten kaum eine Veränderung zwischen den Jahren 1986 und 2009, beim Vergleich des Anteils ihrer Häufigkeit an den insgesamt behandelten Fälle im jeweiligen Jahr (Abbildung 80). Vor allem mit Erkrankungsfällen von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (+ 108,8) und Alkoholerkrankungen (+ 58,1 %) befasste sich die Klinik im Jahr 2009 im Verhältnis weitaus häufiger als im Jahr 1986. Lediglich die Diagnosegruppen Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (- 27,0 %) und organische symptomatische psychische Störungen (- 8,6 %) waren anteilig im Jahr 2009 weniger vertreten als im Jahr 1986.

**Abbildung 81. Anteil der Diagnosegruppen an den Gesamtbehandlungstagen im Jahr 1986 und 2009**



Zählte man die insgesamt in einem Jahr in der Klinik aufgewendeten Tage für Patienten gleicher Hauptdiagnose zusammen, dann beanspruchten Patienten mit der Diagnosegruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen im Jahr 1986 fast die Hälfte (47,4 %) der in der Klinik aufgebrachten Gesamtbehandlungstage (Abbildung 81). Obwohl ihr Anteil an den Gesamtbehandlungstagen im Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 1986 um 15,6 % zurückging, stellen sie auch im Jahr 2009 den größten Anteil an Gesamtbehandlungstagen der Klinik (40,0 %), gefolgt von Patienten mit affektiven Störungen (25,1 %); ihr Anteil stieg im Vergleich zum Jahr 1986 um 74,3 % an. Den drittgrößten Anteil an den Gesamtbehandlungstagen im Jahr 2009 hatte die Diagnosegruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Er stieg im Vergleich zum Jahr 1986 um 69,8 % auf 16,3 % im Jahr 2009 an. Patienten mit Alkoholerkrankungen hatten gegenüber 1986 fast den gleichen Anteil an Behandlungstagen wie im Jahr 2009, etwa 9 %. Ähnliches gilt für die organischen und symptomatischen psychischen Störungen: ihr Anteil an den Gesamtbehandlungstagen hat sich kaum verändert und lag im Jahr 1986 als auch im Jahr 2009 bei rund 8 %. Patienten mit der Nebendiagnose Suizidalität hatten im Vergleich der Jah-

re 1986 und 2009 einen größeren Anteil an den Gesamtbehandlungstagen; er stieg um 164,3 % auf 7,5 % aller Behandlungstage

Vergleicht man den prozentualen Anteil der Gesamtbehandlungsfälle mit dem der Gesamtbehandlungstage, dann hatten im Jahr 1986 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen sowohl den größten Anteil an den Gesamtbehandlungsfällen (30,4 %) als auch den größten Anteil an Gesamtbehandlungstagen (47,4 %). Im Jahr 2009 hat diese Diagnosegruppe zwar immer noch den größten Anteil der Behandlungstage (40,0 %), doch Behandlungsfälle mit Alkoholerkrankungen hatten nun den größten Anteil an den Gesamtbehandlungsfällen (26,4 %). Im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nahm der Anteil von Alkoholerkrankungen an den Gesamtbehandlungsfällen um 58,1 % zu; ihr Anteil an den Gesamtbehandlungstagen im Jahr 2009 war mit 8,9 % dagegen recht gering und nahm im Vergleich zum Jahr 1986 um 4,3 % ab. Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nahmen die Gesamtbehandlungstage affektiver Störungen stark zu (+ 74,3 %), dagegen zeigten die Gesamtbehandlungsfälle nur einen geringen Anstieg (+ 11,5 %). Erkrankte mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen stellten im Jahr 2009 den zweitgrößten Anteil an Gesamtbehandlungsfällen dar (23,6 %) und waren mit 16,3 % die Diagnose mit dem dritthäufigsten Gesamtbehandlungstagen. Im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nahm der Anteil dieser Diagnose sowohl an den Gesamtbehandlungstagen (+ 69,8 %) als auch an den Gesamtbehandlungsfällen (+ 108,8 %) zu.

#### **4.3.2.2. Unterschiedliche Verteilungen von Haupt- und Nebendiagnosen**

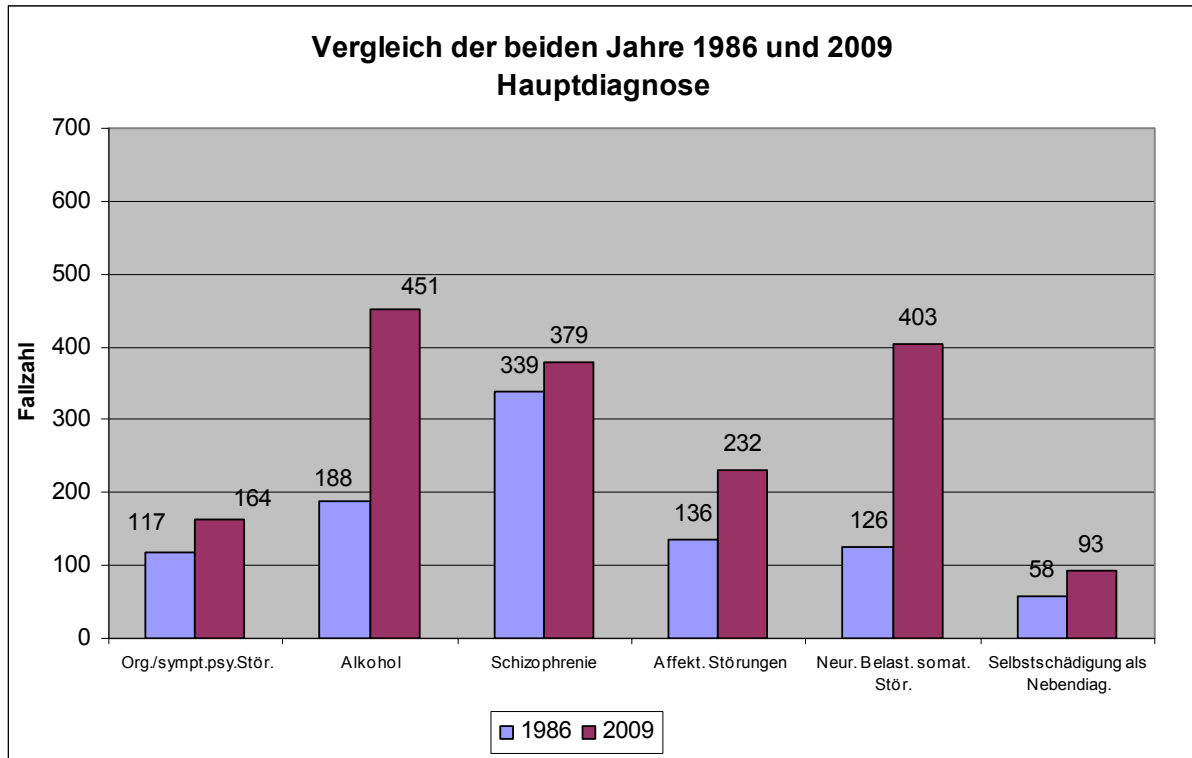
Die unterschiedlichen Verteilungen von Haupt- und Nebendiagnosen der behandelten Patienten im Beobachtungszeitraum werden für die Fallzahlen und die Behandlungstage dargestellt. Abschließend werden die Komorbiditäten der psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen einander gegenübergestellt. Die mittlere Verweildauer wird nur für Patienten mit Hauptdiagnose gezeigt und im Kapitel Mehrfachbehandlungen nach Diagnosezugehörigkeit zusammenfassend verglichen.

##### **4.3.2.2.1. Fallzahl: Haupt- und Nebendiagnose**

Die Darstellung der Fallzahl einer Erkrankung entspricht der Anzahl der Hauptdiagnose, weil zu jedem Fall genau eine Hauptdiagnose gehört. Die Zahl der Nebendiagnosen beschreibt das Vorkommen der untersuchten Diagnose unabhängig davon, ob diese als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt wurde. Es wird damit das Vorhanden-

sein der Diagnose unabhängig von der Reihenfolge der Klassifizierung erfasst, jedoch maximal einmal pro Fall (Abbildung 82, Abbildung 83).

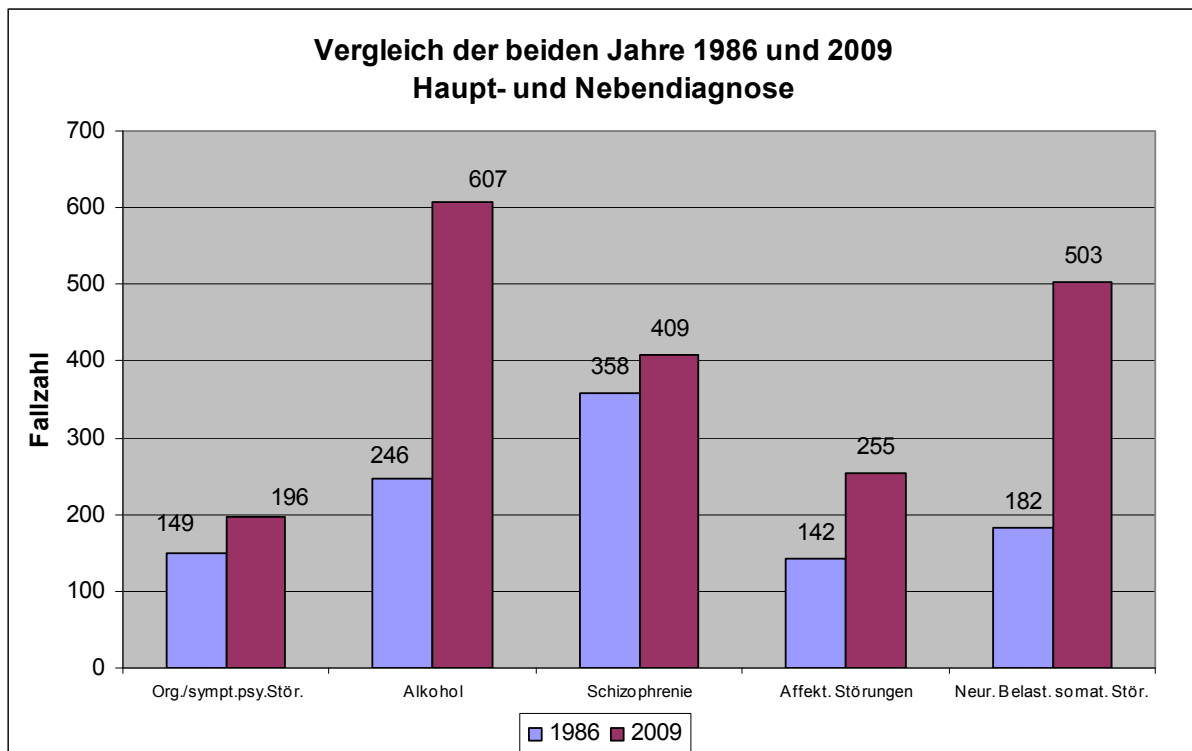
**Abbildung 82. Fallzahl der Hauptdiagnose im Vergleich zwischen 1986 und 2009**



Im Jahr 1986 war die Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung die am häufigsten vergebene Diagnose, unabhängig von Haupt- (N = 339) und Nebendiagnose (N = 358). Im Jahr 2009 dagegen waren Alkoholerkrankungen die häufigste Haupt- (N = 451) und Nebendiagnose (N = 607); im Jahr 1986 standen sie sowohl als Haupt- (N = 188) als auch als Nebendiagnose (N = 246) an zweiter Stelle.

Der Anteil von schizophrenen Patienten veränderte sich im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 zu den anderen psychiatrischen Diagnosen am wenigsten: für die Fälle mit Hauptdiagnose erhöhte sich die Anzahl um 11,8 %, für Fälle ohne Unterscheidung nach Diagnose um 14,2 %.

Abbildung 83. Fallzahl der Haupt- und Nebendiagnose im Vergleich zwischen 1986 und 2009



Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nahmen Alkoholerkrankungen sowohl als Hauptdiagnose (+ 140 %) und auch als Haupt- oder Nebendiagnose (+ 147 %) stark zu. An zweiter Stelle standen im Jahr 2009 Behandlungsfälle der Haupt- (N = 403) oder Nebendiagnose (N = 503) neurotische, Belastungs- und somatoformen Störungen. Im Jahr 1986 wurden Patienten mit dieser Hauptdiagnose am vierthäufigsten (N = 126) und mit Haupt- oder Nebendiagnose am dritthäufigsten (N = 182) in der Klinik behandelt. Diese Diagnosegruppe verzeichnete den größten prozentualen Anstieg beim Vergleich der Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009: für die Hauptdiagnose lag er bei rund 220 %, für Haupt- und Nebendiagnose bei 176,4 %. An dritter Stelle der Haupt- (N = 379) und Nebendiagnosen (N = 409) standen im Jahr 2009 schizophrene Störungen.

Die viert häufigste Hauptdiagnose im Jahr 2009 waren affektiven Störungen (N = 232); im Jahr 1986 standen sie an dritter Stelle (N = 136). Behandlungsfälle mit dieser Hauptdiagnose nahmen im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 70,6 % zu; bei den Haupt- und Nebendiagnose lag die Zunahme bei rund 80 %.

Die Diagnosegruppe Selbstschädigung als Haupt- oder Nebendiagnose verzeichnete einen Zuwachs von rund 60 % beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009.

Für organische und symptomatische psychische Störungen hat sich die Fallzahl für Patienten mit Hauptdiagnose im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 1986 um 40,2 % erhöht, ohne Unterscheidung von Haupt- und Nebendiagnose lag der Zuwachs bei 31,5 %.

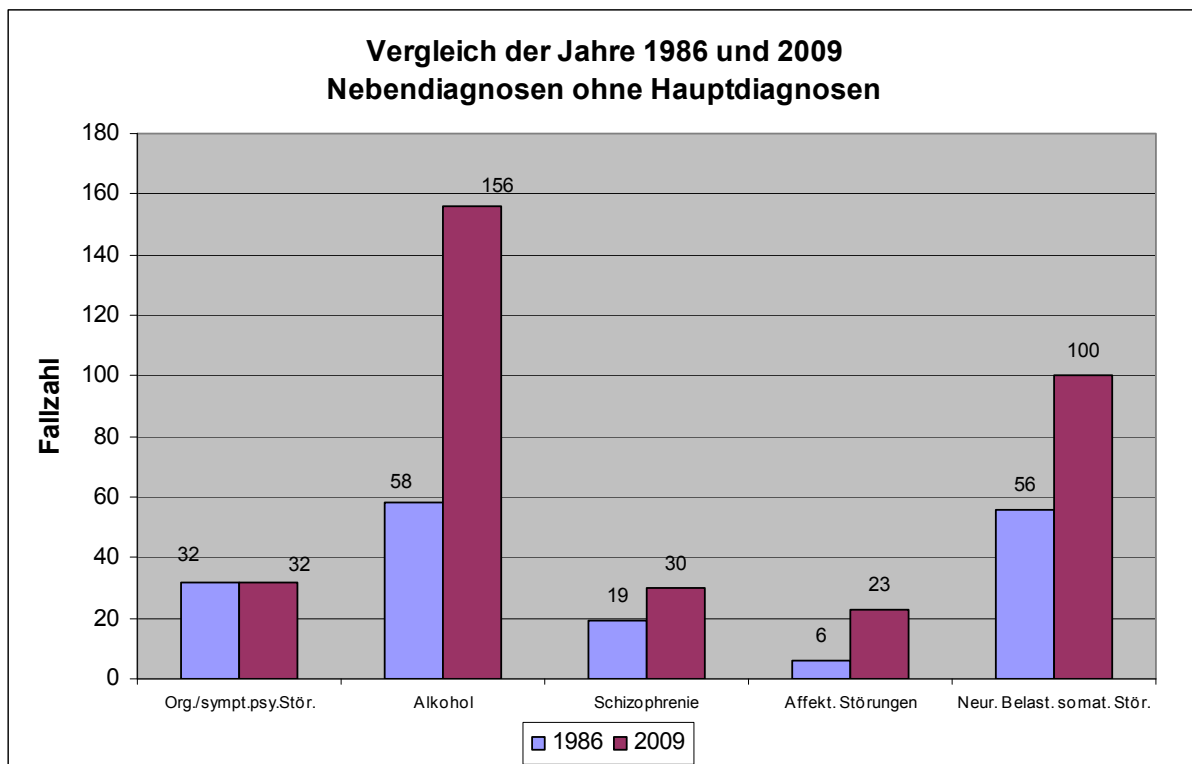
Im linearen Regressionsmodell war für die Fallzahlen der Diagnosegruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen im Zeitraum von 1986 bis 2009 ein Zuwachs zu erkennen: für die Hauptdiagnose waren es durchschnittlich 1,8 Fälle/Jahr (95%CI [0,2 ; 3,5];  $p = 0,030$ ;  $R^2 = 0,197$ ); unabhängig von Haupt- und Nebendiagnose waren es durchschnittlich 2,1 Fälle/Jahr (95%CI [0,3 ; 3,8];  $p = 0,022$ ;  $R^2 = 0,217$ ). Die Hauptdiagnose mit dem größten Zuwachs im linearen Regressionsmodell war die Alkoholerkrankung mit durchschnittlich 11,2 Fälle/Jahr (95%CI [9,2 ; 13,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,857$ ), gefolgt von den Hauptdiagnosen affektive Störungen (95%CI [6,7 ; 13,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,649$ ) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (95%CI [6,9; 12,9];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,683$ ) mit jeweils einer deutlichen Zunahme von durchschnittlich 9,9 Fälle/Jahr.

Betrachtet man die Fallzahlen der Haupt- und Nebendiagnosen im linearen Regressionsmodell, dann verzeichnete die Diagnosegruppe Alkoholerkrankungen mit 18 Fällen/Jahr den größten Zuwachs (95%CI 14,9 ; 21,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,870$ ). An zweiter Stelle standen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit einem Zuwachs von durchschnittlich 13 Behandlungsfällen/Jahr (95%CI [8,8 ; 17,2];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,642$ ).

Um die Bedeutung einer Erkrankung als Nebendiagnose zu zeigen, wird die Differenz zwischen Haupt- und Nebendiagnosen für die Jahre 1986 und 2009 dargestellt (Abbildung 84).



Abbildung 84. Nebendiagnosen abzüglich Hauptdiagnosen im Vergleich



Die größte Bedeutung als Nebendiagnose hatten die Alkoholerkrankungen und die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowohl im Jahr 1986 als auch im Jahr 2009, wobei in beiden Diagnosegruppen ein großer Zuwachs zwischen den Jahren 1986 und 2009 zu verzeichnen war: Für Alkoholerkrankungen lag er bei 169,0 %; für neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen lag er bei 95,7 %.

#### 4.3.2.2.2. *Behandlungstage: Haupt- und Nebendiagnose*

Betrachtet man die Anzahl der Behandlungstage nach Hauptdiagnosen im Vergleich zu Haupt- und Nebendiagnosen, dann ähneln sich die Häufigkeitsverteilung: schizophrene Erkrankungen als Hauptdiagnose und ebenso als Haupt- oder Nebendiagnose verursachten sowohl im Jahr 1986 als auch im Jahr 2009 die größte Zahl an Behandlungstagen in der Klinik, gefolgt von affektiven Störungen und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (Abbildung 85, Abbildung 86).

Abbildung 85. Behandlungstage mit Hauptdiagnose im Vergleich zwischen 1986 und 2009

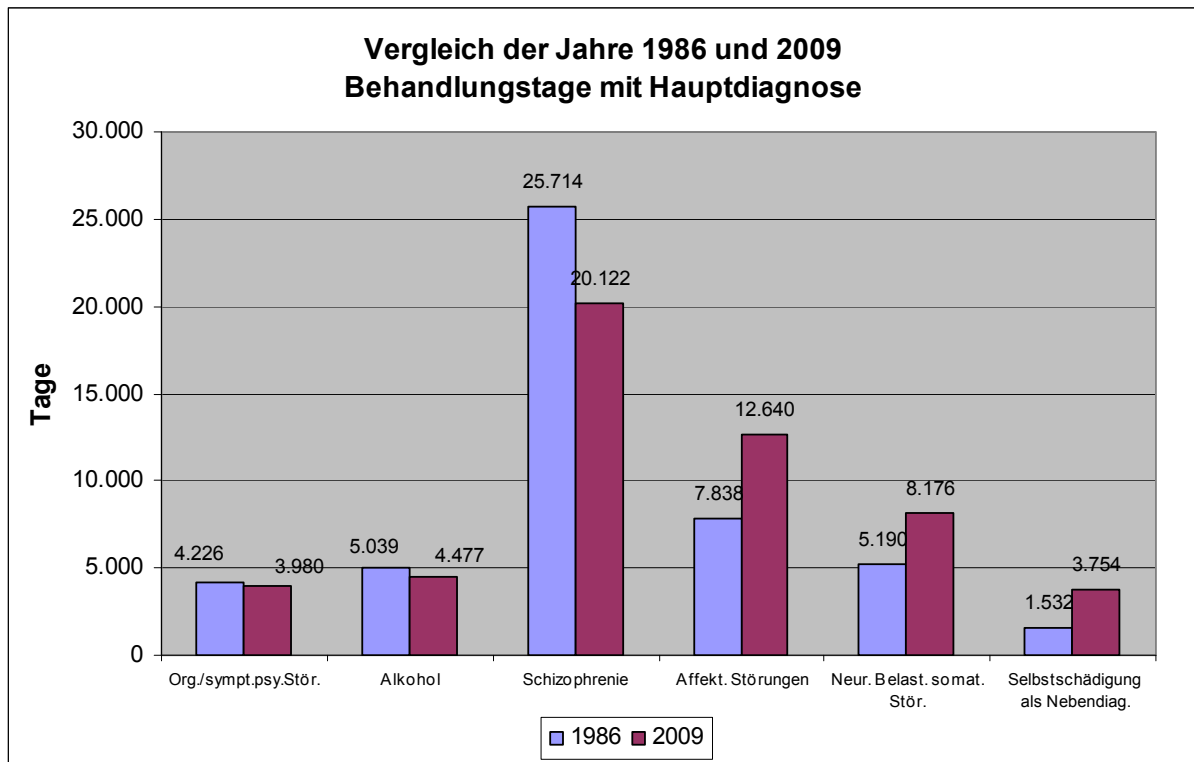
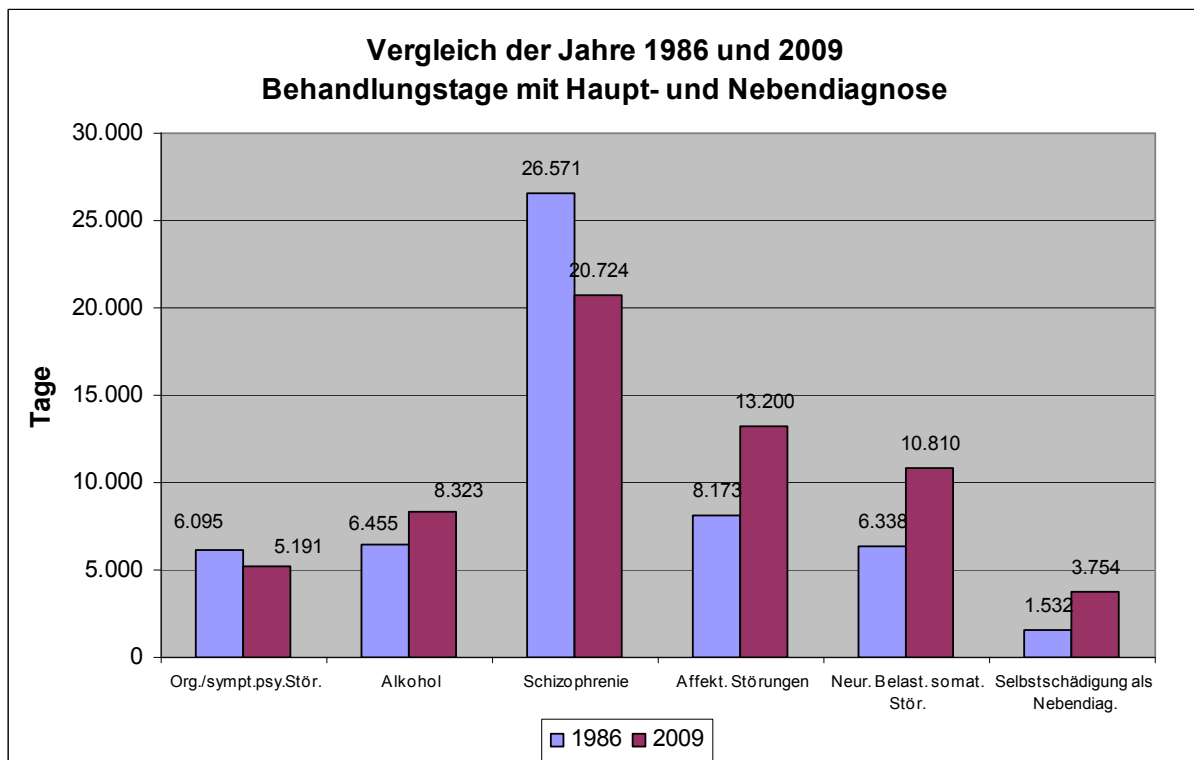
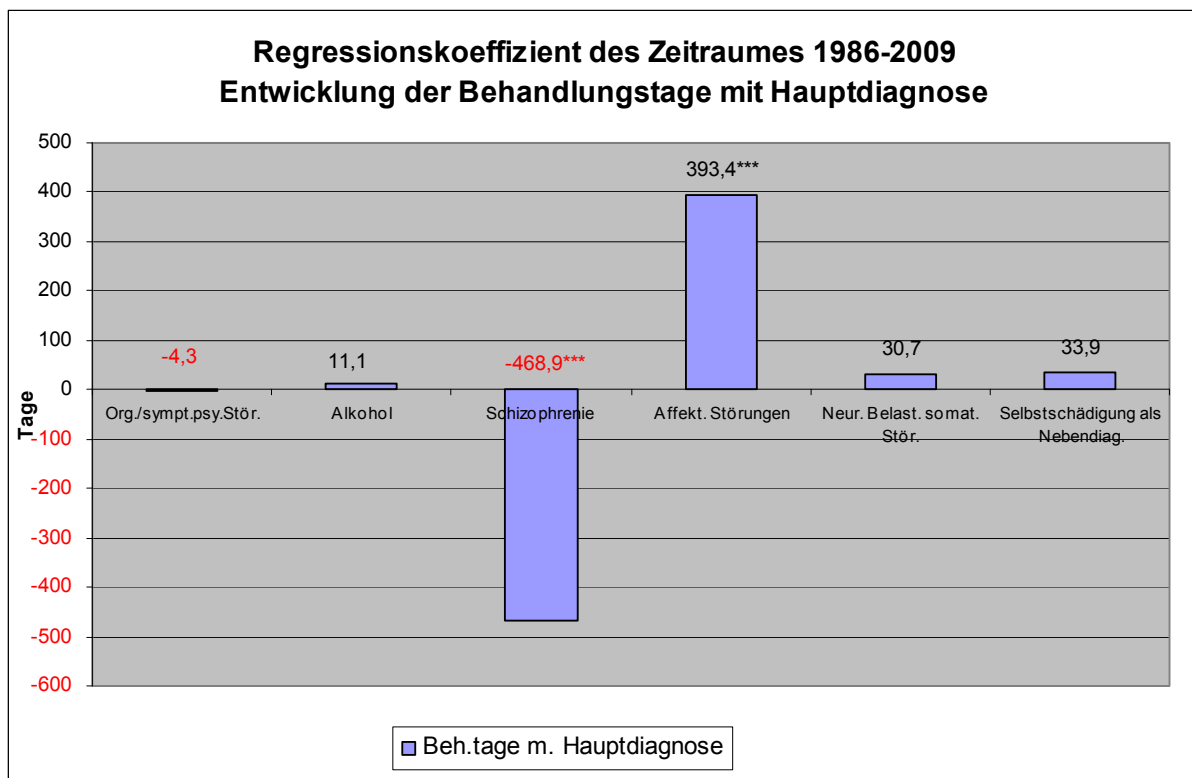


Abbildung 86. Behandlungstage mit Haupt- und Nebendiagnose im Vergleich zwischen 1986 und 2009



Die prozentuale Entwicklung der Behandlungstage zwischen den Erhebungszeitpunkten 1986 und 2009 ergab für die Diagnosen folgende Ergebnisse (Tabelle 54): für affektive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowohl als Haupt- und als Haupt- oder Nebendiagnosen lagen die Zuwächse der Behandlungstage zwischen 60 % und 70 %. Alkohol als Hauptdiagnose verzeichnete einen Rückgang der Behandlungstage von rund 11 %, als Haupt- oder Nebendiagnose aber einen Zuwachs von 38,2 %. Schizophrenien wiesen als Haupt- oder Nebendiagnose einen Rückgang von 22 % der Behandlungstage auf. Organische und symptomatische psychische Störungen zeigten einen Rückgang der Behandlungstage von rund 6 % als Hauptdiagnose und von rund 15 % als Haupt- und Nebendiagnose. Suizidalität verzeichnete mit einem starken Anstieg von 145 % den größten Zuwachs an Behandlungstagen als Haupt- oder Nebendiagnose.

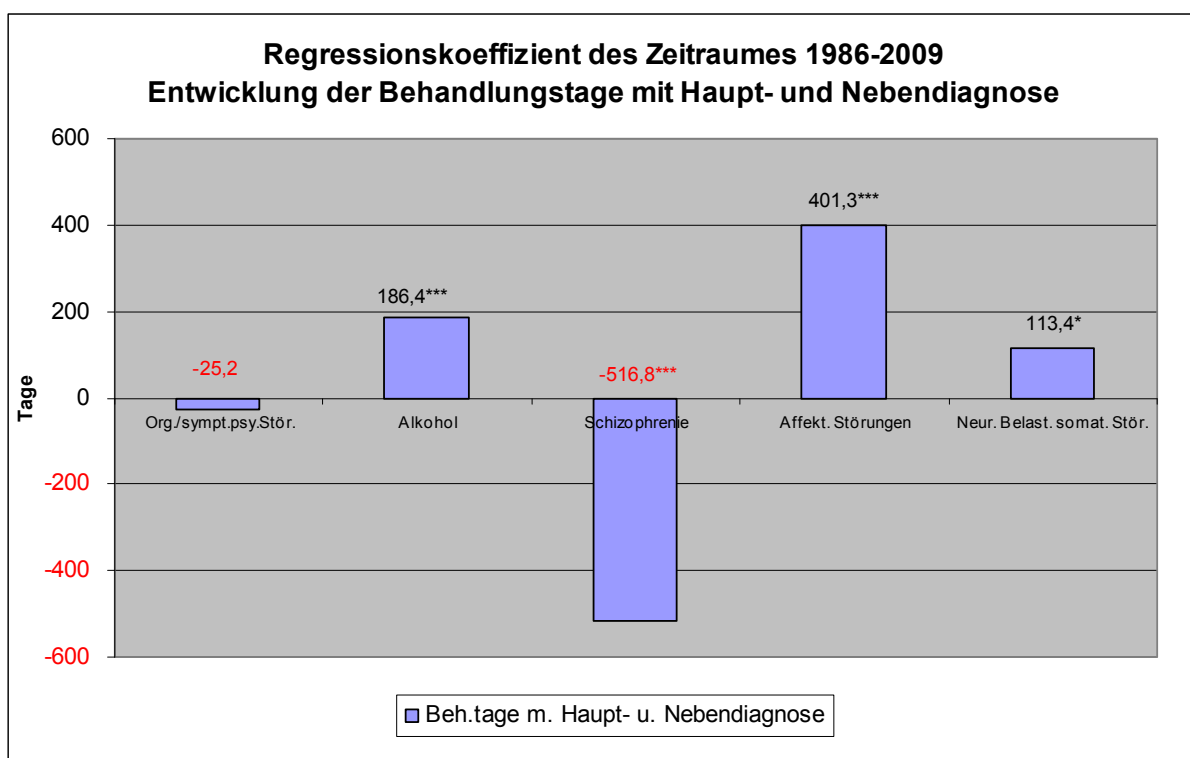
**Abbildung 87. Regressionskoeffizient für Behandlungstage mit Hauptdiagnose im Zeitraum 1986 bis 2009**



Die Entwicklung der Behandlungstage im linearen Regressionsmodell wurde für Hauptdiagnosen im Vergleich zu Haupt- und Nebendiagnosen grafisch dargestellt (Abbildung 87, Abbildung 88).

Die Diagnosegruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen als Hauptdiagnose verzeichnete im Zeitraum 1986 bis 2009 den deutlich größten Rückgang an Behandlungstagen mit durchschnittlichen -468,9 Tagen/Jahr (95%CI [-614,7 ; -323,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,669$ ). Die größte Zunahme an Behandlungstagen verursachte die Hauptdiagnose affektive Störungen mit durchschnittlich 393,4 Tagen/Jahr (95%CI [266,3 ; 520,6];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,652$ ). Alle anderen Diagnosen zeigten bezüglich der Veränderung der Behandlungstage mit Hauptdiagnose keinen Effekt im linearen Modell.

**Abbildung 88. Regressionskoeffizient für Behandlungstage mit Haupt- und Nebendiagnose im Zeitraum 1986 bis 2009**



Auffällig war beim Vergleich von Haupt- und Nebendiagnosen, dass die Behandlungstage der Diagnosegruppe Alkohol als Hauptdiagnose keinen Effekt zeigten aber unabhängig von ihrer Klassifikationsposition einen deutlichen Zuwachs von durchschnittlich 186,4 Tage/Jahr verzeichneten (95%CI [108,1 ; 264,8];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,526$ ). Das bedeutet, dass psychisch kranke Menschen im Beobachtungszeitraum zunehmend eine Alkoholerkrankung als Begleiterkrankung aufwiesen, die eine längere Behandlung erforderlich machte.

#### 4.3.2.2.3. Komorbidität

Nachfolgend wurden für die ausgewählten Hauptdiagnosegruppen die Komorbiditäten nach Anzahl der Behandlungsfälle für den gesamten Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 tabellarisch zusammengefasst. Treten mehrere Nebendiagnosen einer Hauptkategorie auf, werden diese nur einmal als Nebendiagnose gezählt (z. B. F10.0 und F10.1 werden nur einmal als Nebendiagnose F1 gezählt). Die Diagnose Suizidalität wurde nicht erfasst, da sie seit 1996 nicht mehr als Hauptdiagnose vergeben wurde; sie erscheint als Nebendiagnose (Tabelle 56).

**Tabelle 56. Komorbidität zur Hauptdiagnose: Zusammenfassung der Fallzahlen des gesamten Beobachtungszeitraumes von 1986 bis 2009**

Hauptdiagnose	Nebendiagnose															
	Org./sympt. psy. Stör.	Alkohol	Drogen	Med.	Sonst. Subst.	Schizophrenie	Affekt. Störungen	Neur. Belast. somat. Stör.	Verhalten-sauff.	Pers./Verhaltensstö.	Intelligenz-mind.	Entwicklungs-stör.	Verh. Stör. Kindh.	Suizidalität	Sonstige	Gesamt
Org./sympt. psy. Stör.		231	12	41	45	17	57	48	7	210	44	4	0	44	0	760
Alkohol	113		105	187	187	133	117	717	37	554	90	5	14	55	0	2314
Schizophrenie	78	408	299	54	459		17	75	14	142	305	3	3	124	0	1981
Affekt. Störungen	205	378	21	124	58	19		163	26	635	50	2	5	292	0	1978
Neur. Belast. somat. Stör.	127	990	95	180	189	77	72		82	1394	183	18	30	592	0	4029

100-200 Nebendiagnosefälle
201-300 Nebendiagnosefälle
301-400 Nebendiagnosefälle
401-500 Nebendiagnosefälle
ab 501 Nebendiagnosefälle

Bei der Betrachtung aller Nebendiagnosen des gesamten Beobachtungszeitraums zeigte sich, dass die behandelten Patienten zusätzlich oft unter einer weiteren psychischen Erkrankung litten; besonders der große Anteil an der Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen war auffallend. Vor allem Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen litten zusätzlich unter einer Alkoholerkrankung (N der Nebendiagnose: 990). Noch häufiger wurde bei ihnen eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung als Nebendiagnose festgestellt (N der Nebendiagnose: 1394). Suizidalität als komorbide Nebendiagnose trat am häufigsten bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen auf, gefolgt von affektiven Störungen und Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.

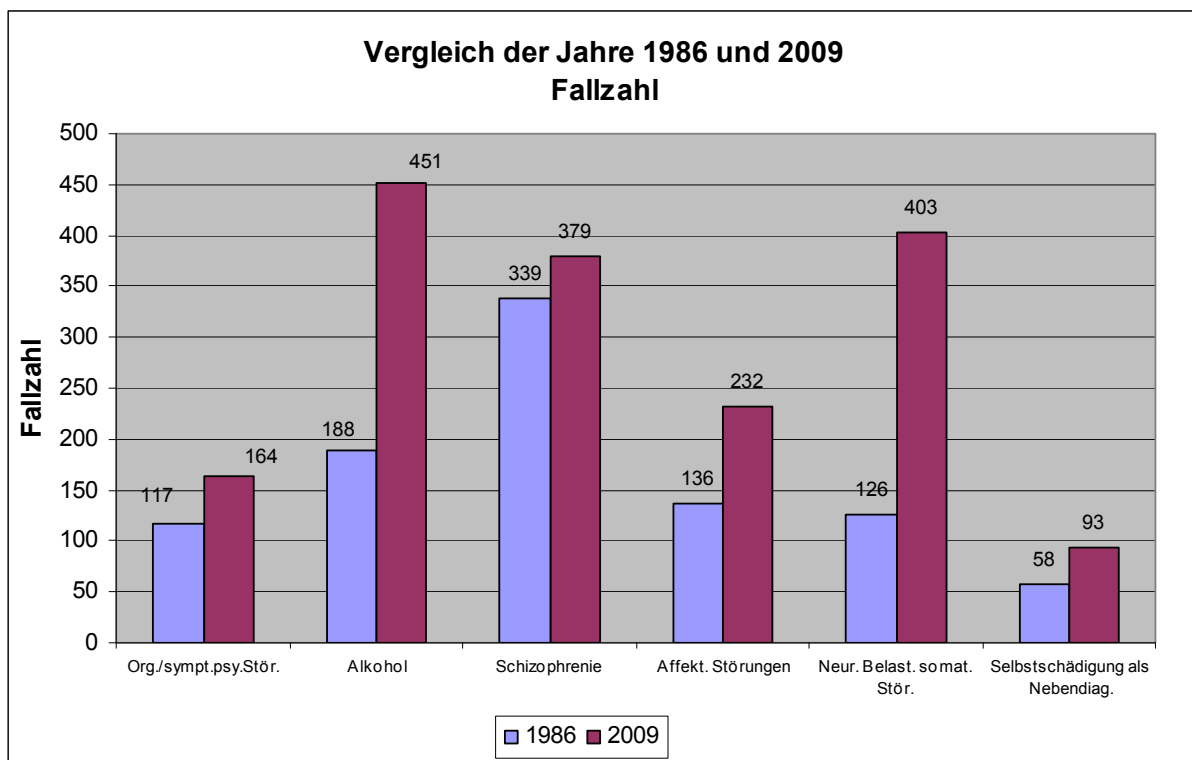
### 4.3.2.3. Mehrfachbehandlungen

Der folgende Abschnitt befasst sich damit, wie sich die Anzahl der behandelten Fälle im Vergleich zu der Zahl von Patienten im Beobachtungszeitraum verändert hat.

#### 4.3.2.3.1. Patienten und Fallzahl

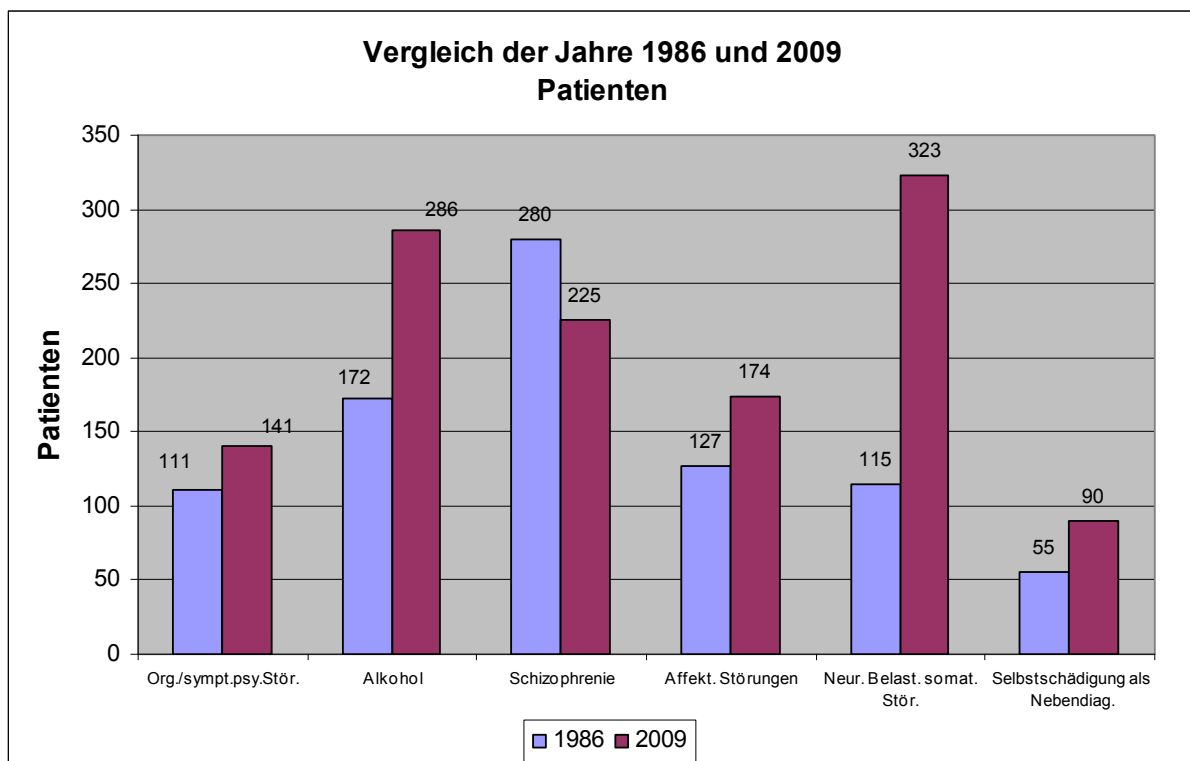
Bei allen ausgewählten Diagnosegruppen erhöhte sich die Fallzahl im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 (Abbildung 89).

Abbildung 89. Fallzahl im Vergleich der Jahre 1986 und 2009



Einen besonders ausgeprägten Anstieg der Fallzahl fand man bei zwei Diagnosegruppen: den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (+ 219,8 %) und den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (+ 140 %). Diese beiden Diagnosegruppen wiesen die höchsten Fallzahlen im Jahr 2009 auf. Die Diagnosegruppe der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen folgte auf Platz drei; hier war der geringsten Anstieg an Behandlungsfällen (+ 11,8 %) festzustellen (Tabelle 54).

Abbildung 90. Patienten im Vergleich der Jahre 1986 und 2009

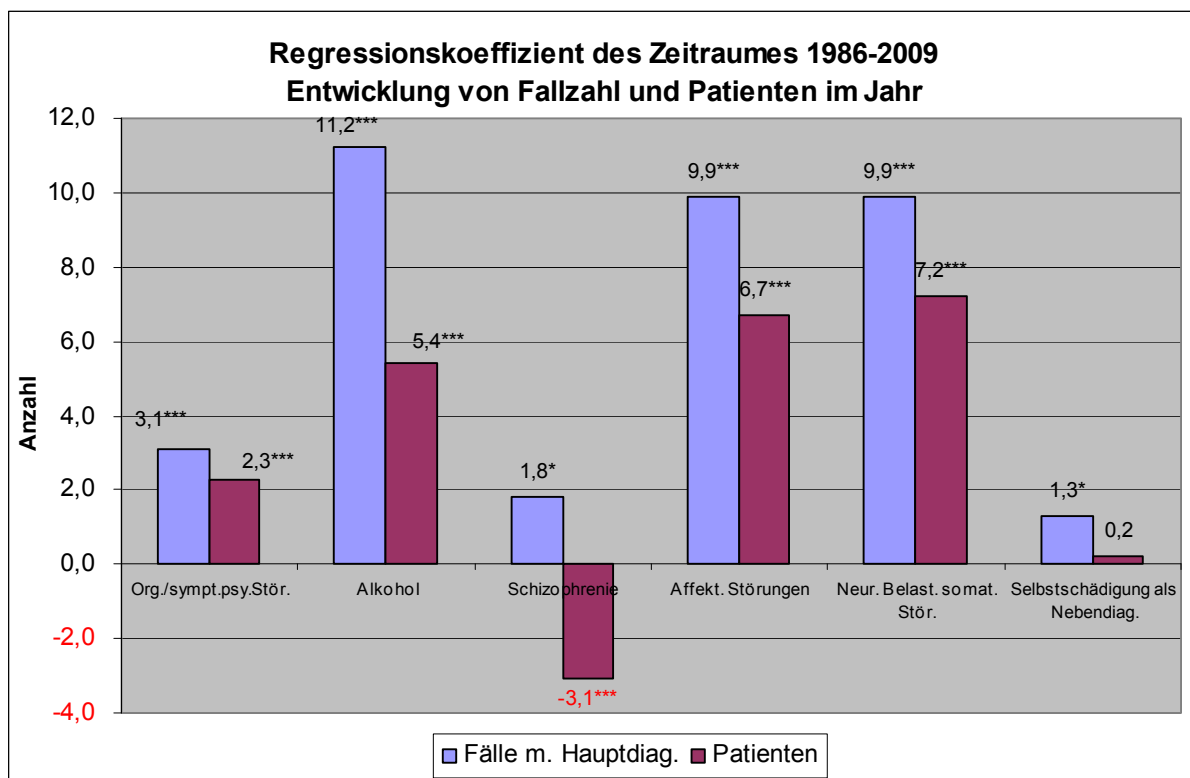


Behandlungsfälle mit affektiven Störungen wurden im Jahr 2009 am vierthäufigsten in der Klinik behandelt und verzeichneten gegenüber dem Jahr 1986 einen Anstieg von 70,6 %. Für Behandlungsfälle mit der Diagnose organische, symptomatische psychische Störungen erhöhte sich die Fallzahl um rund 40 %; diese Behandlungsfälle stellten im Jahr 2009 die zweitkleinste der Diagnosegruppen dar. Behandlungsfälle mit Suizidalität als Haupt- oder Nebendiagnose stellten sowohl 1986 als auch 2009 die Diagnosegruppe mit der kleinsten Fallzahl dar und waren im Vergleich zum Jahr 1986 auf 93 Fälle im Jahr 2009 angestiegen (+ 60,3 %).

Die Anzahl der Patienten (Abbildung 90) erhöhte sich für fast alle Diagnosegruppen im Jahresvergleich zwischen 1986 und 2009 – außer für die Diagnosegruppe der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. In der Klinik wurden im Jahr 2009 19,6 % weniger Patienten mit dieser Diagnose behandelt als im Jahr 1986, bei einem gleichzeitigen Anstieg der Fallzahl von 11,8 %. Den größten Zuwachs im Jahresvergleich zwischen 1986 und 2009 hatten Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (+ 180,9 %). Der Anteil von Patienten mit Alkoholerkrankungen (+ 66,3 %) und Patienten mit Suizidalität (+ 63,6 %) war vergleichbar gestiegen. Die Zahl der Patienten mit affektiven Störungen erhöhte sich um 37,0 % beim Vergleich zwischen 1986 und 2009. Patienten mit der Diagnose organische und

symptomatische psychische Störungen verzeichneten mit 27 % den geringsten Zuwachs an Patienten. Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen wurden im Jahr 2009 am häufigsten behandelt (N = 323); im Jahr 1986 waren dies Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (N = 280). Am zweithäufigsten waren Patienten mit Alkoholerkrankungen (N = 286) im Jahr 2009 in der Klinik zur Behandlung und am dritthäufigsten Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (N = 225). Patienten mit der Nebendiagnose Selbstschädigung stiegen im Vergleich zum Jahr 1986 um 63,6 % auf 90 Personen an.

**Abbildung 91. Regressionskoeffizient für Fallzahl und Patienten im Zeitraum 1986 bis 2009**



Im linearen Regressionsmodell nahmen alle Fälle der betrachteten Diagnosegruppen deutlich zu (Abbildung 91). Alkoholerkrankungen verzeichneten mit durchschnittlich 11,2 Fällen/Jahr die höchste Zunahme (95%CI [9,2 ; 13,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,857$ ), gefolgt von Fällen mit affektiven Störungen ( $B = 9,9$ ; 95%CI [6,7 ; 13,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,649$ ) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen ( $B = 9,9$ ; 95%CI [6,9 ; 12,9];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,683$ ) mit jeweils durchschnittlich 9,9 Fälle/Jahr. Die Diagnosegruppe Suizidalität als Haupt- oder Nebendiagnose zeigte die geringste Zunahme mit durchschnittlich 1,3 Fälle/Jahr (95%CI [0,1 ; 2,4];  $p = 0,032$ ;



$R^2 = 0,192$ ). Auch Fälle mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen mit durchschnittlich 1,8 Fälle/Jahr (95%CI [0,2 ; 3,5];  $p = 0,030$ ;  $R^2 = 0,197$ ) stiegen im Zeitraum von 1986 bis 2009 kaum an (Abbildung 91).

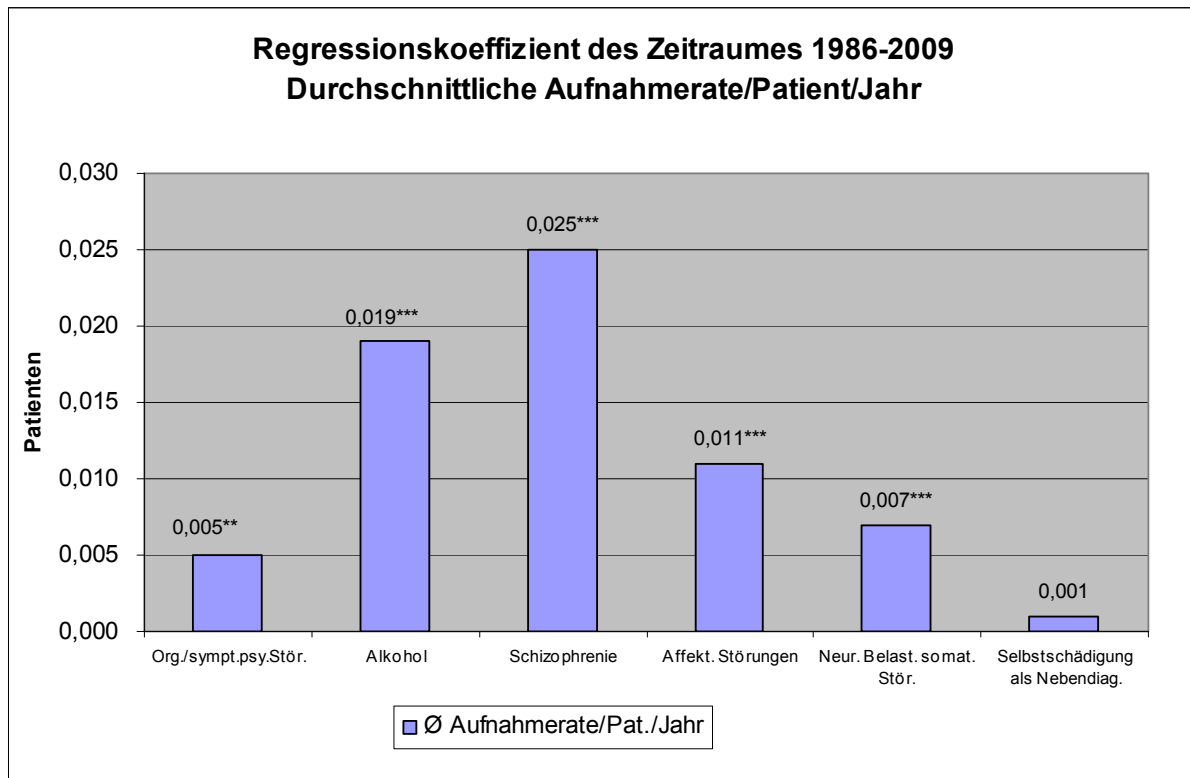
Betrachtet man die Patientenzahl, dann zeigten neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen die größte Zunahme mit durchschnittlich 7,2 Patienten/Jahr (95%CI [4,9 ; 9,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,663$ ), gefolgt von der Diagnosegruppe affektive Störungen ( $B = 6,7$ ; 95%CI [4,1 ; 9,3];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,571$ ) und Alkoholerkrankungen ( $B = 5,4$ ; 95%CI [4,1 ; 6,7];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,772$ ).

Auffällig war die deutliche Abnahme von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen um durchschnittlich 3,1 Patienten/Jahr (95%CI [-4,1 ; -2,1];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,673$ ). Dieser Abnahme der Patientenzahl stand eine Zunahme der Fallzahl von durchschnittlich 1,8 Fällen/Jahr gegenüber (95%CI [0,2 ; 3,5];  $p = 0,030$ ;  $R^2 = 0,197$ ). Die Zahl der Patienten mit organischen und symptomatischen psychischen Störungen nahm um 2,3 Patienten/Jahr zu (95%CI [1,1 ; 3,5];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,419$ ). Für Patienten mit Suizidalität ergab sich kein Effekt.

#### **4.3.2.3.2. Aufnahme**

Im linearen Regressionsmodell erhöhte sich die Aufnahme in fast allen Diagnosegruppen außer bei Suizidalität (Abbildung 92). Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen stellten die größte Personengruppe dar, die mehr als einmal in der Klinik behandelt wurden: Ihre Aufnahme zeigte im linearen Regressionsmodell einen durchschnittlichen Zuwachs von 25 Fälle/1000 Patienten/Jahr (95%CI [0,021 ; 0,030];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,857$ ). Danach folgten Patienten mit Alkoholerkrankungen, von denen durchschnittlich 19 Fälle/1000 Patienten mehr als einmal im Jahr zur Behandlung in die Klinik kamen (95%CI [0,014 ; 0,024];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,760$ ). An dritter Stelle folgten Patienten mit affektiven Störungen: durchschnittlich 11 Fälle/1000 Patienten/Jahr kamen zum wiederholten Mal in die Klinik (95%CI [0,008 ; 0,014];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,690$ ). Auch bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit durchschnittlich 7 Fälle/1000 Patienten/Jahr (95%CI [0,005 ; 0,010];  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,606$ ) und den organischen und symptomatischen psychischen Störungen mit durchschnittlich 5 Fälle/1000 Patienten/Jahr (95%CI [0,002 ; 0,007];  $p = 0,002$ ;  $R^2 = 0,365$ ) hat sich die Wiederaufnahmerate im Zeitraum von 1986 bis 2009 erhöht (Abbildung 92).

**Abbildung 92. Regressionskoeffizient der durchschnittlichen Aufnahme rate/Patient/Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009**



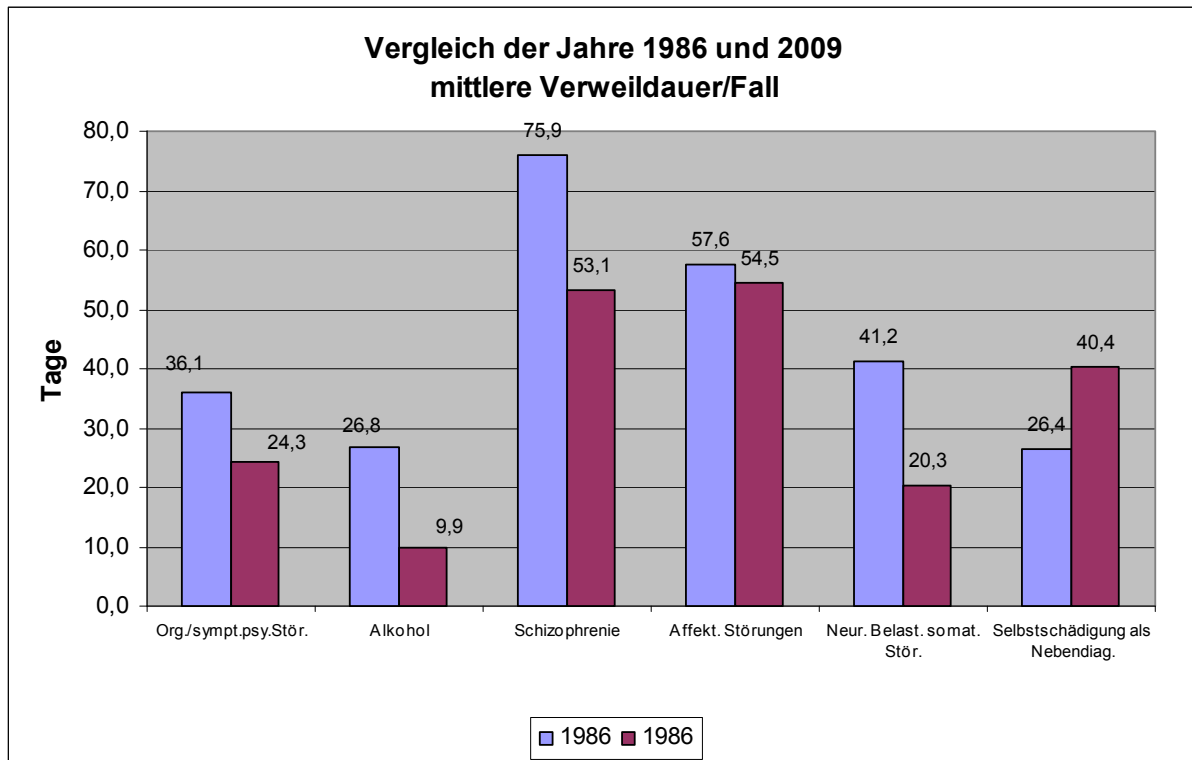
#### **4.3.2.3.3. Mittlere Verweildauer**

Im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 verringerte sich die mittlere Verweildauer von Behandlungsfällen für die meisten Diagnosegruppen – nur für affektive Störungen zeigte sich kein Effekt (Abbildung 93).

Den größten Rückgang der durchschnittlichen mittleren Verweildauer beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 ergab sich bei Fällen mit Alkoholerkrankungen (- 62,4 %), ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 188$ ;  $MW = 26,8$ ;  $SD = \pm 31,3$ ,  $Q1 = 3,3$ ,  $MED = 20,5$ ,  $Q3 = 35,0$ ; 2009:  $N = 451$ ;  $MW = 9,9$ ;  $SD = \pm 13,0$ ,  $Q1 = 4,0$ ,  $MED = 7,0$ ,  $Q3 = 12,0$ ), gefolgt von Fällen mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (- 50,7 %), ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 126$ ;  $MW = 41,2$ ;  $SD = \pm 54,0$ ,  $Q1 = 8,8$ ,  $MED = 30,5$ ,  $Q3 = 50,3$ ; 2009:  $N = 403$ ;  $MW = 20,3$ ;  $SD = \pm 22,6$ ,  $Q1 = 5,0$ ,  $MED = 13,0$ ,  $Q3 = 28,0$ ). Die Behandlungsfälle der Hauptdiagnose Alkoholerkrankungen wiesen – ebenso wie im Jahr 1986 – auch im Jahr 2009 insgesamt die niedrigste mittlere Verweildauer auf. Die Verweildauer von Fällen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sank im Vergleich zum Jahr 1986 zwar um 30,0 % auf durchschnittlich 53,1 Tage im Jahr 2009 ( $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 339$ ;  $MW = 75,9$ ;  $SD = \pm 93,5$ ,  $Q1 = 28,0$ ,  $MED = 45,0$ ,  $Q3 = 84,0$ ; 2009:  $N = 379$ ;  $MW = 53,1$ ;

SD = ± 50,6, Q1 = 16,0, MED = 39,0, Q3 = 69,0); sie wies jedoch zusammen mit den affektiven Erkrankungen (54,5 Tage/Jahr) die durchschnittlich längste Verweildauer/Behandlungsfall im Jahr 2009 auf (Abbildung 93).

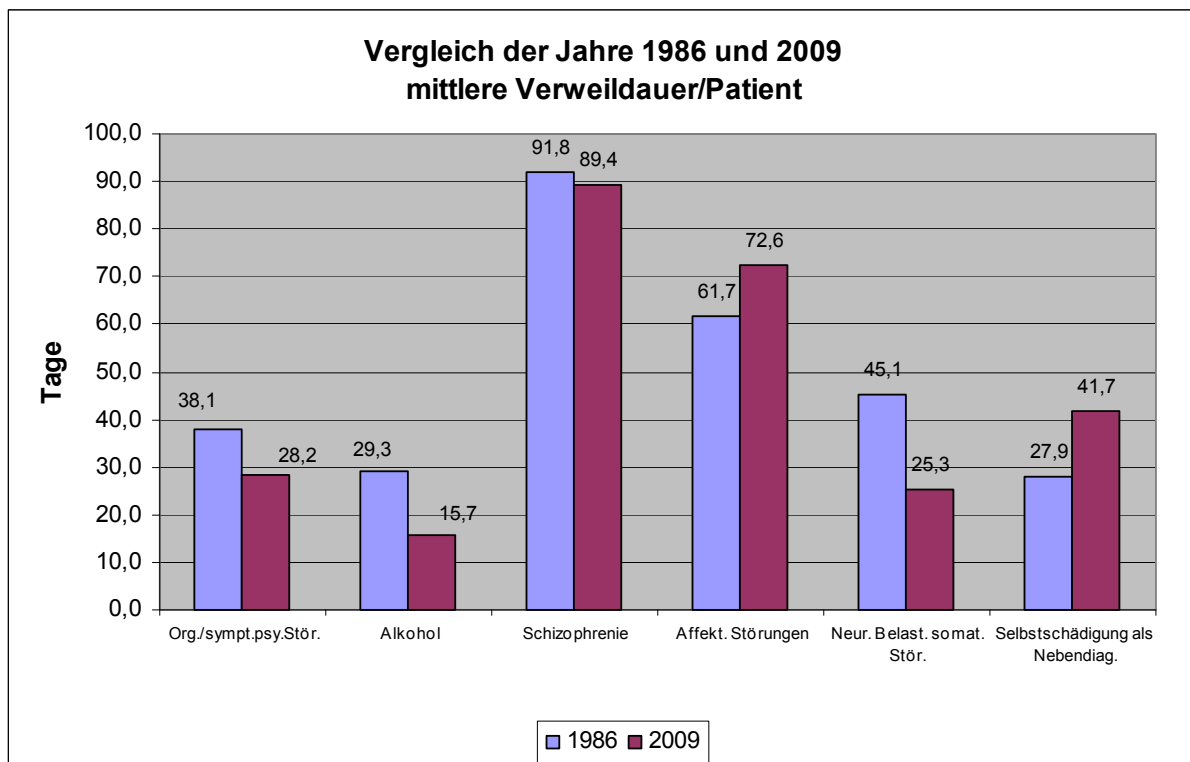
**Abbildung 93. Mittlere Verweildauer/Fall im Vergleich der Jahr 1986 und 2009**



Die Verteilung der Verweildauer von Fällen mit affektiven Erkrankungen veränderte sich im Vergleich zum Jahr 1986 nicht. Fälle mit Suizidalität verweilten durchschnittlich rund 40 Tage im Jahr 2009. Die mittlere Verweildauer stieg um rund 53 % im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 an ( $p = 0,010$ ; 1986:  $N = 58$ ;  $MW = 26,4$ ;  $SD = \pm 33,6$ ,  $Q1 = 3,0$ ,  $MED = 13,5$ ,  $Q3 = 38,5$ ; 2009:  $N = 93$ ;  $MW = 40,4$ ;  $SD = \pm 40,3$ ,  $Q1 = 10,5$ ,  $MED = 27,0$ ,  $Q3 = 53,5$ ).

Behandlungsfälle mit organischen und symptomatischen psychischen Störungen verzeichneten gegenüber dem Jahr 1986 einen Rückgang der mittleren Verweildauer von rund 33 % auf durchschnittlich 24,3 Tage im Jahr 2009 ( $p = 0,013$ ; 1986:  $N = 117$ ;  $MW = 36,1$ ;  $SD = \pm 48,3$ ,  $Q1 = 12,5$ ,  $MED = 25,0$ ,  $Q3 = 43,0$ ; 2009:  $N = 164$ ;  $MW = 24,3$ ;  $SD = \pm 25,0$ ,  $Q1 = 7,5$ ,  $MED = 17,0$ ,  $Q3 = 32,0$ ).

**Abbildung 94. Mittlere Verweildauer/Patient im Vergleich der Jahr 1986 und 2009**



Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen befanden sich sowohl im Jahr 1986 als auch im Jahr 2009 durchschnittlich am längsten zur Behandlung in der Klinik (Abbildung 94). Die Verteilung der mittleren Verweildauer von Patienten mit dieser Diagnose veränderte sich nicht beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009. Am zweit längsten befanden sich Patienten mit affektiven Störungen mit durchschnittlich 72,6 Tage im Jahr 1986 und auch im Jahr 2009 in der Klinik. Deren Verteilung der Verweildauer veränderte sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nicht.

Einen Anstieg der mittleren Verweildauer im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 verzeichneten nur Patienten mit Suizidalität (+ 49,8 %;  $p = 0,023$ ; 1986:  $N = 55$ ;  $MW = 27,9$ ;  $SD = \pm 38,3$ ,  $Q1 = 3,0$ ,  $MED = 13,0$ ,  $Q3 = 40,0$ ; 2009:  $N = 90$ ;  $MW = 41,7$ ;  $SD = \pm 42,1$ ,  $Q1 = 10,5$ ,  $MED = 28,5$ ,  $Q3 = 54,5$ ).

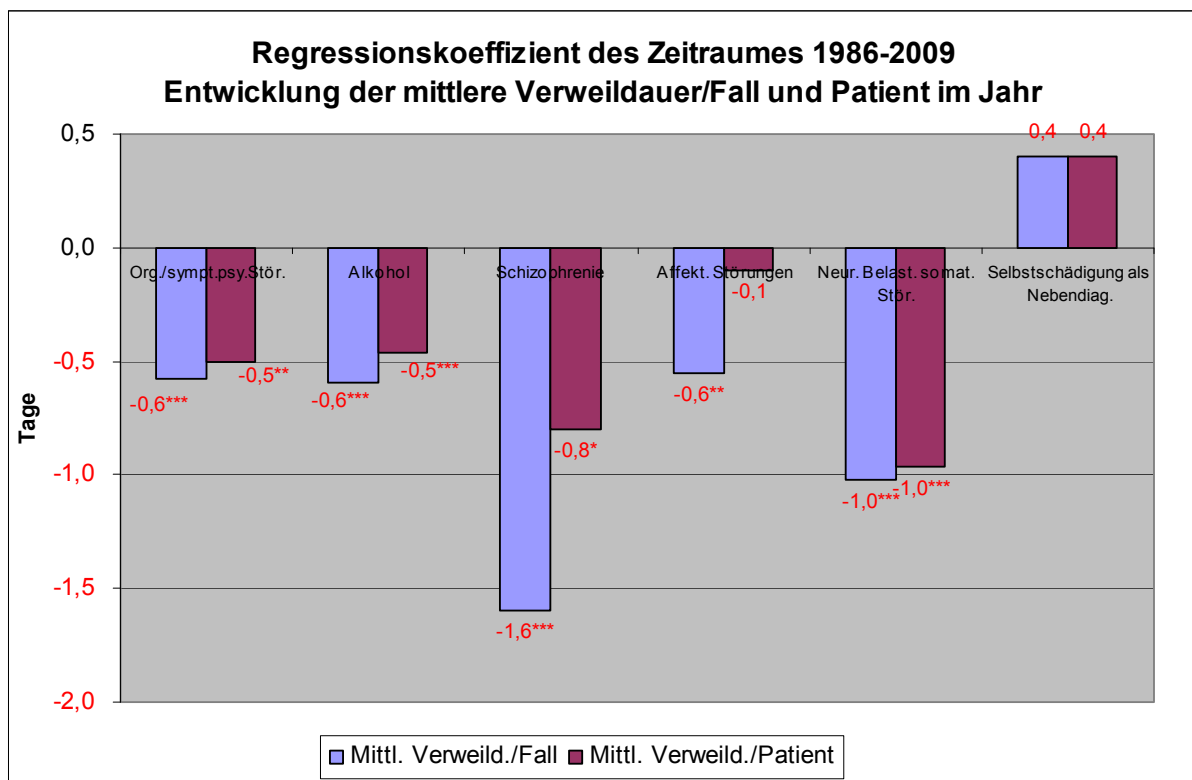
Die Verweildauern von Patienten mit Alkoholerkrankungen (- 46,6 %;  $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 172$ ;  $MW = 29,3$ ;  $SD = \pm 35,3$ ,  $Q1 = 3,0$ ,  $MED = 20,0$ ,  $Q3 = 39,0$ ; 2009:  $N = 286$ ;  $MW = 15,7$ ;  $SD = \pm 20,0$ ,  $Q1 = 4,0$ ,  $MED = 10,0$ ,  $Q3 = 20,0$ ) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (-43,9 %;  $p < 0,001$ ; 1986:  $N = 115$ ;  $MW = 45,1$ ;  $SD = \pm 57,6$ ,  $Q1 = 10,0$ ,  $MED = 35,0$ ,  $Q3 = 53,0$ ; 2009:  $N = 323$ ;

MW = 25,3; SD = ± 32,6, Q1 = 5,0, MED = 13,0, Q3 = 31,0) verkürzten sich im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 1986 deutlich (Abbildung 94).

Am kürzesten mit durchschnittlich 15,7 Tage/Jahr blieben im Jahr 2009 Patienten mit Alkoholkrankungen zur Behandlung in der Klinik.

In Abbildung 95 wird die Entwicklung der mittleren Verweildauer für Patienten und Behandlungsfälle im linearen Regressionsmodell vorgestellt.

**Abbildung 95. Regressionskoeffizient: mittleren Verweildauer von Patienten und Fallzahl**



Im linearen Regressionsmodell sank die Verweildauer im Beobachtungszeitraum von 1986 bis 2009 sowohl für Behandlungsfälle als auch für die Patienten in fast allen Diagnosegruppen. Suizidalität zeigte bezüglich der Veränderung der mittleren Verweildauer von Fällen und Patienten kein Effekt. Den größten Rückgang von durchschnittlich - 1,6 Tage/Jahr (95%CI [-2,1 ; -1,2];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,719$ ) zeigten Behandlungsfälle mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.

Fälle mit affektiven Störungen verzeichneten einen Rückgang der mittleren Verweildauer von durchschnittlich 0,6 Tagen im Beobachtungszeitraum (95%CI [-0,9 ; -0,2];  $p = 0,004$ ;  $R^2 = 0,327$ ), wohingegen die Verweildauer dieser Patienten keinen Effekt aufwies.

#### 4.3.2.4. Diagnosengruppenvergleich der Zeiträume 1986-1993 und 2002-2009

Die Jahre 1994 bis 2001 wurden beim Vergleich der Verteilungen der Verweiltage der Diagnosegruppen nicht einbezogen, um mögliche Verschlüsselungsartefakte aufgrund des Wechsels des Klassifikationssystems von ICD-9 zu ICD-10 nicht in die Berechnung mit aufzunehmen.

In Tabelle 57 wurden die Ergebnisse des Vergleiches der Verteilung der Verweiltage für die Zeitgruppen 1986-1993 und 2002-2009 zusammengefasst und unter Angabe von Mittelwert, Standardabweichung, Median, Modus und den Quartilen dargestellt.

**Tabelle 57. Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests im Vergleich der Verteilungen der Verweiltage der Zeitgruppen 1986-1993 und 2002 bis 2009**

F00-F09	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
1986-1993	30,5	31,6	23	2	11	23	39
2002-2009	20,5	24,6	14	4	6	14	26
p	<0,001		<0,001				

F10	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
1986-1993	20,8	24	15	2	4	15	29
2002-2009	11,3	14,7	7	2	3	7	14
p	<0,001		<0,001				

F20-F29	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
1986-1993	79,8	103,7	50	38	27	50	91
2002-2009	51,3	53,6	35	2	15	35	70
p	<0,001		<0,001				

F30-F39	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
1986-1993	57,0	45,0	46	29	30	46	71
2002-2009	46,3	41,3	36	15	20	36	61
p	<0,001		<0,001				

F40-F48	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
1986-1993	35,4	42,4	26	2	8	26	47
2002-2009	19,6	24,6	12	2	4	12	27
p	<0,001		<0,001				

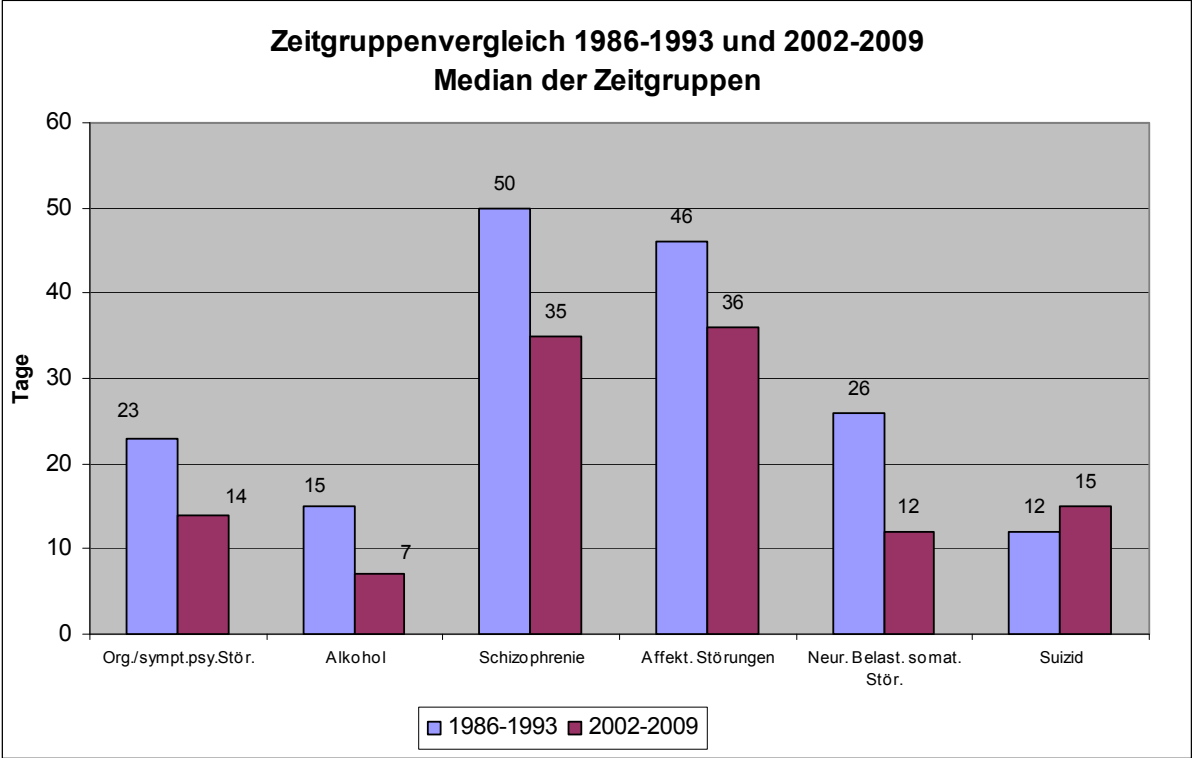
  

X84	MW	SD	MED	MO	Q1(25%)	Q2(50%)	Q3(75%)
1986-1993	24,4	31,3	12	2	4	12	33
2002-2009	26,8	37,0	15	2	5	15	32
p	nicht sig.		nicht sig.				

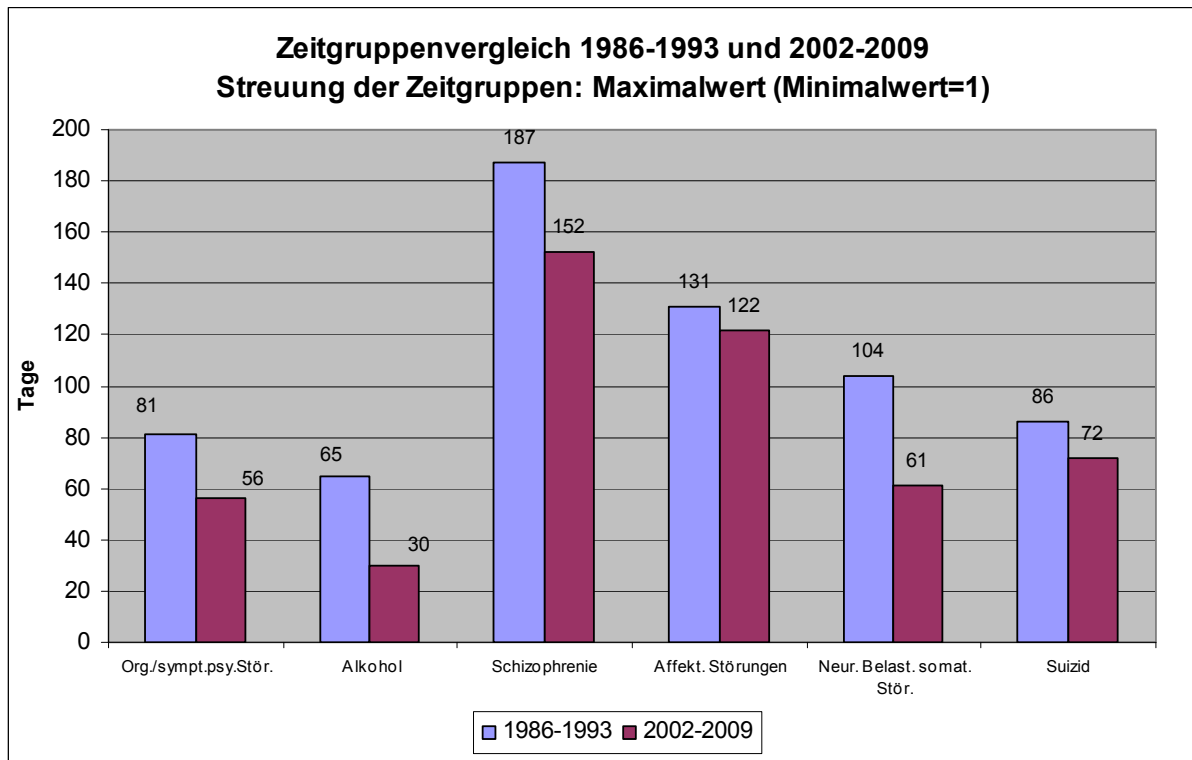
Es zeigte sich in fast allen untersuchten psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen ein Unterschied in den Verteilungen der Verweiltage der Zeiträume 1986-1993 und 2002-2009 außer für die Diagnose Suizidalität.

Die Mediane der Verweiltage aller psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen waren im Zeitraum 2002-2009 kleiner als im Zeitraum 1986-1993, außer bei Suizidalität als Haupt- und Nebendiagnose.

Abbildung 96. Median der der Verweiltage: Zeitgruppen 1986-1993 und 2002-2009



**Abbildung 97. Streuung der Verweiltage: Zeitgruppen (ohne Ausreißer) 1986-1993 und 2002-2009**



Die längsten Verweiltage fand man bei den Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen: im Zeitraum 1986-1993 blieb die Hälfte aller Fälle länger als 50 Tage in der Klinik, im Zeitraum 2002-2009 länger als 35 Tage. Ähnliche hohe Verweiltage zeigten Fälle mit affektiven Störungen: 1986-1993 blieb die Hälfte aller Fälle länger als 46 Tage in der Klinik, im Zeitraum 2002-2009 länger als 36 Tage (Abbildung 96).

Deutlich kleinere Mediane der Verweiltage beim Vergleich der Zeitgruppen findet man bei den Diagnosegruppen Alkoholerkrankungen (1986-1993: 15 Tage, 2002-2009: 7 Tage), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (1986-1993: 26 Tage, 2002-2009: 12 Tage) und organische und symptomatische psychische Störungen (1986-1993: 23 Tage, 2002-2009: 14 Tage).

Die Streuung der Verweiltage der Zeitgruppen im Vergleich der Jahre 1986-1993 und 2002-2009 zeigte, dass für alle ausgewählten psychiatrischen Diagnosegruppen die Streuung ohne Ausreißer im späteren Zeitraum geringer war als im früheren Zeitraum (Abbildung 97). Dennoch war die Streuung der Verweiltage im Zeitraum 2002-2009 vor allem bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen mit 152 Tagen und affektiven Störungen mit 122 Tagen sehr hoch. Die Verweiltage der Diag-

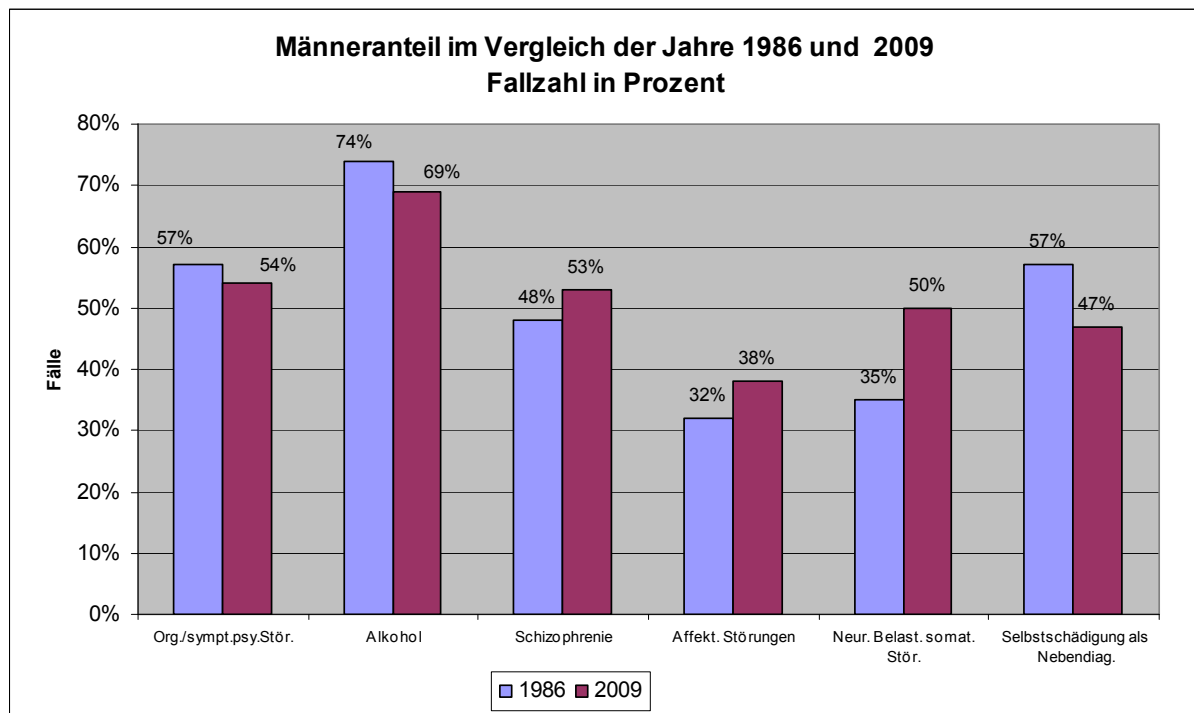


nose Alkoholkrankungen zeigten sowohl im Zeitraum 1986-1993 mit 65 Tagen als auch im Zeitraum 2002-2009 mit 30 Tagen die geringste Streuung (Abbildung 97).

#### 4.3.2.5. Geschlechterverhältnis der Diagnosegruppen im Vergleich der Jahre 1986 und 2009

In Abbildung 98 wird der Anteil der behandelten Männer (Fallzahl) nach den ausgewählten Diagnosegruppen im Jahr 1986 mit dem Jahr 2009 verglichen.

Abbildung 98. Anteil der Männer im Jahr 1986 und im Jahr 2009

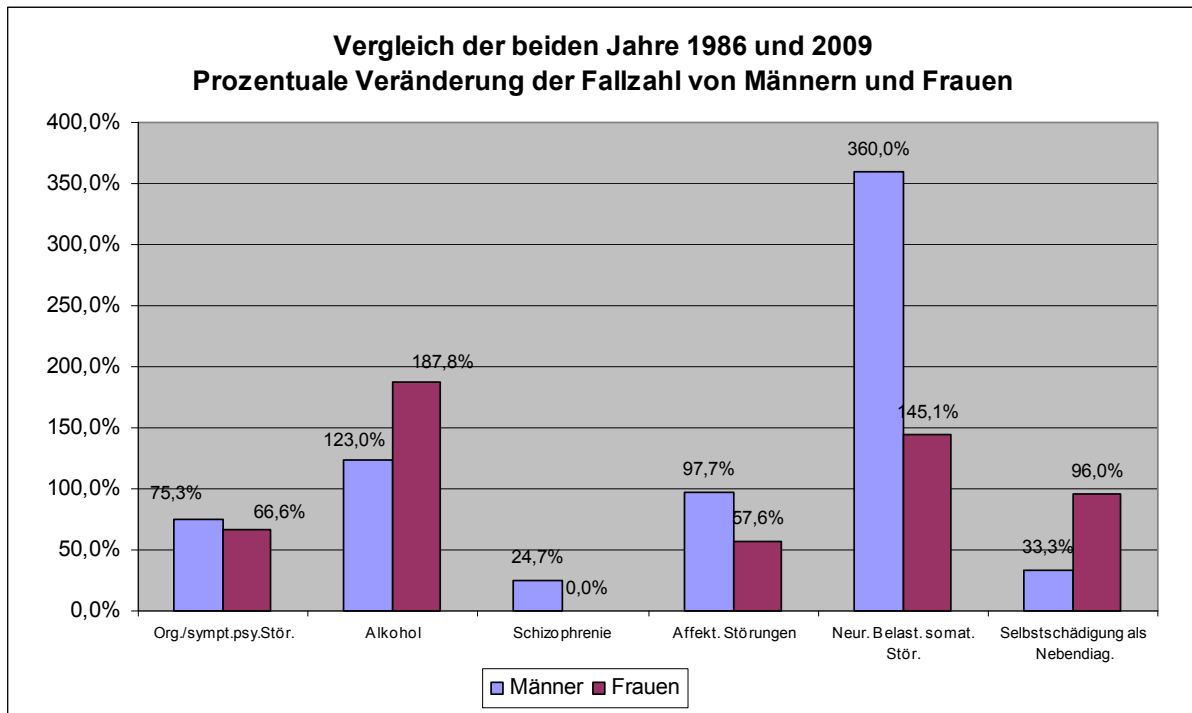


Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 war bei den Diagnosegruppen organische und symptomatische psychische Störungen, Alkoholkrankungen und Suizidalität anteilig ein leichter Rückgang der Männer festzustellen. In der Diagnosegruppe der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen stieg der Anteil der Männer im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um 5 Prozentpunkte an, das Geschlechterverhältnis in dieser Diagnosegruppe war ausgewogen.

Vor allem bei der Diagnose Alkoholkrankungen lag der Anteil der Männer sowohl im Jahr 1986 als auch im Jahr 2009 deutlich über dem der Frauen. In der Diagnosegruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen waren im Jahr 1986 Frauen mit 65 % anteilmäßig am häufigsten vertreten. Durch die Zunahme des Männeranteils in dieser Diagnose war im Jahr 2009 das Geschlechterverhältnis ausgewogen. Auch bei den affektiven Störungen nahm der Anteil der Männer im Jahr

2009 gegenüber dem Jahr 1986 um 6 Prozentpunkte auf mehr als ein Drittel der Behandelten zu.

**Abbildung 99. Prozentuale Veränderung der Fallzahlen von Männern und Frauen zwischen 1986 und 2009**



Betrachtet man die prozentuale Veränderung der Fallzahlen von Männern und Frauen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten (Abbildung 99), zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Männer in der Diagnosegruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Zwischen 1986 und 2009 stieg die Fallzahl der Männer um 360 %.

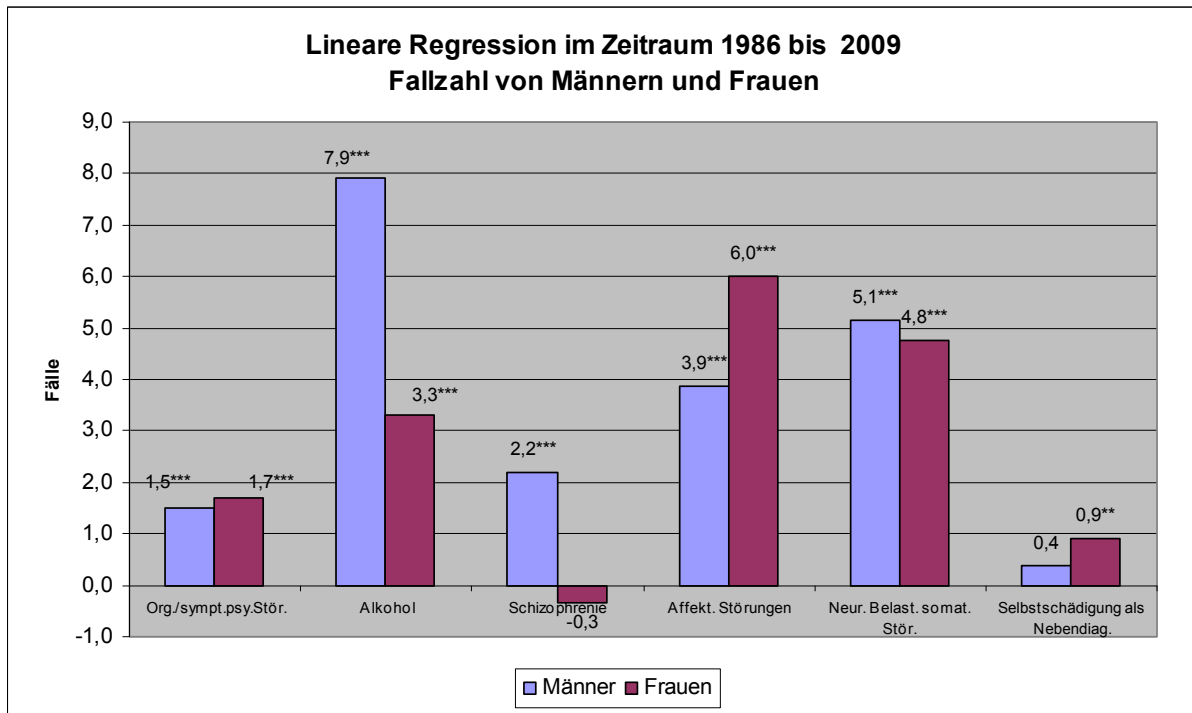
Auch die Fallzahl der Männer (+ 97,7 %) mit affektiven Störungen erhöhte sich im Jahr 2009 fast doppelt so viel wie die der Frauen (+ 57,6 %). In der Diagnosegruppe der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen war der Frauenanteil stabil geblieben, die Fallzahl der Männer erhöhte sich gegenüber dem Jahr 1986 um rund 25 % im Jahr 2009.

Die Fallzahl der Frauen mit Alkoholerkrankungen stieg beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 um rund 188 % und damit deutlich mehr als die Fallzahl der Männer (+ 123,0 %) In der Diagnosegruppe der Suizidalität stieg die Fallzahl der Frauen dreimal (+ 96,0 %) mehr an als der von Männern (+ 33,3 %).

Trotz der Erhöhung der Fallzahlen von Männern und Frauen in allen Diagnosegruppen veränderte sich lediglich in der Diagnosegruppe der neurotischen, Belastungs-

und somatoforme Störungen das Geschlechterverhältnis im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 ( $\chi^2$ ;  $p = 0,003$ ; 1986: N (Männer) = 44, 2009 N (Männer) = 202).

**Abbildung 100. Geschlechterverhältnis im linearen Regressionsmodell für den Zeitraum 1986-2009**



Betrachtet man die Veränderung der Fallzahl von Männern und Frauen im linearen Regressionsmodell für den gesamten Zeitraum (Abbildung 100), ergab sich für die Diagnosegruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen für beide Geschlechter ein ähnlicher durchschnittlicher Anstieg: die Fallzahl der Frauen stieg um durchschnittlich 4,8 Fälle/Jahr (95%CI [3,1 ; 6,5];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,602$ ) die der Männer um durchschnittlich 5,1 Fälle/Jahr (95%CI [3,6 ; 6,7];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,695$ ). Die Fallzahl von Frauen der Diagnosegruppe affektive Störungen erhöhte sich im Beobachtungszeitraum erheblich um durchschnittlich 6 Fälle/Jahr (95%CI [4,1 ; 7,9];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,660$ ), fast doppelt so viele Fälle/Jahr als bei den Männern ( $B=3,9$ ; 95%CI [2,4 ; 5,3];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,590$ ). Die Veränderung der Fallzahl von Frauen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zeigte keinen Effekt, wohingegen bei Männern die Fallzahl um durchschnittlich 2,2 Fälle/Jahr anstieg (95%CI [1,0 ; 3,4];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,386$ ). Die Fälle von Männern mit Alkoholerkrankungen nahmen im Zeitverlauf zwischen 1986 und 2009 erheblich um durchschnittlich rund 8 Fälle/Jahr zu (95%CI [6,5 ; 9,3];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,929$ ), deutlich mehr als die Erkrankungsfälle von Frauen mit einem Zuwachs von durchschnittlich 3,3 Fälle/Jahr (95%CI

[2,3 ; 4,3];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,686$ ). Die Fallzahl von Männern mit organischen und symptomatischen psychischen Störungen stieg um 1,5 Fälle/Jahr (95%CI [0,6 ; 2,2];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,449$ ), die von Frauen um 1,7 Fälle/Jahr (95%CI [0,9 ; 2,4];  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,497$ ).

Bei der Erkrankungsgruppe Suizidalität veränderte sich die Fallzahl von Frauen im Beobachtungszeitraum im Jahresdurchschnitt nur geringfügig um durchschnittlich 0,9 Fälle/Jahr (95%CI [0,3 ; 1,6];  $p = 0,009$ ,  $R^2 = 0,247$ ). Für Männer zeigte sich kein Effekt.

## 4.4. Epidemiologische Daten der Klinik im Vergleich zu Deutschland und dem Saarland

### 4.4.1. Belegungsstatistik

Für den Vergleich der Belegungsstatistik der Klinikpatienten ohne Diagnosedifferenzierung mit Deutschland wurden die Daten von psychiatrischen Fachkrankenhäusern mit bis zu 99 Betten zugrunde gelegt, da diese Datenbasis am ehesten derjenigen der Klinik mit 100 aufgestellten Betten im Jahr 2009 entsprach. Die Zahlen des Saarlandes stammten aus den statistischen Berichten über Krankenhäuser im Saarland für das Jahr 2009 und wurden vom Statistischen Amt Saarland herausgegeben (vgl. Kapitel 2.8).

Die **Verweildauer** stationären Behandlungsfälle in der Klinik war mit der in deutschen psychiatrischen Fachkrankenhäusern ähnlicher Größe vergleichbar und lag im Jahr 2009 in beiden Einrichtungen bei durchschnittlich rund 29 Tagen/Jahr. Im Saarland belief sich die durchschnittliche Verweildauer der 9 psychiatrischen Fachabteilungen mit 20,8 Tagen unter den Zahlen der Klinik und Deutschland.

Die durchschnittlichen **Behandlungstage** psychiatrischer Fachkrankenhäuser bis 99 Betten in Deutschland lagen im Jahr 2009 bei 16.092 Tagen (1.657.519 Belegungstage insgesamt/103 Krankenhäuser mit ausschließlich 4932 aufgestellten psychiatrischen, psychotherapeutischen u. neurologischen Betten, Tabelle 25, S. 82). Im Saarland wurden durchschnittlich in einer psychiatrischen Fachabteilung (insgesamt 9) 26.326 Behandlungstage erzielt. Beide Einrichtungen lagen damit deutlich unter den 50.287 Behandlungstagen, die in der Klinik im Jahr 2009 erzielt wurden. Vergleicht man die Behandlungstage je aufgestelltem Bett (vgl. Kapitel 2.8), dann wurden im Jahr 2009 in deutschen Krankenhäusern bis 99 Betten 336,1 Behandlungstage/aufgestelltem Bett erreicht, im Saarland 375,5 Behandlungstage/aufgestelltem Bett und in der Klinik dagegen 502,9 Behandlungstage/aufgestelltem Bett erzielt.

Der **Nutzungsgrad aufgestellter Betten** entsprach diesen Zahlen und lag in deutschen psychiatrischen Fachkrankenhäusern bis 99 Betten im Jahr 2009 bei 92,1 %, im Saarland bei 102,9% und damit jeweils deutlich unter dem der Klinik, die im Jahr 2009 ein Nutzungsgrad von 110 % aufwies.

#### 4.4.2. Diagnoseverteilung

Um die Beziehung zwischen der Analyseebene der Gesellschaft und der institutionellen Ebene von Patienten zu beschreiben, wurden im folgenden Teil die Fallzahlen der Klinik aus Jahr 2009 sowohl mit den Angaben zu vollstationären psychischen Erkrankungsfällen in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2008 als auch mit den Krankenhausfällen psychisch Kranker im Saarland in Beziehung gesetzt.

Für Deutschland wurden die Daten des Statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt, welches die 12-Monatsprävalenzen vollstationärer Behandlungsfälle nach dreistelligen psychiatrischen ICD-10 Hauptdiagnosen in allen deutschen Krankenhäusern ohne Unterscheidung nach Fachabteilung im Jahr 2008 erhoben hat (vgl. Kapitel 2.5.7.1).

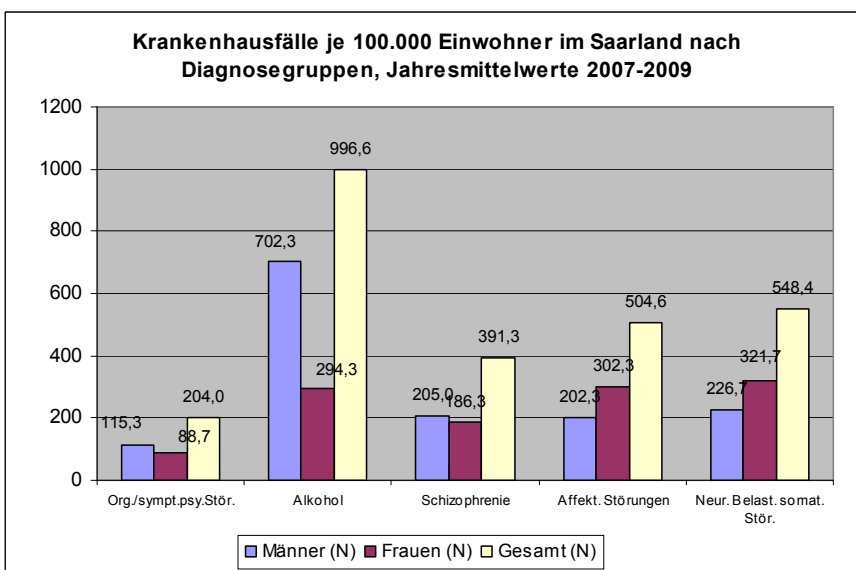
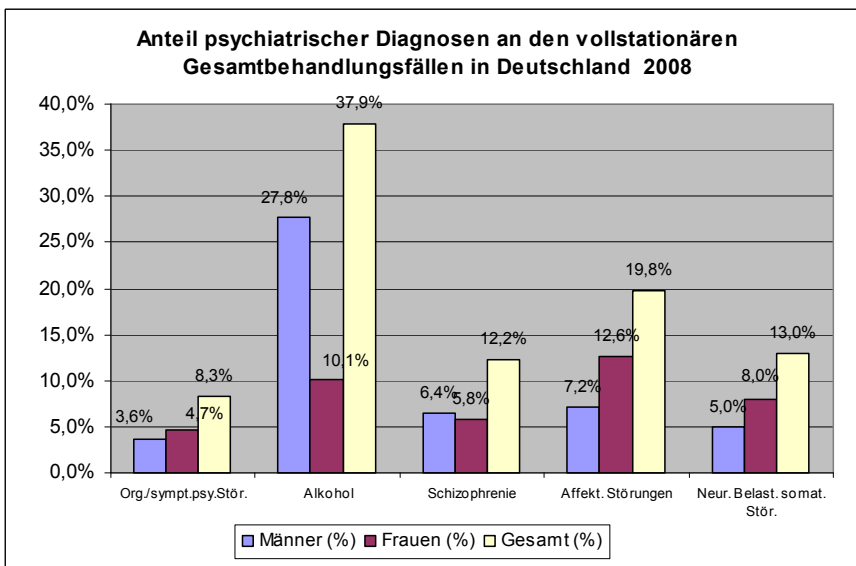
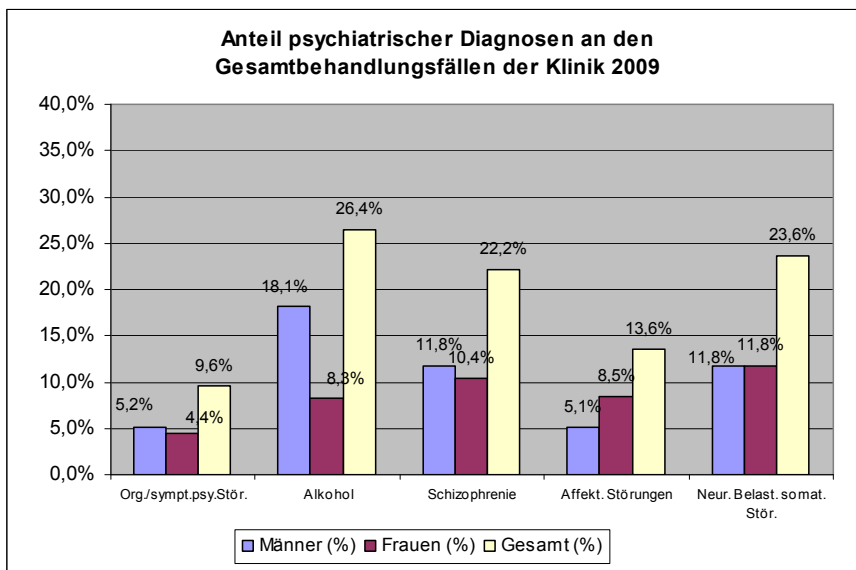
Die Daten des Saarlandes stammen aus der Gesundheitsberichterstattung des Ministeriums für Gesundheit und Verbraucherschutz (2011) und berücksichtigen die Krankenhausfälle von Frauen und Männern im drei Jahresmittelwert von 2007-2009 aufgrund von psychischen Erkrankungen je 100.000 Einwohner im Saarland. Hier wurden ebenfalls nicht nur psychiatrische Fachabteilungen berücksichtigt. Die Daten der Klinik beruhen hingegen auf der Erhebung in einer psychiatrischen Fachabteilung. Diese unterschiedliche Datenbasis der drei Vergleichsebenen zu verschiedenen Zeitpunkten ist bei den folgenden Ausführung zu berücksichtigen, die damit nur Tendenzen beim Diagnosegruppenvergleich beschreiben können (Tabelle 59).

Die Diagnosegruppen wurden hinsichtlich der Geschlechterverteilung dargestellt; für die Diagnose Selbstschädigung wurden die Zahlen nicht abgebildet, weil sie nicht unter den psychiatrischen Diagnosen erfasst wurde.

**Tabelle 58. Psychiatrische Hauptdiagnosen: Klinikdaten im Vergleich zu Krankenhausdaten für Deutschland und dem Saarland**

Hauptdiagnose	Klinik 2009 Anteil a. d. Gesamtbehandlungsfällen			Krankenhäuser in Dt. 2008 Anteil a. d. Gesamtbehandlungsfällen			Saarland: Fälle je 100.000 Einwohner (Jahresmittelwerte 2007, 2008, 2009)		
	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (N)	Frauen (N)	Gesamt (N)
Org./sympt.psy.Stör.	5,2%	4,4%	9,6%	3,6%	4,7%	8,3%	115,3	88,7	115,3
Alkohol	18,1%	8,3%	26,4%	27,8%	10,1%	37,9%	702,3	294,3	702,3
Schizophrenie	11,8%	10,4%	22,2%	6,4%	5,8%	12,2%	205,0	186,3	205,0
Affekt. Störungen	5,1%	8,5%	13,6%	7,2%	12,6%	19,8%	202,3	302,3	202,3
Neur. Belast. somat. Stör.	11,8%	11,8%	23,6%	5,0%	8,0%	13,0%	226,7	321,7	226,7

Abbildung 101. Psychiatrische Hauptdiagnosen: Klinikdaten - Deutschland – Saarland



#### **4.4.2.1. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen**

Vollstationäre Patienten mit der Diagnose der organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen hatten in deutschen Krankenhäusern eine 12-Monatsprävalenz von 8,3 % (Statistisches Bundesamt 2009); in der Klinik lag sie im Jahr 2009 bei 9,6 %. Damit hatte diese Diagnosegruppe in Deutschland und in der Klinik den geringsten Anteil an den untersuchten Diagnosegruppen. Auch im Saarland bildeten diese Patienten den niedrigsten Rang an Krankenhausfällen bezogen auf die ausgewählten psychiatrischen Diagnosegruppen.

Betrachtet man das Geschlechterverhältnis, ergab sich ein geringer Unterschied: in der Klinik wurden 0,8 % mehr Männer behandelt, in den deutschen Krankenhäusern dagegen 1,1 % mehr Frauen; im Saarland überwog der Anteil der männlichen Krankenhausfälle (Abbildung 101).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Patienten der Klinik mit der Diagnose organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen etwa das Vorkommen dieses Krankheitsbildes in deutschen Krankenhäusern und im Saarland abbilden, in der Klinik und im Saarland wurden jedoch mehr Männer behandelt als in Deutschland.

#### **4.4.2.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol**

Patienten mit Alkoholerkrankungen hatten in deutschen Krankenhäusern mit rund 38 % deutlich den größten Anteil an den psychiatrischen Erkrankungen insgesamt. In der Klinik lag der Anteil mit 26,4 % hinter dem Anteil in deutschen Krankenhäusern, war aber ebenfalls die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose im Jahr 2009. In beiden Einrichtungen war der Männeranteil an dieser Diagnosegruppe sehr hoch. Das Verhältnis von alkoholkranken Männern und Frauen in deutschen Krankenhäusern ist damit mit den Klinikergebnissen vergleichbar: in der Klinik lag jedoch der Männeranteil mit 68,6 % etwas unter dem Männeranteil in deutschen Krankenhäusern, der bei 73,4 % lag. Die Krankenhausfälle mit Alkoholstörungen im Saarland lagen ebenfalls an der Spitze und entsprachen sowohl den Daten für Deutschland als auch den Klinikdaten.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass Alkoholerkrankung in allen betrachteten Untersuchungseinheiten die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose war. In deutschen Krankenhäusern war diese Diagnose öfter vertreten als in der Klinik.



#### **4.4.2.3. Schizophrenie**

Die Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen wurde in der Klinik mit 22,2 % am zweithäufigsten als Hauptdiagnose gestellt; in deutschen Krankenhäusern lag sie mit einem Anteil von 12,2 % lediglich auf dem vierten Platz, d. h. in der Klinik wurden im Verhältnis doppelt so viele schizophrene Fälle behandelt wie in deutschen Krankenhäusern. Das ausgewogene Geschlechterverhältnis in der Klinik entsprach dem in deutschen Krankenhäusern. Die Ergebnisse für das Saarland waren mit denen für Deutschland vergleichbar, dort lagen Schizophrenien ebenfalls auf dem 4. Platz.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen in der Klinik eine weit größere Bedeutung hat als im Saarland und in deutschen Krankenhäusern.

#### **4.4.2.4. Affektive Störungen**

Affektive Störungen waren mit einem Anteil von 19,8 % die in deutschen Krankenhäusern am zweit häufigsten vergebene Hauptdiagnose, lagen aber rund 18 Prozentpunkte hinter der am häufigsten vergebenen Diagnose der Alkoholerkrankung und 6,2 Prozentpunkte vor dem in der Klinik behandelten Patientenanteil. Patienten mit affektiven Störungen wurden in der Klinik im Jahr 2009 mit 13,6 % am viert häufigsten behandelt, im Saarland am dritt häufigsten. Frauen waren in dieser Diagnosegruppe deutlich überrepräsentiert und hatten sowohl in der Klinik als auch in deutschen Krankenhäusern einen Anteil von rund 63 % und im Saarland einen Anteil von 59 %.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass affektive Störungen in deutschen Krankenhäusern eine größere Bedeutung haben als im Saarland und in der Klinik.

#### **4.4.2.5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen**

Patienten mit der Diagnose neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen wurden in der Klinik mit einem Anteil von 23,6 % am zweithäufigsten behandelt und in deutschen Krankenhäusern mit einem Anteil von 13,0 % am dritthäufigsten. Im Saarland haben Erkrankte mit dieser Diagnose die zweit höchste Behandlungsrate. Männer und Frauen mit dieser Diagnose waren in der Klinik gleich häufig vertreten, wohingegen in deutschen Krankenhäusern mit 61,5 % und im Saarland mit 57,7 % ein leichter Frauenüberschuss festzustellen war.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen in der Klinik eine größere Bedeutung haben als in deutschen Krankenhäusern und im Saarland.

#### **4.4.2.6. Zusammenfassung**

Die vorangegangenen Ausführungen belegen für alle drei betrachteten Untersuchungsebenen in der Belegungsstatistik und auch in der Diagnoseverteilung Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten. Ursachen dafür sind zum einen, dass jeder Untersuchungseinheit eine andere Datenbasis zugrunde liegt. Die Ergebnisse der Klinik basieren auf Daten von Patienten, die vor allem im Saarpfalz-Kreis und den angrenzenden pfälzischen Landesteilen ihren Wohnsitz haben. Die Klinik erfasst damit die Daten im Sinne einer Vollerhebung in einer Organisation, nämlich einer spezialisierten psychiatrischen Universitätsklinik. Für Deutschland werden die Fälle aller Krankenhauseinrichtungen erfasst, wenn eine psychiatrische Hauptdiagnose vorliegt. Auch im Saarland werden die Krankenhausesfälle aufgrund von psychiatrischen Erkrankungen erfasst, hier gehen sogar drei Jahre in die Statistik ein.

Aufgrund der verschiedenen Grundgesamtheiten sind die gewonnenen Daten der verschiedenen Untersuchungsebenen nur bedingt vergleichbar; es lassen sich aber dennoch deutliche Trends erkennen, die in weiteren Untersuchungen möglicherweise erhärtet werden können.

### **4.5. Schlussfolgerung**

Die aufgestellten Hypothesen im Kapitel 2.9 können anhand der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit überprüft werden. Die Ergebnisse werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt:

#### **Hypothese 1**

Die Ergebnisse dieser Arbeit belegen eine Veränderung der Behandlungsprävalenz **aller behandelten Patienten** der Klinik im Zeitraum von 1986 bis 2009: Fall- und Patientenzahlen haben sich erhöht, bei gleichzeitiger Verkürzung von mittlerer Verweildauer und Behandlungstagen und Erhöhung der Wiederaufnahmerate. Hierbei stimmen die Ergebnisse des linearen Regressionsmodells für den Zeitraum von 1986 bis 2009 mit denen der zwei Erhebungszeitpunkte der Jahre 1986 und 2009 überein.

## Hypothese 2

Auch die **Unterteilung nach psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen** ergab eine Veränderung der Behandlungsprävalenz im Beobachtungszeitraum, wobei die untersuchten Diagnosegruppen auffällige Unterschiede zeigten.

- Bei der Betrachtung von Hauptdiagnose und **Haupt- und Nebendiagnosen** zeigte sich in allen Diagnosegruppen beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und im linearen Regressionsmodell eine Zunahme der **Fallzahl**, wobei die größten Zuwächse bei den Alkoholerkrankungen und den neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen zu finden waren. Ohne Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen sank die **mittlere Verweildauer** sowohl beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 als auch im linearen Modell bei fast allen untersuchten Erkrankungen, außer bei der Diagnose Suizidalität. Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 sanken die **Behandlungstage** mit der Hauptdiagnose organische, symptomatische psychische Störungen, Alkoholstörungen und Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Dagegen verzeichneten die Behandlungstage der Hauptdiagnosegruppe affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und Suizidalität eine Zunahme. Alkoholerkrankungen als Haupt- oder Nebendiagnose zeigten jedoch einen deutlichen Anstieg der Behandlungstage beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009. Im linearen Modell gab es den größten Zuwachs an Behandlungstagen bei den affektiven Störungen, gleichzeitig verzeichnete die Diagnosegruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen den größten Rückgang. Die übrigen untersuchten Diagnosegruppen zeigten keinen Effekt bezüglich der Veränderung der Behandlungstage mit Hauptdiagnose. Alkoholstörungen als Hauptdiagnose zeigten im linearen Modell keine Veränderung bezüglich der Behandlungstage, wohingegen sie als Haupt- oder Nebendiagnose eine große Zunahme aufwiesen.
- Bezüglich der **Mehrfachbehandlungen** zeigte sich beim Vergleich der Erhebungszeitpunkte der Jahre 1986 und 2009 und im linearen Regressionsmodell in den meisten Hauptdiagnosegruppen ein Anstieg von **Fällen und Patienten**. Eine Ausnahme bildeten Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, deren Anzahl sich verringerte. Die größten Zuwächse von Fällen als auch Patienten fand man in den Diagnosegruppen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Alkoholerkrankung und affektive Störungen. Die **Aufnahmerate** erhöhte sich mehrheitlich bei allen Diagnosen, außer bei Suizidalität und am deutlichsten bei Schizophrenie. Die **mittlere Verweildauer** von Fällen reduzierte sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 in fast allen Diagnosegruppen – am stärksten bei den Alkoholstörungen – mit Ausnahme der affektiven Störungen, die keinen Effekt zeigten und Suizidalität, bei der ein Anstieg erfolgte. Die mittlere Verweildauer von Patienten mit organischen, symptomatischen psychischen Störungen und Schizophrenie veränderte sich beim Vergleich der Jahre

1986 und 2009 nicht. Im linearen Regressionsmodell reduzierte sich die mittlere Verweildauer mehrheitlich in den untersuchten Diagnosegruppen – am deutlichsten bei den Schizophrenen. Eine Ausnahme bildeten Patienten mit affektiven Störungen und Suizidalität, die keinen Effekt zeigten.

- Gruppiert man die Fallzahl nach den Zeiträumen 1986-1993 und 2002-2009 dann zeigte sich in fast allen Diagnosegruppen ein Unterschied in den Verteilungen der Verweiltage dahingehend, dass sich die Mediane und die Streuungen der Verweiltage verkleinerten, außer bei Suizidalität.
- Das Geschlechterverhältnis hat sich beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 allein für die Diagnosegruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen verändert, denn der Männeranteil stieg in dieser Diagnosegruppe deutlich an. Im linearen Modell stiegen sowohl die Fallzahlen von Männern als auch von Frauen mehrheitlich an. Nur für Männer mit Suizidalität und Frauen mit Schizophrenie zeigte sich kein Effekt. Die größten Zuwächse der Fallzahlen verzeichneten Männer mit Alkoholstörungen und Frauen mit affektiven Störungen.

### Hypothese 3

- Beim Vergleich der **Belegungsstatistik** der Klinik gegenüber den Zahlen für Deutschland und dem Saarland ergaben sich für die Klinik ein höherer Nutzungsgrad der aufgestellten Betten, eine größere Zahl an Behandlungstagen und eine mit deutschen psychiatrischen Fachkrankenhäuser vergleichbare durchschnittliche Verweildauer, die bei psychiatrischen Krankenhausfällen im Saarland durchschnittlich rund 8 Tage kürzer war.
- Beim Vergleich der **Diagnoseverteilung** der Klinik gegenüber Deutschland und dem Saarland ergab sich die Gemeinsamkeit, dass Alkoholkrankungen auf allen Untersuchungsebenen die größte Bedeutung hatten. Auffällig an den Klinikdaten ist der große Anteil schizophrener Patienten. Dieser spiegelte sich weder im Saarland noch in Deutschland wider. Weiterhin fiel der große Anteil der Diagnosegruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen in der Klinik auf, der sich zwar im Saarland ebenfalls abbildete, in Deutschland jedoch nicht.

## 5. Diskussion der Ergebnisse

Im nachfolgenden Teil werden erst die Unterschiede zwischen den Klinikdaten im Vergleich zu Deutschland und dem Saarland erörtert und anschließend anhand publizierter Studienergebnisse mögliche Gründe für die Entwicklung der Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik bei den untersuchten psychiatrischen Erkrankungen diskutiert.

### 5.1. Behandlungsprävalenz der Klinikpatienten im Vergleich zu Deutschland und dem Saarland

#### 5.1.1. Belegungsstatistik

**Tabelle 59. Belegungsstatistik der Klinik, von psychiatrischen Fachkrankenhäusern bis 99 Betten in Deutschland und psychiatrischen Fachabteilungen im Saarland im Jahr 2009 (Statistisches Bundesamt 2009, Statistisches Amt Saarland 2011)**

Gegenstand der Nachweisung im Jahr 2009	Krankenhäuser/ Fachabt. gesamt	Anzahl aufgestellte Betten	Nutzungsgrad der Betten (%)	Betten/ Einrichtung	Behandlungstage ges.	Behandlungstage/ Einrichtung	durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Belegungstage/ aufgest. Bett
Deutschl.: psychiatr. KH bis 99 Betten	103	4932	92,1	47,9	1.657.519	16.092	28,6	336,1
Saarland: Psychiatrische Fachabteilungen	9	631	102,9	70,1	236.938	26.326	20,8	375,5
Klinik	1	100	110,0	100,0	50.287	50.287	29,4	502,9

Im Vergleich zu deutschen psychiatrischen Fachkrankenhäusern und saarländischen psychiatrischen Fachabteilungen zeigte die Klinik im Jahr 2009 einen höheren Nutzungsgrad aufgestellter Betten und mehr Behandlungstage. Die mittlere Verweildauer war mit der Verweildauer in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern vergleichbar, lag jedoch 8 Tage über der Verweildauer in saarländischen psychiatrischen Fachabteilungen.

Gründe für diese Unterschiede liegen möglicherweise in der länderspezifischen Bettenausstattung psychiatrischer Fachabteilungen begründet: hier liegt das Saarland nämlich mit 57 Betten/100.000 Einwohner in psychiatrischen Fachabteilungen nach Bayern auf dem vorletzten Platz im Vergleich zu anderen Bundesländern im Jahr 2008 (geringste Bettendichte: Bayern: 52 Betten/100.000 Einwohner; höchste Bettendichte: Bremen: 87 Betten/100.000 Einwohner), (Statistisches Bundesamt 2009).

Dies würde zumindest für die Klinik den höheren Nutzungsgrad und die größere Zahl an Gesamtbehandlungstagen gegenüber Deutschland erklären.

Die Unterschiede der Klinik gegenüber den psychiatrischen Fachabteilungen im Saarland liegen vermutlich darin, dass die Klinik Teil der Universität des Saarlandes ist und aufgrund dieser fachlichen Spezialisierung auf der einen Seite stärker nachgefragt wird. Auf der anderen Seite ist die Klinik häufiger mit schweren multimorbiden Erkrankungen befasst, was sich in einer längeren Verweildauer niederschlagen kann.

### **5.1.2. Diagnoseverteilung**

Vergleicht man die Diagnoseverteilung in der Klinik mit den Daten für das Saarland und Deutschland, dann wird die Bedeutung von Alkoholstörungen auf allen Untersuchungsebenen sichtbar. Die Gründe dafür liegen vor allem im multifaktoriellen Bedingungsgefüge von Individuum und Umwelt begründet und werden im folgenden Kapitel 5.2.2 näher erläutert.

Ein wesentlicher Unterschied in den Untersuchungsebenen betrifft das Auftreten schizophrener Erkrankungen, welche in der Klinik im Jahr 1986 noch die größte Patientengruppe darstellte und im Jahr 2009 immer noch die dritthäufigste Diagnose ist. Weder im Saarland noch in Deutschland haben Schizophrenien diesen Stellenwert. Ein möglicher Grund für die häufige Behandlung schizophrener Patienten in der Klinik könnte darin liegen, dass die Klinik seit Jahren ein spezielles Angebot für schizophren Erkrankte bereit stellt, wie z. B. das Warnsignal-Konzept (Behrendt 2001) zur Früherkennung von Psychosen, Angehörigengruppen für Psychose kranke und das Homburger Programm für Patienten mit wiederkehrenden psychotischen Störungen (HOPE, Falkai et al. 2005). Die Patienten erhalten damit in der Klinik eine best mögliche Behandlung und Betreuung und bleiben aus diesem Grund dieser Einrichtung treu. Dafür würde auch die hohe Wiederaufnahmerate schizophrener Patienten sprechen, die mit 25 Wiederaufnahmen/1000 Patienten im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen die größte Aufnahmerate in der Klinik darstellte.

Darüber hinaus wird die Klinik möglicherweise aufgrund dieser speziellen Behandlungsangebote von Patienten aus dem ganzen Saarland aufgesucht und betreut damit Patienten aus einem großen Einzugsbereich. Um diese Frage weiter zu klären, könnten die Patienten nach Herkunft und ihrem Krankheitsverlauf in nachfolgenden Studien weiter untersucht werden.

Der große Anteil von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen in der Klinik, welcher nach den Alkoholerkrankungen die zweit größte Patientengruppe darstellt, wird auf Saarländerebene bestätigt, in Deutschland haben diese Erkrankungen einen geringeren Stellenwert. Die Gründe hierfür liegen möglicherweise im Wandel der Arbeits- und Lebenswelt begründet, von dem das Saarland vielleicht früher betroffen ist als Gesamtdeutschland. Diese Frage könnte ebenfalls zum Gegenstand weiterer Untersuchungen werden.

## 5.2. Behandlungsprävalenz der Klinik nach psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen

### 5.2.1. Organische, symptomatische psychische Störungen

Tabelle 60. F00-F09. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell

F00-F09: Vergleich der Jahre 1986 und 2009													
	1986					2009					% Änd.		
Fälle m. Hdiag. (N)	117					164					40,2%		
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	149					196					31,5%		
Beh.tage m. Hdiag	4.226					3.980					-5,8%		
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	6.095					5.191					-14,8%		
Patienten (N)	111					141					27,0%		
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p	
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	36,1	48,3	12,5	25,0	43,0	24,3	25,0	7,3	17,0	32,0	-32,8% (MW)	0,013 (MW-U)	
Verweild./Patient in Tagen	38,1	51,7	13,0	26,0	43,0	28,2	30,2	9,0	20,0	34,5	-25,8% (MW)	0,122 (MW-U)	
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	40,9	47,6	14,5	29,0	47,5	26,5	27,7	7,0	17,5	34,0	-35,3% (MW)	<0,001 (MW-U)	
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,05	0,23	1,00	1,00	1,00	1,16	0,50	1,00	1,00	1,00	10,5% (MW)	0,063 (MW-U)	
Männer (Anteil %)	57%					54%					75,3% (Fälle)	0,618 (Chi2)	
Frauen (Anteil %)	43%					46%					66,6% (Fälle)		
Anteil F0 an Gesamtfällen (%)	10,5 %					9,6 %					-8,6%	0,436 (Chi2)	
Anteil F0 an Ges.behstage (%)	7,8 %					7,9 %					1,3%	0,438 (Chi2)	

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Q1(25%) = erstes Quartil; MED = Median (zweites Quartil); Q3(75%) = drittes Quartil; p = Signifikanz; % Änd. = prozentuale Änderung beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009; MW-U = Mann-Whitney-U-Test; Chi2 = Chi-Quadrat-Test

F00-F09: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=3338 Fälle)				
	B	p	R2	95%CI
Fälle m. Hdiag.	3,1	<0,001	0,519	1,8 ; 4,5
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	3,4	<0,001	0,440	1,7 ; 5,1
Beh.tage m. Hdiag	-4,3	0,869	0,001	-57,6 ; 49,0
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	-25,2	0,428	0,029	-89,8 ; 39,4
Patienten	2,3	<0,001	0,419	1,1 ; 3,5
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-0,6	<0,001	0,447	- 0,9 ; -0,3
Verweild./Patient	-0,5	0,005	0,303	-0,8 ; -0,2
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-0,7	<0,001	0,588	-0,9 ; -0,4
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,005	0,002	0,365	0,002 ; 0,007
Fallzahl Männer	1,5	<0,001	0,449	0,6 ; 2,2
Fallzahl Frauen	1,7	<0,001	0,497	0,9 ; 2,4

B = Regressionskoeffizient (durchschnittl. Änderung/Jahr im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009); p = Signifikanz; R2 = Bestimmtheitsmaß; 95%CI = Konfidenzintervall 95%

Für die Diagnosegruppe der organischen, symptomatischen psychischen Störungen zeigte sich im linearen Regressionsmodell und beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 ein Anstieg von Fall-, Patientenzahl und Wiederaufnahmerate bei einem Rückgang der mittleren Verweildauer. Die Behandlungstage änderten sich kaum, ebenso wenig wie der Anteil an den Gesamtbehandlungsfällen und -tagen.



Demenzen gehören in Deutschland zu den häufigsten Erkrankungen des Alters. So steigt die Prävalenz der Alzheimer Demenz mit zunehmendem Lebensalter exponentiell an und erreicht bei den über 90-Jährigen nahezu 35 % (Bickel 2008).

Die Gründe dafür, dass sich die Zunahme demenzieller Störungen in Deutschland in der Behandlungsprävalenz dieser Patientengruppe in der Klinik wenig abbildet, liegen vermutlich darin, dass der Anstieg von Patienten mit diesem Erkrankungsbild vor allem in anderen Institutionen wie Pflegeheimen, ambulante Diensten, Tageskliniken etc. bemerkbar wird und weniger im stationären Bereich einer Universitätsklinik. Im Regelfall wird dieses Patientenkontingent in der Klinik ambulant betreut in dem eigens dafür eingerichteten, auf die Erkrankung spezialisierten Gedächtniszentrum, einer Spezialsprechstunde für Patienten mit Hirnleistungsstörungen.

Um die Entwicklung der Behandlungsprävalenz dieser Diagnosegruppe zeigen zu können, wäre die Darstellung der Fall- und Patientenzahlen ambulanter Patienten aussagekräftiger und könnte damit ein Thema weiterer wissenschaftlicher Arbeiten werden.

## 5.2.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

**Tabelle 61. F10. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell**

F10: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag. (N)	188					451					140,0%	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	246					607					146,7%	
Beh.tage m. Hdiag	5.039					4.477					-11,2%	
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	6.455					8.924					38,2%	
Patienten (N)	172					286					66,3%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	26,8	31,3	3,3	20,5	35,0	9,9	13,0	4,0	7,0	12,0	-62,4% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	29,3	35,3	3,0	20,0	39,0	15,7	20,0	4,0	10,0	20,0	-46,6% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	26,2	29,9	3,0	20,0	35,0	14,7	22,7	4,0	8,0	16,0	-44,0% (MW)	<0,001 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,09	0,33	1,00	1,00	1,00	1,58	1,57	1,00	1,00	1,00	45,0% (MW)	<0,001 (MW-U)
Männer (Anteil %)	74%					69%					123% (Fälle)	0,190 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	26%					31%					187,8% (Fälle)	
Anteil F10 an Gesamtfällen (%)	16,7 %					26,4 %					58,1%	<0,001 (Chi2)
Anteil F10 an Ges.beh.tage (%)	9,3 %					8,9 %					-4,3%	0,033 (Chi2)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Q1(25%) = erstes Quartil; MED = Median (zweites Quartil); Q3(75%) = drittes Quartil; p = Signifikanz; % Änd. = prozentuale Änderung beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009; MW-U = Mann-Whitney-U-Test; Chi2 = Chi-Quadrat-Test

F10: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=6689 Fälle)				
	B	p	R2	95%CI
Fälle m. Hdiag.	11,2	<0,001	0,857	9,2 ; 13,3
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	18,0	<0,001	0,870	14,9 ; 21,1
Beh.tage m. Hdiag	11,1	0,623	0,011	-35,1 ; 57,4
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	186,4	<0,001	0,526	108,1 ; 264,8
Patienten	5,4	<0,001	0,772	4,1 ; 6,7
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-0,6	<0,001	0,798	-0,7 ; -0,5
Verweild./Patient	-0,5	<0,001	0,537	-0,7 ; -0,3
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-0,4	<0,001	0,472	-0,6 ; -0,2
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,019	<0,001	0,760	0,014 ; 0,024
Fallzahl Männer	7,9	<0,001	0,929	6,5 ; 9,3
Fallzahl Frauen	3,3	<0,001	0,686	2,3 ; 4,3

B = Regressionskoeffizient (durchschnittl. Änderung/Jahr im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009); p = Signifikanz; R2 = Bestimmtheitsmaß; 95%CI = Konfidenzintervall 95%

Behandlungsfälle mit Alkoholerkrankungen stellten mit einem Anteil von 26,4 % aller Fälle die größte behandelte Patientengruppe in der Klinik im Jahr 2009 dar, erforderten aber lediglich rund 9 % der Gesamtbehandlungstage.

Sowohl im linearen Regressionsmodell als auch beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 nahmen Fall- und Patientenzahl mit Alkoholerkrankungen erheblich zu. Im linearen Modell zeigten Fälle mit Alkoholerkrankungen sogar die höchsten Zuwächse von allen untersuchten Diagnosegruppen (11,2 Fälle/Jahr).

Aber auch als Nebendiagnose nahmen Alkoholerkrankungen an Bedeutung zu: im linearen Regressionsmodell zeigten sie einen Anstieg von durchschnittlich 18 Fällen/Jahr.

Die Anzahl der Behandlungstage von Alkoholerkrankungen als Hauptdiagnose zeigten im linearen Regressionsmodell keine Veränderung. Als Haupt- oder Nebendiagnose verzeichneten die Behandlungstage dagegen einen deutlichen Anstieg von rund 188 Tagen/Jahr.

Die mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen mit Alkoholstörungen sank jeweils um rund  $\frac{1}{2}$  Tag/Jahr bei einem gleichzeitigen Anstieg der Aufnahme rate von rund 19 Fälle/1000 Patienten/Jahr.

Vor allem Männer wurden in der Klinik mit Alkoholstörungen behandelt, mit einem Anteil von deutlich mehr als zwei Drittel aller Fälle sowohl im Jahr 1986 als auch im Jahr 2009. Dennoch wiesen Frauen beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 einen höheren prozentualen Zuwachs auf als Männer.

Zusammenfassend ist feststellbar, dass Alkoholerkrankungen sowohl eine große Bedeutung als Hauptdiagnose aber auch als Begleiterkrankung haben. Weiterhin lässt die auffällige Zunahme von Fall-, Patientenzahl und Aufnahme rate mit Alkoholerkrankung als Hauptdiagnose erkennen, dass einerseits ein Anstieg von Neuaufnahmen in der Klinik zu verzeichnen war, andererseits auch ein Anstieg der Behandlung von Patienten mit Erkrankungsrückfällen.

Die möglichen Gründe für diese Zunahme von Patienten mit Alkoholstörungen sollen nachfolgend erläutert werden.

Für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit spielen genetische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach Veränderungen in diesen Bereichen, die den Anstieg von Alkoholkranken in der Klinik erklären könnten.

#### **5.2.2.1. Genetische Faktoren**

Bei der Entwicklung von Sucht spielen genetische Faktoren eine bedeutende Rolle, jedoch ist der Verlauf einer Suchterkrankung immer von Gen-Umwelt Interaktionen abhängig.

In Zwillings- und Adoptionsstudien wurde versucht, den genetischen Anteil von Alkoholismus zu bestimmen. Es zeigte sich, dass das Risiko einer Alkoholerkrankung für Kinder von alkoholkranken Eltern höher war als in Familien, in denen keine Suchter-

krankung vorlag (Pickens et al 1991, Cadoret & Wesner 1990 zit. in Wessel & Westermann 2002).

Forscher des Nationalen Genomforschungsnetzwerkes ([www.ngfn.de](http://www.ngfn.de)) untersuchten die Genetik der Alkoholsucht und entschlüsselten zwei Varianten im Gen *CRHR1*, die unsere Trinkgewohnheiten beeinflussen (Treutlein et al. 2006). Dieses Gen reguliert ein Protein, das bei der Verarbeitung von Stress und der Steuerung von Gefühlen eine Rolle spielt. Die Forscher konnten zeigen, dass Menschen mit dieser Genveränderung sich im Durchschnitt doppelt so häufig betrinken wie Menschen, welche diese Genmutation nicht aufwiesen. Die Personen mit Genveränderung tranken nicht öfter als andere, aber wenn sie Alkohol konsumierten, dann deutlich mehr. Im Tierexperiment tranken Mäuse mit defektem *CRHR1-Gen* in Stresssituationen deutlich mehr Alkohol als ihre Artgenossen (Timpl et al. 1998). Möglicherweise kann dieser Zusammenhang zwischen Stressbewältigung und Trinkverhalten auf Menschen übertragen werden, wobei dann Alkohol als Mittel zur Stressbewältigung angewendet wird.

**Zusammenfassend** ist feststellbar, dass genetische Faktoren bei der Entwicklung von Alkoholabhängigkeit eine wichtige und weiter zu erforschende Rolle spielen. Die Untersuchung der Gene im Bereich der Grundlagenforschung kann damit das Verständnis der Entwicklung einer Alkoholerkrankung verbessern und wichtige Therapieoptionen aufzeigen.

Der Anstieg von Alkoholkranken in der Klinik kann allein mit diesen Forschungsergebnissen jedoch nicht erklärt werden. Dazu ist es notwendig, den individuellen Verlauf der Erkrankung unter dem Aspekt der Gen-Umwelt Interaktionen zu beurteilen um damit mögliche Erklärungsmodelle für den Zuwachs von Patienten mit Alkoholstörungen zu finden.

#### **5.2.2.2. Psychologische Faktoren**

Der Einfluss psychologischer Faktoren auf die Entwicklung einer Alkoholstörung wird unter anderem mit der Lerntheorie erklärt, wobei die schnell eintretende Wirkung des Alkohols ein positiver Verstärker für weiteren Konsum ist (Wessel & Westermann 2002). Darüber hinaus wird Alkohol zur Reduktion von Spannungen und Stress konsumiert. Chaplin et al. (2008) untersuchten den Zusammenhang zwischen Stress und dem Bedürfnis nach Alkohol. Dazu wurden in einer Studie 54 Gelegenheitstrinker (27 Männern und 27 Frauen) mit drei Begebenheiten konfrontiert, die belastend

oder neutral waren oder in Zusammenhang mit Alkohol standen. Die Autoren fanden heraus, dass Frauen nach der belastenden Erzählung von Angst und Traurigkeit berichten. Bei Männern war die erhöhte Anspannung mit einem gesteigerten Verlangen nach Alkohol verbunden.

Childs et al. (2011) untersuchten die komplexe Wechselbeziehung zwischen Stress und Alkohol. Die Autoren konnten zeigen, dass Alkohol den Kortisolspiegel senken, aber ebenso die Dauer der stressbedingten Anspannung verlängern konnte. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Stress-Alkohol-Interaktionen mit individuellen Faktoren variierten.

Zusammenfassend wird davon ausgegangen, dass genetische Faktoren auch durch Umweltfaktoren bestimmt werden und psychologische Faktoren ebenfalls durch soziale Faktoren beeinflusst werden. Somit wird nachfolgend als Ursache für den Anstieg von Alkoholkrankungen schwerpunktmäßig der Wandel sozialer Faktoren diskutiert.

### **5.2.2.3. Soziale Faktoren**

Gesellschaftliche Faktoren, vor allem die Akzeptanz im sozialen Netzwerk und der Umgang mit Alkohol, beeinflussen alkoholbezogene Störungen.

Hierbei haben die Trinkgewohnheiten im unmittelbaren sozialen Umfeld einen besonders großen Einfluss auf die Entstehung einer Alkoholstörung. Vor allem der Zusammenhang zwischen Alkoholikerfamilien und erhöhtem Alkoholkonsum der Kinder wird häufig diskutiert. So korrelierte ein starker Alkoholkonsum des Vaters hoch mit dem späteren Alkoholkonsum der Jugendlichen. Auf der anderen Seite entwickelten aber nur etwa 25% der Kinder aus Alkoholikerfamilien später selbst ein Alkoholproblem (Feuerlein 2005).

An soziokulturellen Faktoren spielen die Verfügbarkeit von Alkohol und die Einstellung der Gesellschaft zum Alkoholkonsum eine wichtige Rolle und beeinflussen das individuelle Trinkverhalten. In Abstinenzkulturen wie z. B. Islam ist der Konsum von Alkohol untersagt; in Ambivalenzkulturen sind Konsum und Vertrieb Beschränkungen unterworfen (z. B. Skandinavien); in Permissivkulturen ist der Konsum erlaubt, Trunkenheit und exzessive Formen des Alkoholkonsums werden aber abgelehnt. In Permissiv-funktionsgestörten Kulturen wird nicht nur das "normale" Alkoholtrinken, sondern auch der Exzess gebilligt.

Alkoholgenuss ist damit in unserer Gesellschaft ein fester Bestandteil vieler gesellschaftlicher Ereignisse und bei bestimmten Anlässen wird auch Trunkenheit von großen Bevölkerungsteilen akzeptiert.

**Zusammengefasst** lässt sich feststellen, dass soziale Faktoren nur eine Ursache im multifaktoriellen Bedingungsgefüge von Alkoholmissbrauch, Individuum und sozialem Umfeld darstellen, die dann in unterschiedlichem Ausmaß die Entwicklung einer Alkoholstörung begünstigen.

#### **5.2.2.4. Demographische Entwicklung**

Die Trinkgewohnheiten im höheren Lebensalter können ebenfalls im Zusammenhang mit alkoholbedingten Störungen diskutiert werden. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die absolute Zahl älterer Erwachsener mit Alkoholproblemen in Deutschland deutlich steigen, denn nach einer Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der über 60-Jährigen bis zum Jahr 2030 um etwa 40 % zunehmen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2009).

In einer Studie zur Erhebung der Alkoholkonsummuster bei Hochaltrigen in Deutschland im Rahmen des Kompetenznetzes Degenerative Demenzen (Weyerer et al. 2011) wurden 3224 nicht demenziell erkrankte Personen von über 75 Jahren nach ihrem Alkoholkonsum befragt. Es fand sich bei 12,1 % der Männer und 3,6 % der Frauen ein riskanter Alkoholkonsum (> 20g/Tag für Frauen; > 30g/Tag für Männer).

Die Mehrzahl der in der Klinik behandelten alkoholkranken Patienten im Jahr 2009 ist zwischen 30 und 60 Jahre alt (Altersdurchschnitt: 45,5 Jahre) und die Anzahl dieser Patienten stieg im linearen Modell zwischen 1986 und 2009 um durchschnittlich 5,4 Patienten/Jahr an. Beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 lag der Zuwachs bei 114 Patienten (+ 66,3 %). Bezogen auf das Saarland zeichnet sich folgende Entwicklung ab: Betrachtet man die demographische Entwicklung der gesamten Bevölkerung im Saarland, dann fand man im Zeitraum von 1987 bis 2009 einen Bevölkerungsrückgang von rund 3 %. In der – laut Klinikdaten – „Risikoaltersgruppe“ für Alkoholerkrankungen (30-60 Jahre) erhöhte sich jedoch die Zahl der Saarländer in diesem Zeitraum um 1,5 % oder 6428 Personen (Statistisches Amt Saar). Dieser Zuwachs allein kann die Zunahme von alkoholkranken Patienten in der Klinik von rund 66 % nicht erklären.

Durch den medizinischen Fortschritt und die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten von Alkoholkranken wuchs die Zahl der alt gewordenen Alkoholkranken (Mann &

Kiefer 2009). Nach Rübenach (2007) erhöhte sich das durchschnittliche Sterbealter der an alkoholbedingten Erkrankungen Verstorbenen zwischen den Jahren 1980 und 2005 in Deutschland von 53,1 Jahren auf 58,1 Jahre. In der Klinik zeigte sich eine Zunahme des Altersdurchschnitts von 38,4 Jahre im Jahr 1986 auf 45,5 Jahre im Jahr 2009 ( $B = 0,25$  Jahre/Jahr;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,786$ ). Diese Zunahme entsprach der Zunahme des Durchschnittsalters der Bevölkerung im Saarland (+ 0,24 Jahre/Jahr zwischen 1990 und 2010) und erklärt damit nicht den Zuwachs der Fallzahl in der Klinik. Jedoch könnten die durch ein längeres Leben ermöglichten häufigeren Klinikaufenthalte Alkoholkranker den Anstieg der Fallzahlen in der Klinik erklären. Zusätzlich fördern vermehrt auftretende Verlustereignisse wie Tod des Partners, Verkleinerung des sozialen Netzwerkes und Beendigung der Berufstätigkeit den Alkoholmissbrauch älterer Menschen.

**Zusammenfassend** lässt sich feststellen, dass allein die demographische Entwicklung im Saarland kombiniert mit einem Zuwachs älterer Erwachsener nicht die Zunahme der Alkoholdiagnosen in der Klinik erklären kann. Ein wichtiger Faktor ist jedoch die Erhöhung des durchschnittlichen Sterbealters von Alkoholkranken, das durchaus ein Grund für die Zunahme älterer Alkoholkranker in der Klinik sein kann.

#### **5.2.2.5. Sozialer Status**

Die Verbindung von Alkoholismus und sozialem Status ist Gegenstand verschiedener Studien. Henkel (1996) konnte zeigen, dass keine Bevölkerungsgruppe höhere Alkoholismusraten aufwies als die der Arbeitslosen.

Feuerlein und Kufner (1977) untersuchten das Auftreten von Alkoholproblemen in unterschiedlichen sozialen Schichten. Die Autoren fanden die höchste Rate von Alkoholgefährdung bei Männern in den unteren sozialen Schichten (an- und ungelernte Arbeiter) und höheren Schichten (Unternehmer, Freiberufler, Selbständige).

Im Bundes-Gesundheitssurvey Alkohol (Burger & Mensink 2003) wurde der Alkoholkonsum in Verbindung zum sozioökonomischen Status untersucht, der nach Bildung, Beruf und Nettohaushaltseinkommen in einen geringen, mittleren oder hohen sozioökonomischen Status eingestuft wurde. Es zeigte sich, dass bei den Frauen ein höherer sozioökonomischer Status mit einem vermehrten Alkoholkonsum verbunden war. Im Einzelnen gaben 9 % aller Frauen mit geringem sozioökonomischen Status ein Alkoholkonsum von mehr als 10 g Alkohol täglich an, 14 % der Frauen mit middle-

rem sozioökonomischem Status und 30 % mit hohem Status konsumierten mehr als 10 g Alkohol täglich.

Für Männer zeigte sich ein ähnliches Bild. 35 % der Männer mit hohem sozioökonomischem Status konsumierte mehr als 20 g Alkohol pro Tag. In der Personengruppe mit mittlerem sozioökonomischem Status konsumierten 29 % der Männer mehr als 20 g Alkohol pro Tag und in der Personengruppe mit geringem sozioökonomischem Status 32 % der Männer mehr als 20 g Alkohol pro Tag.

Grittner et al. (2006) untersuchten in ihrer Analyse die repräsentativen Daten einer bundesweiten postalischen Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen aus dem Jahr 2000. Sie zeigten, dass Frauen und Männer mit hohem Bildungsgrad, hohem Berufsstatus und hohem Einkommen seltener zu Rauschtrinkern gehörten als Personen anderer Statusgruppen.

**Zusammengefasst** zeigten die Studien unterschiedliche Ergebnisse zum Verhältnis von sozialem Status und Alkoholmissbrauch.

An dieser Stelle wird davon ausgegangen, dass sowohl hoher Status als auch niedriger Status ein Risikofaktor für Alkoholmissbrauch ist. Dies begründet sich darauf, dass sowohl Arbeitslosigkeit und geringe Einkünfte auf der einen Seite als auch Überbelastung im Beruf auf der anderen Seite Stressauslöser sind, die zu Alkoholmissbrauch führen können.

Somit ist die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht mit unterschiedlichen Alkoholkonsummustern verbunden. Verändert sich die Anzahl der Personen in diesen Schichten, wirkt sich dies auf die Anzahl von Personen mit Alkoholstörungen aus. Damit könnte der Anstieg von Alkoholkranken in der Klinik sowohl mit einer Zunahme von Personen mit höherem Status als auch mit dem Anstieg der Anzahl von Personen mit niedrigem Status erklärt werden.

Setzt man den sozialen Status mit der Stellung im Beruf gleich, dann könnte eine Veränderung der Anzahl von Personen in bestimmten Berufsgruppen im Saarland zur Erklärung des Anstiegs von Alkoholkranken in der Klinik herangezogen werden.

Die Entwicklung der Erwerbslosigkeit im Saarland erhöhte sich zwischen 1999 und 2009 um 19,1 % auf 41.100 Erwerbslose. Die Zahl der Selbständigen stieg von 37.200 Personen im Jahr 2002 um 22 % auf 45.400 im Jahr 2009 an (Statistisches Amt Saarland 2011). Damit könnte diese Zunahme der Personen aus niedrigen als auch aus höheren sozialen Schichten im Saarland durchaus ein Grund für den Anstieg der Alkoholkranken in der Klinik sein. Um diese Frage weiter zu klären, könnten



nachfolgende Untersuchungen den Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Patientendaten und Diagnose erforschen.

#### **5.2.2.6. Komorbidität**

Die Ergebnisse der eigenen Untersuchung zeigen, dass Alkoholerkrankungen auch als Nebendiagnose eine häufige Begleiterkrankung fast aller psychiatrischer Krankheitsbilder sind (Tabelle 56, S. 203). Dies wird im linearen Modell in der ausgeprägten Zunahme der Fallzahl (+ 18 Fälle/Jahr mit Haupt- oder Nebendiagnose) und der Behandlungstage von Alkoholstörungen um 186,4 Tage/Jahr als Haupt- und Nebendiagnose deutlich. Auch innerhalb der Diagnosegruppe der Substanzstörungen gibt es ein gehäuftes Auftreten der einzelnen Abhängigkeitserkrankungen.

Gorwood et al. (2007) konnten anhand der NESARC-Studie zeigen – einer repräsentativen Stichprobe von 43.000 Personen aus der amerikanischen Bevölkerung, die den Zusammenhang von Alkoholabhängigkeit und Drogenmissbrauchserkrankungen untersuchte – dass das Risiko, an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken, 43mal höher war, wenn eine Kokainabhängigkeit bestand. Weiterhin stellten die Autoren fest, dass eine Erkrankung an einer affektiven Störung oder Persönlichkeitsstörung mit einem stark erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit verbunden war.

In der amerikanischen Epidemiologic Catchment Area-Studie (Regier et al. 1993) an über 20.000 Personen ergab sich bei Menschen mit **Schizophrenie** eine Lebenszeitprävalenz für eine Alkoholabhängigkeit von 33,7 %.

Soyka et al. (1993) untersuchten den Zusammenhang von Substanzmissbrauch und Schizophrenie an 630 hospitalisierten schizophrenen Patienten in München, die in zwei Untersuchungsgruppen unterteilt waren. Die Autoren fanden eine Prävalenzrate für die Komorbidität von Schizophrenie und Alkoholmissbrauch von 17,4 % in der ersten Gruppe und von 34,6 % in der zweiten Gruppe.

Schnell et al. (2010) untersuchten in einer großen klinischen Stichprobe von 2337 Patienten mit Schizophrenie die Prävalenz von Suchterkrankungen (schädliche Gebrauch/Abhängigkeit nach ICD-10). Die Lebenszeitprävalenz für die Komorbidität Schizophrenie und Sucht lag insgesamt bei 29,4 %. Innerhalb der Doppeldiagnosegruppe wurde ein schädlicher Gebrauch von Alkohol bei 32,6 % der Patienten festgestellt.

In der amerikanischen Epidemiologic Catchment Area-Studie (ECA; Regier et al. 1993) an über 20.000 Personen betrieben 32 % der Menschen mit **einer affektiven Erkrankung** auch einen Substanzmissbrauch.

Kessler et al. (1995) zeigten im National Comorbidity Survey (NCS), einer repräsentativen Untersuchung von 8098 US-Bürgern, für alkoholabhängige Männer eine Lebenszeitprävalenz für eine Depression von 24,3 %. Für Frauen war diese fast doppelt so hoch und lag bei 48,5 %. Für Männer und Frauen waren depressive Störungen in der Krankheitsvorgeschichte geeignete Prädiktoren für eine Alkoholabhängigkeit.

Damit konnte in epidemiologischen Längsschnittuntersuchungen der Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und Alkoholabhängigkeit über längere Zeiträume belegt werden (Soyka & Lieb 2004).

In der vorliegenden Untersuchung ist der Anstieg der Fallzahlen in der Diagnosegruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen vor allem auf Zuwächse in der Diagnosegruppe Anpassungsstörungen (F43) zurückzuführen (Kapitel 4.2.5.5), deren Hauptsymptome depressive Verstimmung, Angst und soziale Verhaltensstörungen sind, mit einem Ausprägungsgrad im leichten bis mittleren Bereich. Aus diesem Grunde können die Studienergebnisse zur Komorbidität von affektiven Störungen und Alkoholmissbrauch auch auf Anpassungsstörungen angewendet werden.

**Zusammenfassend** ist festzuhalten, dass Komorbidität von Alkoholkrankungen zu anderen psychotropen Substanzen, Schizophrenie und affektiven Störungen in der Literatur gut belegt ist. Damit wird der in der Klinik gezeigte Anstieg der Nebendiagnose Alkoholkrankung unter anderem durch den Anstieg der Fallzahl in diesen Hauptdiagnosegruppen erklärt. Dies führt darüber hinaus zu deutlich längeren Verweildauern mit dieser Diagnose als Nebendiagnose, was in der Klinik anhand des ausgeprägten Anstieges der Behandlungstage und Fallzahlen von Alkoholkrankungen als Haupt- oder Nebendiagnose belegt wird.

#### **5.2.2.7. Fazit**

Auf der einen Seite können bestimmte Milieubedingungen Alkoholismus fördern, auf der anderen Seite kann aber auch eine Alkoholkrankung eine Verschlechterung der sozialen Lage hervorrufen, so dass Ursache und Wirkung nicht immer eindeutig zugeordnet werden können. Vor allem der Wandel im sozialen Bereich und die

Wechselwirkung von individuellen und sozialen Faktoren, wie z. B. die Zunahme von Stress durch Arbeitsüberlastung, Zunahme von Arbeitslosigkeit, Veränderung der Einstellung zu Alkohol vor allem bei Jugendlichen, Zunahme des Sterbealters von Alkoholkranken, werden als Gründe für den Anstieg der Alkoholkranken in der Klinik gesehen.

Der hohe Männeranteil in dieser Diagnosegruppe von rund 70 % im Jahr 2009 erklärt sich unter anderem mit den gesellschaftlichen Rollenbildern, die Alkoholkonsum und Männlichkeit häufig miteinander verknüpfen und damit das Risiko einer Alkoholerkrankung für Männer erhöhen.

Der signifikante Rückgang der mittleren Verweildauer für Behandlungsfälle im linearen Regressionsmodell um durchschnittlich 0,6 Tage/Jahr im Beobachtungszeitraum und der relativ geringe Anteil an Gesamtbehandlungstagen (rund 9 %), der sich im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 1986 kaum verändert hat – trotz der höchsten Zunahme an Behandlungsfällen mit dieser Diagnose (+ 11,2 Fälle/Jahr im linearen Regressionsmodell) – wird auf gesundheitspolitische Maßgaben zurückgeführt. So bedarf es einer ausreichenden und nachdrücklichen Begründung oder schwerwiegenden Begleiterkrankungen, um Patienten mit der Diagnose Alkoholstörung länger als 7 Tage stationär zu behandeln, da nach einer Woche der stationäre Entzug abgeschlossen ist. Danach beginnt die Entwöhnungsbehandlung, bei der die Patienten klinikintern ambulant oder tagesklinisch weiter betreut werden oder eine externe medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen. Zur Sicherung des Rehabilitationserfolges wird danach der Anschluss an eine Selbsthilfe- oder Abstinenzgruppe empfohlen.

Die Verkürzung der Verweildauer in der Klinik kann möglicherweise auf die Einführung der gruppenpsychotherapeutischen Behandlung zurückzuführen sein, die seit 2002 in der Klinik etabliert werden konnte und eine ökonomische Alternative mit zahlreichen anderen Vorteilen darstellt. Bis 2002 wurden alkoholranke Patienten medikamentös und einzelspsychotherapeutisch behandelt. Ab dem Jahr 2002 wurde in der Klinik das Abstinenz-Motivations-Programm (AMP) angeboten, welches ab dem Jahr 2006 durch das Qualifizierte Alkoholentzugsprogramm (QAEP) ersetzt wurde.

Die dennoch hohe Rückfallrate von Patienten mit Alkoholstörungen in der Klinik – erkennbar an der Aufnahme rate von 58 Fällen auf 100 Patienten im Jahr 2009 – erklärt

sich möglicherweise durch die Schwierigkeit des Greifens präventiver Maßnahmen bei dieser Erkrankung.

Der **Präventivansatz** fordert zum einen eine Reduktion soziodemographischer Risikofaktoren (niedriger Bildungsstand, Arbeitslosigkeit etc.) zum anderen aufklärende Maßnahmen durch regionale Netzwerke und betrieblich organisierte fachärztliche Hilfe (Sperling et al. 2010). Damit werden effiziente Maßnahmen zur Prävention von Rückfällen und zur Verminderung des Anstiegs von Alkoholerkrankungen in Deutschland immer bedeutender. Verschiedene Kampagnen (u. a. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!; Bundesmodellprojekt: HaLT – Hart am Limit) haben die Aufgabe, die Bevölkerung für die negativen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums zu sensibilisieren und wollen bewusst machen, dass die kritische Grenze für einen gesundheitlich tolerierbaren Alkoholkonsum bei einer täglichen Menge von 10 - 12 g Alkohol für Frauen (= 1 Glas Bier à 0,3 Liter mit 4,8 % vol) und für 20 - 24 g für Männern (= 2 Gläser Bier à 0,3 Liter mit 4,8 % vol) liegt.

Internationale Studien belegen die Wirksamkeit der Einschränkung bzw. des Verbotes von Werbung ebenso wie die zentrale Preisgestaltung für Suchtmittel als Maßnahme zur Prävention bei Alkoholerkrankungen (Babor et al. 2005). So hat die Einführung der Alkoholpop-Steuer in Deutschland zum Zusammenbruch des Marktes geführt, ohne dass sich der Konsum auf andere Alkoholika verlagert hat (Mann & Kiefer 2009). Kritisch ist anzumerken, dass die empirisch belegte Reduktion des Alkoholkonsums durch Preiserhöhung von Alkoholika und Einschränkungen in der Werbung in Deutschland zu wenig angewandt wird (Bundesministerium für Gesundheit: Drogen und Suchtbericht 2009). Darüber hinaus werden verhaltenspräventive Maßnahmen im Sinne der Psychoedukation vor allem bei Jugendlichen und nicht bei älteren Menschen eingesetzt. Therapeutisch gibt es also ein breites Angebot an wirksamen Maßnahmen, wodurch die Versorgung von Suchtpatienten aller Altersgruppen vor allem in der ambulanten Psychiatrie verbessert werden könnte.

### 5.2.3. Schizophrenie

**Tabelle 62. F20-F29. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell**

F20-F29: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag. (N)	339					379					11,8%	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	358					409					14,2%	
Beh.tage m. Hdiag	25.714					20.122					-22,0%	
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	26.571					20.724					-22,0%	
Patienten (N)	280					225					-19,6%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	75,9	93,5	28,0	45,0	84,0	53,1	50,6	16,0	39,0	69,0	-30,0% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	91,8	104,3	31,0	58,5	105,8	89,4	84,4	30,5	64,0	129,5	-2,6% (MW)	0,598 (MW-U)
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	74,2	92,1	27,0	44,5	82,2	50,7	50,6	14,0	37,0	66,0	-31,7% (MW)	<0,001 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,21	0,54	1,00	1,00	1,00	1,68	1,34	1,00	1,00	2,00	38,8% (MW)	<0,001 (MW-U)
Männer (Anteil %)	48,0%					53,0%					24,7% (Fälle)	0,140 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	52,0%					47,0%					0% (Fälle)	
Anteil F2 an Gesamtfällen (%)	30,4 %					22,2 %					-27,0%	<0,001 (Chi2)
Anteil F2 an Ges.behtage (%)	47,4 %					40,0 %					-15,6%	<0,001 (Chi2)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Q1(25%) = erstes Quartil; MED = Median (zweites Quartil); Q3(75%) = drittes Quartil; p = Signifikanz; % Änd. = prozentuale Änderung beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009; MW-U = Mann-Whitney-U-Test; Chi2 = Chi-Quadrat-Test

F20-F29: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=8660 Fälle)				
	B	p	R2	95%CI
Fälle m. Hdiag.	1,8	0,030	0,197	0,2 ; 3,5
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	2,1	0,022	0,217	0,3 ; 3,8
Beh.tage m. Hdiag	-468,9	<0,001	0,669	-614,7 ; -323,1
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	-516,8	<0,001	0,678	-674,2 ; -359,4
Patienten	-3,1	<0,001	0,673	-4,1 ; -2,1
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-1,6	<0,001	0,719	-2,1 ; -1,2
Verweild./Patient	-0,8	0,014	0,243	-1,3 ; -0,2
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-1,7	<0,001	0,746	-2,1 ; -1,2
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,025	<0,001	0,857	0,021 ; 0,030
Fallzahl Männer	2,2	<0,001	0,386	1,0 ; 3,4
Fallzahl Frauen	-0,3	0,522	0,019	-1,4 ; 0,8

B = Regressionskoeffizient (durchschnittl. Änderung/Jahr im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009); p = Signifikanz; R2 = Bestimmtheitsmaß; 95%CI = Konfidenzintervall 95%

Ein auffälliges Ergebnis in der Diagnosegruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen ist der ausgeprägte Rückgang der Behandlungstage um durchschnittlich rund 470 Tagen/Jahr im linearen Regressionsmodell. Somit wird der Rückgang der Behandlungstage in der gesamten Klinik fast ausschließlich von Fällen mit dieser Diagnose verursacht, was auch durch deren Anteil von 40 % an den Gesamtbehandlungstagen der Klinik im Jahr 2009 gezeigt wird.

Weiterhin bemerkenswert ist der deutliche Patientenrückgang von durchschnittlich 3 Patienten/Jahr. Damit ist dies die einzige Diagnosegruppe, bei der ein Rückgang der

Patientenzahl feststellbar war. Dennoch hatten im Jahr 2009 Erkrankte mit dieser Diagnose mit 40 % den größten Anteil an den Gesamtbehandlungstagen und stellten rund ein Fünftel der behandelten Fälle dar.

Die Wiederaufnahmerate in dieser Diagnosegruppe stieg im Beobachtungszeitraum im linearen Regressionsmodell mit 0,025 Aufnahmen/Patient/Jahr am deutlichsten bei einem gleichzeitigen Rückgang der mittleren Verweildauer/Patient um durchschnittlich rund 1 Tag/Jahr. Es wurden also weniger schizophrene Patienten in der Klinik behandelt und diejenigen die kamen, verweilten kürzer und kamen häufiger wieder.

Da die Inzidenzrate schizophrener Erkrankungen im Beobachtungszeitraum mit etwa 0,02 % (20 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner/Jahr; Klosterkötter 2008) gleich geblieben ist, könnten die Gründe für den Rückgang von Patientenzahl und Behandlungstage in der Verbesserung der Therapiemöglichkeiten schizophrener Patienten liegen.

Nach Müller et al. (2007) basiert die Behandlung schizophrener Patienten auf einer „Therapietrias“. Dabei handelt es sich um die Pharmakotherapie, die Psychotherapie und das psychiatrische Versorgungssystem. Veränderungen in diesen drei Bereichen werden als Ursache für die Entwicklung der Behandlungsprävalenz schizophrener Erkrankter in der Klinik diskutiert.

#### **5.2.3.1. Pharmakotherapie**

Im Bereich der Pharmakotherapie ermöglichte die Entwicklung der typischen Neuroleptika in den 1950er Jahren eine Reduktion der Positivsymptomatik und der Erkrankungsrückfälle schizophrener Patienten, wobei die Einnahme dieser Substanzen mit belastenden Nebenwirkungen verbunden war. Mit der Entwicklung moderner atypischer Neuroleptika in den 1990er Jahren konnten auch die Negativsymptome der Erkrankung behandelt und die Nebenwirkungen verringert werden. Therapeutisches Ziel war die Reduzierung von Rückfällen und damit von Rehospitalisierungen. Verschiedene Studien beschäftigten sich mit dem Zusammenhang zwischen Rehospitalisierung schizophrener Patienten und Pharmakotherapie, indem die Compliance verschiedener Psychopharmakotherapien dargestellt wird, denn ein psychotischer Rückfall vergrößert das Risiko einer erneuten stationären Behandlung (Ascher-Svanum et al. 2006, Rittmansberger et al. 2004; zit. in Schanda & Stompe 2010).

Weiden et al. (2004) zeigten im Rahmen einer Untersuchung an 4325 ambulanten schizophrenen Patienten mit Neuroleptikamedikation eine signifikante Korrelation zwischen Medikamentencompliance und Rehospitalisierung. Bereits kurze Unterbrechungen der Medikation beinhalteten ein größeres Rehospitalisierungsrisiko. Bei Unterbrechungen von einem bis elf Tagen war das Risiko einer erneuten stationären Aufnahme zweimal größer, bei einer Unterbrechung zwischen 11 und 30 Tagen um fast das Dreifache größer und bei mehr als 30 Tagen Unterbrechung stieg das Risiko einer Rehospitalisierung um das Vierfache.

Gutwinski et al. (2007) untersuchten in ihrer Studie bei 355 schizophrenen Patienten den Zusammenhang von Rehospitalisierung unter oraler Atypika-Einnahme gegenüber der herkömmlichen Depotneuroleptikamedikation. Sie fanden heraus, dass nach dem Untersuchungszeitraum von 24 und 36 Monaten Patienten mit Depotneuroleptika signifikant niedrigere Rehospitalisierungsraten aufwiesen als unter der Therapie mit oralen Atypika. Die Autoren schlussfolgerten, dass der enge ambulante ärztliche Kontakt bei der Gabe von Depotneuroleptika eine mögliche Ursache für die langen krankenhaushausfreien Intervalle war.

Tiihonen et al. (2006) fanden bei 2230 mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Psychose erstmals stationär behandelten finnischen Erwachsenen bei den mit Perphenazin-Depot behandelten Patienten die niedrigste Rehospitalisierungsrate. Patienten, die mit Perphenazin-Depot, Olanzapin oder Clozapin behandelt wurden, hatten ein 27 % bis 68 % geringeres Risiko einer Rehospitalisierung. Die Mortalität von Patienten, die keine Neuroleptika einnahmen, war mehr als 10mal höher im Vergleich zu Patienten, die Neuroleptika einnahmen.

Morken et al. (2008) untersuchten bei 50 Patienten mit Erstmanifestation einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Psychose die Rückfall- und Rehospitalisierungsrate in Abhängigkeit von der Einhaltung der medikamentösen Therapie im Zeitraum von 24 Monaten. Die Autoren fanden heraus, dass Patienten, die ihre Neuroleptikamedikation (oral oder als Depot) einhielten, weniger Erkrankungsrückfälle und Krankenhauseinweisungen hatten und auch weniger Behandlungstage im Krankenhaus aufwiesen als Patienten mit Nichteinhaltung der Medikation.

In der deutschen Ambulanten-Neuroleptika-Intervalltherapie-(ANI)-Studie (Pietzcker et al. 1993 zit. in Hippus 2004; Bandelow et al. 1990, 1992) zur Behandlung chronisch schizophrener Patienten wurden drei medikamentösen Strategien nach einer dreimonatigen Stabilisierungsphase miteinander verglichen. Es handelte sich um

neuroleptische Langzeitmedikation, neuroleptischer Frühintervention und neuroleptische Krisenintervention. Die Autoren konnten zeigen, dass sich die Rückfallraten in den drei Gruppen signifikant unterschieden: 23% unter neuroleptischer Langzeitmedikation, 49 % unter neuroleptischer Frühintervention und 63 % unter neuroleptischer Krisenintervention.

**Zusammengefasst** belegen die vorgestellten Studien einen Zusammenhang zwischen der medikamentösen Noncompliance und dem Anstieg der Rückfall- bzw. Rehospitalisierungsrate schizophrener Patienten.

Bezogen auf die eigenen Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass im Jahr 1986 in der Klinik 87,7 % der schizophren Erkrankten mit typischen Neuroleptika behandelt wurden, im Jahr 2006 waren es nur noch 12,0 %. Damit kann der Rückgang der Patientenzahl in der Klinik möglicherweise auf die Verwendung dieser neuen verträglicheren Medikamente zurückzuführen sein, die eine Verbesserung der Compliance erreichten.

#### **5.2.3.2. Psychotherapie**

Im Bereich der Psychotherapie ist vor allem das auf der Verhaltenstherapie begründete Verfahren der Psychoedukation zu betrachten, welches als therapeutische Intervention in den 1980er Jahren von Anderson zur Behandlung von Schizophrenien erstmals eingesetzt wurde. Psychoedukation beinhaltet vor allem die Aufklärung der Betroffenen und Angehörigen über die Erkrankung, um den Krankheitsverlauf zu verbessern und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren (Anderson et al. 1980). Es stellt sich die Frage, welchen Einfluss Psychoedukation auf die klinischen Aufenthalte von schizophrenen Patienten hat.

Bäumli et al. (2007) untersuchten in einer Nachfolgestudie der Münchner PIP-Studie (Munich Psychosis Information Project Study; Bäumli et al. 1996 zit. in Behrendt & Schaub 2005) die Rehospitalisierungsrate von schizophrenen Patienten (N = 24), die mit ihren Angehörigen an psychoedukativen Sitzungen teilgenommen hatten, im Unterschied zu Kontrollgruppen, die eine Standardbehandlung ohne Psychoedukation erhielten (N = 24). Sie fanden heraus, dass nach sieben Jahren die Rehospitalisierungsrate in der Untersuchungsgruppe bei 54 % lag und in der Kontrollgruppe bei 88 %. Die Wiederaufnahmerate von Patienten in der Untersuchungsgruppe lag bei 1,5, die Wiederaufnahmerate in der Kontrollgruppe lag bei 2,9 ( $p < 0,05$ ). Die durchschnittlichen Behandlungstage der wiederaufgenommenen Patienten im Untersu-



chungszeitraum lag bei 75 Tagen in der Untersuchungsgruppe und bei 225 Tagen in der Kontrollgruppe ( $p < 0,05$ ). In der PIP Studie von 1997 fanden Bäuml et al. dagegen heraus, dass sich die Teilnehmer an psychoedukativen Gruppen von der Kontrollgruppe nach vier Jahren nicht bezüglich der Anzahl psychopathologisch relevanter Krisen unterschieden (7,3 zu 7,0), (Behrendt & Schaub 2005). Die Autoren schlussfolgerten, dass sieben Jahre nach der Teilnahme schizophrener Patienten an psychoedukativen Sitzungen signifikante Unterschiede im Langzeitverlauf der Erkrankung gefunden werden können.

In einer Studie von Buchkremer et al. (1997) wurde die Rehospitalisierungsrate schizophrener Patienten im Zweijahreszeitraum untersucht. Es fand sich ein signifikanter Unterschied in der Reduzierung der Rehospitalisierungsrate zwischen der Patientengruppe, die mit einer Kombination aus Psychoedukation, kognitiver Therapie und Angehörigenarbeit behandelt wurde im Vergleich zur Kontrollgruppe mit Standardbehandlung ( $p < 0,05$ ). Nach einem Jahr wurden in der Behandlungsgruppe 15 % der Patienten rehospitalisiert und in der Kontrollgruppe 24 %; nach zwei Jahren waren es in der Behandlungsgruppe 24 % der Patienten und in der Kontrollgruppe 50 %.

Die „ABC-Schizophrenie-Studie“ (Häfner et al. 1998, Hambrecht et al. 2002) zum Frühverlauf schizophrener Erkrankungen konnte anhand einer repräsentativen Stichprobe von 232 Ersterkrankungsfällen mit Schizophrenie zeigen, dass dem ersten Behandlungskontakt schizophrener Patienten mindestens 1 Jahr psychotische Symptome und im Mittel fünf Jahre nichtpsychotische Prodromalsymptome vorausgehen. Die Dauer der unbehandelten Psychose galt als Vorhersagefaktor eines ungünstigen Krankheitsverlaufs und verdeutlichte die Wichtigkeit von Früherkennung und Frühintervention schizophrener Störungen. Die Frühintervention bei Risikopersonen geschah durch die Kombination von Pharmakotherapie, Psychotherapie und familienbezogenen Interventionen. Die Autoren schlussfolgerten, dass die Aussichten für präventive Maßnahmen günstig waren, denn aufgrund des langen Prodromalstadiums schizophrener Psychose verblieb ausreichend Zeit für eine Intervention.

Herz et al. (2000) untersuchten in ihrer Studie 41 schizophrene bzw. schizoaffektive Patienten, die ein umfassendes Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe erhielten, das aus der Kombination von Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Problemlösegruppe und Krisenmanagement bestand. Die Autoren fanden eine signifikant unterschiedliche Rehospitalisierungsrate in der Untersuchungsgruppe gegenüber Patienten der Kontrollgruppe, die eine Standardbehandlung erhielten ( $N = 41$ ). Die Re-

hospitalisierungsrate lag nach 18 Monaten in der Untersuchungsgruppe bei 22 % und in der Standardbehandlungsgruppe bei 39 % ( $p = 0,03$ ).

Die hier vorgestellten Studien beschreiben alle einen Rückgang der Rehospitalisierungsrate schizophrener Patienten bei deren Teilnahme an psychotherapeutischen Behandlungsprogrammen.

**Zusammenfassend** zeigen die Studienergebnisse, dass psychoedukative Ansätze den Krankheitsverlauf schizophrener Patienten verbessern.

Berücksichtigt man diese Ausführungen, könnte in der Klinik die Reduzierung von Patientenzahl und Behandlungstagen unter anderem auf das seit 1991 eingesetzte psychoedukative Gruppenprogramm zurückzuführen sein, das neben der Vermittlung krankheitsbezogenen Wissens auch Warnsignale für einen Rückfall erarbeitet und durch eine Angehörigengruppe ergänzt wurde (Behrendt 2001). Behrendt (2001) konnte an einer Untersuchung von 198 schizophren oder schizoaffektiv erkrankten Patienten der Klinik im Zeitraum von 1997 bis 2000 eine Rehospitalisierungsrate von 12,5 % ein Jahr nach Beendigung der psychoedukativen Intervention zeigen und von 25 % nach zwei Jahren. Die Rückfallraten schizophrener Patienten ohne psychotherapeutische Intervention lagen bei über 60 %. Die erhöhte Aufnahme in Verbindung mit der Reduktion der Behandlungstage dieser Diagnosegruppe in der Klinik spricht dafür, dass die Patienten früher entlassen und häufiger wiederaufgenommen werden. Belegt wird diese Entwicklung durch die wiederholte Behandlung derselben Patienten. In der Klinik hatten von den Patienten mit der Diagnose F2 (N=1831) 17,1 % (absolut: 313 Patienten) im Zeitraum von 1997 bis 2011 fünf und mehr Aufenthalte und 4,4 % (absolut: 81 Patienten) waren sowohl im Jahr 2000 oder früher als auch im Jahr 2009 oder später zur Behandlung in der Klinik.

### **5.2.3.3. Psychiatrisches Versorgungssystem**

Nicht nur die Auswahl der Einzelinterventionen bei der Behandlung von Patienten, wie die Psychopharmakotherapie und einzelne psychotherapeutische Verfahren, sondern auch die Gestaltung des Versorgungssystems sollte sich auf wissenschaftliche Studienevidenz berufen (Weinmann et al. 2009) und in Beziehung zur Krankenhausbehandlung von Patienten gesetzt werden.

Im psychiatrischen Versorgungssystem war in den letzten Jahrzehnten eine stärkere Ausrichtung auf die ambulante und gemeindeintegrierte Behandlung von Patienten zu erkennen. In der Behandlungsleitlinie Schizophrenie (DGPPN 2006) gilt die Emp-

fehlung, dass eine ambulante wohnortnahe Behandlung einer stationären Behandlung vorzuziehen ist. „Partizipation der Betroffenen und aller am Versorgungssystem Beteiligten sollten erklärte Merkmale der Behandlung der Schizophrenie sein“ (Behandlungsleitlinie Schizophrenie 2006).

Schmidt-Kraepelin et al. (2009) untersuchen in ihrer Studie die Rehospitalisierungsrate und die Behandlungszufriedenheit von Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffectiven Psychosen. Die Untersuchungsgruppe (N = 46) erhielt eine komplexe Therapie mit Kooperation von stationären und ambulanten Behandlungsangeboten. Auf der Basis eines computergestützten leitlinienkonformen „Entscheidungsunterstützungssystems“ entschieden acht ambulant tätige psychiatrische Fachärzte über Behandlungsmöglichkeiten wie z. B. Psychoedukation, soziales Kompetenztraining, integrierte Psychotherapie, Soziotherapie, Hausbesuche etc. Ein Behandlungsteam in dem örtlich ansässigen Krankenhaus erbrachte die für die Patienten vorgeschlagene Therapie. Die Kontrollgruppe (N = 47) erhielt die Standardtherapie. Die Autoren fanden heraus, dass die Wiederaufnahmerate von Patienten, die mit der leitlinienkonformen komplexen Therapie behandelt wurden, signifikant niedriger war als die von Patienten, die eine weniger komplexe Standardbehandlung erhielten.

Weinmann & Gaebel (2005) stellten anhand eines Literaturreviews systematischer Metaanalysen und kontrollierter Studien, Ergebnisse zu gemeindepsychiatrischer Versorgung als Alternative zur stationären Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen zusammen. Die Autoren identifizierten für nachfolgende gemeindepsychiatrische Versorgungsbestandteile kontrollierte Studien hoher Qualität: gemeindepsychiatrische Teams (Community Mental Health Teams, CMHTs), Case Management und Intensive Case Management (CM, ICM), Assertive Community Treatment (ACT - gemeindebasiertes, multidisziplinäres Team), (Akut-) Tageskliniken, Kriseninterventionsteams und Arbeitsförderungsstrukturen. Die Zusammenstellung der Studien ergab für CMHT (6 Studien), dass sich die Krankenhausaufnahmen verringerten; CM und ICM (über 30 Studien) zeigten eine Verkürzung der Verweildauer und eine Erhöhung der Gesamtzahl der Aufenthalte; die ACT (28 Studien) zeigten eine deutliche Verringerung von Krankenhausaufnahmen und Verweildauer; die Akuttageskliniken (18 Studien) wiesen keinen Unterschied in der Wiederaufnahmerate auf; die Kriseninterventionsteams (5 Studien) führten zu einer Reduktion der Krankenhausaufnahmen. In der Zusammenfassung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Versorgungsforschung stellten die Autoren fest, dass von den in internationalen Stu-

dien wissenschaftlich belegten gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodulen nur Teile in Deutschland eingeführt wurden. Die Autoren identifizierten aus den Versorgungsstudien drei wichtige Erfolgsfaktoren für eine integrierte psychiatrische Versorgung bei schweren psychischen Erkrankungen: (1) konkrete Kooperationsmodelle für die Gewährleistung einer wissenschaftlich fundierten sektorisierten gemeindepsychiatrischen Behandlung, (2) Organisation von Hausbesuchen für Schwerstkranke, (3) Zusammenstellung von multiprofessionellen Teams zur psychiatrischen Behandlung und sozialen Versorgung.

Weinmann und Gaebel (2005) fassten zusammen, dass psychiatrische Versorgungssysteme neben den ärztlichen Erfolgsdefinitionen auch die Ebenen der individuellen Lebensqualität und der Bedarfsdeckung evaluieren müssten, was nach Meinung der Autoren zu einer verbesserten Patientenorientierung führen dürfte.

**Zusammenfassend** kann man sich dem Leitgedanken von Weinmann et al. (2009) anschließen, der das Ziel einer innovativen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen darin sieht, dass die Betroffenen eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung erreichen und in Folge dessen, diejenige Behandlung erhalten sollten, die bei gleicher Zielsetzung mit den wenigsten Einschränkungen für den Patienten verbunden ist.

Setzt man diese Studienergebnisse in Beziehung zu den Ergebnissen der Arbeit, dann war im Saarland in den letzten Jahrzehnten eine stärkere Ausrichtung auf die ambulante und gemeindeintegrierte Behandlung von schizophrenen Patienten zu erkennen. So ist es vorstellbar, dass einige Patienten externe, neu geschaffene ambulante Versorgungseinrichtungen aufsuchen, statt sich in der Klinik stationär behandeln zu lassen. Im Einzugsbereich der Klinik ist es die gemeinnützige GmbH Psycho-soziale Projekte Saarpfalz GmbH, die seit 1983 psychisch kranke Menschen betreut und unterstützt und deren Angebot seither ständig erweitert wurde (seit 1984 betreutes Wohnen „Bundesmodellprogramm Psychiatrie“; seit 1986: Tageszentrum Café Goethe in Homburg; seit 1997: zwei Stätten für intensiv betreutes Wohnen in Homburg; seit 2008: Erweiterung des Tageszentrums Café Goethe).

Ein weiterer Grund, der die Reduktion der Zahl schizophrener Patienten in der Klinik erklären könnte, ist die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung im Zuge der saarländischen Psychiatriereform. In den 1990er Jahren wurden in allen Landkreisen und dem damaligen Stadtverband Saarbrücken Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie geschaffen. Damit entstanden weitere stationäre psychiat-

rische Einrichtungen im Einzugsgebiet der Klinik (z. B. Neunkirchen: Das Fliedner Krankenhaus Neunkirchen war das erste Krankenhaus, das im Rahmen der Dezentralisierung der saarländischen Psychiatrie die regionale Versorgung eines Landkreises gewährleisten konnte), so dass einige Patienten sich vermutlich in diesen neuen psychiatrischen Kliniken stationär behandeln lassen. Diese Entwicklung kann den Patientenrückgang zumindest bis in die 90er Jahre erklären.

#### **5.2.3.4. Fazit**

Bezogen auf die Therapietrias Pharmakotherapie, Psychotherapie und psychiatrisches Versorgungssystem ist in der Klinik von einer Verbesserung der Compliance bei Pharmakotherapie im Beobachtungszeitraum auszugehen, unterstützt durch die verstärkte Etablierung einer Psychotherapie, welche auf Selbstbestimmung und Verantwortung der Patienten abzielt, die in einem sozial integrierten Netzwerk verschiedener Dienste therapiert werden.

Da sich die Inzidenzrate schizophrener Patienten nicht verändert hat, deutet der Rückgang von Behandlungstagen und Patienten in der Klinik vor allem auf eine Verbesserung des Krankheitsbildes schizophrener Patienten hin, bedingt durch eine verträglichere Medikation und das Erkennen individueller Warnsignale vermittelt durch psychoedukative Gruppentherapie in der Klinik. Dafür spricht auch die erhöhte Wiederaufnahmerate und die Verkürzung der Verweiltage, die vermuten lassen, dass sich die schizophren Erkrankten schon frühzeitig, in noch nicht schwerem Erkrankungszustand in die Klinik begeben und aus diesem Grund auch wieder schneller, in gebessertem Zustand, entlassen werden können. Die Nutzung von Hilfsangeboten wie z. B. Betreuung am Arbeitsplatz, im Wohnbereich und in der Freizeit, ermöglichen dem Patienten, sich frühzeitig wieder im Alltag zu recht zu finden und verkürzen den Aufenthalt in der Klinik.

Damit liegen die Gründe für die Veränderung der Behandlungsprävalenz schizophrener Patienten der Klinik im Wandel in allen drei therapeutischen Bereichen begründet: Pharmakotherapie, Psychotherapie, Versorgungssystem.

Die Entwicklung in der Klinik entspricht damit weitgehend dem Behandlungsziel der Behandlungsleitlinie Schizophrenie (DGPPN 2006), das von einem zur selbstbestimmten Lebensführung fähigen Patienten ausgeht, der nach einem Gesamtbehandlungsplan mit multiprofessioneller Therapie unter Zusammenarbeit mit Angehörigen therapiert wird.

## 5.2.4. Affektive Störungen

**Tabelle 63. F30-F39. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell**

F30-F39: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag. (N)	136					232					70,6%	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	142					255					79,6%	
Beh.tage m. Hdiag	7.838					12.640					61,3%	
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	8.173					13.200					61,5%	
Patienten (N)	127					174					37,0%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	57,6	47,1	34,0	49,5	69,0	54,5	46,2	23,0	41,0	73,0	-5,4% (MW)	0,079 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	61,7	49,4	37,0	50,0	72,0	72,6	59,5	28,8	59,0	106,0	17,7% (MW)	0,302 (MW-U)
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	57,6	47,6	33,0	48,5	69,0	51,8	45,5	19,0	39,0	71,0	-10,1% (MW)	0,012 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,07	0,29	1,00	1,00	1,00	1,33	0,80	1,00	1,00	1,00	24,3% (MW)	<0,001 (MW-U)
Männer (Anteil %)	32,0%					38,0%					97,7% (Fälle)	
Frauen (Anteil %)	68,0%					63,0%					57,6% (Fälle)	
Anteil F3 an Gesamtfällen (%)	30,4 %					22,2 %					-27,0%	
Anteil F3 an Ges.behtage (%)	47,4 %					40,0 %					-15,6%	

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Q1(25%) = erstes Quartil; MED = Median (zweites Quartil); Q3(75%) = drittes Quartil; p = Signifikanz; % Änd. = prozentuale Änderung beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009; MW-U = Mann-Whitney-U-Test; Chi2 = Chi-Quadrat-Test

F30-F39: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=4691 Fälle)				
	B	p	R2	95%CI
Fälle m. Hdiag.	9,9	<0,001	0,649	6,7 ; 13,1
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	10,6	<0,001	0,647	7,1 ; 14,0
Beh.tage m. Hdiag	393,4	<0,001	0,652	266,3 ; 520,6
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	401,3	<0,001	0,642	268,9 ; 533,7
Patienten	6,7	<0,001	0,571	4,1 ; 9,3
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-0,6	0,004	0,327	-0,9; -0,2
Verweild./Patient	-0,1	0,653	0,009	-0,6 ; 0,4
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-0,6	0,003	0,331	-0,9 ; -0,2
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,011	<0,001	0,690	0,008 ; 0,014
Fallzahl Männer	3,9	<0,001	0,590	2,4 ; 5,3
Fallzahl Frauen	6	<0,001	0,660	4,1 ; 7,9

B = Regressionskoeffizient (durchschnittl. Änderung/Jahr im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009); p = Signifikanz; R2 = Bestimmtheitsmaß; 95%CI = Konfidenzintervall 95%

Laut WHO-Studie aus dem Jahr 2004 (GBD 2004; Tabelle 2, S. 34) lagen Depressionen auf dem 3. Platz bei den weltweit führenden Krankheitsursachen und 1,5 % der Weltbevölkerung litten unter dieser Erkrankung. Im Bundesgesundheitsurvey (1998/1999) lag die 12-Monatsprävalenz von affektiven Störungen bei 11,9 % (Tabelle 9, S. 46), 10 Jahre später ermittelte das Robert Koch-Institut in seiner Studie eine 12-Monatsprävalenz bei Depressionen, die von einem Arzt oder Therapeuten diagnostiziert wurde, von 12 %, die Jahresinzidenz in Deutschland lag bei 1 bis 2 Neuerkrankungen auf 100 Personen. Damit zählten affektive Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland (Wittchen et al. 2010).

In der Klinik stiegen die Fälle mit affektiven Störungen im linearen Regressionsmodell von 1986 bis 2009 deutlich um rund 10 Fälle und 7 Patienten/Jahr, wobei Frauen mit 6 Fällen/Jahr eine deutlich stärkere Zunahme zeigten. Im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen verzeichneten die Behandlungstage von Fällen den höchsten Zuwachs mit durchschnittlich rund 394 Tagen/Jahr, bei einer nur geringen Abnahme der mittleren Verweildauer von durchschnittlich 0,6 Tagen/Fall/Jahr und keiner Veränderung der Verweildauer für Patienten. Die Aufnahmeerhöhung erhöhte sich im Jahr um durchschnittlich 11 Fälle/1000 Patienten.

Es stellt sich die zentrale Frage, worin die Ursachen für den Anstieg der affektiven Störungen in der Klinik liegen und ob sich die Risikofaktoren im Zeitverlauf verändert haben.

Veränderungen in den Bereichen Demographie, Komorbidität, psychosoziale Belastungsfaktoren, Erkennungsrate und Therapiebereitschaft werden als Faktoren genannt, die mit der Zunahme von affektiven Störungen in der Gesellschaft in Verbindung gebracht wurden.

#### **5.2.4.1. Demographischer Wandel**

Der Anstieg von depressiven Erkrankungen wird in einigen Studien im Zusammenhang mit dem Anstieg der Lebenserwartung gesehen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass mit dem Alter die Zahl der Menschen mit Depressionsrisiko wächst.

Die Forschungslage zu Depressionen und ihrer Häufigkeit im Alter ergibt unterschiedliche Ergebnisse. Depressionen treten in jedem Lebensalter auf, jedoch sind sie im höheren Lebensalter neben den Demenzen die häufigste psychische Störung.

Es gibt Studien, die dafür sprechen, dass es im Alter weniger depressive Erkrankungen gibt als bei jüngeren Erwachsenen. So zum Beispiel in der Epidemiologic Catchment Area Study, in der die Prävalenzrate von Depressionen in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter an 18.000 Erwachsenen in den USA untersucht wurde (ECA, Regier et al. 1993; Weissman et al. 1988). Die Autoren fanden eine niedrigere Prävalenzrate bei älteren Personen über 65 Jahre als bei jüngeren Erwachsenen. Die insgesamt 1160 Personen über 65 Jahre hatten eine 1-Monatsprävalenz von 4,7 % an Depressionen zu erkranken. Ältere Frauen hatten mit 6,5 % ein doppelt so hohes Risiko wie Männer. Bei dieser Studie war jedoch das Erhebungsinstrument – ein strukturiertes Interview für Laieninterviewer – zur Erfassung psychischer Störungen stark kritisiert worden, da leichte Depressionen damit nicht erfasst wurden,

ebenso wenig wie Depressionen als Begleiterkrankung (Kermis 1986). Im Vergleich zu anderen Prävalenzstudien führte dies in dieser Untersuchung zu niedrigen Prävalenzraten von depressiven Erkrankungen.

Ähnliche Ergebnisse wie die ECA-Studie zeigten auch die Edmonton-Studie (Bland et al. 1988; zit. in Möller et al. 2005) und die Canberra-Studie (Henderson et al. 1993; zit. in Möller et al. 2005), die einen Abfall von Depressionen im Alter gegenüber den mittleren Altersgruppen feststellten.

In der Berliner Altersstudie (Linden et al. 1998) wurden 516 Studienteilnehmer im Alter von 70 bis über 100 Jahren untersucht. Es ergab sich eine Prävalenz für depressive Störungen von 26,9 %. Vergleicht man diese Zahl mit den Studien an jüngeren Menschen, so ergab sich kein Hinweis darauf, dass sich die verschiedenen Altersgruppen im Hinblick auf depressive Erkrankungen wesentlich unterscheiden. Hinsichtlich der Geschlechterunterschiede fanden sich in der Berliner Altersstudie bezüglich depressiver Erkrankungen für Frauen signifikant höhere Werte. Dies entsprach dem Befund für Untersuchungen bei jüngeren Menschen. Das bedeutet, dass sich die Geschlechterunterschiede bei Depressionen mit dem Alter nicht angleichen. Der Bundesgesundheitsurvey zeigte, dass in Deutschland rund 50 % aller Patienten vor ihrem 31. Lebensjahr erstmalig an einer Depression erkrankten (Jacobi et al. 2004) und belegte damit, dass Depressionen bereits im jüngeren Lebensalter sehr häufig sind.

Ein ähnliches Ergebnis zeigten die Zahlen der weltweiten GBD-Studie (WHO 2004; Tabelle 2, S. 34). Es wurde deutlich, dass Depressionen in der Altersklasse der bis zu 59-Jährigen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen einen Anteil von rund 79 % an weltweit allen vorliegenden depressiven Störungen haben (98,7 Millionen).

Andere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Depressionen im Alter häufiger auftreten, meist aber als Begleiterkrankung in Verbindung mit der Zunahme anderer somatischer oder psychischer Erkrankungen im Alter. Wittchen et al. (2010) konnten in ihrer Studie „Gesundheit in Deutschland“ im Auftrag des Robert-Koch-Instituts beim Vergleich der Altersgruppen zeigen, dass sich die höchsten Anteile an Depressionen in der Altersgruppe der 46-64-Jährigen befanden.

In einer Bevölkerungsstudie von 189 Personen über 65 Jahren konnten Welz et al. (1989; zit. in Hegerl et al. 2001) zeigen, dass die Multimorbidität mit dem Alter zunahm und damit das Risiko, an einer Depression zu erkranken.



Katon et al. (2003) untersuchten den Zusammenhang von Kosten depressiver Störungen im Alter. Sie fanden heraus, dass Depressionen in der Altersklasse der über 60-Jährigen mit signifikant höheren Kosten im Gesundheitssystem verbunden waren.

Luppa et al. (2008) untersuchten in einer repräsentativen Studie die direkten Kosten von Depressionen im Alter bei über 75-Jährigen Patienten, die sich in allgemeinärztlicher Behandlung befanden. Die Autoren konnten ebenfalls zeigen, dass depressive Patienten signifikant höhere Kosten verursachen als nichtdepressive Patienten.

Damit ist die Komorbidität von Depressionen im Alter ein erheblicher Kostenfaktor im Gesundheitssystem und ein Indikator für die Gesamtbeeinträchtigungen und den Behandlungsbedarf von Patienten.

Linden et al. (1998) sahen die verschiedenen Ergebnisse zur Prävalenz von Depressionen im Alter in der unterschiedlichen Krankheitsdefinition von Depressionen begründet, d. h. ab wann eine Person als krankhaft depressiv eingeschätzt wurde.

Ernst & Angst (1995) stellten in diesem Zusammenhang die Hypothese des Intensitätsverlustes von Depressionen im Alter auf, d. h. dass bei vielen Studien die Depressionen unter den Schwellenwert des Erhebungsinstrumentes fielen und damit nicht diagnostiziert wurden.

In einer Schätzung der WHO aus dem Jahr 1974 wurde davon ausgegangen, dass an sämtlichen depressiven Störungen zusammengenommen weltweit 100 Millionen Menschen litten (Sartorius 1974, zit. in Angst et al. 1974). Im Vergleich zur Schätzung der depressiven Störungen der WHO aus dem Jahr 2004 (Kapitel 2.2.3) hat sich diese Zahl auf 99 Millionen verringert. Gemessen an der Weltbevölkerung lag der Anteil an depressiven Störungen im Jahr 1974 bei 2,5 % (Weltbevölkerung im Jahr 1974: 4 Milliarden Menschen) und im Jahr 2004 bei 1,5 % (Weltbevölkerung im Jahr 2004: 6,4 Milliarden Menschen). Damit würden in jüngerer Zeit weltweit weniger Menschen an depressiven Erkrankungen leiden als dies noch vor 30 Jahren der Fall war. Diese Entwicklung kann u. a. durch den Anstieg von Bevölkerungen in Ländern mit niedrigem Einkommen erklärt werden, bei denen somatische Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen zählen und mentale Krankheiten eher eine untergeordnete Rolle spielen.

In der Klinik lag das Durchschnittsalter von Patienten der Diagnosegruppe F3 im Jahr 2009 bei 59,2 Jahre und hat sich im Beobachtungszeitraum nicht verändert. Im Saarland hat sich im Zeitraum von 1987 und 2009 die Anzahl von Personen der Altersklasse der 55 bis 65-Jährigen um 0,7 % verringert.

Somit kann der Anstieg der Patienten der Klinik um 37 % (absolut 47 Patienten) nicht mit der demographischen Entwicklung dieser Altersgruppe im Saarland erklärt werden, da diese einen Rückgang aufwies.

Weiterhin ergaben die dargestellten Studien, dass die Prävalenzrate von Depressionen bei Frauen größer war als bei Männern. Somit könnte der Anstieg von depressiven Störungen in der Klinik auch durch die längere Lebenserwartung von Frauen erklärt werden. Die Zahlen der Klinik sprechen dafür. Im linearen Regressionsmodell verzeichneten Frauen einen Anstieg von durchschnittlich sechs Fällen/Jahr, bei Männern lag der Zuwachs bei rund vier Fällen/Jahr im Beobachtungszeitraum.

**Zusammenfassend** ist festzuhalten, dass eine Zunahme von affektiven Erkrankungen in der Klinik aufgrund der demographischen Entwicklung der entsprechenden Altersgruppe im Saarland nicht ausreichend erklärt werden kann.

Der Geschlechterunterschied, der sich in der Klinik in einem stärkeren Zuwachs von Frauen mit depressiven Störungen äußert, hängt möglicherweise mit einer höheren Lebenserwartung von Frauen zusammen. Um diesen Sachverhalt zu klären, müsste die Veränderung der Behandlungsprävalenz depressiver Störungen nach Geschlecht und Alter zum Gegenstand nachfolgender Untersuchungen werden.

Ein weiterer Grund für den hohen Frauenanteil in dieser Diagnosegruppe könnte darin liegen, dass affektive Störungen bei Männern unterdiagnostiziert sind, da sie sich anders äußern. Treten sie z. B. als Stresssymptome auf, überlagert durch Alkoholstörungen, bleiben sie bei der üblichen Depressionsdiagnostik unberücksichtigt und werden damit nicht als affektive Störung erfasst. Unter dem Stichwort „Männerdepression“ könnten weitere Untersuchungen der Klinikdaten erfolgen.

#### **5.2.4.2. Komorbidität**

Im Zusammenhang mit dem Anstieg depressiver Störungen wird auch die Zunahme von körperlichen Erkrankungen auch bei Jüngeren diskutiert.

Im Bundesgesundheitsurvey (1998/1999) zeigten Frauen erhöhte Raten depressiver Störungen beim Vorhandensein einer körperlichen Diagnose; bei ihnen verdoppelten sich die Depressionsraten signifikant bei Muskel-Skeletterkrankungen, Atemwegserkrankungen und Diabetes.

Baumeister et al. (2004) untersuchten bei 4192 Patienten den Zusammenhang der Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Patienten mit einer muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Unterschied zur Prävalenzrate psychi-

scher Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Die Autoren konnten zeigen, dass Patienten mit diesen somatischen Erkrankungen eine deutlich höhere Prävalenz für die Diagnosekategorien affektive Störungen und Angststörungen aufwiesen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die Autoren verwiesen auf die Bedeutsamkeit der Behandlung und Diagnostik komorbider psychischer Störungen bei chronisch erkrankten Patienten.

Pieper et al. (2008) fanden auf der Datenbasis der deutschen DETECT-Studie anhand einer repräsentativen Stichprobe von über 50.000 Patienten heraus, dass Ko- und Multimorbidität somatischer wie auch somatischer mit depressiven Störungen die Regel sind. Nicht komorbide Depressionen sowie reine somatische Erkrankungen waren die Ausnahme. Weiterhin zeigten die Autoren, dass das Depressionsrisiko stetig mit der Anzahl der komorbiden Krankheiten stieg. Ausgeprägte Assoziationen fanden sie bei schwergradiger Herzinsuffizienz, diabetischen Folgekomplikationen, koronare Herzerkrankungen und muskuloskelettären Erkrankungen.

In der vorliegenden Arbeit wird der Zusammenhang somatoformer und psychischer Störungen nicht untersucht. Um den Anstieg affektiver Störungen mit der Zunahme somatoformer Störungen zu erklären, müssten weitere Untersuchungen erfolgen, die Gegenstand nachfolgender Arbeiten werden könnten.

#### **5.2.4.3. Psychosoziale Belastungsfaktoren**

Verschiedene Studien belegten eine familiäre Häufung von Depressionen (Lieb et al. 2002, zit. in Wittchen et al. 2010). Daraus wurde abgeleitet, dass die Veranlagung zur Depression genetisch mitbedingt ist. Da zwischen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren eine Wechselwirkung besteht, richtet sich in diesem Zusammenhang die Fragestellung nach der Veränderung von Umweltfaktoren.

Depressive Störungen stehen im Zusammenhang mit neurobiologischen Faktoren, die einen Zusammenhang von Stress und dem Auftreten von affektiven Störungen vermuten lassen. Für die Zunahme von Stress wird der Wandel in Arbeits- und Lebenswelt verantwortlich gemacht. Dabei spielen Faktoren wie Arbeitsplatzunsicherheit, wachsende Anforderungen an Mobilität und Flexibilität, Auflösung vertrauter Strukturen, Leistungsdruck und innerbetrieblicher Konkurrenzkampf eine zunehmende Rolle. Es stellt sich wiederum die Frage nach dem Zusammenhang von psychosozialen Faktoren und Depressionen.

Der Familienstand und das Vorhandensein einer vertrauensvollen Beziehung sind Protektivfaktoren bei Depressionen. Jacobi et al. (2004) fanden bei getrennten, geschiedenen und verwitweten Personen eine 12-Monatsprävalenz von depressiven Störungen von 22,6 %, die deutlich höher lag als die bei Verheirateten mit 9,8 %.

Betrachtet man die sozioökonomischen Faktoren, dann korrelierten ein höheres Bildungsniveau und eine gesicherte Anstellung mit niedrigen Depressionsraten. Jacobi et al. (2004) konnten zeigen, dass die 12-Monatsprävalenz von Depressionen aus unteren sozialen Schichten bei 16,4 % lag und damit doppelt so hoch war, wie bei Angehörigen aus hohen sozialen Schichten. Ebenfalls wiesen Vollzeitberufstätige mit 9,1 % eine deutlich niedrige Depressionsrate auf als Arbeitslose mit 20 %. Verschiedene Autoren belegten einen Zusammenhang zwischen einem geringeren sozioökonomischem Status und erhöhten Raten an Depressionen (Andrade et al. 2003; Kessler et al. 2003, zit. in Beesdo-Baum & Wittchen 2011).

Betrachtet man das Wohnumfeld, so kamen Meltzer et al. (1995, zit. in DGPPN et al., S3-Leitlinie Unipolare Depression 2009) zu dem Ergebnis, dass Menschen, die in städtischer Umgebung und in Mietwohnungen lebten, eine höhere Depressionsrate aufwiesen als Menschen, die auf dem Land und in einem Eigenheim lebten.

**Zusammengefasst** ist festzustellen, dass unter Berücksichtigung der aufgeführten Risikofaktoren von depressiven Störungen, der Anstieg der Behandlungsprävalenz von Patienten mit affektiven Störungen in der Klinik durch Veränderungen in den Bereichen von Familie, Gesellschaft und sozialem Umfeld begründet sein können.

Auch im Saarland geht die Zahl der Familien immer weiter zurück. Sie sank um 5 % im Zeitraum zwischen 1997 und 2007 auf 161.000 Familien. Ursachen sind der demographische Wandel im Saarland und der Geburtenrückgang seit den 1990er Jahren (Ertl 2008). Mit der Abnahme der Familienzahlen veränderten sich auch die Strukturen der einzelnen Familienformen. So wuchs die Zahl der alternativen Familienverbände (Alleinerziehende und Lebenspartnerschaften mit Kindern unter 18 Jahren) im Vergleich zum Jahr 1997 um 25 % auf 25.000 im Jahr 2007. Gleichzeitig ging die Zahl der traditionellen Familien um 13 % zurück. Diese Zunahme alternativer Familienformen ist nicht nur eine Folge von höheren Scheidungszahlen sondern ebenfalls Ausdruck einer bewussten Entscheidung zur Familiengründung ohne Trauschein. Allerdings müssen Alleinerziehende mit einem wesentlich geringeren Familieneinkommen leben als Paare mit Kindern. Im Jahr 2007 hatten 51 % der Alleinerziehenden ein monatliches Familiennettoeinkommen von weniger als 1300 Euro;

über diesen Beträge verfügten dagegen nur 7 % der Paare mit mindestens einem Kind (Ertl 2008). Die Arbeitslosenquote im Saarland lag im Jahr 2009 bei 7,7 % und hat im Vergleich zum Jahr 1999 um 3,1 Prozentpunkte abgenommen. Jedoch beeinflusst der in Folge der Globalisierung gestiegene Wettbewerbsdruck die Strukturen auf dem Arbeitsmarkt. Die Ausweitung der Erwerbstätigkeit im Saarland seit Ende der 90er Jahre ist vor allem auf die Zunahme atypischer Beschäftigungen zurückzuführen (Minijob, Leiharbeit, geringfügig Beschäftigte, befristete Beschäftigung). Die Zahl von Personen in Normalarbeitsverhältnissen (unselbständige Beschäftigung in einem unbefristeten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis in Voll- oder Teilzeit) ist von 1997 bis 2007 um 9,6 % auf 255.000 Erwerbstätige gesunken. Fast ein Drittel (29,7 %) der 363.000 abhängig Beschäftigten zählten im Jahr 2007 zu den atypisch Beschäftigten. Lag der Anteil der atypischen Beschäftigung im Jahr 1997 noch bei 18,5 %, ist er auf 29,7 % im Jahr 2007 gestiegen (+ 72,3 %). Bezieht man diesen Strukturwandel auf die Ergebnisse der Arbeit, werden Veränderungen der Arbeits- und Lebenswelt im Saarland auch als Verursacher des Anstieges depressiver Störungen in der Klinik angesehen.

#### **5.2.4.4. Erkennungsrate und Therapiebereitschaft**

Im Zusammenhang mit dem Anstieg affektiver Störungen wird auf der einen Seite die steigende Bereitschaft von Ärzten diskutiert, Depressionen häufiger zu diagnostizieren. Auf der anderen Seite besteht bei Patienten eine größere Bereitschaft, sich mit der Diagnose Depression behandeln zu lassen. Ein größeres Angebot von Gesundheitsdiensten und die Einführung neuer Therapiekonzepte fördern dieses Verhalten von Ärzten und Patienten. Dabei kommt dem Hausarzt eine zunehmende Bedeutung in der Diagnostik und Therapie zu.

Die Häufigkeit von Depressionen in der Allgemeinpraxis wurde in einer Erhebung der WHO im Jahr 1991 in den in Deutschland beteiligten Zentren Berlin und Mainz untersucht (Üstün & Sartorius 1995). Es zeigte sich, dass etwa 10 % der Patienten an einer depressiven Episode litten.

In einer im Jahr 1999 folgenden Studie von Wittchen (Wittchen et al. 2000, Jacobi et al. 2002), an der 633 Hausarztpraxen und 20.421 Patienten teilnahmen, fanden die Autoren eine Punktprävalenz für depressive Störungen von 11,3 % und damit eine leichte Zunahme der Diagnosehäufigkeit von Depressionen in Allgemeinpraxen im

Vergleich zum Jahr 1991. Die Erkennensrate von Depressionen lag in dieser Studie bei 75 %.

Bermejo et al. (2005) untersuchten bei 1233 Patienten in 32 Hausarztpraxen die hausärztliche Diagnoseeinschätzung depressiver Störungen in Bezug zu den Patientenselbsteinschätzungen. Die Stichtagsprävalenz depressiver Störungen betrug 10 %, wobei die Diagnose einer Depression seitens des Arztes in weniger als der Hälfte der Fälle (45 %) mit der Selbsteinschätzung des Patienten übereinstimmte. Der Anteil von falsch positiven Depressionsdiagnosen, die vom Patienten nicht bestätigt wurden, lag bei 15 %. Es wurde davon ausgegangen, dass sich die hausärztlichen Diagnosen vor allem auf den Konsultationsanlass begründeten, der von den Patienten angegeben wurde.

Die niedrige Erkennungsrate depressiver Störungen muss aufgrund des hohen Leidensdrucks und einer möglichen Suizidalität seitens des Patienten als problematisch angesehen werden. Aber auch die hohe Rate falsch-positiver Depressionsdiagnosen sollte kritisch hinterfragt werden. Die Gründe wurden in der verstärkten Aufmerksamkeit vermutet, welche dieser Diagnosegruppe in den letzten Jahren gewidmet wurde (Jacobi et al. 2002).

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die Diagnosestellung depressiver Störungen in den Bereichen der ersten Anlaufstelle von Patienten, also vor allem den Allgemeinarztpraxen, verbessert werden sollte. Eine leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie depressiver Störungen könnte zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen, so dass bezüglich der Leitlinienimplementierung im hausärztlichen Bereich praxisorientierte Fortbildungen notwendig wären (Bermejo et al. 2005).

Die Veränderung der Therapiebereitschaft bei Patienten mit Depressionen war vor allem abhängig vom Wissensstand und der Einstellung der Allgemeinbevölkerung zu Depressionen.

In einer Untersuchung von Angermeyer et al. (1993) aus dem Jahr 1990 wurden rund 3000 Personen in Ost- und Westdeutschland nach der geeigneten Behandlung von Depressionen gefragt. Von den befragten Personen wurde eindeutig die Psychotherapie der Psychopharmakotherapie vorgezogen. Psychopharmakotherapie wurde häufig als Mittel zur Ruhigstellung betrachtet und es gab die Befürchtung, dass die Medikamente abhängig machten.

Andere Studien führten zu ähnlichen Ergebnissen. In einer Befragung aus dem Jahr 1992 (Hillert et al. 1999, zit. in Althaus et al. 2002) von 2176 Personen fanden 65 %

Psychotherapie bei Depressionen empfehlenswert, nur 4 % sahen Medikamente als hilfreich an.

In einer Befragung von 2031 Australiern (Jorm et al. 1997; zit. in Althaus et al. 2002) aus dem Jahr 1997 sahen 42 % der Befragten Psychopharmaka als schädlich an. Die Gründe für Depressionen wurden vor allem in sozialen Ursachen und Stress gesehen, genetische und biologische Faktoren wurden von 50 % der Befragten genannt.

In einer neueren Untersuchung von Holzinger aus dem Jahr 2009 (Holzinger et al. 2011) wurden 1205 Personen in Wien telefonisch zu Depressionen befragt. Rund 82 % der Befragten empfahlen die Behandlung durch einen Psychotherapeuten, etwa 65 % gaben als Empfehlung für professionelle Hilfe den Psychiater an. Antidepressiva wurden von 32 % der Befragten empfohlen und von 42 % der Befragten wurde davon abgeraten. Zusammenfassend kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass es eine Wissenslücke zwischen der öffentlichen Meinung und dem Expertenwissen bezüglich der Behandlung von Depressionen gab.

Da der Wissensstand der Allgemeinbevölkerung das Hilfesucheverhalten betroffener Personen beeinflusst, stellt sich die Frage nach der Beeinflussbarkeit der Öffentlichen Meinung.

Im Rahmen des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ fand im Jahr 2000 ein depressions- und suizidpräventives Aktionsprogramm statt, bei dem eine Aufklärungskampagne der Bevölkerung zum Thema Depression durchgeführt wurde. Althaus et al. (2002) befragten mittels Telefoninterview 1426 zufällig ausgewählte Personen aus Würzburg und Nürnberg und fanden heraus, dass die Mehrheit der befragten Personen Depression als behandlungsbedürftige Krankheit ansahen, es jedoch allgemein eine große Unkenntnis in Bezug auf antidepressive Medikamente gab. Zwei Jahre nach der Kampagne zeigten sich bei den Befragten signifikante Einstellungsänderungen. Der Besuch eines Arztes oder Psychotherapeuten und eine medikamentöse Therapie wurden häufiger befürwortet und die Therapierbarkeit von Depression wurde positiver beurteilt (Hegerl et al. 2006).

Gaebel et al. (2010) stellten fest, dass „psychisch krank“ noch immer mit einem Stigma versehen war, das negative Folgen für die Betroffenen hat. Das Selbstwertgefühl des Patienten wird verletzt und seine Lebensqualität reduziert, aber vor allem wird häufig die Früherkennung psychischer Erkrankungen erschwert. Die Autoren verfolgten im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Anti-

stigma-Projekts des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit eine Reduktion von Stigma und Diskriminierung aufgrund psychischer Erkrankung in unserer Gesellschaft. Die Autoren entwickelten drei Modellprojekte zur Umsetzung wirksamer Antistigma-Maßnahmen in Deutschland, von denen eines im Rahmen des Antistigma-Projekts des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit umgesetzt werden soll.

**Zusammenfassend** kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vorgestellten Untersuchungen vermutet werden, dass der Anstieg der Behandlungsprävalenz von Patienten mit affektiven Störungen in der Klinik auch durch häufigere Diagnosestellung seitens der Ärzte und einer größeren Therapiebereitschaft seitens der Patienten verursacht wird.

#### **5.2.4.5. Fazit**

Gemäß den vorgestellten Studien ist anzunehmen, dass der Anstieg der Behandlungsprävalenz von depressiven Patienten der Klinik multikausal ist. Der demographische Wandel im Saarland kann den Anstieg depressiver Patienten in der Klinik nicht ausreichend erklären. Auch die Verbesserung der Erkennungsrate von Depressionen bei Allgemeinärzten lässt nicht auf einen tatsächlichen Anstieg der Erkrankung schließen, ebenso wenig wie die vermehrte Therapiebereitschaft depressiver Patienten. Allein die Veränderung sozialer und gesellschaftlicher Verhältnisse kann einen tatsächlichen Anstieg von affektiven Störungen in allen Altersklassen erklären. Der hohe Zuwachs an Behandlungstagen in dieser Diagnosegruppe wird möglicherweise durch die Komorbidität somatischer und depressiver Erkrankungen verursacht. Dieser Zusammenhang könnte zum Gegenstand weiterer Untersuchungen werden.



## 5.2.5. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen

**Tabelle 64. F40-F48. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell**

F40-F48: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag. (N)	126					403					219,8%	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	182					503					176,4%	
Beh.tage m. Hdiag	5.190					8.176					57,6%	
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	6.338					10.810					70,0%	
Patienten (N)	115					323					180,9%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. Hdiag.) in Tagen	41,2	54,0	8,8	30,5	50,3	20,3	22,6	5,0	13,0	28,0	-50,7% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	45,1	57,6	10,0	35,0	53,0	25,3	32,6	5,0	13,0	31,0	-43,9% (MW)	<0,001 (MW-U)
Verweild. Hdiag- u. Ndiag. in Tagen	34,8	47,5	4,0	25,0	46,0	21,5	26,1	5,0	13,0	28,0	-38,3% (MW)	<0,001 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,10	0,37	1,00	1,00	1,00	1,25	0,67	1,00	1,00	1,00	13,6% (MW)	0,027 (MW-U)
Männer (Anteil %)	35,0%					50,0%					360% (Fälle)	0,003 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	65,0%					50,0%					145,1% (Fälle)	
Anteil F4 an Gesamtfällen (%)	11,3 %					23,6 %					108,8%	<0,001 (Chi2)
Anteil F4 an Ges.behtage (%)	9,6 %					16,3 %					69,8%	<0,001 (Chi2)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Q1(25%) = erstes Quartil; MED = Median (zweites Quartil); Q3(75%) = drittes Quartil; p = Signifikanz; % Änd. = prozentuale Änderung beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009; MW-U = Mann-Whitney-U-Test; Chi2 = Chi-Quadrat-Test

F40-F48: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=5305 Fälle)				
	B	p	R2	95%CI
Fälle m. Hdiag.	9,9	<0,001	0,683	6,9 ; 12,9
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	13,0	<0,001	0,642	8,8 ; 17,2
Beh.tage m. Hdiag	30,7	0,471	0,024	-56,1 ; 117,5
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	113,4	0,034	0,189	9,6 ; 217,2
Patienten	7,2	<0,001	0,663	4,9 ; 9,5
Verweild./Fall (od. Hdiag.)	-1,0	<0,001	0,735	-1,3 ; -0,7
Verweild./Patient	-1,0	<0,001	0,626	-1,3 ; -0,6
Verweild. Hdiag- und Ndiag.	-0,7	<0,001	0,654	-0,9 ; -0,5
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,007	<0,001	0,606	0,005 ; 0,010
Fallzahl Männer	5,1	<0,001	0,695	3,6 ; 6,7
Fallzahl Frauen	4,8	<0,001	0,602	3,1 ; 6,5

B = Regressionskoeffizient (durchschnittl. Änderung/Jahr im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009); p = Signifikanz; R2 = Bestimmtheitsmaß; 95%CI = Konfidenzintervall 95%

Diese Diagnosegruppe verzeichnete beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009 die größten Zuwächse von Fällen (+ 219,8 %) und Patienten (+ 180,9 %) gegenüber den übrigen untersuchten Diagnosen. Im linearen Modell zeigte sich ein Anstieg von durchschnittlich rund 10 Fällen/Jahr und 7 Patienten/Jahr. In dieser Diagnosegruppe änderte sich das Geschlechterverhältnis beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009, denn der Anteil der Männer nahm zu. Der Anstieg neurotischer Belastungs- und somatoformer Störungen ist vor allem auf eine Zunahme der Diagnose Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) zurückzuführen, die im Jahr

2009 einen Anteil von rund 91 % hat. Diese Störungen sind immer eine direkte Folge einer akuten schweren Belastung, die als auslösender Kausalfaktor auftritt oder einer besonderen Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation führt (Dilling et al. 2008). Sie werden beeinflusst von individueller Vulnerabilität und zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen (z. B. soziales Unterstützungssystem).

Bei der Frage nach den Ursachen des Anstieges dieser Diagnose treten vor allem Fragen nach Veränderungen in Arbeits- und Lebenswelt in den Vordergrund, die akute Belastungssituationen auslösen können.

Unter diesem Aspekt wird vor allem die steigende Arbeitsbelastung diskutiert, denn durch die zeitliche und räumliche Flexibilisierung der Arbeitswelt stoßen Arbeitnehmer häufig an ihre psychischen Belastbarkeitsgrenzen. Nach einer Umfrage des Deutschen Gewerkschaftsbundes erbrachte jeder fünfte Arbeitnehmer aufgrund wachsender Arbeitsbelastung mindestens zehn Überstunden in der Woche, 52 % der Beschäftigten fühlten sich dabei erheblich gestresst (DGB 2012). Dies führte in vielen Fällen dazu, dass die Grenze zwischen Freizeit und Arbeit immer mehr verschwamm, denn mehr als ein Viertel der Beschäftigten war nach eigenen Angaben auch in der Freizeit beruflich erreichbar und fast jeder siebte (15 %) arbeitete in seiner Freizeit sehr oft unbezahlt.

In diesem Zusammenhang fällt häufig der Begriff des Burnout-Syndroms, das „als Endzustand einer Entwicklungslinie bezeichnet [wird] [...], die mit idealistischer Begeisterung beginnt und über frustrierende Erlebnisse zu Desillusionierung und Apathie, psychosomatischen Erkrankungen und Depression oder Aggressivität und einer erhöhten Suchtgefährdung führt.“ (Pschyrembel klinisches Wörterbuch 2007).

Die Zahlen der Krankenkassen spiegeln diese Entwicklung wider und zeigen, dass Depressionen und Burnout zu einem volkswirtschaftlichen Problem geworden sind. Nach einer repräsentativen Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) für den neuen Fehlzeiten-Report 2012 waren 130.000 Menschen aufgrund eines Burnout-Syndroms krankgeschrieben, wobei sich die Krankheitstage innerhalb von sieben Jahren auf 2,7 Millionen Tage verdreifacht hatten (Wissenschaftliches Institut der AOK 2012). Entfielen 2004 auf je 1000 AOK-Versicherte acht Tage mit Krankschreibung wegen Burnout, waren es 2010 bereits 72,3 Tage.

Auf der individuellen Seite fand parallel dazu eine Entwicklung statt, die zur Auflösung des sozialen Unterstützungssystems führt und die für das Saarland im vorausgegangenen Kapitel dargestellt wurde (Kapitel 5.2.4.3).

Die Veränderung des Geschlechterverhältnisses in dieser Diagnosegruppe durch die Zunahme der Männer in der Klinik, zeigte sich auch in den Ergebnissen des ersten deutschen Männerberichts. Es wurde deutlich, dass psychische Störungen bei Männern weitaus stärker stiegen als bei Frauen (Möller-Leimkühler 2012). Die Stiftung Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e. V. (DGMG) konnte in einer Vorstudie zeigen, dass depressive Symptome wie z. B. Burnout bei Männern dreimal weniger diagnostiziert wurde als bei Frauen, da Männer sich häufig nicht trauten, diese Probleme beim Arzt anzusprechen (DGMG 2011).

Bezieht man diese Aussagen auf die Entwicklung in der Klinik, dann könnten die Gründe für den deutlichen Anstieg der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen in Veränderungen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene liegen, die sich wechselseitig beeinflussen. Um die Zunahme des Männeranteils zu untersuchen, werden weitere Studien notwendig sein.

## 5.2.6. Vorsätzliche Selbstschädigung

**Tabelle 65. X84. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell**

X84: Vergleich der Jahre 1986 und 2009												
	1986					2009					% Änd.	
Fälle m. Hdiag- u. Ndiag. (N)	58					93					60,3%	
Beh.tage Hdiag u. Ndiag	1.532					3.754					145,0%	
Patienten (N)	55					90					63,6%	
	MW	SD	Q1	MED	Q3	MW	SD	Q1	MED	Q3	% Änd.	p
Verweild./Fall (od. H-/Ndiag.) in Tagen	26,4	33,6	3,0	13,5	38,5	40,4	40,3	10,5	27,0	53,5	52,8% (MW)	0,010 (MW-U)
Verweild./Patient in Tagen	27,9	38,3	3,0	13,0	40,0	41,7	42,1	10,5	28,5	54,5	49,8% (MW)	0,023 (MW-U)
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	1,05	0,22	1,00	1,00	1,00	1,03	0,19	1,00	1,00	1,00	-1,9% (MW)	0,391(MW-U)
Männer (Anteil %)	57,0%					47,0%					33,3% (Fälle)	0,252 (Chi2)
Frauen (Anteil %)	43,0%					53,0%					96% (Fälle)	
Anteil X84 an Gesamtfällen (%)	5,2 %					5,4 %					3,8%	0,782 (Chi2)
Anteil X84 an Ges.behtage (%)	2,8 %					7,5 %					164,3%	<0,001 (Chi2)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Q1(25%) = erstes Quartil; MED = Median (zweites Quartil); Q3(75%) = drittes Quartil; p = Signifikanz; % Änd. = prozentuale Änderung beim Vergleich der Jahre 1986 und 2009; MW-U = Mann-Whitney-U-Test; Chi2 = Chi-Quadrat-Test

X84: lineares Regressionsmodell 1986 bis 2009 (N=1898 Fälle)				
	B	p	R2	95%CI
Fälle m. Hdiag- und Ndiag.	1,3	0,032	0,192	0,1 ; 2,4
Beh.tage m. Hdiag u. Ndiag	33,9	0,095	0,122	-6,3 ; 74,2
Patienten	0,2	0,868	0,004	-2,3 ; 2,7
Verweild./Fall (od. H-/Ndiag.)	0,4	0,230	0,174	-0,8 ; 2,8
Verweild./Patient	0,4	0,217	0,183	-0,8 ; 2,9
Ø Aufnahme/Pat./Jahr	0,001	0,164	0,086	-0,008 ; 0,010
Fallzahl Männer	0,4	0,235	0,063	-0,3 ; 1,0
Fallzahl Frauen	0,90	0,009	0,247	0,3 ; 1,6

B = Regressionskoeffizient (durchschnittl. Änderung/Jahr im Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009); p = Signifikanz; R2 = Bestimmtheitsmaß; 95%CI = Konfidenzintervall 95%

Vorsätzliche Selbstschädigung wird in der Klinik seit der Einführung der ICD-10 Diagnosen im Jahr 1996 nicht als Hauptdiagnose vergeben und gewinnt damit als Begleiterkrankung anderer psychiatrischer Diagnosen an Bedeutung. Im linearen Regressionsmodell ergab sich nur für die Fallzahlen ein signifikanter Anstieg im Beobachtungszeitraum, bedingt durch den Anstieg der Frauen. Behandlungstage, Patientenzahl, mittlere Verweildauer und Aufnahmezeitpunkte zeigten keine Effekte. Ihre Bedeutung erhält diese Diagnosegruppe als Nebendiagnose vor allem bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen und hier vor allem bei den Anpassungsstörungen aber auch bei affektiven Störungen, Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und Alkohol-erkrankungen (Abbildung 75, S. 179). Die Untersuchung der Komorbidität von vor-

sätzlicher Selbstschädigung könnte Gegenstand weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen werden.

### **5.2.7. Exkurs: Soziologische Perspektive**

Die Gründe für den Anstieg psychischer Erkrankungen – vor allem der affektiven Störungen, der Alkoholerkrankungen und der neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen - lassen sich aus soziologischer Perspektive mit der Individualisierungstheorie von Beck darstellen, der diese Theorie in seinem Buch „Risikogesellschaft“ (1986) entwickelt hat.

Nach Beck (1986) sind „Erwerbsarbeit und Beruf [...] im Industriezeitalter zur Achse der Lebensführung geworden. Zusammen mit der Familie bilden sie das zweipolige Koordinatensystem, in dem das Leben in dieser Epoche befestigt ist“. Im Laufe der Zeit hat jedoch der Beruf, ebenso wie die Familie die ehemaligen Sicherheiten und Schutzfunktionen eingebüßt. Gründe hierfür liegen in der „Individualisierung“, unter der Beck Folgendes versteht:

- (a) Herauslösung aus historisch vorgegebenen Sozialformen und -bindungen im Sinne traditionaler Herrschafts- und Versorgungszusammenhänge („Freisetzungsdimension“)
- (b) Verlust von traditionellen Sicherheiten im Hinblick auf Handlungswissen, Glauben und leitende Normen („Entzauberungsfunktion“) und
- (c) eine neue Form der sozialen Einbindung („Kontroll- bzw. Reintegrationsdimension“).

„Die freigesetzten Individuen werden arbeitsmarktabhängig und deshalb bildungsabhängig, konsumabhängig, abhängig von [...] Möglichkeiten und Moden der medizinischen, psychologischen und pädagogischen Beratung und Betreuung.“ (Beck 1986)

In der „Risikogesellschaft“ sieht sich der Einzelne mit den Konsequenzen seiner selbst getroffenen Entscheidungen konfrontiert, es entstehen neue Formen des persönlichen Risikos.

Legt man die Individualisierungstheorie als Erklärungsmodell für den Anstieg psychischer Erkrankungen zugrunde, dann führt Individualisierung in der modernen Gesellschaft zu einer „Überforderung“ des Einzelnen, es mangelt ihm an Mechanismen zur Kompensation des persönlichen Risikos. Dieser Zustand endet letztlich in einer psychischen Störung. Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene bedeutet dies einen Zuwachs psychischer Erkrankungen bei zunehmender Individualisierung.

### 5.3. Resümee

Die Ergebnisse dieser Arbeit belegen eine Veränderung der Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik. Da die Klinik die Regelversorgung der Einwohner des Saarpfalz-Kreises wahrnimmt und auch von Einwohnern aus dem angrenzenden Rheinland-Pfalz aufgesucht wird, könnte man die Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik als Abbild für die Entwicklung der psychiatrischen Erkrankungen in der saarländischen Bevölkerung ansehen. Folgt man diesem Gedanken, dann ist die Zunahme von Patienten mit psychischen Störungen in der Klinik auf die Zunahme von psychisch Kranken in der Gesellschaft zurückzuführen.

Die **Ursachen** dieses Anstieges sind mannigfaltig und können auf den verschiedenen Abstraktionsebenen der Gesellschaft dargestellt werden. Die folgende Einzelbetrachtung von Mikro- und Makroebene dient der Strukturierung der Diskussion, wobei gilt, dass die Ebenen nicht isoliert existieren, sondern miteinander verbunden sind und sich wechselseitig beeinflussen (Hartfiel & Hillmann 1982).

Auf der gesamtgesellschaftlichen **Makroebene** kann die demographische Entwicklung der Gesellschaft dazu führen, dass Altersgruppen mit einem hohen Krankheitsrisiko anwachsen und einen Anstieg von psychiatrischen Erkrankungen (Alkoholstörungen, affektive Störungen, Anpassungsstörungen, demenzielle Erkrankungen) nach sich ziehen. Auch der Wandel der marktwirtschaftlichen und gesellschaftlichen Situation, die sich verstärkt auszeichnet durch hohe Arbeitslosigkeit und Arbeitsunsicherheit, erhöhte Mobilität und Werteverlust, begründet die Zunahme psychischer Erkrankungen. Diese Veränderungen im Bereich der gesellschaftlichen Makroebene führen auf der **Mikroebene** der Individuen zu gestiegenem schulischem und beruflichem Leistungsdruck, kleineren Familien mit geringerem familiärem Zusammenhalt, Abnahme sozialer Bindungen und vielen anderen Problemen. Der daraus erwachsende individuelle Stress kann in der möglichen Folge das Krankheitsrisiko psychischer Erkrankungen erhöhen, z. B. bei den Diagnosegruppen affektive Störungen, neurotische, Belastungs-, und somatoforme Störungen Suchterkrankungen und Suizidalität. Die Diagnosegruppe der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen unterliegt dabei weniger dem Einfluss demographischer und psychosozialer Veränderungen, was sich auch an der gleichbleibenden Inzidenzrate von 0,02 % zeigt. In der Klinik ist sogar ein Rückgang von Patienten mit dieser Diagnose zu verzeichnen. Der naheliegende Grund liegt in der Verbesserung der Therapieoptionen von schizophrenen Patienten im medikamentösen und psychotherapeutischen Be-

reich, unterstützt durch eine Verbesserung der außerklinischen Versorgungsstrukturen.

Die Beschäftigung mit den Ursachen des Anstiegs psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft und demzufolge in der Klinik, zieht notwendigerweise die Frage nach den **Folgen** dieses Anstieges nach sich, wobei wiederum Mikro- und Makroebene analysiert werden können.

Auf der gesellschaftlichen **Makroebene** verursachten psychische und Verhaltensstörungen im Jahr 2008 mit 11,3 % die dritthöchsten direkten **Krankheitskosten** in Deutschland. Direkte und indirekte Krankheitskosten stiegen im Zeitverlauf zwischen 2002 und 2008 um rund 23 % an – damit höher als die Kosten aller anderen Krankheitsarten (Kapitel 2.7.1, S. 66). Diese Entwicklung der letzten Jahre lässt darauf schließen, dass die direkten und indirekten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen zukünftig weiter ansteigen werden.

In diesem Zusammenhang wird die Früherkennung psychischer Erkrankungen vor allem bei Alkoholerkrankungen, Schizophrenien, affektiven Störungen, neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen und Demenzen immer wichtiger. Mit präventiven Methoden soll einer Chronifizierung der Erkrankungen entgegengewirkt werden, um damit verbundene direkte und indirekte Kosten zu senken. Solche Präventivansätze sind z. B. bei Schizophrenien, demenziellen Erkrankungen, affektiven Störungen und Alkoholerkrankungen in der Klinik durch psychoedukative Maßnahmen erfolgreich umgesetzt worden.

Im Bereich der Suchterkrankungen gibt es bundesweite Präventionsmaßnahmen, die von der rechtlichen Einschränkung der Suchtmittelwerbung und der Preisgestaltung von Suchtmitteln profitieren würden, wobei jedoch in dieser Hinsicht Zurückhaltung seitens der Gesundheitspolitik herrscht. In diesem Bereich ist Verbesserungspotential vorhanden, wobei jedoch die Entwicklung aufgrund der damit verbundenen Kosten abzuwarten bleibt.

Dieser Anhaltspunkt führt zum nächsten Thema, das auf der Makroebene angesiedelt ist. Betrachtet man die Entwicklung der Behandlungsprävalenz von Patienten einer Klinik, dann ist dies auch unter dem Aspekt der Veränderung der **gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen** darzustellen. Mit Inkrafttreten des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom 17. März 2009 kann in psychiatrischen Krankenhäusern ab dem 1. Januar 2013 freiwillig nach Tagespauschalen abgerechnet werden, die sich aus den Psych-PV Eingruppierungen und den Operationen- und

Prozedurenschlüsseln ergeben. Damit ergibt sich für das gesamte Klinikpersonal ein administrativer Mehraufwand, der durch die Erhöhung der Wiederaufnahmerate psychiatrischer Patienten zusätzlich verstärkt wird. Hodek et al. (2010) zeigten in ihrer Tätigkeitsanalyse im ärztlichen und pflegerischen Dienst einer stationär psychiatrischen Einrichtung, dass sowohl für das ärztliche als auch für das pflegerische Personal eine Abweichung der Tätigkeitsanteile im Vergleich zu den Vorgaben der Psych-PV festgestellt werden konnte. Dabei unterschritt auf der einen Seite der Anteil von Tätigkeiten im direkten Patientenkontakt deutlich die zeitlichen Vorgaben; auf der anderen Seite nahmen Tätigkeiten der Administration und Dokumentation einen übermäßig hohen Anteil der Arbeitszeit ein.

Es stellt sich die Frage, wie sich dieses Verhältnis weiterentwickeln wird, wenn durch die Vorgaben des KHG die Prozeduren- und Operationsschlüssel (OPS) zur Entgeltabrechnung ab dem 01.01.2013 an die Krankenkassen übermittelt werden.

Eine Möglichkeit, das ärztliche- und Pflegepersonal von diesem administrativen Mehraufwand zu entlasten, ist die Einführung von Dokumentationsstellen, welche das Klinikpersonal bei ihrer Dokumentationspflicht administrativ unterstützen bzw. diese ganz übernehmen. Dies wird in der Klinik mit der Einstellung von „DRG-Performern“ aus dem Bereich des Medizincontrollings und Qualitätsmanagement seit Mitte des Jahres 2010 versucht. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Auf der **Mikroebene** der Klinik hat die Erhöhung der Wiederaufnahmerate und die Verkürzung der Verweildauer psychiatrischer Patienten auf der einen Seite Auswirkungen auf die Patienten selbst und auf der anderen Seite auf das Klinikpersonal.

Auf der **Patientenseite** stellt sich die Frage nach der Erfüllung der Behandlungsbedürfnisse der Patienten, das heißt: ist die Verkürzung der Verweildauer ein Indiz für eine verbesserte Behandlungseffizienz oder führt sie möglicherweise dazu, dass Patienten in einem schlechteren Gesundheitszustand entlassen werden und häufiger zur erneuten Aufnahme in die Klinik kommen („Drehtüreffekt“).

Diese Fragen können durch die Ergebnisse dieser Arbeit nicht umfassend beantwortet werden. Es ist zwar festzustellen, dass sich die Aufnahmezeitraum erhöht hat, bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer. Über den Gesundheitszustand bei Entlassung wird in der vorliegenden Arbeit keine Aussage getroffen. Die Ergebnisse können ebenso dafür stehen, dass die Patienten aufgrund einer Verbesserung ihres Gesundheitszustandes entlassen werden, welcher durch bessere Therapieoptionen verursacht wird. Durch die verstärkte Verzahnung der Kli-



nik mit niedergelassenen Fach- und Hausärzten und dem Ausbau von Tageskliniken und Rehabilitationseinrichtungen im Saarland wird möglicherweise ein längerer stationärer Aufenthalt verhindert.

In weiterführenden wissenschaftlichen Untersuchungen könnte der Gesundheitszustand von Klinikpatienten im Zusammenhang mit der Verkürzung der Verweildauer und der Erhöhung der Wiederaufnahmerate untersucht werden. Dazu könnten die bei Aufnahme und Entlassung in der psychiatrischen Basisdokumentation gewonnenen Informationen des GAF-Wertes (Global Assessment of Functioning Scale) und CGI-Wertes (Clinical Global Impressions) dienen, um Aussagen über den Behandlungserfolg zu treffen. Auf dieser Grundlage könnten Krankenkassen die Dauer der Behandlungsnotwendigkeit psychiatrischer Patienten ermitteln. Verfrühte Entlassungen würden verhindert werden, um den administrativen Aufwand für Klinik und Krankenkassen zu reduzieren und die Kosten zu senken.

Wiederaufnahmen bedeuten für das gesamte **Klinikpersonal** in verschiedenen Funktionsbereichen (ärztliches Personal, Pflegepersonal, Sekretariate, Klinikverwaltung etc.) einen größeren Arbeitsaufwand. Wird ein Patient aufgenommen und nach kurzer Zeit wieder entlassen, aber die Erkrankung erfordert eine erneute stationäre Aufnahme, dann wiederholt sich die gesamte Aufnahme- und Entlassungsprozedur (Aufnahmegespräch, Aufnahmebrief, Aufnahmeanzeige im Patientenverwaltungssystem SAP i.s.h.med, Patientendokumentation, Entlassungsbrief etc.). Damit verursachen auf der einen Seite die kürzeren Liegezeiten psychiatrischer Patienten bei den Gesundheitsträgern weniger direkte Kosten auf der Makroebene, auf der anderen Seite führen die Wiederaufnahmen zu erhöhten personellen „individuellen Kosten“ auf der Mikroebene. Hinzu kommen Stressoren durch Veränderungen der Arbeitswelt, die geprägt sind von erhöhter Konkurrenz, Angst um den Arbeitsplatz, Arbeitsverdichtung, Zunahme der Technisierung etc. Diese Kosten werden mehrheitlich vom persönlichen Engagement und durch Mehrleistung der Mitarbeiter getragen, denn die Personalentwicklung der Klinik zeigt, dass im ärztlichen Dienst seit 2005 eine Vollkraftstelle gekürzt wurde und im Pflegedienst nur eine geringfügige Erhöhung um eine Vollkraftstelle erfolgte (Tabelle 29, S. 85). Ein weiterer Faktor mit negativer Auswirkung auf die Personalentwicklung im ärztlichen Bereich in der Psychiatrie ist der Ärztemangel, der häufig zu nicht besetzten Arztstellen führt und die individuelle Belastung beim vorhandenen Personal erhöht. Nach Mitteilung der DGPPN stieg die Nachfrage nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen im ambu-

lanten und stationären Bereich stetig an und kann von den vorhandenen Ärzten des Faches Psychiatrie nicht kompensiert werden (Grözinger 2010).

Es liegt die Vermutung nahe, dass diese Zunahme der individuellen Leistung auf der Mikroebene des Klinikpersonals selbst zu einem krankheitsverursachenden Faktor wird und im Sinne eines Teufelskreises die Mitarbeiter zu Patienten ihrer eigenen Einrichtung werden. Die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK (DAK Gesundheitsreport 2010) bestätigen diese Vermutung: hinsichtlich des Krankenstandes lagen die Branchen „Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ an der Spitze. Die hohen Ausfallzeiten im Gesundheitssystem sind auf eine überdurchschnittlich hohe Erkrankungshäufigkeit und eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen, deren Gründe in stark belastenden Arbeitsbedingungen liegen. Eine besondere Bedeutung dabei erlangen psychische Erkrankungen, die bei den Beschäftigten in der stationären Pflege im Jahr 2003 bei 9 % lagen und in den zurückliegenden Jahren stark angestiegen waren (DAK-BGW Gesundheitsreport 2005).

Zusammengefasst wird deutlich, dass auf der Mikroebene des Klinikpersonals attraktive Arbeitsbedingungen immer wichtiger werden. So könnte auf gesundheitspolitischer Ebene eine bedarfsgerechte Personalausstattung psychiatrischer Krankenhäuser angestrebt werden. Auf personeller Ebene könnten Mitarbeiterseminare angeboten werden, um so mit erlernten Bewältigungsstrategien den individuellen Stressoren entgegenzuwirken.

## **5.4. Ausblick**

Analog zur Entwicklung der letzten 24 Jahre wird für die Klinik zukünftig ein weiterer Anstieg der Fall- und Patientenzahlen bei gleichzeitiger Abnahme der Verweildauer und Zunahme der Mehrfachbehandlungen prognostiziert. Die sich daraus ergebenden Folgen für Patienten, Personal und Gesundheitssystem sind zu antizipieren, um Maßnahmen auf den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen ergreifen zu können. Diese Maßnahmen sollen vor allem (1) eine Kostenexplosion im Gesundheitssystem verhindern, (2) das Wohlergehen psychisch Kranker verbessern, (3) psychische Erkrankungen mithilfe präventiver Maßnahmen vermeiden oder reduzieren, (4) Arbeitsbedingungen der Klinikmitarbeiter verbessern. Diese Maßnahmen können auf der Mikroebene der Individuen ansetzen, z. B. durch Verbesserung des Betriebsklimas in Unternehmen, Förderung der sozialen Kompetenz in Arbeits- und Lebenswelt, Stärkung sozialer Netzwerke (z. B. Familien, Vereinswesen). Auf der Makroebene könn-

ten sie in der Veränderung gesundheitspolitischer Maßgaben liegen, z. B. Verbesserungen der Berufsbedingungen der Ärzte und in der Medizin tätigen Personen, Aufstockung von Personalstellen, Veränderungen im Abrechnungswesen der Krankenkassen, Verstärkung präventiver Maßnahmen, Unterstützung der wissenschaftlichen medizinischen Forschung etc.

Die vorliegende Arbeit untersucht die „Veränderung der Behandlungsprävalenz von Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Zeitraum 1986 bis 2009“ und betrachtet damit die Entwicklungen in einer ökonomischen Organisation, deren Mitglieder (Patienten) Teile der Gesellschaft sind. In diesem Zusammenhang wäre es interessant, die Repräsentativität der Ergebnisse dieser Arbeit anhand aktueller Befunde zu psychiatrischen Erkrankungen auf gesellschaftlicher Ebene in Deutschland zu überprüfen.

Dazu könnten die Erhebungen des Robert Koch-Institut verwendet werden, welches zur Zeit den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) mit der DEGS-Studie fortsetzt (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland). Ziel von DEGS ist es, zehn Jahre nach dem BGS98 erneut bundesweit repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zur Versorgung sowie zu den Lebensbedingungen der in Deutschland lebenden Erwachsenen ab 18 Jahren zu erheben. Die Datenerhebungen erfolgen von November 2008 bis November 2011 in insgesamt 180 Städten und Gemeinden in ganz Deutschland und ermöglichen aktuelle Aussagen zu den wichtigsten Volkskrankheiten, gesundheitlichen Risikofaktoren und Versorgungsproblemen. Wie beim BGS98 wird DEGS durch eine Zusatzuntersuchung „psychische Gesundheit“ ergänzt.

Auf dieser Datengrundlage könnte ein Vergleich mit den gewonnenen Klinikergebnissen erfolgen, um die Repräsentativität der festgestellten Ergebnisse anhand einer Bevölkerungsstichprobe zu validieren. Auf europäischer Ebene könnte man die Untersuchung von Wittchen et al. (2011) zum Vergleich mit den deutschen Kliniken und den vorliegenden Klinikdaten heranziehen.

Diese Fragestellung könnte Gegenstand weiterer wissenschaftlicher Arbeiten werden.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Albus M, Strauss A, Stieglitz RD. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (section F2): Results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990;23 (Suppl.):155-159.
2. Althaus D, Stefanek J, Hasford J, Hegerl U. Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Der Nervenarzt* 2002; 73(7):659-664.
3. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull.* 1980;6(3):490-505.
4. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation - Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:145-153
5. Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro und contra: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1993;43(8):286-92.
6. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1999;60(Suppl. 2):57-62.
7. Angst J, Scharfetter C. Depression heute und morgen. In: Kielholz P (Hrsg.). *Die Depression in der täglichen Praxis.* Bern, Stuttgart, Wien 1974.
8. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Homel R, Osterberg E, Rehm J, Room R, Rossow I. *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy.* Oxford University Press 2005.
9. Bandelow B, Muller P, Frick U, Gaebel W, Linden M, Muller-Spahn F, Pietzcker A, Tegeler J. Depressive syndromes in schizophrenic patients under neuroleptic therapy. ANI Study Group Berlin, Dusseldorf, Gottingen, Munich, Federal Republic of Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;241:291-5.
10. Bandelow B, Muller P, Gaebel W, Kopcke W, Linden M, Muller-Spahn F, Pietzcker A, Reischies FM, Tegeler J: Depressive syndromes in schizophrenic patients after discharge from hospital. ANI Study Group Berlin, Dusseldorf, Gottingen, Munich. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1990;240:113-20.
11. Baumeister H, Härter M. Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung In: Härter M, Baumeister H, Bengel J. *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen.* Springer Verlag, Heidelberg 2007.
12. Baumeister H, Höfler M, Jacobi F, Wittchen HU, Bengel J, Härter M. Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie.* 2004,33 (1), 33–41.
13. Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kesslering W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(6):854-61.
14. Beck U. Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/Main 1. Aufl., 1986.
15. Behrendt B. Untersuchungen zur Wirksamkeit psychoedukativer Interventionen bei Patienten mit schizophrenen oder schizoaffektiven Psychosen unter Routineversorgungsbedingungen. Eine prospektive Effectiveness-Studie. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der theoretischen Medizin der medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes. Homburg 2001.
16. Beesdo-Baum K, Wittchen HU. Depressive Störungen und Dysthymie Wittchen HU, Hoyer J. (Hrsg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie.* 2011.
17. Behrendt B, Schaub A (Hrsg.): *Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis.* dgvt-Verlag. Tübingen 2005.
18. Bengel J, Hubert S. Anpassungsstörung und akute Belastungsstörung. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe-Verlag 2009.
19. Berger M. *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie.* München, 2. Aufl. 2004.
20. Bermejo I, Kratz S, Gaebel W, Berger M, Schneider F, Pfeiffer-Gerschel T, Hegerl U, Härter M. Arzt- und Patienteneinschätzung bei depressiven Störungen. *Die Medizinische Welt – aus der Wissenschaft in die Praxis.* 2005;56(3):73-78.
21. Bertillon-Abbildung: <http://www-history.mcs.st-and.ac.uk/Biographies/Bertillon.html>

22. Bickel H. Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.) Factsheet 2008. [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de), Stand: 30.04.2010.
23. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1998;33(12): 587-595.
24. Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Mönking H, Hornung WP. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96(6):483-91.
25. Bundesministerium für Gesundheit. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). Drogen- und Suchtbericht. Berlin, 2009. [www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de), Stand: 14.12.2010.
26. Bundesministerium für Gesundheit. Epidemiologischer Suchtsurvey 2006, Berlin 2007.
27. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Hrsg. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak-, und Cannabiskonsum. Köln 2008
28. Burger M, Mensink G. Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Robert Koch-Institut (Hrsg.) Berlin 2003.
29. Champion J. Epidemics and the Built Environment in 1665. Part of the online series Epidemic Disease in London. Centre for Metropolitan History Working Papers (Ed.); Epidemic Disease in London. Bills of Mortality. 1993:35-52.
30. Chaplin TM, Hong K, Bergquist K, Sinha R. Gender differences in response to emotional stress: an assessment across subjective, behavioral, and physiological domains and relations to alcohol craving. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008;32(7):1242-50.
31. Childs E, O'Connor S, de Wit H. Bidirectional interactions between acute psychosocial stress and acute intravenous alcohol in healthy men. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011;35(10):1794-803.
32. Comte, Auguste. Discours sur l'esprit Positif. Paris 1844. <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k61282910>, Stand : 03.01.2013.
33. Cording C, Gaebel W, Spengler A et al. Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil)-stationären Bereich. *Spektrum Psychiatrie Nervenheilkunde* 1995, 24: 3-41.
34. DAK- Deutsche Angestellten Krankenkasse (Hrsg.) DAK Gesundheitsreport 2010. Hamburg 2010.
35. DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und DAK-Zentrale (Hrsg.), Hamburg 2005.
36. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), (Hrsg.) Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Reihe: Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinien, Band 1, 2006.
37. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung Version 1.1, 2009
38. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.). Substanzbezogenen Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. Hamm 2009. <http://www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php>, Stand: 20.04.2010.
39. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenversicherung in Zahlen 2009. Berlin 2010.
40. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.). ICD-10-GM, Version 2010. Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. [www.dimidi.de](http://www.dimidi.de), Stand: 16.10.2009.
41. DGB-Index Gute Arbeit GmbH. Arbeitshetze – Arbeitsintensivierung – Entgrenzung. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse der Repräsentativumfrage 2011 der DGB-Index Gute Arbeit GmbH zum Thema: Arbeitshetze - Arbeitsintensivierung – Entgrenzung. Berlin 2012.
42. Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg.). Weltgesundheitsorganisation. Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Bern, 4. Auflage 2008.
43. Dilling H, Freyberger HJ, Malchow CP. Design of the ICD-10 field trial in German-speaking countries. *Pharmacopsychiatry.* 1990 Jun;23 Suppl 4:142-5.
44. Dilling H, Mombour W, Schmid MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber Verlag, Bern; 4. Auflage 2004.
45. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. Auflage, Bern 2008.

46. Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg.). Von der ICD-9 zur ICD-10: neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1. Auflage, Bern 1994.
47. Dittmann V, Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg.). Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 – klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Ergebnisse der ICD-10 Merkmalslistenstudie. Huber, Bern 1992.
48. Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e. V. (DGMG). Pressemitteilung 26.04.2011 (<http://www.mann-und-gesundheit.com>, Stand: 07.12.2012)
49. Eichhorn S. Krankenhausbetriebslehre, Band I, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1975.
50. Ernst C, Angst J. Depression in old age. Is there a real decrease in prevalence? A review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1995;245(6):272-87.
51. Ertl D. Der demografische Wandel im Saarland. Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Quartalsheft Saarland IV. 2007
52. Ertl D. Familien und Familienstrukturen im Saarland. Statistisches Quartalsheft Saarland III. 2008
53. Falkai P, Heinz G, Pajonk FG, Oest M, Kessler H, Scherk H, Wobrock T, Behrendt B, Wollny HJ. Aktueller Stand und Weiterentwicklung des Versorgungskonzeptes der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes. Homburg, 2005.
54. Feuerlein W, Küfner H. Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und subjektives Befinden. Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 1977;224:89-109.
55. Feuerlein W. Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus. In: Singer M, Teysen S. Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. 2. Aufl., Heidelberg 2005.
56. Fichter MM, Meller I. Psychiatrische Epidemiologie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2008
57. Freyberger HJ, Dilling H, Stieglitz RD. ICD-10 Field Trial of the Diagnostic Criteria for Research in German-speaking Countries. *Psychopathology* 1996;5:258-314.
58. Freyberger HJ, Dittmann V, Stieglitz RD, Dilling H. ICD-10 in der Erprobung: Ergebnisse einer multizentrischen Feldstudie in den deutschsprachigen Ländern. *Nervenarzt* 1990;61:271-275.
59. Freyberger HJ, Schulte-Markwort E, Siebel U. Das Konzept der organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg.). Von der ICD-9 zur ICD-10: neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1. Auflage, Bern 1994:1-9.
60. Freyberger HJ, Stieglitz RD, Dilling H (Hrsg.). Ergebnisse multizentrischer Diagnosenstudien zur Einführung des Kapitels V(F) der ICD-10. *Fundamenta Psychiatrica* 1992;6:121-127.
61. Freyberger HJ, Stieglitz RD. Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Medizin. 11. Auflage, Basel 2002.
62. Gaebel W, Ahrens W, Schlamann P. Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Düsseldorf, Berlin 2010.
63. Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM: Prevalence of Dissociative Disorders among psychiatric inpatients in a German University Clinic. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:249 – 256.
64. Giere W. BAIK, Befunddokumentation und Arztbriefschreibung im Krankenhaus. Media Verlag, Taunusstein 1986.
65. Gmel G, Rehm J. Zusammenfassende Gesundheitsmaße von Sterblichkeit und Krankheit. Der steinige Weg zwischen PYLL, YLD, DALY und HALE. *Suchttherapie* 2006;7:143-153.
66. Gorwood P, Wohl M, Le Strat Y, Rouillon F. Gene-environment interactions in addictive disorders: epidemiological and methodological aspects. *C R Biol.* 2007;330(4):329-38.
67. Graunt, John. Abbildung: Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality 1662. [http://en.wikipedia.org/wiki/John\\_Graunt](http://en.wikipedia.org/wiki/John_Graunt) (Stand: 14.03.2010).
68. Graubner B. ICD und OPS. Historische Entwicklung und aktueller Stand. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag 2007
69. Grittner U, Bloomfield K, Kramer S, Kuntsche S, Gmel G. Die Konstruktion eines empirisch bestimmten Sozialschichtindex mittels optimaler Skalierung am Beispiel von Deutschland. *Gesundheitswesen.* 2006;68(2):116-22.
70. Grözinger M, Nessler T, Schneider F. DGPPN-Nachwuchskampagne Teil 4. „Psychiatrie und Psychotherapie ohne Ärzte? Die aktuelle Perspektive“. *Nervenarzt* 2010;81: 243–250.

71. Gutwinski S, Müller P, Koller M. Rehospitalisierungsfreie Intervalle bei schizophrenen Patienten unter oralen Atypika versus herkömmlichen Depotneuroleptika. *Psychiatr Prax.* 2007;34(6):289-91.
72. Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, Hambrecht M, Riecher-Rössler A. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998 Aug;33(8):380-6.
73. Hambrecht M, Klosterkötter J, Häfner H. Früherkennung und Frühintervention schizophrener Störungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2002;11:507-510.
74. Hartfiel G, Hillmann KH. Wörterbuch der Soziologie. 3. Aufl., Stuttgart 1982.
75. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med.* 2006;36(9):1225-33.
76. Hegerl U, Zaudig M, Möller HJ: Depression und Demenz im Alter. Abgrenzung, Wechselwirkungen, Diagnose, Therapie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, Wien 2001.
77. Henkel, D: Alkoholismus, Arbeitslosigkeit und Armut unter Berücksichtigung der Lage in den neuen Bundesländern in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Alkohol - Konsum und Mißbrauch: Alkoholismus - Therapie und Hilfe. Freiburg, Lambertus, 1996:123-138.
78. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(3):277-83.
79. Hippus H (Hrsg.). Universitätskolloquien zur Schizophrenie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2004.
80. Hodek JM, Scholz S, Vieten B, Greiner W. Tätigkeitsanalyse im ärztlichen und pflegerischen Dienst. Abgleich der PsychPV-Vorgaben mit dem Arbeitsalltag auf einer stationären psychiatrischen Einrichtung. *Nervenarzt.* 2011;82(3):351-9.
81. Holzinger A, Matschinger H, Angermeyer MC. What to do about depression? Help-seeking and treatment recommendations of the public. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 2011;20:163–169.
82. InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.). Deutsche Kodierrichtlinien für Psychiatrie und Psychosomatik, Version 2012.
83. Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt.* 2002;73(7):651-8.
84. Jacobi F, Wittchen HU, Hölling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 2004, 34, 1–15.
85. Jacobi F. Psychische Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. In: Härter M, Baumeister H, Bengel J. Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Springer Verlag, Heidelberg 2007.
86. Jäger M, Bottlender R, Wegner U, Strauß A, Möller HJ. Diagnoseverschiebungen der funktionellen Psychosen beim Übergang von der ICD-9 zur ICD 10. *Nervenarzt* 2003; 74:420-427.
87. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(9):897-903.
88. Kermis MD. The epidemiology of mental disorder in the elderly: a response to the Senate/AARP report. *Gerontologist.* 1986;26(5):482-7.
89. Kessler RC The epidemiology of psychiatric comorbidity. In: Tsuang M, Tohen M, Zahner G (eds) *Textbook of psychiatric epidemiology.* Wiley, New York 1995
90. Klosterkötter J. Indizierte Prävention schizophrener Erkrankungen. *Dtsch Arztebl* 2008; 105(30): 532-539.
91. Korsukéwitz C, Rehfeld U. Rehabilitation und Erwerbsminderung – ein aktueller Überblick. *RVaktuell* 10/2009.
92. Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. <http://www.gesetze-im-internet.de/khg/BJNR010090972.html>. Stand. 14.08.2011.
93. Kraus L, Heppekausen K, Barrera A, Orth B. Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Reihe IFT-Berichte, Band 141. München 2004.
94. Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med.* 2004;59(1):113-27.
95. Linden M, Kurtz G, Baltus MM, Geiselmann B, Lang FR, Reischies FM, Helmchen H. Depressionen bei Hochbetagten. *Nervenarzt* 1998;69(1):27-37.
96. Lippa M, Heinrich S, Matschinger H et al. Direct costs associated with depression in old age in Germany. *J Affect Disord* 2008;105: 195–204.

97. Maier W, Philipp M, Zaudig M. Comparison of the ICD-10-classification with the ICD-9- and the DSM-III-classification of mental disorders. *Pharmacopsychiatry*. 1990 Jun;23 Suppl 4:183-7.
98. Mann K, Kiefer F. Den „Mythos des Selbstverschuldens“ entkräften. *Nervenarzt* 2009;80:1013–1014.
99. Margraf J, Schneider S (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer, Heidelberg, 3. Aufl. 2009.
100. Meißner M. Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie: Frühzeitiger Umstieg soll sich lohnen. *Dtsch Arztebl* 2012;109(1-2): A-11 / B-11 / C-11.
101. Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2005.
102. Möller-Leimkühler AM, Kasper S. Psychische und Verhaltensstörungen. In: Weißbach L: *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht*. Kurzfassung. Berlin. (<http://www.maennergesundheitsbericht.de> Stand: 07.12.2012)
103. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2008;8:32.
104. Müller DR, Roder V, Brenner HD. Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Erkrankte. Eine Metaanalyse über 28 unabhängige Studien. *Nervenarzt*. 2007;78(1):62-73.
105. Nationales Genomforschungsnetz (NGFN-Plus und NGFN-Transfer), NGFN Geschäftsstelle Heidelberg. [www.ngfn.de](http://www.ngfn.de) ([www.ngfn.de](http://www.ngfn.de) Stand: 28.07.2011)
106. Nöthen M und Böhm K. Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg.), Heft 48, Berlin 2009.
107. Pieper L, Schulz H, Klotsche J, Eichler T, Wittchen HU. Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2008;51(4):411-21.
108. *Pschyrembel klinisches Wörterbuch* 261. Auflage, 2007.
109. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de-facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(2):85-94.
110. Rehfeld UW. Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 30. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.), Berlin 2006.
111. Riecher-Rössler A. Früherkennung schizophrener Psychosen bei Männern und Frauen. Early detection of schizophrenic psychoses in men and women. *Ther Umsch*. 2007 Jun;64(6):337-43.
112. Robert Koch Institut, Berlin. ([www.rki.de](http://www.rki.de), Stand: 19.12.10)
113. Rübenach SP. Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. *Wirtschaft und Statistik* 3/2007:278–290.
114. Saarländisches Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.), Referat B5 – Gesundheitsberichterstattung – Epidemiologisches Krebsregister. *Psychische Erkrankungen von Frauen und Männern im Saarland*. Saarbrücken, 2011. <http://www.gbe.saarland.de/16246.htm> (Stand. 05.12.2011)
115. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE, Roper MT, Rae DS, Gulbinat W, Ustün TB, Regier DA. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Feb;50(2):115-24.
116. Sartorius N. International perspectives of psychiatric classification. *Br J Psychiatry* 1988; 152 [Suppl 1]:9–14.
117. Sartorius N. Operationale Diagnostik aus internationaler Sicht. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg.). *Von der ICD-9 zur ICD-10: neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 1. Auflage, Bern 1994, 1-9.
118. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (Hrsg.). *Diagnostisches und Statistisches Psychischer Störungen DSM-IV*. Dt. Bearbeitung. 2. verb. Auflage, Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1998
119. Saß H. Zur Problematik der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg.). *Von der ICD-9 zur ICD-10: neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 1. Auflage, Bern 1994, 11-16.
120. Schanda H, Stompe T. Ist unsere Praxis der medikamentösen Rückfallprophylaxe bei schizophrenen Psychosen wirklich evidenzbasiert? *Neuropsychiatrie* 2010;24(1):14–26.
121. Schmidt-Kraepelin C, Janssen B, Gaebel W. Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;259 Suppl 2:S205-12.
122. Schnell R, Hill PB, Esser E. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 8. Auflage, München 2008.



123. Schnell T, Neisius K, Daumann J, Gouzoulis-Mayfrank E. Prävalenz der Komorbidität Psychose und Sucht. *Nervenarzt*. 2010;81(3):323-8.
124. Schopen M. Die Einführung der International Classification of Diseases (ICD-10) in Deutschland. *Schmerz* 2000; 14: 97–103.
125. Schulte-Markwort E, Freyberger HJ. Das Konzept der Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg.). *Von der ICD-9 zur ICD-10: neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 1. Auflage, Bern 1994, 1-9.
126. Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R, Immler B, Sand P. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993;242(6):362-72..
127. Soyka M, Lieb M. Neue Befunde zu Komorbidität. *Neurobiologie und Genetik. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*. 2004;5 (3), 37-46.
128. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung. In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitgesetz) vom 21. Juli 2004. SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung, Untertitel Krankenversicherungsrecht, Vertragsärztliche, Krankenhaus-, Heil- und Hilfsmittel-, Arzneimittel und sonstige Versorgung. Einf. v. Ulrich Becker u. Thorsten Kingreen, 16. Auflage
129. Sperling W, Biermann T, Löwe A, Kornhuber J, Reulbach U. Frühberentung aufgrund psychiatrischer Erkrankungen. Eine Analyse von 94 Berufsunfähigkeitsgutachten. *Fortschr Neurol Psychiat* 2010; 78: 213–218.
130. Statistisches Amt Saarland, Saarbrücken. <http://www.saarland.de/statistik.htm> (Stand: 10.06.2011)
131. Statistisches Bundesamt Deutschland, Gesundheitsausgaben 2008. <http://www.destatis.de>, Stand: 20.04.2010.
132. Statistisches Bundesamt Deutschland. *Gesundheit – Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008*. Wiesbaden 2010.
133. Statistisches Bundesamt Deutschland. *Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes 2009*. <http://www.destatis.de/> (Stand: 2010).
134. Statistisches Bundesamt Deutschland. *Statistisches Jahrbuch 2009*. <http://www.destatis.de/>: Stand: 14.12.2010.
135. Statistisches Bundesamt. *Todesursachen in Deutschland 2008. Gestorbene in Deutschland an ausgewählten Todesursachen*. Fachserie 12, Reihe 4. Wiesbaden 2010.
136. Stieglitz RD, Freyberger HJ, Malchow CP, Dilling H. Design of the ICD-10 field trial of the Diagnostic Criteria for Research in German-speaking countries. 1. *Psychopathology*. 1996;29(5):260-6.
137. Stieglitz RD. Das Schizophreniekonzept. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg.). *Von der ICD-9 zur ICD-10: neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 1. Auflage, Bern 1994, 1-9.
138. Stroemgren E. ICD-9, ICD-10, DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV. Ansätze und Konzepte der modernen psychiatrischen Diagnostik. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg.). *Von der ICD-9 zur ICD-10: neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 1. Auflage, Bern 1994, 11-16.
139. Tiihonen J, Wahlbeck K, Lönnqvist J, Klaukka T, Ioannidis JP, Volavka J, Haukka J. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ*. 2006;333(7561):224.
140. Timpl P, Spanagel R, Sillaber I, Kresse A, Reul JM, Stalla GK, Blanquet V, Steckler T, Holsboer F, Wurst W. Impaired stress response and reduced anxiety in mice lacking a functional corticotropin-releasing hormone receptor 1. *Nat Genet*. 1998;19(2):162-6.
141. Trabert W, Dittmann V, Mombour W. Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Dittmann V, Dilling H, Freyberger HJ. *Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 – klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Ergebnisse der ICD-10 Merkmalslistenstudie*. Huber-Verlag, Bern 1992.
142. Treutlein J, Kissling C, Frank J, Wiemann S, Dong L, Depner M, Saam C, Lascorz J, Soyka M, Preuss UW, Rujescu D, Skowronek MH, Rietschel M, Spanagel R, Heinz A, Laucht M, Mann K, Schumann G. Genetic association of the human corticotropin releasing hormone receptor 1 (CRHR1) with binge drinking and alcohol intake patterns in two independent samples. *Mol Psychiatry*. 2006;11(6):594-602.
143. United Nations. *World Population Prospects: The 2004 Revision*. Department of Economic and Social Affairs United Nations, New York, NY 10017, USA, 2005.
144. Üstün TB, Sartorius N (Hrsg.). *Mental Illness in General Health Care. An International Study*. Chichester 1995:121–135.

145. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2004;55(8):886-91.
146. Weinmann S, Gaebel W. Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. *Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie.* *Nervenarzt* 2005;76:809–821.
147. Weinmann S, Puschner B, Becker T. Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt.* 2009;80(1):31, 33-4, 36-9.
148. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Bruce ML, Florio LP. Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med.* 1988;18(1):141-53. Erratum in: *Psychol Med* 1988 Aug;18(3):following 792.
149. Wessel H, Westermann T. *Problematischer Alkoholkonsum.* Lambertus-Verlag 2002
150. Weyerer S, Bickel H. *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter.* Kohlhammer, Stuttgart, 1. Aufl. 2007.
151. Weyerer S, Schäufele M, Wiese B, Maier W, Tebarth F, van den Bussche H, Pentzek M, Bickel H, Lupp M, Riedel-Heller SG; for the German AgeCoDe Study group (German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients). Current alcohol consumption and its relationship to incident dementia: results from a 3-year follow-up study among primary care attenders aged 75 years and older. *Age Ageing.* 2011;40(4):456-463.
152. Weyerer S. Altersdemenz. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Heft 28. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.), Berlin 2005.
153. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO): *Fehlzeiten-Report 2012.* Springer-Verlag, Berlin 2012.
154. Wittchen HU, Höfler M, Meister W. Depressionen in der Allgemeinpraxis. Die bundesweite Depressionsstudie. Schattauer, Stuttgart 2000.
155. Wittchen HU, Jacobi F, Klose M, Ryl L. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Heft 51: Depressive Erkrankungen. Robert Koch-Institut (Hrsg.) Berlin 2010.
156. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-79.
157. Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2001;44:993-1000.
158. Wolters J, Bödeker W. Richtigkeit und Verlässlichkeit von Diagnoseverschlüsselungen in Arbeitsunfähigkeitsdaten. Änderungen durch den Übergang von ICD-9 zu ICD-10. BKK Bundesverband (Hrsg.). Dresden 2003.
159. World Health Organisation Library Cataloguing-in-Publication Data. The global burden of disease: 2004 update. 1. Cost of illness. 2. World health - statistics. 3. Mortality - trends. I. World Health Organization. Geneva, Switzerland © World Health Organization 2008.
160. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Psychiatric Adaption.* Geneva 1993.
161. *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.* World Health Organisation. Geneva 2001
162. Ziegler U, Doblhammer G. Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002. Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demographischen Wandels. Rostock 2009. [www.rostockerzentrum.de](http://www.rostockerzentrum.de)

## 7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Bills of Mortality, 1662 .....	20
Abbildung 2. Bertillon (1851-1922) .....	21
Abbildung 3. Verteilung der weltweiten Todesfälle gruppiert nach den häufigsten Ursachen; Männer und Frauen (WHO 2004).31	
Abbildung 4. Krankheitsklassen <sup>a</sup> der GBD-Studie mit Beispielen (WHO, 2004) .....	33
Abbildung 5. Altersstandardisierte DALYs für nicht ansteckende Krankheiten nach den führenden Krankheitsgruppen, Geschlecht und Einkommensverteilung (WHO 2004) .....	41
Abbildung 6. Vollstationäre Patienten in deutschen Krankenhäusern nach dreistelliger psychiatrischer ICD-10 Hauptdiagnose und Geschlechterverteilung im Jahr 2008 (Statistisches Bundesamt 2009) .....	62
Abbildung 7. Psychische und Verhaltensstörungen im Saarland: Krankenhausfälle nach Geschlecht in den Jahren 2000 bis 2007 (Gesundheitsberichterstattung Saarland 2009) .....	64
Abbildung 8. Krankenhausfälle im Saarland aufgrund von psychischen Erkrankungen nach ICD-10 Hauptdiagnose je 100.000 Einwohner (Saarländisches Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz 2009) .....	65
Abbildung 9. Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre (in 1000 Jahren) nach Ausfallart in Deutschland im Zeitraum 2002 - 2008 (Statistisches Bundesamt 2010) .....	70
Abbildung 10. Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre (in 1000 Jahren) in Deutschland nach Ausfallart durch psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), (Statistisches Bundesamt 2010) .....	71
Abbildung 11. Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der DAK-Versicherten in Deutschland im Jahr 2009 (Quelle DAK AU-Daten 2009) .....	72
Abbildung 12. Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen der DAK-Versicherten in Deutschland im Jahr 2009 (Quelle DAK AU-Daten 2009) .....	72
Abbildung 13. Durchschnittliches Frühberentungsalter in Deutschland im Zeitraum 1980-2002, Arbeiter und Angestellte (Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherer, Statistik Rentenzugang, Rehfeld 2006) .....	75
Abbildung 14. Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland nach ausgewählten Diagnosegruppen in den Jahren 1999 und 2009 im Vergleich (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010) .....	76
Abbildung 15. Frühberentungen nach psychiatrischer Hauptdiagnose in Berufsunfähigkeitsgutachten in Deutschland in den Jahren 1999-2006, N = 94 (Sperling et al. 2010) .....	77
Abbildung 16. Todesursachen in Deutschland im Jahr 2008 nach ICD-10 (Statistisches Bundesamt 2010) .....	78
Abbildung 17. Vergleich von Fall- und Patientenzahl im Zeitraum 1986 bis 2009 .....	94
Abbildung 18. Mittlere Verweildauer von Patienten- und Fällen/Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009 .....	95
Abbildung 19. Behandlungstage aller Behandlungsfälle/Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009 .....	96
Abbildung 20. Streudiagramm der Behandlungstage/Patient im Zeitraum 1986 bis 2009 .....	97
Abbildung 21. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009 .....	98
Abbildung 22. Mehrfachbehandlungen/Patient im Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009 .....	99
Abbildung 23. Fallzahl 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09 .....	106
Abbildung 24. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09 .....	107
Abbildung 25. Behandlungstage 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09 .....	108
Abbildung 26. Komorbiditäten zur Hauptdiagnosegruppe F00-F09 .....	109
Abbildung 27. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09 .....	111
Abbildung 28. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09 .....	112
Abbildung 29. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F00-F09 .....	113
Abbildung 30. Verweiltage der Diagnose F00-F09 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009 .....	114
Abbildung 31. Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose F00-F09 .....	117
Abbildung 32. Anteile der Diagnoseuntergruppen F00, F01 und F05 .....	118
Abbildung 33. Fallzahl 1986-2009 der Diagnose F10 .....	121
Abbildung 34. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnose F10 .....	122
Abbildung 35. Behandlungstage 1986-2009 der Diagnose F10 .....	123
Abbildung 36. Komorbiditäten zur Hauptdiagnose F10 .....	124
Abbildung 37. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F10 .....	126

Abbildung 38. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F10 .....	127
Abbildung 39. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F10 .....	128
Abbildung 40. Verweiltage der Diagnose F 10 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009 .....	129
Abbildung 41. Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose F10.....	132
Abbildung 42. Altersdurchschnitt von Männern und Frauen mit der Diagnose F10 .....	133
Abbildung 43. Fallzahl 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29.....	135
Abbildung 44. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29 .....	136
Abbildung 45. Behandlungstage 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29.....	137
Abbildung 46. Komorbiditäten zur Hauptdiagnosegruppe F20-F29 .....	138
Abbildung 47. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29 .....	140
Abbildung 48. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29 .....	141
Abbildung 49. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F20-F29 .....	142
Abbildung 50. Verweiltage der Diagnose F20-F29 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009 .....	143
Abbildung 51. Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose F20-F29 .....	146
Abbildung 52. Fallzahl 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39.....	148
Abbildung 53. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39 .....	149
Abbildung 54. Regression: Behandlungstage 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39.....	150
Abbildung 55. Komorbiditäten der Hauptdiagnosegruppe F30-F39.....	151
Abbildung 56. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39 .....	153
Abbildung 57. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39.....	154
Abbildung 58. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F30-F39 .....	155
Abbildung 59. Verweiltage der Diagnose F30-F39 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009 .....	156
Abbildung 60. Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose F30-F39 .....	159
Abbildung 61. Fallzahl 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48.....	161
Abbildung 62. Mittlere Verweildauer 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48 .....	162
Abbildung 63. Behandlungstage 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48 .....	163
Abbildung 64. Komorbiditäten der Hauptdiagnosegruppe F40-F48 .....	164
Abbildung 65. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48 .....	166
Abbildung 66. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48.....	166
Abbildung 67. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe F40-F48 .....	167
Abbildung 68. Verweiltage der Diagnose F40-F48 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009 .....	169
Abbildung 69. Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose F40-F48 .....	172
Abbildung 70. Fallzahlen im Vergleich: Hauptdiagnosegruppe F40-F48 und Hauptdiagnose F43.....	173
Abbildung 71. Behandlungstage im Vergleich: Hauptdiagnosegruppe F40-F48 ohne F43 und Hauptdiagnose F43.....	174
Abbildung 72. Häufigkeit der Patienten- und Fallzahl von 1986-2009 der Diagnosegruppe X84 als Haupt- oder Nebendiagnose .....	176
Abbildung 73. Mittlere Verweildauer von Patienten und Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe X84.....	177
Abbildung 74. Behandlungstage von Fällen pro Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe X84 .....	178
Abbildung 75. Komorbiditäten zur Hauptdiagnose X84 von 1986-1995.....	179
Abbildung 76. Komorbiditäten zur Nebendiagnose X84 von 1996-2009.....	179
Abbildung 77. Durchschnittliche Aufnahme/Patient/Jahr von 1986-2009 der Diagnosegruppe X84 als Haupt- und Nebendiagnose .....	180
Abbildung 78. Verweiltage der Diagnose X84 der Jahre 1986-1993 und 2002-2009 .....	181
Abbildung 79. Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose X84.9 .....	184
Abbildung 80. Anteil der Diagnosegruppen an den Gesamtbehandlungsfällen im Jahr 1986 und 2009 .....	193
Abbildung 81. Anteil der Diagnosegruppen an den Gesamtbehandlungstagen im Jahr 1986 und 2009.....	194
Abbildung 82. Fallzahl der Hauptdiagnose im Vergleich zwischen 1986 und 2009 .....	196
Abbildung 83. Fallzahl der Haupt- und Nebendiagnose im Vergleich zwischen 1986 und 2009 .....	197
Abbildung 84. Nebendiagnosen abzüglich Hauptdiagnosen im Vergleich .....	199
Abbildung 85. Behandlungstage mit Hauptdiagnose im Vergleich zwischen 1986 und 2009.....	200
Abbildung 86. Behandlungstage mit Haupt- und Nebendiagnose im Vergleich zwischen 1986 und 2009.....	200
Abbildung 87. Regressionskoeffizient für Behandlungstage mit Hauptdiagnose im Zeitraum 1986 bis 2009 .....	201

Abbildung 88. Regressionskoeffizient für Behandlungstage mit Haupt- und Nebendiagnose im Zeitraum 1986 bis 2009 .....	202
Abbildung 89. Fallzahl im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 .....	204
Abbildung 90. Patienten im Vergleich der Jahre 1986 und 2009 .....	205
Abbildung 91. Regressionskoeffizient für Fallzahl und Patienten im Zeitraum 1986 bis 2009.....	206
Abbildung 92. Regressionskoeffizient der durchschnittlichen Aufnahme/Patient/Jahr im Zeitraum 1986 bis 2009.....	208
Abbildung 93. Mittlere Verweildauer/Fall im Vergleich der Jahr 1986 und 2009.....	208
Abbildung 94. Mittlere Verweildauer/Patient im Vergleich der Jahr 1986 und 2009 .....	210
Abbildung 95. Regressionskoeffizient: mittleren Verweildauer von Patienten und Fallzahl.....	211
Abbildung 96. Median der der Verweiltage: Zeitgruppen 1986-1993 und 2002-2009.....	213
Abbildung 97. Streuung der Verweiltage: Zeitgruppen (ohne Ausreißer) 1986-1993 und 2002-2009 .....	214
Abbildung 98. Anteil der Männer im Jahr 1986 und im Jahr 2009 .....	215
Abbildung 99. Prozentuale Veränderung der Fallzahlen von Männern und Frauen zwischen 1986 und 2009 .....	216
Abbildung 100. Geschlechterverhältnis im linearen Regressionsmodell für den Zeitraum 1986-2009 .....	217
Abbildung 101. Psychiatrische Hauptdiagnosen: Klinikdaten - Deutschland – Saarland.....	221
Abbildung 102. SPSS-Syntax.....	295
Abbildung 103. Erhebungsbogen der Jahre 1986 bis 1995 .....	299
Abbildung 104. Erhebungsbogen der Jahre 1996 bis 2001 .....	304
Abbildung 105. Erhebungsbogen ab dem Jahr 2002 .....	309

## 8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Weltweit führende Todesursachen nach Einkommensgruppen (WHO 2004)	32
Tabelle 2. Geschätzte Prävalenz der mäßigen und schweren Krankheiten weltweit (Millionen) bezogen auf die führenden Krankheitsursachen nach Alter und Einkommen (WHO 2004).	34
Tabelle 3. Weltweit führende Ursachen von „mit Behinderung gelebter Lebensjahre“ (YLD) nach Geschlecht (WHO 2004).	35
Tabelle 4. Weltweit führende Ursachen von „mit Behinderung gelebter Lebensjahre“ (YLD) nach Einkommen (WHO 2004)	36
Tabelle 5. Weltweit führende Ursachen der Krankheitslast (DALYs) für alle Altersgruppen (WHO, 2004)	39
Tabelle 6. Weltweit führende Ursachen der Krankheitslast (DALYs), Länder gruppiert nach Einkommen (WHO 2004).	40
Tabelle 7. Weltweite Krankheitslast (DALYs in Tausend) für neuropsychiatrische Erkrankungen nach Geschlecht und Altersgruppe (WHO 2004)	42
Tabelle 8. Studien zur psychiatrischen Epidemiologie in Deutschland (Baumeister & Härter 2007)	45
Tabelle 9. 12-Monatsprävalenzraten psychischer Störungen aus vier nationalen Bevölkerungssurveys (Baumeister & Härtner 2007)	46
Tabelle 10. Jahresprävalenzrate (Anteil der Kranken an der dt. Bevölkerung) von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter (Bickel 2008)	50
Tabelle 11. Inzidenz von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter in Deutschland (Bickel 2008)	51
Tabelle 12. Sterbefälle je 100.000 Einwohner in Deutschland für die Jahre 1998 bis 2008 (Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt 2010)	51
Tabelle 13. Riskanter Alkoholkonsum in Deutschland (Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2006, Basis Alter:18-64-Jährige / Basis Bevölkerung: 52.010.517 Personen; Stand: 31.12.2005, Bundesministerium für Gesundheit 2007)	53
Tabelle 14. Alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2006, Basis Alter:18-64-Jährige / Basis Bevölkerung: 52.010.517 Personen; Stand: 31.12.2005, Bundesministerium für Gesundheit 2007)	53
Tabelle 15. Todesursache psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol in Deutschland (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, Stand: 22.04.2010)	54
Tabelle 16. In Deutschland entlassene vollstationäre Patienten der Krankenhäuser: Hauptdiagnose 1994-2008, absolut und prozentual (Statistisches Bundesamt 2009)	60
Tabelle 17. Vollstationäre Patienten in deutschen Krankenhäusern nach dreistelliger psychiatrischer ICD-10 Hauptdiagnose im Jahr 2008 (Statistisches Bundesamt 2009)	61
Tabelle 18. Psychische und Verhaltensstörungen im Saarland nach Geschlecht, 2000 – 2007 (Gesundheitsberichterstattung Saarland 2009)	63
Tabelle 19. Krankheitskosten (Mill. Euro): Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (Statistisches Bundesamt 2010)	67
Tabelle 20. Struktur der Krankheitskosten in Deutschland nach Jahren, Geschlecht und Altersklassen (Statistisches Bundesamt 2010)	68
Tabelle 21. Struktur der Krankheitskosten nach Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2010)	69
Tabelle 22. Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2009 der DAK Versicherten im Jahr 2009 (Quelle DAK Daten 2009).	73
Tabelle 23. Rentenzugänge 2008 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland nach Diagnosegruppen (Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2010, Rentenzugang 2008)	75
Tabelle 24. Stationäre Versorgung in Deutschland von 1991 bis 2009: Einrichtungen, Betten, Patientenbewegungen (Statistisches Bundesamt 2009)	80
Tabelle 25. Krankenhäuser 2009 in Deutschland und im Saarland: Aufgestellte Betten, Belegungstage, Fallzahl und Verweildauer (Statistisches Bundesamt 2009, Statistisches Amt Saarland 2011)	82
Tabelle 26. Deutsche Krankenhäuser 2009: Personal (umgerechnet in Vollkräfte), (Statistisches Bundesamt 2009)	83
Tabelle 27. Planbetten und aufgestellte Betten der Klinik im Zeitraum 1988-2010 (Quelle: Krankenhausplan, Amtsblatt des Saarlandes, Universitätsklinikum des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie 2011)	84
Tabelle 28. Nutzungsgrad der aufgestellten Betten der Klinik im Zeitraum 1997 bis 2009: Erwachsenenpsychiatrie ohne teilstationärer Bereich (Quelle: Belegungsstatistik Dezernat II, Finanzen, Universitätsklinikum des Saarlandes 2011)	84

Tabelle 29. Personalentwicklung der Klinik im Zeitraum 2005-2010 (Quelle: Dezernat I, Personalplanung, Universitätsklinikum des Saarlandes 2011)	85
Tabelle 30. Statistische Ergebnisse der Klinik ohne Diagnosedifferenzierung im Zeitraum 1986 bis 2009	93
Tabelle 31. Mehrfachbehandlungen im Zeitraum 1986 bis 2009	99
Tabelle 32. Datenbasis der untersuchten ICD-10 Hauptdiagnosegruppen	102
Tabelle 33. Statistische Ergebnisse der ICD-10 Diagnosegruppe F00-F09	105
Tabelle 34. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der ICD-10 Hauptdiagnosegruppe F00-F09	110
Tabelle 35. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F00-F09	116
Tabelle 36. Diagnoseuntergruppen F00, F01 und F05	118
Tabelle 37. Statistische Ergebnisse der ICD-10 Diagnose F10	120
Tabelle 38. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der Hauptdiagnose F10	125
Tabelle 39. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F10	131
Tabelle 40. Jahresaltersdurchschnitt von Männer und Frauen mit F10	132
Tabelle 41. Statistische Ergebnisse der Diagnosegruppe F20-F29	134
Tabelle 42. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der ICD-10 Hauptdiagnosegruppe F20-F29	139
Tabelle 43. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F20-F29	145
Tabelle 44. Statistische Ergebnisse der Diagnosegruppe F30-F39	147
Tabelle 45. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der ICD-10 Hauptdiagnosegruppe F30-F39	152
Tabelle 46. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F30-F39	158
Tabelle 47. Statistische Ergebnisse der Diagnosegruppe F40-F48	160
Tabelle 48. Statistische Ergebnisse: Mehrfachbehandlungen mit der ICD-10 Hauptdiagnosegruppe F40-F48	165
Tabelle 49. Geschlechterverhältnis der Hauptdiagnose F40-F48	171
Tabelle 50. Vergleich: Hauptdiagnosegruppe F40-F48 im Vergleich zur Hauptdiagnose F43	172
Tabelle 51. Statistische Ergebnisse der Diagnosegruppe X84	175
Tabelle 52. Geschlechterverhältnis der Diagnose X84	183
Tabelle 53. Ergebnisse für alle behandelten Patienten der Klinik ohne Diagnosedifferenzierung	186
Tabelle 54. Unterteilung nach Hauptdiagnosen: Erhebungszeitpunkte 1986 und 2009	187
Tabelle 55. Unterteilung nach Hauptdiagnosen: Ergebnisse des linearen Regressionsmodells für den gesamten Beobachtungszeitraum 1986 bis 2009	189
Tabelle 56. Komorbidität zur Hauptdiagnose: Zusammenfassung der Fallzahlen des gesamten Beobachtungszeitraumes von 1986 bis 2009	203
Tabelle 57. Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests im Vergleich der Verteilungen der Verweiltage der Zeitgruppen 1986-1993 und 2002 bis 2009	212
Tabelle 58. Psychiatrische Hauptdiagnosen: Klinikdaten im Vergleich zu Krankenhausdaten für Deutschland und dem Saarland	220
Tabelle 59. Belegungsstatistik der Klinik, von psychiatrischen Fachkrankenhäusern bis 99 Betten in Deutschland und psychiatrischen Fachabteilungen im Saarland im Jahr 2009 (Statistisches Bundesamt 2009, Statistisches Amt Saarland 2011)	227
Tabelle 60. F00-F09. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell	230
Tabelle 61. F10. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell	232
Tabelle 62. F20-F29. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell	243
Tabelle 63. F30-F39. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell	252
Tabelle 64. F40-F48. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell	263
Tabelle 65. X84. Veränderung der Behandlungsprävalenz in der Klinik: Vergleich der Jahre 1986 und 2009 und lineares Regressionsmodell	266
Tabelle 66. ICD9-ICD10-Überleitungstabelle	290

## Abkürzungsverzeichnis

ACT	Assertive Community Treatment (gemeindebasiertes, multidisziplinäres Team)
APA	American Psychiatric Association
BGS	Bundesgesundheitsurvey
BSE	Standardfehler des Regressionskoeffizienten
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CGI-Wert	Clinical Global Impressions
CM	Case Management
CMHTs	Community Mental Health Teams
DALY	Disability adjusted life years (behinderungsbereinigte Lebensjahre)
DCR	Diagnostic Criteria For Research
DEGS-Studie	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGPPN	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
DIMDI	Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
ECA	Epidemiologic Catchment Area-Studie
GAF-Wert	Global Assessment of Functioning Scale
GBD	Global Burden of Disease-Studie
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICM	Intensive Case Management
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetzes
NCS	National Comorbidity Survey
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
OPS	Prozeduren- und Operationsschlüssel
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
WHO	Weltgesundheitsorganisation
YLD	Years lost due to disability (mit Behinderung gelebte Lebensjahre)
YLL	Years of life lost (durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre)



## **9. Publikationen**

Geiger C, Falkai P, Rubly M, Riemenschneider M. Veränderung der Behandlungsprävalenz psychischer Störungen. Deskriptive Epidemiologie von affektiven Störungen, Anpassungsstörungen, Schizophrenien und Alkoholerkrankungen im Zeitraum von 1986 bis 2009 (in Vorbereitung).

## 10. Dank

Zunächst möchte ich mich bei meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. med. Matthias Riemenschneider bedanken, der mir jederzeit für Fragen zur Verfügung stand und mich konstruktiv und uneingeschränkt bei der Durchführung der vorliegenden Arbeit unterstützte.

Ebenso bedanke ich mich bei Herrn Professor Dr. med. Peter Falkai, der als Klinikdirektor in den Jahren von 2002 bis 2006 die Weiterentwicklung der Basisdokumentation förderte und damit wesentlich zur Sammlung der zugrundeliegenden Daten beitrug.

Darüber hinaus möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. med. Klaus Wanke († 2011) und Herrn Dipl.-Psych. Dr. phil. Hans Wollny bedanken, welche die Einführung der Basisdokumentation in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Homburg initiierten und damit die Grundlage für diese Arbeit schafften.

Weiterhin gilt mein Dank Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Günter Heinz, von dem die Idee zu dieser Arbeit stammte.

Ganz besonders möchte ich meinem guten Freund, Herrn Dipl.-Phys. Mathias Rubly danken, für die Unterstützung bei den statistischen Analysen, die kreativen Ideen und jeden anderen wertvollen, hilfreichen Beistand.

Herrn Dipl.-Sozialpädagoge Martin Zimmerle und Frau Dr. Crystal Baus danke ich für das Korrekturlesen und die anregenden fachlichen Diskussionen.

Für die allgemeine Unterstützung danke ich ganz herzlich meinem Mann, Herrn Dipl.-Betriebswirt Klaus Geiger, der mir stets mit Ruhe und Geduld zur Seite stand, meiner Schwiegermutter Frau Hedi Geiger und meinem Vater, Herrn Michael Malzahn.

Mein besonderer Dank gilt meiner Mutter, Frau Heide Malzahn, ohne deren persönliche uneingeschränkte, geduldige Hilfe und aufmunternden Worte diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Ihr möchte ich diese Arbeit widmen.

# 11. Lebenslauf

## Persönliche Daten

Christine Geiger

Kirschbaumstr. 13

66424 Homburg

geb. am 26.02.1968 in Emmerich/Rhein

## Schule und Studium

1978 – 1987           Saarpfalz-Gymnasium in Homburg, Abschluss: Abitur

10/1987 – 04/1993   Studium der Soziologie an der Universität des Saarlandes, Saarbrücken mit den Hauptfächern Allgemeine und Spezielle Soziologie, Sozialpsychologie und den Ergänzungsfächern Arbeitsrecht und Organisationspsychologie

Abschluss: Diplom-Soziologin

Thema der Diplomarbeit: „Mobbing – ein neues Phänomen am Arbeitsplatz?“

## Berufliche Tätigkeiten

Seit 11/2009           Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität des Saarlandes als wissenschaftliche Koordinationsassistentin im Nationalen Genomforschungsnetzwerk (NGFN-plus) im integrierten Verbundprojekt Alzheimer Demenz, Koordinator Prof. Dr. med. Matthias Riemenschneider

Seit 08/2002           Forschungsassistentin des Klinikdirektors für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes, Koordination der wissenschaftlichen Aktivitäten

Seit 09/1994           Dokumentationsassistentin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## 12. Anlagen

Tabelle 66. ICD9-ICD10-Überleitungstabelle

ICD 10	ICD10-Diagnosen	Inklusive	ICD9	ICD9-Diagnosen	Codierung
F00 - F09	organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen		290, 293, 294, 310	Senile und präsenile organische Psychosen	1
F00		Demenz	290	Senile und präsenile organische Psychosen	
F01		Vaskuläre Demenz	290	Senile und präsenile organische Psychosen	
F02		Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten ( Pick-Krankheit, Creutzfeldt-Jakob, Chorea Huntington, Parkinson-Syndrom, HIF u. sonstige)	294	Andere (chronische) organische Psychosen	
F03		Nicht näher bezeichnete Demenz			
F04		organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt			
F05		Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	293	Vorübergehende organische Psychosen (akute exogene Reaktionstypen)	
F06		Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	294	Andere (chronische) organische Psychosen	
F07		Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	310	Spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen	
F09		Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische Störung			
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol		291, 303, 305.0	Alkohohl	2
			291.0-291.9	Alkoholpsychosen	
			303	Alkoholabhängigkeit	
			305.0	Alkoholmissbrauch	
F12, F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen		292, 304.0, 304.2-304.7, 305.2, 305.3, 305.5-305.7	Drogen	3
			292.0-292.9	Drogenpsychosen	
			304.0	Morphintyp	
F14		Kokain	304.2	Kokain	
F12		Cannabinoide	304.3	Cannabis	
			304.4	Amphetamintyp und andere Psychostimulantien	
			304.5	Halluzinogene	
			304.6	Abhängigkeit von anderen Medikamenten/Drogen	
			304.7	Polytoxikomanie einschließlich des Morphintyps	
			305.2	Cannabissmissbrauch	
			305.3	Halluzinogenmissbrauch	
			305.5	Missbrauch vom Morphintyp	
			305.6	Missbrauch vom Cocaintyp	
			305.7	Missbrauch vom Amphetamintyp	
F11, F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente		304.1, 304.8, 305.4, 305.8,	Medikamente	4
			304.1	Barbiturattyp	
			304.8	Polytoxikomanie ohne Morphintyp	
F11		Opioide	305.4	Missbrauch von Barbituraten und Tranquillizern	
F13		Sedativa, Hypnotika	305.8	Missbrauch von Antidepressiva	

F15 - F19	Sonstige Psychotrope Substanzen		304.9, 305.1, 305.9	Sonstiger Missbrauch	5
F15		andere Stimulanzen einschließlich Koffein			
F16		Halluzinogene			
F17		Tabak	305.1	Nikotinmissbrauch	
F18		Flüchtige Lösungsmittel			
F19		Andere psychotrope Substanzen			
			305.9	Anderer, kombinierter und nicht näher bezeichneter Medikamenten-/Drogenmissbrauch	
			304.9	Nicht näher bezeichnete Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	
F20 - F29	Schizophrenie, schizotypen und wahnhaftige Störungen		295, 297, 298	Schizophrene Psychosen	6
F20		Schizophrenie	295.0	Schizophrenia simplex	
F21		Schizotypen Störung			
F22		Anhaltende wahnhaftige Störungen	297	Paranoide Syndrome	
F23		Akute vorübergehende psychotische Störungen	298	Andere nichtorganische Psychosen	
F24		Induzierte wahnhaftige Störungen			
F25		Schizoaffektive Störungen	295.7	Schizo-affektive Psychose	
F28		Sonstige nichtorganische psychotische Störungen			
F29		Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose			
			295.1	Hebephrene Form	
			295.2	Katatone Form	
			295.3	Paranoide Form	
			295.4	Akute schizophrene Episode	
			295.5	Latente Schizophrenie	
			295.6	Schizophrene Rest- und Defektzustände	
			295.8	Andere Schizophrenieformen	
			295.9	Nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen	
F30-F39	affektive Störungen		296, 311	Affektive Psychosen	7
F30		Manische Episode	296.0	Endogene Manie, bisher nur monopolar	
F31		Bipolare affektive Störung	296.1	Endogene Depression, bisher nur monopolar	
F32		Depressive Episode	296.2	Manie im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	
F33		Rezidivierende depressive Störung	296.3	Depression im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	
F34		Anhaltende affektive Störungen	296.4	Mischzustand im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	
F38		Andere affektive Störungen	296.5	Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose ohne Angaben über das vorliegende Zustandsbild	
F39		Nicht näher bezeichnete affektive Störung	296.6	Andere und nicht näher bezeichnete manisch-depressive Psychosen	
			296.8, 311	Andere affektive Psychosen, Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	
F40 - F48	neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		300, 306, 307.8, 307.9, 308, 309	Neurosen	8
F40		Phobische Störungen	300.2	Phobie	
F41		Andere Angststörungen	300.0	Angstneurose	
F42		Zwangsstörungen	300.3	Zwangsneurose	
F43		Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	308, 309	Psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung)	
F44		Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	300	Neurosen	
F45		Somatoforme Störungen	306, 307.8	Körperliche Funktionsstörung psychischen Ursprungs, Psychalgie	
F48		Andere neurotische Störungen	300.8, 307.9	Andere Neurosen, Andere nicht näher bez. Spezifische Symptome	

F50 - F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren		307.1, 307.4, 307.5, 302.7, 648, 316	Spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome oder Syndrome	9
F50		Essstörungen	307.1, 307.5	Anorexia nervosa, Essstörungen	
F51		Nichtorganische Schlafstörungen	307.4	Spezifische Schlafstörung	
F52		Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	302.7	Sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	
F52.0		Mangel oder Verlust an sexuellem Verlangen	302.7	Frigidität und Impotenz	
F53		Psychische oder Verhaltensstörung im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert	648	Affektionen der Mutter, die als Komplikationen der Schwangerschaft auftreten	
F54		Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten	316 (lt. ICD10-Diagn. LL S. 24)		
F55		Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen			
F59		Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	316	Anderweitig klassifizierte Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen (Psychosom. Erkrankungen im engeren Sinn)	
F60 - F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		301, 312, 302.0-302.6, 302.8-302.9	Persönlichkeitsstörungen	10
F60		Spezifische Persönlichkeitsstörungen (Paranoide, Schizoide, Dissoziale, Emotional instabile, Histrionische, Anankastische, Ängstliche, Abhängige)	301	Persönlichkeitsstörungen	
F61		Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen			
F62		Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	301	Persönlichkeitsstörungen	
F63		Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (Spielen, Pyromanie, Kleptomanie)	312	Anderweitig nicht klassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens	
F64		Störung der Geschlechtsidentität (Transsexualismus, Transvestismus),	302.3, 302.5, 302.6	Transvestismus, Transsexualität, Störungen der psychosexuellen Identität,	
F65		Störung der Sexualpräferenz	302.0, 302.1, 302.2, 302.4, 302.8, 302.9	Homosexualität, Sodomie, Pädophilie, Exhibitionismus, Fetischismus+ Masochismus + Sadismus, Nicht näher bezeichnete sex. Abweichungen	
F66		Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung			
F68		Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Rentenneurose, Münchhausen-Syndrom)			
F69		Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Charakterstörungen, Stör. Zwischenmenschl. Beziehungen)			
F70 - F79	Intelligenzminderung		317-319	Schwachsinn	11
F70		Leichte Intelligenzminderung	317	Leichter Schwachsinn	
F71		Mittelgradige Intelligenzminderung	318	Andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn	
F72		Schwere Intelligenzminderung	318	Andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn	
F73		Schwerste Intelligenzminderung	318	Andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn	
F78		Andere Intelligenzminderung	319	Nicht näher bezeichneter Schwachsinn	
F79		Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	319	Nicht näher bezeichneter Schwachsinn	
F80 - F89	Entwicklungsstörungen (Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder Kindheit)		315, 299	Entwicklungsrückstände im Kindesalter	12
F80		Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	315	Umschriebene Entwicklungsrückstände	
F81		Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	315	Umschriebene Entwicklungsrückstände	
F82		Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen			
F83		Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen			
F84		Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	299	Typische Psychosen des Kindesalters	
F88		Andere Entwicklungsstörungen			
F89		Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen			

F90 - F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		307.0, 307.2-307.3, 307.6-307.7, 313-314	Störungen im Kindesalter	13
F90		Hyperkinetische Störungen	314	Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters	
F91		Störungen des Sozialverhaltens			
F92		Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen			
F93		Emotionale Störungen des Kindesalters	313	Spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters	
F94		Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			
F95		Ticstörungen	307.2	Ticks	
F98		Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Enuresis, Enkopresis, Fütterstörung, Pica, Bewegungsstörungen, Stottern, Poltern...)	307.0, 307.3, 307.6, 307.7	Stammeln+Stottern, Stereotype Bewegungen, Enuresis, Enkopresis,	
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	Psychische Störungen o. n. A.	V 40.2	Andere psychische Probleme	15
	Sonstige Diagnosen				99
X84	vorsätzlicher Selbstschädigung		E950-E958	vorsätzlicher Selbstschädigung	14
Nicht psychiatrische Diagnosen					
A00 - B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten		001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	17
C00 - D48	Neubildungen		140-199, 210-239	Neubildungen	18
D50 - D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems		200-208, 270-279, 280-289	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes, Sonstige Stoffwechselerkrankungen und Störungen des Immunsystems	19
E00 - E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		2400-2699	Krankheiten der Schilddrüse, sonst. endokriner Drüsen, Ernährungsmangelkrankheiten	20
G00 - G99	Krankheiten des Nervensystems		3200-3599	Krankheiten des Nervensystems	21
H00 - H59	Krankheiten des Auges und der Augen- anhanggebilde		3600-3799	Affektionen des Auges und seiner Anhanggebilde	22
H60 - H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes		3800-3899	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	23
I00 - I99	Krankheiten des Kreislaufsystems		3900-4599	Krankheiten des Kreislaufsystems	24
J00 - J99	Krankheiten des Atmungssystems		4600-5199	Krankheiten der Atmungsorgane	25
K00 - K93	Krankheiten des Verdauungssystems		5200-5799	Krankheiten der Verdauungsorgane	26
L00 - L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut		6800-7099	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	27
M00 - M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes		7100-7399	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	28
N00 - N99	Krankheiten des Urogenitalsystems		5800-6299	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	29
O00 - O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett		630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	30
P00 - P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben		760-779	Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	31
Q00 - Q99	Angeborene Fehlbildungen		740-759	Kongenitale Anomalien	32
R00 - R99	Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind		780-799	Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	33

	ziert sind				
S00 - T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte Folgen äußerer Ursachen		800-999	Verletzungen und Vergiftungen	34
V01 - X59, X85 - Y 98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (ohne Suizidalität)		E 800-E999	Äußere Ursachen bei Verletzungen und Vergiftungen	35
Z00 - Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen		V01-V82	Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens beeinflussen	36



## Abbildung 102. SPSS-Syntax

```

COMPUTE ALT1 = aufdat - gebdat.
COMPUTE ALTER = TRUNC(ALT1/3600/24/365.25).
Compute Altergrup = Alter.
RECODE ALTERgrup (0 THRU 17 = 1) (18 THRU 24 = 2)
(25 THRU 34 = 3)
(35 THRU 44 = 4) (45 THRU 54 = 5) (55 THRU 64 = 6)
(65 THRU 74 = 7) (75 THRU HI = 8).
VALUE LABELS ALTERgrup 1 ‚unter 18 J.‘ 2 ‚18 bis 24 J.‘
3 ‚25 bis 34 J.‘
4 ‚35 bis 44 J.‘ 5 ‚45 bis 54 J.‘ 6 ‚55 bis 64 J.‘ 7 ‚65 bis 74 J.‘
8 ‚75 J. u. älter‘.
COMPUTE DAU1 = (entdat- aufdat).
COMPUTE DAUERTAG = trunk (dau1/3600/24 + 1).
COMPUTE DAUER = DAUERTAG.
RECODE DAUER (0 = 0) (1 = 1) (2 THRU 7 = 2) (8 THRU
14 = 3) (15 THRU 30 = 4) (31 THRU 60 = 5) (61 THRU
90 = 6)
(91 THRU 180 = 7) (181 THRU 365 = 8) (366 THRU
730 = 9) (731 THRU HI = 10) (ELSE = 99).
VARIABLE LABELS DAUER ‚Aufenthaltsdauer‘.
VALUE LABELS DAUER 1 ‚bis 1 Tag‘ 2 ‚2 bis 7 Tage‘ 3
‚bis 14 Tage‘ 4 ‚bis 1 Monat‘
5 ‚bis 2 Monate‘ 6 ‚bis 3 Monate‘ 7 ‚4 bis 6 Monate‘ 8 ‚7 bis
12 Monate‘
9 ‚13 bis 24 Monate‘ 10 ‚mehr als 2 Jahre‘.
RECODE EVKL1_ICD9 (CONVERT)( ‚ = 0) ( ‚e‘, ‚E‘ = 8)
( ‚v‘, ‚V‘ = 9) INTO EVK1.
RECODE EVKL2_ICD9 (CONVERT)( ‚ = 0) ( ‚e‘, ‚E‘ = 8)
( ‚v‘, ‚V‘ = 9) INTO EVK2.
RECODE EVKL3_ICD9 (CONVERT)( ‚ = 0) ( ‚e‘, ‚E‘ = 8)
( ‚v‘, ‚V‘ = 9) INTO EVK3.
RECODE EVKL4_ICD9 (CONVERT)( ‚ = 0) ( ‚e‘, ‚E‘ = 8)
( ‚v‘, ‚V‘ = 9) INTO EVK4.
RECODE EVK1 TO EVK4 (MISSING = 0).
COMPUTE DIA1_ICD9 = EVK1*10000+DIA1_ICD9.
COMPUTE DIA2_ICD9 = EVK2*10000+DIA2_ICD9.
COMPUTE DIA3_ICD9 = EVK3*10000+DIA3_ICD9.
COMPUTE DIA4_ICD9 = EVK4*10000+DIA4_ICD9.
Compute DIAG1_ICD9 = DIA1_ICD9.
Compute DIAG2_ICD9 = DIA2_ICD9.
Compute DIAG3_ICD9 = DIA3_ICD9.
Compute DIAG4_ICD9 = DIA4_ICD9.

RECODE DIAG1_ICD9, DIAG2_ICD9, DIAG3_ICD9,
DIAG4_ICD9, (Missing = 0)
(2900 THRU 2909, 2930 THRU 2939, 2940 THRU 2949,
3100 THRU 3109 = 1)
(2910 THRU 2919, 3030 THRU 3039, 3050 = 2)
(2920 THRU 2929, 3040, 3042 THRU 3047, 3052, 3053,
3055 THRU 3057 = 3)
(3041, 3048, 3054, 3058 = 4)
(3049,3051,3059 = 5)
(2950 THRU 2959,2970 THRU 2979, 2980 THRU
2989 = 6)
(2960 THRU 2969, 3110 THRU 3119 = 7)
(3000 THRU 3009, 3060 THRU 3069, 3078, 3079, 3080
THRU 3089, 3090 THRU 3099 = 8)
(3071, 3074, 3075, 3027, 6480 THRU 6489, 3160 THRU
3169 = 9)
(3010 THRU 3019, 310 THRU 3129, 3020 THRU 3026,
3028 THRU 3029 = 10)
(3170 THRU 3199 = 11)
(3150 THRU 3159, 2990 THRU 2999 = 12)
(3070, 3072, 3073, 3076, 3077, 3130 THRU 3149 = 13)
(89500 THRU 89599 = 14) (9402 = 15)
(0010 thru 1390 = 17)
(1400 thru 1990, 2100 thru 2390 = 18)
(2000 thru 2080, 2700 thru 2790, 2800 thru 2890 = 19)
(2400 thru 2690 = 20)
(3200 thru 3590 = 21)
(3600 thru 3790 = 22)
(3800 thru 3890 = 23)
(3900 thru 4590 = 24)
(4600 thru 5190 = 25)
(5200 thru 5790 = 26)

```

```

(6800 thru 7090 = 27)
(7100 thru 7390 = 28)
(5800 thru 6290 = 29)
(6300 thru 6760 = 30)
(7600 thru 7790 = 31)
(7400 thru 7590 = 32)
(7800 thru 7990 = 33)
(8000 thru 9990 = 34)
(8800 thru 8999 = 35)
(9010 thru 9820 = 36)
(Else = 99).

```

```

VARIABLE LABELS DIAG1_ICD9, ‚ICD-9Hauptdiagnose‘.
VARIABLE LABELS DIAG2_ICD9, ‚ICD-9Nebendiagnose
1‘.
VARIABLE LABELS DIAG3_ICD9, ‚ICD-9Nebendiagnose
2‘.
VARIABLE LABELS DIAG4_ICD9, ‚ICD-9Nebendiagnose
3‘.
VALUE LABELS DIAG1_ICD9, DIAG2_ICD9, DI-
AG3_ICD9, DIAG4_ICD9
0 ‚keine gestellt‘ 1 ‚Org/sympt.psy.Stör.‘ 2 ‚Alkohol‘ 3 ‚Dro-
gen‘ 4 ‚Medikamente‘ 5 ‚Sonst.Psychotr.Sub‘
6 ‚Schizophrenie‘ 7 ‚Affekt. Stör.‘ 8 ‚Neur./Bel./somat.Stör.‘
9 ‚Verhaltensauff.‘
10 ‚Pers./Verh.Stör.‘ 11 ‚Intelligenzmind.‘ 12 ‚Entwick-
lungsstör.‘ 13 ‚Verh.Stör. in Kindh.‘
14 ‚Suizidalität‘ 15 ‚Sonst. psychiatr. Stör‘
17 ‚Infekt.u.parasit.Kh.‘ 18 ‚Neubildungen‘ 19 ‚Blut u. blut-
bild.Org.‘ 20 ‚Endokrine,Ernähr.,Stoffw.‘
21 ‚Nervensystem‘ 22 ‚Auge u.Anhang‘ 23 ‚Ohr u. War-
zenf.‘ 24 ‚Kreislaufsystem‘ 25 ‚Atmungssystem‘ 26 ‚Ver-
dauungssystem‘
27 ‚Haut,Unterhaut‘ 28 ‚Muskel-Skelett-Syst.‘ 29 ‚Urogeni-
talsystem‘ 30 ‚Schwangerschaft,Geb.‘ 31 ‚Perinatalperiode‘
32 ‚Angeb. Fehlbild.‘ 33 ‚Abnorme klin. Bef.‘ 34 ‚Ver-
letz./Vergift.‘ 35 ‚Morbidit./Mortalit. o. Selbstsch.‘
36 ‚Gesundheitswesen‘ 99 ‚Sonstige Diag.‘ .

```

```

RECODE KLASSHAU, KLASSEN1, KLASSEN2, KLASSEN3,
( ‚ = 0) ( ‚a‘, ‚A‘ = ‚1‘) ( ‚b‘, ‚B‘ = ‚2‘) ( ‚c‘, ‚C‘ = ‚3‘) ( ‚d‘, ‚D‘ = ‚4‘)
( ‚e‘, ‚E‘ = ‚5‘) ( ‚f‘, ‚F‘ = ‚6‘) ( ‚g‘, ‚G‘ = ‚7‘)
( ‚h‘, ‚H‘ = ‚8‘) ( ‚i‘, ‚I‘ = ‚9‘) ( ‚j‘, ‚J‘ = ‚10‘) ( ‚k‘, ‚K‘ = ‚11‘)
( ‚l‘, ‚L‘ = ‚12‘) ( ‚m‘, ‚M‘ = ‚13‘) ( ‚n‘, ‚N‘ = ‚14‘)
( ‚o‘, ‚O‘ = ‚15‘) ( ‚p‘, ‚P‘ = ‚16‘) ( ‚q‘, ‚Q‘ = ‚17‘) ( ‚r‘, ‚R‘ = ‚18‘)
( ‚s‘, ‚S‘ = ‚19‘) ( ‚t‘, ‚T‘ = ‚20‘) ( ‚u‘, ‚U‘ = ‚21‘)
( ‚v‘, ‚V‘ = ‚22‘) ( ‚w‘, ‚W‘ = ‚23‘) ( ‚x‘, ‚X‘ = ‚24‘) ( ‚y‘, ‚Y‘ = ‚25‘)
( ‚z‘, ‚Z‘ = ‚26‘).
COMPUTE HAUKLASS = NUMBER (KLASSHAU,f2).
COMPUTE HDIAGN = NUMBER (HDIAG,f2) .
COMPUTE DIA1_ICD10 = (HAUKLASS*100+HDIAGN).
COMPUTE N1KLASS = NUMBER (KLASSEN1,f2).
COMPUTE N1DIAGN = NUMBER (NDIAG1,f2) .
COMPUTE DIA2_ICD10 = (N1KLASS*100+N1DIAGN).
COMPUTE N2KLASS = NUMBER (KLASSEN2,f2).
COMPUTE N2DIAGN = NUMBER (NDIAG2,f2) .
COMPUTE DIA3_ICD10 = (N2KLASS*100+N2DIAGN).
COMPUTE N3KLASS = NUMBER (KLASSEN3,f2).
COMPUTE N3DIAGN = NUMBER (NDIAG3,f2) .
COMPUTE DIA4_ICD10 = (N3KLASS*100+N3DIAGN).
Compute DIAG1_ICD10 = DIA1_ICD10.
Compute DIAG2_ICD10 = DIA2_ICD10.
Compute DIAG3_ICD10 = DIA3_ICD10.
Compute DIAG4_ICD10 = DIA4_ICD10.

```

```

RECODE DIAG1_ICD10, DIAG2_ICD10, DIAG3_ICD10,
DIAG4_ICD10,
(missing = 0)
(600 thru 609 = 1)
(610 = 2)
(612, 614 = 3)
(611, 613 = 4)
(615 thru 619 = 5)
(620 thru 629 = 6)
(630 thru 639 = 7)
(640 thru 648 = 8)
(650 thru 659 = 9)
(660 thru 669 = 10)

```

(670 thru 679 = 11)  
 (680 thru 689 = 12)  
 (690 thru 698 = 13)  
 (2460 thru 2484 = 14)  
 (699 = 15)  
 (100 thru 299 = 17) (300 thru 448 = 18) (450 thru 489 = 19)  
 (500 thru 590 = 20) (700 thru 799 = 21) (800 thru 859 = 22)  
 (860 thru 895 = 23) (900 thru 999 = 24) (1000 thru 1099 = 25)  
 (1100 thru 1193 = 26) (1200 thru 1299 = 27) (1300 thru 1399 = 28)  
 (1400 thru 1499 = 29) (1500 thru 1599 = 30) (1600 thru 1696 = 31)  
 (1700 thru 1799 = 32) (1800 thru 1899 = 33) (1900 thru 2098 = 34)  
 (2201 thru 2459, 2485 thru 2598 = 35) (2600 thru 2699 = 36) (else = 99).

VARIABLE LABELS DIAG1\_ICD10, 'ICD-10Hauptdiagnose'.  
 VARIABLE LABELS DIAG2\_ICD10, 'ICD-10Nebendiagnose 1'.  
 VARIABLE LABELS DIAG3\_ICD10, 'ICD-10Nebendiagnose 2'.  
 VARIABLE LABELS DIAG4\_ICD10, 'ICD-10Nebendiagnose 3'.  
 VALUE LABELS DIAG1\_ICD10, DIAG2\_ICD10, DIAG3\_ICD10, DIAG4\_ICD10  
 0 'keine gestellt' 1 'Org/sympt.psy.Stör.' 2 'Alkohol' 3 'Drogen' 4 'Medikamente' 5 'Sonst.Psychotr.Sub' 6 'Schizophrenie' 7 'Affekt. Stör.' 8 'Neur./Bel./somat.Stör.' 9 'Verhaltensauff.' 10 'Pers/Verh.-Stör.' 11 'Intelligenzmind.' 12 'Entwicklungsstör.' 13 'Verh.Stör.in Kindh.' 14 'Suizidalität' 15 'Sonst. psychiatr. Stör.' 17 'Infekt.u.parasit.Kh.' 18 'Neubildungen' 19 'Blut u. blutbild.Org.' 20 'Endokrine,Ernähr.,Stoffw.' 21 'Nervensystem' 22 'Auge u.Anhang' 23 'Ohr u. Warzenf.' 24 'Kreislaufsystem' 25 'Atmungssystem' 26 'Verdauungssystem' 27 'Haut,Unterhaut' 28 'Muskel-Skelett-Syst.' 29 'Urogenitalsystem' 30 'Schwangerschaft,Geb.' 31 'Perinatalperiode' 32 'Angeb. Fehlbild.' 33 'Abnorme klin. Bef.' 34 'Verletzt./Vergift.' 35 'Morbidity/Mortalit. o. Selbstsch.' 36 'Gesundheitswesen' 99 'Sonstige Diag.'  
 IF (DIAG1\_ICD9>0) GDIAG1 = Diag1\_ICD9.  
 execute.  
 IF (DIAG2\_ICD9>0) GDIAG2 = Diag2\_ICD9.  
 execute.  
 IF (DIAG3\_ICD9>0) GDIAG3 = Diag3\_ICD9.  
 execute.  
 IF (DIAG4\_ICD9>0) GDIAG4 = Diag4\_ICD9.  
 execute.

IF (DIAG1\_ICD10>0) GDIAG1 = Diag1\_ICD10.  
 execute.  
 IF (DIAG2\_ICD10>0) GDIAG2 = Diag2\_ICD10.  
 execute.  
 IF (DIAG3\_ICD10>0) GDIAG3 = Diag3\_ICD10.  
 execute.  
 IF (DIAG4\_ICD10>0) GDIAG4 = Diag4\_ICD10.  
 execute.

VALUE LABELS GDIAG1, GDIAG2, GDIAG3, GDIAG4  
 0 'keine gestellt' 1 'Org/sympt.psy.Stör.' 2 'Alkohol' 3 'Drogen' 4 'Medikamente' 5 'Sonst.Psychotr.Sub' 6 'Schizophrenie' 7 'Affekt. Stör.' 8 'Neur./Bel./somat.Stör.' 9 'Verhaltensauff.' 10 'Pers/Verh.-Stör.' 11 'Intelligenzmind.' 12 'Entwicklungsstör.' 13 'Verh.Stör.in Kindh.' 14 'Suizidalität' 15 'Sonst. psychiatr. Stör.' 17 'Infekt.u.parasit.Kh.' 18 'Neubildungen' 19 'Blut u. blutbild.Org.' 20 'Endokrine,Ernähr.,Stoffw.' 21 'Nervensystem' 22 'Auge u.Anhang' 23 'Ohr u. Warzenf.' 24 'Kreislaufsystem' 25 'Atmungssystem' 26 'Verdauungssystem' 27 'Haut,Unterhaut'

28 'Muskel-Skelett-Syst.' 29 'Urogenitalsystem' 30 'Schwangerschaft,Geb.' 31 'Perinatalperiode' 32 'Angeb. Fehlbild.' 33 'abnorme klin. Bef.' 34 'Verletzt./Vergift.' 35 'Morbidity/Mortalit. o. Selbstsch.' 36 'Gesundheitswesen' 99 'Sonstige Diag.'  
 IF ((Diag1\_ICD9>0) And (Diag1\_ICD10>0)) beide1 = 1.  
 execute.  
 IF ((Diag2\_ICD9>0) And (Diag2\_ICD10>0)) beide2 = 1.  
 execute.  
 IF ((Diag3\_ICD9>0) And (Diag3\_ICD10>0)) beide3 = 1.  
 execute.  
 IF ((Diag4\_ICD9>0) And (Diag4\_ICD10>0)) beide4 = 1.  
 execute.

FREQUENCIES  
 VARIABLES =  
 GDIAG1 GDIAG2 GDIAG3 GDIAG4 Dauer Altergrup Geschlecht  
 /STATISTICS = STDDEV RANGE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SUM .

CROSSTABS TABLES =  
 GDIAG1 BY altergrup geschlecht dauer GDIAG2.  
 COMPUTE EntJahr = XDATE.YEAR(Entdat).  
 EXECUTE.  
 Compute zaehlen = 1.  
 EXECUTE.  
 AGGREGATE  
 /OUTFILE = ,X:\ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggr.sav'  
 /BREAK = EntJahr GDIAG1  
 /NFaelleByDiag = N  
 /DAUERTAG\_mean\_1 = MEAN(DAUERTAG).

AGGREGATE  
 /OUTFILE = \* MODE = ADDVARIABLES  
 /BREAK = EntJahr  
 /NFaelle = SUM(NFaelleByDiag).

compute rel\_Anzahl = 100\*NFaelleByDiag/NFaelle.  
 Execute.

Compute Klinik- tage = NFaelleByDiag\*DAUERTAG\_mean\_1.  
 Execute.  
 IF (GDIAG1 = 1) or (GDIAG2 = 1) or (GDIAG3 = 1) or (GDIAG4 = 1) DiagOrgStoer = 1.  
 IF (GDIAG1 = 2) or (GDIAG2 = 2) or (GDIAG3 = 2) or (GDIAG4 = 2) DiagAlk = 1.  
 IF (GDIAG1 = 3) or (GDIAG2 = 3) or (GDIAG3 = 3) or (GDIAG4 = 3) DiagDrog = 1.  
 IF (GDIAG1 = 4) or (GDIAG2 = 4) or (GDIAG3 = 4) or (GDIAG4 = 4) DiagMed = 1.  
 IF (GDIAG1 = 5) or (GDIAG2 = 5) or (GDIAG3 = 5) or (GDIAG4 = 5) DiagSonstSub = 1.  
 IF (GDIAG1 = 6) or (GDIAG2 = 6) or (GDIAG3 = 6) or (GDIAG4 = 6) DiagSchizo = 1.  
 IF (GDIAG1 = 7) or (GDIAG2 = 7) or (GDIAG3 = 7) or (GDIAG4 = 7) DiagAffekt = 1.  
 IF (GDIAG1 = 8) or (GDIAG2 = 8) or (GDIAG3 = 8) or (GDIAG4 = 8) DiagNeuro = 1.  
 IF (GDIAG1 = 9) or (GDIAG2 = 9) or (GDIAG3 = 9) or (GDIAG4 = 9) DiagVerhalten = 1.  
 IF (GDIAG1 = 10) or (GDIAG2 = 10) or (GDIAG3 = 10) or (GDIAG4 = 10) DiagPers = 1.  
 IF (GDIAG1 = 11) or (GDIAG2 = 11) or (GDIAG3 = 11) or (GDIAG4 = 11) DiagIntel = 1.  
 IF (GDIAG1 = 12) or (GDIAG2 = 12) or (GDIAG3 = 12) or (GDIAG4 = 12) DiagEntwick = 1.  
 IF (GDIAG1 = 13) or (GDIAG2 = 13) or (GDIAG3 = 13) or (GDIAG4 = 13) DiagKind = 1.  
 IF (GDIAG1 = 14) or (GDIAG2 = 14) or (GDIAG3 = 14) or (GDIAG4 = 14) DiagSuizid = 1.  
 IF (GDIAG1 = 15) or (GDIAG2 = 15) or (GDIAG3 = 15) or (GDIAG4 = 15) DiagSonst = 1.  
 Execute.  
 USE ALL.  
 COMPUTE filter\_\$ = (DiagOrgStoer = 1).

```
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagOrgStoer = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrOrgStoer.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagAlk = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagAlk = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrAlk.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagDrog = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagDrog = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrDrog.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagMed = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagMed = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrMed.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagSonstSub = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagSonstSub = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrSonstSub.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagSchizo = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagSchizo = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrSchizo.sav'
```

```
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagAffekt = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagAffekt = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrAffekt.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagNeuro = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagNeuro = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrNeuro.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagVerhalten = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagVerhalten = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrVerhalten.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagPers = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagPers = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrPers.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagIntel = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagIntel = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrIntel.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagEntwick = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagEntwick = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
```

```

FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrEntwick.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).

USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagKind = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagKind = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrKind.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).

USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagSuizid = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagSuizid = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrSuizid.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).

USE ALL.
COMPUTE filter_$ = (DiagSonst = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'DiagSonst = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
AGGREGATE
/OUTFILE = ,X:\_ArbeitsordnerDatenGeiger\Promotion\Statistiken\2010\aggrSonst.sav'
/BREAK = EntJahr
/NFaelleByDiag = N
/DAUERTAG_mean_1 = MEAN(DAUERTAG).

```

Abbildung 103. Erhebungsbogen der Jahre 1986 bis 1995

Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar - Psychiatrie - DOKUMENTATION

Krankenbl.-Nr.

Wievielte Dokumentation

Entlassende Station

Wievielte nicht-ambulante Behandlung Psychiatrie HOM

Datum Aufnahme

Datum Entlassung

Geburtsdatum

ENTLASSUNGS-DIAGNOSE (N) ICD 9:  
 Spalten 34, 41, 48 und 55: SONDERKLASSIFIKATION "E" od. "V"; Spalten 39, 46, 53 und 60: DIAGNOSEZUSATZ: (0) kein Diagnosezusatz, (1) z. Z. erscheinungsfrei (2) akuter Schub/Rezidiv (3) chronisch progredient (4) Zustand nach ... (5) Zustand nach Operation, (6) Zustand nach Amputation von Extremitäten (7) Endprothese/Herzschrittmacher/Bypass (8) Dialyse  
 Spalten 40, 47, 54 u. 61: SICHERHEITSGRAD: (0) sicher (1) fraglich, Verdacht auf ...

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

KOSTENTRÄGER:  
 (01) RVO Kassen (02) Knappschaft (03) Ersatzkassen (04) Selbstzahler/Privatversicherung (05) Sozialhilfe (06) Rentenversicherung (LVA, BFA) (07) BG/Unfallversicherung (08) Arbeitsamt, Bundesanstalt f. Arbeit (09) Hauptfürsorgestelle/Versorgungsamt (10) Sonstige

ÄRZTLICHE EINWEISUNG DURCH:  
 (01) niedergel. Nervenarzt/ärztl. Psychotherapeut (02) prakt. Arzt/Allgem. Arzt/Hausarzt (03) andere Ambulanz/Poliklinik/Klinik der Uniklinik Homburg (04) sonst. Facharzt (05) anderes psychiatr./psychosom./psychother. Krankenhaus/Abt./Ambulanz außerm. Uniklinik-Homb. (06) and.psychiatr.Tageskl./Nachtkl./Übergangskl. (07) stat. Einr.f.Suchtkranke (08) nichtpsych. Krankenh./Abt./Ambulanz außerhalb Unikl.Homb. (09) ärztl.Notdienst (10) Sozialpsych.Dienst/Gesundheitsamt (11) Arzt anderer öffentl. Stellen (z.B. Truppenarzt) (12) ohne ärztl.Einweisung (13) eig. Poliklinik (14) eig. vollstat. Bereich (15) eig. T k l. (16) eig. Ü k l.

o.g. einweisender Arzt/Institution befindet sich (1) innerhalb (2) außerhalb des Saar-Pfalz-Kreises

ENTSCHEIDENDE VERANLASSUNG ZUR AUFNAHME DURCH:  
 (01) Pat. selbst (02) ärztl.Einweisung wie oben (03) Psychosoz.Dienst/Kontaktstellen, Ber.stelle, Pat.Club, Tagesstätte u.ä. (04) Suchtberatungsstelle (05) Sonst. Beratungsstelle (06) Selbsthilfegruppe/-organisation/Laienheifer (07) Allgem.sozialer Dienst (Fam.Fürsorge, Gemeindegewerke, Sozialstation o.ä.) (08) Werkstatt f. Behinderte (09) Psychiatr. Heim/Wohnngem. (10) sonst. Heim (11) freiber.Psychologe/Psychotherapeut/sonst.Therapeut (12) Polizei/Ordnungsbeh. (13) Angehörige/Bekannte (14) Gutachten (15) Untersuchung/Diagnostik (16) Fortsetzung Behandlung (17) Sonstiges

o.g. Einrichtung befindet sich (1) innerhalb (2) außerhalb des Saar-Pfalz-Kreises

RECHTSGRUNDLAGE DER AUFNAHME:  
 (1) Freiw. i. jurist.Sinne (2) Psych.KG/Unterbringungsgesetz (3) Pflschaft/Aufenthaltsbest. (4) Entmündigung (einschl. Minderjährige mit Beschl. gem. § 1631 b BGB) (5) Begutachtung Strafverf. (6) ger. Einw. §§ 63, 64 StGB o.ä.

ARZTBRIEF AN: 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_

PERSÖNLICHE ANAMNESE:

Krankenbl.-Nr.

2							
1	2	3	4	5	6	7	

Nte. Dok.

8	9

GESCHLECHT (1) männlich (2) weiblich (3) unklar

10

ZIVILSTAND (1) ledig (2) verh. (3) getr. lebend (4) gesch. (5) verw.

11

WOHNORT (Postleitzahl); bei Ausländern internat. Kfz-Kennzeichen linksbündig eintragen

12	13	14	15

WOHNORT IST (SOZIOLOGISCH):

(1) Großstadt (ab ca. 100.000) (2) deren Einzugsbereich (3) Mittelstadt (50-100.000) (4) Kleinstadt (unter 50.000) (5) dörfliche Gemeinde (6) o.f.W.

16

AUFGEWACHSEN IN: (1) Großstadt (2) Mittelstadt (3) Kleinstadt (4) Land (5) wechselnd (6) andere

17

SCHULBILDUNG:

(1) ohne (2) Sonderschule (3) Hauptschule ohne Abschl. (4) Abschl. 9. Klasse (= Hauptschulabschl. oder Äquivalent) (5) Abschl. 10., 11., 12. Kl. (= mittl. Bildungsabschluß: "Einjähriges") (6) "Abitur" (= allgem. Hochschulreife)

18

SCHULBILDUNG VERLAUF:

(1) noch in Ausbildung (2) glatt abgeschl. (3) mit Schwierigkeiten abgeschl. (4) abgebr.

19

BERUFSAUSBILDUNG:

(1) ungelernt/ohne (2) angelehrt (3) Lehrberuf (Facharbeiter-, Gesellen-, Gehilfenbrief IHK od. Äquivalent) (4) Lehrberuf mit zus. Qualifikation (z.B. Meisterprüfung) od. mit höherer Eingangsvoraussetzung (z.B. "mittlerer Bildungsabschluß") (5) Fachhochschule (6) allgem. Hochschule

20

BERUFSAUSBILDUNG VERLAUF:

(1) abgeschl. (2) noch in Ausbildung (3) unterbrochen (4) abgebrochen (5) mehrere abgebrochen

21

LETZTE BERUFLICHE STELLUNG DES PATIENTEN SELBER:

(01) Arbeiter (02) Facharbeiter (03) Angest./Beamter (04) Angest./Beamter mittl. u. geh. Dienst (05) ltd. Angest./Beamter (06) selbst. mit kleinem Gewerbe/Betrieb (07) selbst. m. mittlerem Gewerbe/Betrieb (08) selbst. mit. großem Gewerbe/Betrieb (09) Militärdienst (10) Zivildienst (11) Hausfrau (12) Hausfrau, arbeitet zusätzlich (13) (noch) in Ausbildung (14) ohne Beruf, ohne regelmäßige Tätigkeit (15) geschützt beschäftigt (16) Sonstiges

22	23

HAUPTTEINKÜNFTE ZUM LEBENSUNTERHALT DURCH:

(01) Berufstätigkeit w.o. (02) Rente/Pension/eig. Vermögen (03) vorzeitige Rente/Pension (04) Zeitrente (05) Arbeitslosengeld (06) Arbeitslosenhilfe (07) Sozialhilfe (08) Krankengeld (09) durch Eltern/-teil (10) durch Ehegatten (11) durch sonstige Angehörige (12) durch sonst. persönl. Unterstützung (13) durch sonst. institutionelle Unterstützung (z.B. Ausbildungsbeihilfe) (14) aufgrund zivilrechtlichen Anspruchs (15) Sonstiges

24	25

WOHN- / UND FAMILIENSITUATION (BEI AUFNAHME):

(01) in der Herkunftsfam., nur Eltern (u. Geschwister) (02) in der Herkunftsfam., auch sonst. Angeh. (03) eigene Familie (Ehe) mit Kind(ern) u. sonst. Angeh. (04) eig. Fam. (Ehe) nur mit Kind(ern) (05) eig. Fam. (Ehe) nur mit sonst. Angeh. (06) Ehepaar allein (07) mit Partner, eheähnl. Gem. mit Kind(ern) (08) eheähnl. Gem. mit Partner allein (09) mit neutralem Partner (10) therapeutische Wohngemeinschaft, Wohngruppe (11) sonst. Wohngem., Wohngruppe (12) Institution, Heim f. psych. Kranke (13) psych. Klinik (z.B. UKH) (14) Altenheim/Altenpflegeheim (15) sonstiges Heim (16) alleinlebend (17) Sonstiges

26	27

ZAHL DER EIGENEN, AUCH ADOPTIV-, STIEF-, PFLEGEKINDER: (direkt eintragen; 9 = 9 und mehr)

28

ZAHL DER GESCHWISTER: (direkt eintragen; 9 = 9 und mehr)

29

ZWILLING: (1) nein (2) ja, eineiig (3) ja, zweieiig (4) ja, Art nicht bestimmbar

30

STÖRUNGEN DER FAMILIENSITUATION IN DER KINDHEIT: (max. 3 Nennungen möglich)

- (1) unehelich (2) Stief-, Adoptiv-, Pflegekind (3) Halbwaise (4) Vollwaise (5) Trennung/Scheidung der Eltern
- (6) Heimaufenthalt / längerer Krankenhausaufenthalt o. ä. (7) sonstige

31

32

33

KRANKHEITSANAMNESE:

FAMILIÄRE BELASTUNG MIT PSYCHIATRISCHEN ERKRANKUNGEN: (2 Nennungen möglich)

- (1) keine (2) himorg. (3) Schiz. (4) affekt. Psychose (5) atyp.-phasische Psychose (6) reakt./neur. Störung
- (7) Sucht (8) Suicidalität (9) Sonstige

34

35

FRÜHERE KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN: (Schl.: (1) keine (2) fraglich (3) leicht (4) mittel (5) schwer (0) n.er.)  
mit ZNS-Beteiligung

36

davon noch Residuen?

37

ohne ZNS-Beteiligung

38

davon noch Residuen?

39

40

FRÜHERE PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN:

- (1) keine (2) himorg. (3) Schiz. (4) affekt. Psychose (5) atyp.-phasische Psychose (6) reakt./neur. Störung
- (7) Sucht (8) Suicidalität (9) Sonstige

41

DISSOZIALES VERHALTEN (z.B. Verwahrlosung, Kriminalität):

- (1) nein (2) fraglich (3) sicher

42

SUIZIDALITÄT: (1) nein (2) fraglich (3) sicher

43

DIE WIEVIELTE MANIFESTATION (einer evtl. bereits früher bestehenden Störung) ist die jetzige Erkrankung? (Zahl direkt eintragen)

44  45

JETZIGE ERKRANKUNG: Zuerst manifestiert im Alter von

(Zahl direkt eintragen)

46  47

DAUER DER SYMPTOMATIK BIS ZUR AUFNAHME: (1) bis 1 Woche (2) bis 1 Monat (3) bis 1 Jahr (4) länger als 1 Jahr

48

WO VORBEHANDLUNG ? (1) keine (2) amb. (3) stat. (4) teilstat. (5) Heim/Reha-Einr. (6) mehrere

49

VORBEHANDLUNG MIT: (4 Nennungen möglich)

- (1) Neuroleptika (2) Antidepressiva (3) Lithium (4) Tranquilizer (5) Antiepileptika
- (6) sonstige Psychopharmaka (7) andere Pharmaka (8) Psychotherapie (9) sonstige nicht-medikamentöse Behndl.

50

51

52

53

Krankenblatt-Nr.

3						
1	2	3	4	5	6	7

8	9

BEHANDLUNGSVERLAUF:

DIAGNOSTIK MIT: (6 Nennungen möglich)

(Spalte 12, 15, 18, 21, 24, 27) = normal, 1 = Grenzbefund, 2 = pathologisch

- (01) EEG (02) EMG (03) sonst. Neurophysiol. (04) CT-Schädel (05) CT-sonst.
- (06) Rb-Schädel (07) Rb-sonst. (08) Isotop-Schädel (09) Isotop-sonst.
- (10) Angio-Schädel (11) Angio-sonst. (12) Echogr. (13) Liquor (14) Psychol. Diagn.
- (15) Biochem. Diagn. (16) sonst. Diagn.

Diagn. Befund

10	11	12

13	14	15

16	17	18

19	20	21

22	23	24

25	26	27

THERAPIE MIT: (12 Nennungen möglich; nach Rangreihe eintragen)

- (01) Neuroleptika (02) Antidepressiva (03) Lithium (04) Schlafmittel (05) Distraneurin
- (06) Antiparkinson-Mittel (07) Antiepileptika (08) Gefäßtherapie (09) Beta-Rezeptorenblocker
- (10) Herz-Kreislauftherapie, einschl. Antihypertonika (11) Tranquilizer (12) Psychostimulantia
- (13) Schmerzmittel (14) andere Medikamente (15) Schocktherapie (16) Schlafentzug/Phototherapie
- (17) Psychotherapie einzeln (18) Psychoth. Gruppe (19) Psychoth. m. Angehörigen/Familie
- (20) Beschäftigungstherapie (21) Arbeitstherapie (22) externes Arbeitstraining (23) physikalische Therapie (24) Krankengymnastik (25) Sport (26) Sonstiges

28	29	30	31

32	33	34	35

36	37	38	39

40	41	42	43

44	45	46	47

Sozialarbeiter tätig: (1) nein (2) ja

52

Konsiliarium: (1) zur Diagnostik (2) zur Mitbehandlung (3) beides (4) nein

53

BEHANDLUNGSABSCHLUSS:

THERAPIEERFOLG (summarisch beurteilt):

- (1) nicht behandelt (2) geheilt (3) gut gebessert (4) leicht gebessert (5) unverändert
- (6) verschlechtert (7) vom Pat. abgebrochen (8) verstorben (9) Suicid

54

ARBEITSFÄHIGKEIT (IM VERGLEICH ZUR LETZTEN TÄTIGKEIT):

- (1) wie vorher, sofort arbeitsfähig (2) wie vorher, nach gew. Zeit (3) zeitlich eingeschränkt
- (4) qualitativ eingeschränkt (5) qualitativ u. zeitl. eingeschränkt (6) in geschützten Einrichtungen
- (7) soweit absehbar nicht mehr (0) k.A./entfällt

55

ENTLASSUNG/WEITERBEHANDLUNG: (2 Nennungen möglich)

- (01) nach Hause, ohne weitere Maßnahmen (02) n. Hause, Weiterbeh. Nervenarzt (03) n. H., Weiterbeh. and. psych. Polikl.
- (04) n. H., Weiterbeh. Psychother. (05) n. H., Weiterbeh. nichtpsych. Arzt (06) n. H., Weiterbetr. Psychosoz. Dienst/Ber. Stelle, Selbsthilfegruppen (07) and. Psychiatr. Krankenh. (08) Fachklinik Psychosomatik/Psychother. (09) Fachkl. Sucht
- (10) and. Tageskl./Übergangskl./Nachtkl. (11) Übergangswohnheim/-gruppe/Therap. Wohngruppe (12) sonst. Reha-Einrichtung
- (13) Heim, Pflegeheim (14) Alters-/Altenpflegeheim (15) eig. vollstat. Bereich (16) eig. Tageskl. (17) eig. Übergangskl.
- (18) eig. Psychiat. Polikl. (19) Sonstiges (20) Behndl. v. Pat. abgebrochen (21) and. Krankenh./and. Klinik des Klinikums (00) n. er./A. entfällt

56	57	58

(Spalten 58 u. 61): o.g. Einrichtung befindet sich (1) innerhalb (2) außerhalb Saar-Pfalz-Kreis

59	60	61



WOHN- UND FAMILIENSITUATION (bei Entlassung/Beh.-Ende):

(01) i.d.Herkunftsfam., nur Eltern (u. Geschwister) (02) i.d.Herkunftsfam., auch sonst. Angeh. (03) eig. Fam. (Ehe) mit Kind(ern) u. sonst. Angeh. (04) eig. Fam. (Ehe) nur m. Kind(ern) (05) eig. Fam. (Ehe) nur m. sonst. Angeh. (06) Ehepaar allein (07) m. Partner, eheähnl. Gem. m. Kind(ern) (08) eheähnl. Gem. m. Partner allein (09) m. neutralem Partner (10) therap. Wohngemeinschaft/-gruppe (11) sonst. Wohngem./-gruppe (12) Übergangsheim/-einrichtung (13) Institution, Heim f. psychisch Kranke (14) Psych. Klinik (z.B. UKH) (15) Alten-/Altenpflegeheim (16) sonst. Heim (17) alleinlebend (18) Sonstiges

62	63

SPEZIALDOKUMENTATIONEN vorhanden?

64	65	66	67
68	69	70	71
72	73	74	75
76	77	78	79

\_\_\_\_\_  
Oberarzt

\_\_\_\_\_  
Verantwortlicher Entlassungsarzt



**Höchster erreichter Schulabschluss:** 

- (1) kein Abschluss
- (2) Sonderschulabschluss
- (3) Hauptschule, nur Abgangszeugnis
- (4) Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss
- (5) Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss
- (6) (Fach-) Abitur
- (9) unbekannt/ unklar

**Höchste abgeschlossene Berufsausbildung:** 

- (1) keine bzw. nur angelehrt
- (2) Lehre
- (3) Fach-/ Meisterschule
- (4) (Fach-) Hochschule
- (9) unbekannt/ unklar

**Jetzige berufliche Situation des Patienten:**  

- (01) berufstätig, Vollzeit
- (02) berufstätig, Teilzeit
- (03) berufstätig, gelegentlich
- (04) Hausfrau/-mann
- (05) Ausbildung/ Umschulung
- (06) Wehr-/ Zivildienst/ Freiwilliges soz. Jahr
- (07) beschützt beschäftigt
- (08) arbeitslos gemeldet
- (09) Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente,  
Rentenverfahren/ Frührente
- (10) Altersrente/ Pension
- (11) Witwen(r)-Rente
- (12) mithelfender Familienangehöriger
- (13) anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
- (14) sonstiges
- (99) unbekannt/ unklar

**Haupteinkünfte zum Lebensunterhalt durch:** 

- (1) Tätigkeit in Beruf/ Fam./ Rente etc. wie oben
- (2) sonstiges eigenes Aufkommen
- (3) Sozialhilfe
- (4) Unterstützung durch Angehörige
- (5) sonstiges
- (9) unbekannt/ unklar

**Wohn- und Familiensituation bei Aufnahme:**  

- (01) allein in Privatwohnung
- (02) Herkunftsfamilie
- (03) eigene Familie mit Kindern  
(und sonstigen Angehörigen)
- (04) mit (Ehe-) Partner allein
- (05) Wohngemeinschaft
- (06) Betreutes Wohnen
- (07) psychiatrisches Heim/ -Pflegeheim
- (08) psychiatrische Klinik
- (09) Altenheim/ Altenpflegeheim
- (10) ohne festen Wohnsitz
- (11) sonstiges
- (99) unbekannt/ unklar

**Zahl der eigenen Kinder:** 

- (auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder)
- (Zahl direkt eintragen)
- (8) =8 und mehr
- (9) unbekannt/ unklar

**Zahl der Geschwister:** 

- (Zahl direkt eintragen)
- (8) =8 und mehr
- (9) unbekannt/ unklar

**Zwilling:** 

- (0) nein
- (1) ja, eineiig
- (2) ja, zweieiig
- (3) ja, Art nicht bestimmbar
- (9) unbekannt/ unklar

**DOKUMENTATION**

Universitätskliniken des Saarlandes  
- Psychiatrie und Psychotherapie - 66421 Homburg/Saar

Krankenbl. Nr.: Wievielte Aufnahme?: **3****Krankheitsanamnese:****Familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen:**

(zwei Nennungen möglich)

- (0) keine
- (1) himorganische Erkrankung
- (2) Schizophrenie
- (3) Affektive Psychose
- (4) Atypisch-phasische Psychose
- (5) Reaktion/ Neurose/ Persönlichkeitsstörung
- (6) Sucht
- (7) Suizidalität
- (8) sonstiges
- (9) unbekannt/ unklar

**Frühere psychische Erkrankungen:**

- (0) keine
- (1) himorganische Erkrankung
- (2) Schizophrenie
- (3) Affektive Psychose
- (4) Atypisch-phasische Psychose
- (5) Reaktion/ Neurose/ Persönlichkeitsstörung
- (6) Sucht
- (7) sonstiges
- (9) unbekannt/ unklar

**Frühere Suizidversuche:**

- (0) nein
- (1) ja
- (9) unbekannt/ unklar

**Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme:**

- (0) nein
- (1) ja
- (9) unbekannt/ unklar

**Suizidversuch/ Selbstschädigung im Vorfeld der jetzigen Aufnahme:**

- (0) keiner
- (1) sicher gefährlicher Suizidversuch
- (2) sonstiger Suizidversuch
- (3) vorsätzl. Selbstschädigung ohne Suizidabsicht
- (9) unbekannt/ unklar

**Anzahl der Manifestationen der Erkrankung:**

Die wievielte Manifestation (einer evtl. früher bestehenden Störung) ist die jetzige Erkrankung?

(Zahl direkt eintragen)

(99) unbekannt/ unklar

**Erstmanifestationsalter:**

In welchem Alter hat sich die jetzige Erkrankung erstmals manifestiert?

(Zahl direkt eintragen)

(99) unbekannt/ unklar

**Dauer der Symptomatik bis zur Aufnahme:**

- (1) bis eine Woche
- (2) bis 1 Monat
- (3) bis 3 Monate
- (4) bis 6 Monate
- (5) bis 1 Jahr
- (6) länger als 1 Jahr
- (9) unbekannt/ unklar



**Behandlungsverlauf und Entlassung:**

- Psychopharmaka-Therapie mit:**    
 (fünf Nennungen möglich)
- (00) keine oder nur Bedarfsmedikation
- Neuroleptika**
- (01) Neuroleptika hochpotent
- (02) Neuroleptika niederpotent
- (03) Clozapin
- (04) Depot-Neuroleptika
- Antidepressiva**
- (05) TCA oder Maprotilin
- (06) SSRI
- (07) MAOH
- (08) andere (z. B. Mianserin)
- Weitere**
- (09) Benzodiazepine
- (10) andere Tranquilizer/ Hypnotika
- (11) Lithium
- (12) Carbamazepin
- (13) andere Antiepileptika
- (14) Clomethiazol
- (15) Antiparkinsonmittel
- (16) medik. Rückfallprophylaxe (Sucht)
- (17) sonstiges

- Sonstige somatische Therapieformen:**    
 (drei Nennungen möglich)
- (0) keine
- (1) Schlafentzug
- (2) Lichttherapie
- (3) EKT
- (4) sonstiges

- Andere therapeutische Maßnahmen:**    
 (drei Nennungen möglich)
- (0) keine
- (1) Ergotherapie/ Beschäftigungstherapie
- (2) Arbeitstraining im Gelände
- (3) Arbeitstraining extern
- (4) physikalische Therapie/ Krankengymnastik
- (5) sonstiges

**Psychotherapie:**

- (je zwei Nennungen möglich)
- Einzeltherapie:**
- (0) keine
- (1) Verhaltenstherapie
- (2) kognitive Verhaltenstherapie
- (3) spezifische Suchttherapie
- (4) Gesprächspsychotherapie
- (5) Entspannungstherapie
- (6) tiefenpsychologisch fundierte Therapie
- (7) sonstiges
- Gruppentherapie:**
- (0) keine
- (1) Verhaltenstherapie
- (2) kognitive Verhaltenstherapie
- (3) spezifische Suchttherapie
- (4) Gesprächspsychotherapie
- (5) Entspannungstherapie
- (6) tiefenpsychologisch fundierte Therapie
- (7) Psychoedukative Gruppen
- (8) sonstiges

**Suizidversuch während des (teil-) stationären**

- Aufenthaltes:**
- (0) keiner
- (1) Suizid
- (2) sicher gefährlicher Suizidversuch
- (3) sonstiger Suizidversuch
- (4) vorsätzliche Selbstbeschädigung ohne SV
- (5) fraglich

**Entlassungsart:**

- (0) reguläre Entlassung/ Verlegung
- (1) vorübergehende Verlegung
- (2) Beurlaubung
- (3) Entweichung
- (4) Entlassung gegen ärztlichen Rat
- (5) Entlassung wegen mangelnder Motivation/  
Kooperation
- (6) verstorben aus natürlicher Ursache
- (7) verstorben nach Suizid
- (8) verstorben nach Unfall/ Fremdeinwirkung





**DOKUMENTATION**

Universitätsklinik des Saarlandes  
- Psychiatrie und Psychotherapie - 66421 Homburg/Saar

Krankenbl. Nr.:

Wievielte Aufnahme?:

**5**

- Entlassung/ ambulante Weiterbeh. durch:**
- (zwei Nennungen möglich)
- (01) nach Hause, ohne weil. Maßnahmen
  - (02) Psychiater/ Nervenarzt
  - (03) Psychotherapeut (Arzt)
  - (04) Psychotherapeut (Dipl. Psychologe)
  - (05) nichtpsychiatrischer Arzt
  - (06) Psychosozialer Dienst/ Beratungsstelle/  
Selbsthilfegruppe
  - (07) eigene Psychiatrische Poliklinik
  - (08) eigener vollstationärer Bereich
  - (09) eigene Tagesklinik
  - (10) eigene Übergangsklinik
  - (11) anderes Psychiatrisches Krankenhaus
  - (12) Fachklinik f. Psychosomatik/ Psychotherapie
  - (13) Fachklinik für Sucht
  - (14) and. Tagesklinik/Übergangsklinik/Nachtklinik
  - (15) and. Krankenhaus/ and. Klinik des Klinikums
  - (16) Betreutes Wohnen
  - (17) Altenheim/ Altenpflegeheim
  - (18) psychiatrisches Heim/ -Pflegeheim
  - (19) Behandlung vom Patienten abgebrochen
  - (20) sonstiges
  - (99) unbekannt/ unklar

- Berufliche Situation nach Entlassung:**
- (0) unverändert
  - (1) vorher Vollzeit, jetzt Teilzeit
  - (2) vorher berufstätig, jetzt arbeitslos
  - (3) vorher berufstätig, jetzt berentet
  - (4) Abnahme der (berufl.) Tätigkeit aus anderem  
Grund, z. B. vorher berufstätig, jetzt in  
Ausbildung, Hausfrau/ -mann, etc.
  - (5) vorher arbeitslos, jetzt berufstätig
  - (6) vorher Teilzeit, jetzt Vollzeit
  - (7) Zunahme der (berufl.) Tätigkeit aus anderem  
Grund, z. B. vorher in Ausbildung oder  
Hausfrau/ -mann, jetzt berufstätig
  - (9) unbekannt/ unklar

- Wohn- u. Familiensituation bei Entlassung:**
- (01) allein in Privatwohnung
  - (02) Herkunftsfamilie
  - (03) eigene Familie mit Kindern  
(und sonstigen Angehörigen)
  - (04) mit (Ehe-) Partner allein
  - (05) Wohngemeinschaft
  - (06) Betreutes Wohnen
  - (07) psychiatrisches Heim/ -Pflegeheim
  - (08) psychiatrische Klinik
  - (09) Altenheim/ Altenpflegeheim
  - (10) ohne festen Wohnsitz
  - (11) sonstiges
  - (99) unbekannt/ unklar

**Einschätzung des Krankheitsgrades bei**

- Entlassung:**
- CGI-Wert bei Entlassung
- CGI-Änderung bei Entlassung
- GAF-Wert bei Entlassung

**ICD 10-Entlassungsdiagnose[n]**

- letzte Spalte(SG): (0) sicher,(1) fragl., Verdacht auf...
- | ICD 10   | SG                   |
|--|----------------------|
| Hauptdiagnose: F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                     | <input type="text"/> |
| Nebendiagnose 1: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                     | <input type="text"/> |
| Nebendiagnose 2: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                     | <input type="text"/> |
| Nebendiagnose 3: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                     | <input type="text"/> |
| Entlassungs-/<br>Verlegungsdiagnose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Arztbrief an:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Entlassende[r] Ärztin/ Arzt      zuständ. Oberärztin/ Oberarzt

Abbildung 105. Erhebungsbogen ab dem Jahr 2002

UNIVERSITÄTSKLINIKEN DES SAARLANDES STATION

**Dokumentation Aufnahme/Entlassung**

Ärztliche Einweisung  Eilfallbescheinigung  Interne Verlegung

(Name/Vorname) _____ (Geburtsdatum) _____ (Straße) _____ (Wohnort) _____	Tag des Zugangs <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Aufnahmezeit <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
	voraussichtliche Dauer der Behandlung in Tagen <input type="text"/> <input type="text"/>	Grund der Aufnahme (Schlüssel siehe Rückseite) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Einweisungsdiagnose (nicht bei interner Verlegung):  
 \_\_\_\_\_  ICD  Z  S

Aufnahmediagnose:  
 \_\_\_\_\_  .   
 \_\_\_\_\_  .

Homburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des(r) Stationsarztes/-ärztin

aus stationärer Behandlung entlassen am   um  :   
 Grund der Entlassung (Schlüssel siehe Rückseite)

verlegt am   um  :   
 Verlegung auf Station

Hauptdiagnose der Fachabteilung:  ICD  Z  S   
 \_\_\_\_\_  .   
 Nebendiagnose(n) der Fachabteilung:  
 \_\_\_\_\_  .   
 \_\_\_\_\_  .   
 \_\_\_\_\_  .   
 \_\_\_\_\_  .

Entlassungs-/Verlegungsdiagnose (nur falls abweichend von Hauptdiagnose)  
 \_\_\_\_\_  .   
 \_\_\_\_\_  .

Homburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des(r) Stationsarztes/-ärztin

