

Günther Steinkamp¹, Burkhard Werner²

¹ Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie

² Universität Bielefeld, Nordrheinwestfälischer Forschungsverbund
Public Health

Extramurale gerontopsychiatrische Behandlung auf dem Prüfstand. Teil I: Zur Möglichkeit klinisch-ambulanter und teilstationärer Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen*

Zusammenfassung

Auf der Basis von Daten einer quantitativen einjährigen Längsschnittstudie in zwei gerontopsychiatrischen Versorgungsregionen Nordrhein-Westfalens (Stadt Bielefeld und Kreis Gütersloh) wird zunächst (Teil I) die Frage diskutiert, ob eine extramurale (d. h. hausgestützte ambulante oder tagesklinische) Behandlungskonzeption ohne spezifische Selektion der Patienten nach Art und Schweregrad ihrer psychischen Erkrankung oder dem Umfang ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit realisierbar ist. Diese drei Variablen, die wichtige Indikatoren für den Behandlungs- und Versorgungsumfang darstellen, werden differenziert erhoben. In drei getrennten Analyseschritten wird dann die Verteilung der gerontopsychiatrischen Untersuchungspopulation anhand dieser Kriterien nach Versorgungsregion und Behandlungseinrichtung (ambulant, teilstationär, vollstationär) verglichen. Für die Versorgungsregion Gütersloh mit einer auf extramurale Behandlung spezialisierten Institution (Gerontopsychiatrisches Zentrum mit den Bausteinen klinische Ambulanz und Tagesklinik) machen die Ergebnisse sehr deutlich, dass eine extramurale im Vergleich zur intramuralen (stationären) Behandlungsform weder diagnosespezifische noch die Krankheitsschwere oder den Umfang der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit betreffende Selektionen ihrer Klientel vornimmt. Die Gütersloher Ambulanz und – eingeschränkt auch die dortige Tagesklinik – behandeln sogar (im Vergleich zu den vollstationären Einrichtungen in Gütersloh und Bielefeld) überdurchschnittlich schwer erkrankte und hilfs- resp. pflegebedürftige ältere Menschen.

Fragestellung

Im vorliegenden ersten und dem in derselben Ausgabe dieser Zeitschrift erschienenen zweiten Teil unseres Forschungsberichtes¹ wird versucht, zwei bislang ungeklärte Fragen der Gesundheits- und Al-

tenpolitik auf der Basis von Längsschnittdaten einer Antwort näher zu bringen: Stellt die von der psychiatrischen Reformbewegung geforderte² und von der Bundesregierung neuerdings unterstützte³ Umorientierung von einem „intramuralen“ (stationären) zu einem

„extramuralen“ (hausgestützten, klinisch-ambulantem bzw. hausgestützten tagesklinischen) regionalen Versorgungssystem auch für psychisch schwer erkrankte ältere Menschen (1.) eine realisierbare und (2.) vor allem eine effektive Perspektive dar?

In diesem Zusammenhang soll auch – soweit mit den vorliegenden Daten möglich – geprüft werden, welche Bedeutung in diesem Veränderungsprozess einer neuen, von der Expertenkommission der Bundesregierung² mit hohen Erwartungen versehenen Versorgungsinstitution, dem Gerontopsychiatrischen Zentrum (eine Kombination aus Altenberatungsstelle, klinischer Ambulanz und Tagesklinik), zukommt (vgl. hierzu im einzelnen:⁴).

Forschungsstand

Methodischen Gütekriterien entsprechenden und systematisch auf ein breiteres Spektrum von „outcome“-Variablen fokussierende

* Das diesem Bericht zugrunde liegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Forschung und Technologie unter dem Förderkennzeichen NWF TP C4-40434 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Effektivitätsvergleiche von extramuralen mit intramuralen gerontopsychiatrischen Behandlungs- und Versorgungsformen gibt es bislang im deutschsprachigen Raum nicht. Dieses Forschungsdefizit resultiert sicherlich aus einer nur zögerlich erfolgenden Strukturveränderung regionaler gerontopsychiatrischer Versorgungssysteme von intra- zu extramuralen Behandlungsformen. So existieren im Jahre 1996 in der Bundesrepublik Deutschland erst 30 gerontopsychiatrische Tageskliniken⁵ und nur 11 auf ältere psychisch Kranke spezialisierte klinisch-ambulante Behandlungsdienste⁶.

Im angelsächsischen Sprachraum liegt zwar eine grosse Zahl von Forschungsarbeiten zum Wirksamkeitsvergleich extra- und intramuraler Behandlungsformen vor, jedoch beziehen sich diese in nur seltenen Fällen ausschliesslich auf eine psychisch erkrankte *Altenpopulation*. Die gewöhnlich im Bereich der Erwachsenen- und Allgemeinpsychiatrie angesiedelten Forschungsarbeiten konstatieren dabei übereinstimmend leichte bis deutlich ausgeprägte positive Effekte nicht-institutionalisierter gegenüber institutionalisierten Behandlungsformen auf unterschiedliche „outcome“-Variablen: etwa eine Verbesserung der psychiatrischen Symptomatik^{7,8}, eine Reduktion der vollstationären Verweildauer^{9,10}, eine Reduktion der Wiedereinweisungsraten¹¹ und eine hohe Kosten-Nutzen-Effizienz¹⁰. Evaluationsstudien, die die Effekte extramuraler Behandlungsformen auf psychisch kranke ältere Menschen untersuchen, sind dagegen sehr viel dünner gesät.

Ein Sammelreferat von seit 1960 publizierten ca. 700 Untersuchungen, die die Effekte ambulanter Versorgung im häuslichen Milieu (home-based) oder ähnlich organisierten Wohnformen (community-based) mit denen in Institutionen der Langzeitversorgung (vor allem Heime, aber auch Krankenhäuser)

vergleichen, identifiziert nur 27 Studien, die den methodischen Selektionskriterien der Autoren (vor allem Vorliegen einer Untersuchungs- und Kontrollgruppe, wenigstens N=50 in jeder Gruppe, Fokussierung auf Individualeffekte, Einbeziehung älterer Menschen) entsprachen¹². Nach den Ergebnissen ihrer Reanalyse weisen nicht-institutionalisierte gegenüber institutionalisierten Versorgungsformen konsistent positivere Effekte auf psychosoziale „outcome“-Variablen wie soziale Interaktionsfähigkeit und Partizipation sowie Lebenszufriedenheit auf. In Bezug auf Gesundheitsstatus-Variablen (Überleben, geistige Beweglichkeit, körperliche Fähigkeiten) ergeben sich weniger konsistente Effekte beim Vergleich der beiden Settings. Wenn sie vorliegen, betreffen sie eher sozial ausreichend unterstützte jüngere Alte mit geringen kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen.

Braun und Rose¹³ ermitteln für eine nach den Kriterien ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens), kognitiver Status, Morbidität, selbst- und fremdberichtete Lebenszufriedenheit gematchte Triade von „geriatric patients“ in eigener Häuslichkeit, in vergleichbar organisierter Versorgungsform („geriatric foster homes“) und in Heimen (jeweils N=49) über drei Monate zum grössten Teil nicht-signifikante Verbesserungen der Selbstversorgungsfähigkeiten und der Mobilität, aber auch höhere Werte in der gemessenen Lebenszufriedenheit für die beiden zuerst genannten Populationen. In Bezug auf Art und Umfang der Morbidität unterscheiden sie sich aber nicht von den Heimbewohnern.

Noro und Aro¹⁴ vergleichen die gesundheitsbezogene Lebensqualität und funktionale Fähigkeiten bei älteren Menschen (65 bis 84 Jahre), die zur Bewältigung ihres Lebens nur in geringem Umfang auf fremde Hilfen angewiesen sind, in Institutionen (Heime, Krankenhäuser)

mit einer Gruppe nicht-institutionalisierter älterer Menschen unter Kontrolle möglicher intervenierender Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, Ehestatus, somatische Krankheit). Für die zu Hause versorgten Untersuchungspersonen ergeben sich (allerdings nur teilweise signifikante) höhere Werte für alle herangezogenen Indikatoren der Lebensqualität und der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung.

Untersuchungspopulation und -methodik

Empirische Basis des Vergleichs ambulanter, teilstationärer und stationärer gerontopsychiatrischer Behandlungsformen bilden die Ergebnisse einer einjährigen Längsschnittstudie (Projekt C4 des NWF Public Health) an 124 psychisch gestörten älteren Menschen (60+), die zum ersten Untersuchungszeitraum (t₁: 01.11.92–30.04.93) aus teilstationärer bzw. stationärer Behandlung entlassen wurden oder sich weiter in klinisch-ambulanter, hausgestützter Versorgung befanden. Sie bilden hinsichtlich Geschlecht und Familienstand eine repräsentative, hinsichtlich Alter und Diagnose (nach ICD-9-Kriterien) nicht mehr repräsentative 15%-Stichprobe aus der Grundgesamtheit aller älteren Menschen (N=871), die innerhalb eines Jahres (01.04.1992–31.03.1993) stationär, teilstationär oder ambulant von den gerontopsychiatrischen Abteilungen der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel in Bielefeld (zuständig für die Versorgungsregion Bielefeld) und der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh (zuständig für die Versorgungsregion Gütersloh) behandelt wurden (vgl. dazu im einzelnen: ¹⁵).

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, sind ältere Personen mit einer organischen Psychose in der Stichprobe t₁ deutlich unterrepräsentiert. Diese

Variablen		Grundgesamtheit	Stichprobe t ₁	Stichprobe t ₂
Geschlecht	Frauen	642 (73,7%)	88 (71,0%)	64 (71,1%)
	Männer	229 (26,3%)	36 (29,0%)	26 (28,9%)
	Gesamt	871	124	90
Alter	< 60 Jahre	17 (2,0%)	11 (8,9%)	8 (8,9%)
	60-69 Jahre	210 (24,1%)	40 (32,3%)	31 (34,4%)
	70-79 Jahre	273 (31,3%)	36 (29,0%)	27 (30,0%)
	< 80 Jahre	371 (42,6%)	37 (29,8%)	24 (26,7%)
	Gesamt	871	124	90
Familienstand	ledig	126 (14,8%)	13 (10,5%)	9 (10,0%)
	verheiratet/zusammenleb.	244 (28,6%)	37 (29,8%)	21 (23,3%)
	verheiratet/getrennt	17 (2,0%)	3 (2,4%)	4 (4,4%)
	geschieden	52 (6,1%)	11 (8,9%)	15 (16,7%)
	verwitwet	413 (48,5%)	60 (48,4%)	41 (45,6%)
	Gesamt	852 ^a	124	90
Diagnose	organische Psychosen	500 (58,2%)	48 (38,7%)	34 (37,8%)
	schizo./paran. Psych.	102 (11,9%)	20 (16,1%)	15 (16,7%)
	affektive Psychosen	111 (12,9%)	21 (16,9%)	16 (17,8%)
	Neurosen, nichtpsychot.	146 (17,0%)	35 (28,3%)	25 (27,8%)
	Stör. u. Suchterkrank. ^b			
Gesamt	859 ^a	124	90	

^a In 19 bzw. 12 Fällen lagen keine Angaben vor.

^b Nach ICD-9: Entgegen der ursprünglichen Diagnosenstellung musste zum Zeitpunkt t₂ bei 4 Patienten nachträglich die Diagnosenzugehörigkeit geändert werden (vgl. 15).

Tabelle 1. Grundgesamtheit und Stichproben-Populationen in beiden Untersuchungsphasen.

Verteilung wurde bewusst in Kauf genommen, um in den anderen drei Diagnosegruppen eine für statistische Operationen genügend grosse Anzahl von UP zu erhalten. Nach einem Jahr, zum Zeitraum t₂ (01. 11. 93-30. 04. 94), konnten nur noch 90 von 124 Personen der ursprünglichen Stichprobe in die zweite Untersuchungsphase einbezogen werden. Ursächlich für diesen Ausfall war der Tod von Untersuchungspersonen vor der zweiten Untersuchungsphase oder die Verweigerung einer weiteren Teilnahme.

Die verbliebenen 90 Personen repräsentieren aber die Ausgangsstichprobe hinsichtlich der relevanten Auswahlkriterien Alter, Ge-

schlecht, Familienstand und Diagnose relativ gut (vgl. Tab. 1). Die *Möglichkeit ambulanter Versorgung* psychisch schwer erkrankter und häufig somatisch komorbider älterer Menschen wird durch einen Vergleich von Untersuchungspersonen in gerontopsychiatrisch-stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung hinsichtlich ihrer psychiatrischen Diagnose, dem Schweregrad ihrer psychiatrischen Symptomatik und dem ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit geprüft.

Die *Wirksamkeit klinisch-ambulanter Versorgung* wird durch drei „outcome“-Variablen zu bestimmen versucht: durch einen Vergleich der stationären resp. teil-

stationären (Wieder-)Einweisungshäufigkeit, der Entwicklung des Schweregrades der psychiatrischen Erkrankung und der der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

Der *Einfluss eines Gerontopsychiatrischen Zentrums (GZ)* auf die ambulante Versorgung wird durch einen regionalen Vergleich der stationären resp. teilstationären Einweisungsquoten in einer Versorgungsregion ohne GZ (Stadt Bielefeld) mit einer Versorgungsregion mit GZ (Kreis Gütersloh) zu ermitteln versucht.

Die nach *ICD-9-Kriterien diagnostizierten psychischen Erkrankungen* wurden vier Hauptdiagnosegruppen zugeordnet (vgl. Tab. 2), deren Ordnungslogik vor allem aus

der Notwendigkeit einer Abgrenzung von organisch und nicht-organisch bedingten psychischen Erkrankungen resultiert.

Die *Schwere der psychischen Erkrankung* wurde auf der Basis von 18 Symptomgruppen (z.B. Gedächtnisstörungen, Wahnideen, Störungen des Sozialverhaltens) entsprechend dem AGP-System von Gutzman et al.¹⁶ ermittelt und durch eine Faktorenanalyse auf 6 Subskalen abgebildet, die etwa 52% der gesamten Varianz aller ca. 150 einbezogenen Einzelsymptome erklären (vgl. dazu im einzelnen:^{4,17}):

1. Orientierungs- und Gedächtnisstörungen

(einbezogene Einzelsymptome: zeitliche, örtliche, situative und autopsychische Orientierungsstörungen, Auffassungs-, Konzentrations-, Merkfähigkeits-, Frischgedächtnis-, Altgedächtnis- und Zeitgitterstörung sowie gesteigerte Löschvorgänge, Aphasie, Agnosie, amnestische und sensorische Aphasie)

2. Denk- und neuropsychologische Störungen

(einbezogene Einzelsymptome: verlangsamtes, umständliches, eingeengtes, inkohärentes Denken; Störungen des Abstraktionsvermögens, des kombinatorischen Denkens, der Kritikfähigkeit sowie Apraxie, Alexie, Agraphie, Akalkulie – die sogenannten neuropsychologischen Störungen)

3. Depressivität und Antriebsstörung

(einbezogene Einzelsymptome: ratlos, affektarm, Störung der Vitalgefühle, deprimiert/traurig, hoffnungslos/verzweifelt, ängstlich, innerlich unruhig, klag-sam/jammerig, gestörtes Selbstwertgefühl, Insuffizienzgefühl, antriebsarm, maniert/bizarr, negativistisch, entschleunig-fähig, schlafdauerverlängert, sozialer Rückzug, verminderte Sexualität)

4. Schlafstörungen

(einbezogene Einzelsymptome: nächtliche Exazerbationen, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Früherwachen, verkürzte Schlafdauer, nächtliche Unruhe und Verwirrtheit, Schläfrigkeit tagsüber und Umkehrung des Tag/Nacht-Rhythmus)

5. Wahnsymptomatik und Sinnes-täuschung

(einbezogene Einzelsymptome: Wahngedanken, systematischer Wahn, Wahndynamik, Beziehungswahn, Beeinträchtigungswahn, Eifersuchtswahn, hypochondrischer Wahn, optische und Körper-Halluzinationen sowie Vorbeireden)

6. Mangelnde Krankheitseinsicht und Compliance

(einbezogene Einzelsymptome: mangelndes Krankheitsgefühl und mangelnde Krankheitseinsicht, Ablehnung der Behandlung, Dissimulationstendenz sowie Verwehrlosung) (Reliabilität der Einzelskalen nach Cronbach's Alpha: 0,85–0,95).

Die *Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit* wurde auf der Basis von 14 Items des AGP-Systems ebenfalls mit Hilfe einer Faktorenanalyse auf zwei Skalen abgebildet: eine Skala für den Hilfsbedarf bei alltagspraktischen Tätigkeiten (7 Items, Reliabilität nach Cronbach's Alpha: 0,95) und eine für die Pflegebedürftigkeit aufgrund von Defiziten in der Beherrschung von Körperfunktionen (7 Items, Reliabilität nach Cronbach's Alpha: 0,85). (vgl. dazu im einzelnen:^{4,17}):

1. Hilfsbedürftigkeit bei alltagspraktischen Tätigkeiten

Einbezogene Einzelbereiche: bei finanziellen Angelegenheiten, im Haushalt, bei der Einnahme von Medikamenten und der Einhaltung ärztlich/therapeutischer Massnahmen, beim Anziehen, beim sich Waschen/bei der Körperhygie-

ne, bei der Beschäftigung/Tagesstrukturierung

2. Pflegebedürftigkeit aufgrund von Defiziten in der Beherrschung von Körperfunktionen

Einbezogene Einzelbereiche: Schwierigkeiten/Störungen beim Gehen, Essen, Kauen und Schlucken, bei Bettlägerigkeit, Harn- bzw. Stuhlinkontinenz, durch Beschmierungen von sich selbst und der Umgebung.

Ergebnisbericht Klinisch-ambulante Behandlung psychisch schwer gestörter älterer Menschen im häuslichen Kontext: eine Utopie?

Die Konzeption einer regionalen gerontopsychiatrischen Versorgungsorganisation, die auch schwerer psychisch gestörter älteren Menschen ein ihren Bedürfnissen angemessenes Leben im vertrauten häuslichen Umfeld ermöglichen will, muss sich mit dem Argument auseinandersetzen, sie sei – auch bei Vorhandensein eines ausreichenden informellen (meist familialen) und formellen sozialen Unterstützungssystems – bei bestimmten psychischen Erkrankungen und vor allem bei deren fortgeschrittenem Schweregrad nicht mehr realisierbar. Diese Sichtweise spiegelt sich auch in der Behandlungspraxis extramuraler gerontopsychiatrischer Fachinstitutionen (Tageskliniken und klinische Ambulanzen), die ihre ältere Klientel nach Kriterien der Krankheitsart und -schwere selektieren würden.

Um die Stichhaltigkeit einer solchen Argumentation prüfen zu können, werden in einem ersten Analyseschritt alle Behandlungsfälle (N=1.106), getrennt nach Regionen, vier Hauptdiagnosegruppen (nach ICD-9-Kriterien) zugeordnet und ihre Verteilung auf ambulante, teilstationäre und vollstationäre Behandlungseinrichtungen überprüft (Tabelle 2).

Diagnosegruppen nach ICD 9 (Codes in Klammern)	Region								Alle Beh.- Fälle	Grundge- samtheit aller Pa- tienten ^b
	Gütersloh				Bielefeld					
	Einrichtungsart			GT ge- samt	Einrichtungsart			BI ge- samt		
	vollst.	teilst.	ambu.		vollst.	teilst.	ambu.			
Organische Psychose (290,0–294,9) incl. 7 Patienten mit hirnorganischer Schädigung (310,0)	149 51,4	56 51,9	173 56,9	378 55,9	244 66,1	13 31,0		257 59,8	635 57,4	499 58,1
Schizophrene Psychose, Paranoide Syndrome andere nicht-organische Psychosen (295–295, 297–297,9; 298,2–298,9)	48 17,4	12 11,4	37 12,3	97 14,3	38 10,3	4 9,5	4 21,1	46 10,7	143 12,9	102 11,9
Affektive Psychose, andere nicht-organische affektive Psychosen (296–296,9; 298,0–298,1)	38 13,8	16 15,2	19 6,4	73 10,8	51 13,8	20 47,6	7 36,8	78 18,1	151 13,7	112 13,0
Psychogene, psycho- reaktive Störungen, Neu- rosen, Persönlichkeitsstö- rungen, Suchterkrankungen (300–302,9; 306–309,9; 311–316; 303–305,9)	41 14,3	21 20,8	66 22,4	128 18,9	36 9,8	5 11,9	8 42,1	49 11,4	177 16,0	146 17,0
Gesamt ^a N = %	276 100	105 100	295 100	676 100	369 100	42 100	19 100	430 100	1106 100	859 100

^a Ohne geistig Behinderte und Patienten ohne psychiatrische Diagnose (N = 14 Behandlungsfälle; N = 12 Patienten).

^b Wegen Mehrfachbehandlungen eines Patienten im Erhebungsjahr in derselben oder anderen Behandlungseinrichtung(en) ergeben sich mehr Behandlungsfälle als Patienten.

Tabelle 2. Diagnosegruppen gerontopsychiatrischer Behandlungsfälle nach Versorgungsregion und Behandlungseinrichtung.

Wenn man die klinisch-ambulante Behandlung in der Stadt Bielefeld wegen ihrer geringen Fallzahl ausser acht lässt, zeigt sich für die Ambulanz des Gerontopsychiatrischen Zentrums in Gütersloh und für dessen Tagesklinik, dass diese an der Vollversorgung psychisch kranker alter Menschen ohne auf-

fällige diagnosespezifische Selektionen teilnehmen.

Die Erkrankungsschwere der gerontopsychiatrischen Untersuchungspopulation wurde (auf der Basis der 15%-Stichprobe von N=124 aus der Gesamtpopulation) von einem Arzt für Psychiatrie und Neurologie nach AGP-

Kriterien sorgfältig diagnostiziert und ihre durchschnittliche Verteilung auf die einzelnen Behandlungseinrichtungen (ambulant, teilstationär, stationär) ermittelt (Tabelle 3).

Für das vordergründig sehr plausible Argument einer notwendigen Selektion der Klientel einer

	Gütersloh			Bielefeld	
	vollstationär	teilstationär ^a	ambulant ^b	vollstationär	teilstationär ^b
Durchschnittlicher Schweregrad der psychiatrischen Symptomatik (8,7)	8,0	10,3 p<0,51 n. s.	12,0 p<0,24 n. s.	8,1	4,8 p<0,20 n. s.
6 Subskalen der psychiatrischen Symptomatik:					
Durchschnittlicher Schweregrad der Orientierungs- und Gedächtnisstörungen (4,6)	4,2	6,6 p<0,34 n. s.	7,7 p<0,24 n. s.	3,0	1,4 p<0,36 n. s.
Durchschnittlicher Schweregrad der Denk- und neuropsychologischen Störungen (0,6)	0,4	1,4 p<0,47 n. s.	0,6 p<0,73 n. s.	0,4	0,0 p<0,02
Durchschnittlicher Schweregrad der Depressivität und Antriebsstörung (1,5)	1,5	0,7 p<0,06 n. s.	2,2 0,50 n. s.	1,4	1,7 p<0,77 n. s.
Durchschnittlicher Schweregrad der Schlafstörungen (0,7)	0,4	0,5 p<0,61 n. s.	0,8 0,25 n. s.	1,3	0,8 p<0,59 n. s.
Durchschnittlicher Schweregrad der Wahnsymptomatik und Sinnestäuschungen (0,3)	0,04	0,2 p<0,44 n. s.	0,04 p<0,98 n. s.	0,7	0,4 p<0,57 n. s.
Durchschnittlicher Schweregrad mangelnder Krankheitseinsicht und Compliance (0,2)	0,4	0,0 p<0,33 n. s.	0,1 p<0,52 n. s.	0,2	0,1 p<0,62 n. s.
N = 121 ^a	26	26	25	26	18

^a 15% Stichprobe der gerontopsychiatrischen Patienten beider Regionen innerhalb eines Jahres (ohne 3 Patienten der Bielefelder Ambulanz, die aus statistischen Gründen aus der Analyse ausgeschlossen wurden).

^b Das Signifikanzniveau bezieht sich immer auf den Vergleich mit der vollstationären Population.

Tabelle 3. Durchschnittlicher Schweregrad der psychiatrischen Symptomatik (jeweils Gesamtscore und Subskalen gerontopsychiatrischer Patienten) im Vergleich zwischen den verschiedenen Behandlungseinrichtungen innerhalb der Regionen.

zugehenden klinisch-ambulanten Versorgungsinstitution, wie sie die Ambulanz des GZ in Gütersloh repräsentiert, nach dem Kriterium der *Krankheitsschwere*, ergibt sich nach unserer Analyse keine Bestätigung. Vielmehr zeigt der in Tabelle 3 dargestellte Vergleich, dass vor allem die Ambulanz, aber

auch die Tagesklinik des Gerontopsychiatrischen Zentrums in Gütersloh Patienten mit einem höheren durchschnittlichen Schweregrad der psychiatrischen Gesamtsymptomatik behandeln als alle anderen einbezogenen Institutionen in beiden Regionen. Da die meisten Unterschiede nicht signi-

fikant sind, wollen wir ein vorsichtiges Resümee dieses Vergleiches ziehen: Aus unserer Analyse ergeben sich zumindest keine Hinweise dafür, dass extramural (ambulant und tagesklinisch) behandelte Patienten des Gütersloher Gerontopsychiatrischen Zentrums einen geringeren durchschnittlichen

Schweregrad ihrer psychiatrischen Gesamtsymptomatik aufweisen als die in Bielefeld und Gütersloh intramural (vollstationär) behandelten älteren Menschen. Die Patienten der Bielefelder Tagesklinik dagegen weisen eine deutlich geringere Schwere der ermittelten psychiatrischen Gesamtsymptomatik auf, was mit dem spezifischen Behandlungsangebot dieser Institution zusammenhängt, das eine Patientenselektion erforderlich macht⁴.

Bei einem differenzierten Vergleich des Schweregrades psychiatrischer Einzelsymptome (Querspalten 3 bis 8 in Tabelle 3) bestätigt sich dieser allgemeine Befund einer erheblichen Krankheitschwere vor allem der ambulant behandelten Patienten für Orientierungs- und Gedächtnisstörungen, Denk- und neuropsychologische Störungen und Depressivität/Antriebsstörungen (Querspalten 3 bis 5 in Tabelle 3). Beim

durchschnittlichen Schweregrad der Schlafstörungen, der Wahnsymptomatik und Sinnestäuschungen (Querspalten 6 und 7 in Tabelle 3) weisen die vollstationär behandelten Bielefelder Patienten allerdings deutlich höhere Werte auf. Bemerkenswert erscheint uns die durchschnittlich realistischere Krankheitseinsicht und die höheren Compliance-Werte bei den extramural im Vergleich zu den intramural behandelten Patienten beider Versorgungsregionen (Querspalte 8 in Tabelle 3). Krankheitseinsicht und Compliance – so lässt sich dieser Befund interpretieren – sind wahrscheinlich wichtige patientenbezogene Voraussetzungen für die Ermöglichung extramuraler Behandlungsformen.

Als dritter Indikator, an dem etwaige Grenzen ambulanten Behandlung sichtbar werden können, wird die Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der gerontopsychiatrischen Untersuchungspopulation

herangezogen. Tabelle 4 zeigt das Ergebnis dieser Analyse: In der ermittelten Schwere ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit weisen die ambulant und teilstationär behandelten Patienten in Gütersloh im Vergleich zu den vollstationär behandelten in beiden Regionen wiederum die höchsten Durchschnittswerte auf (Querspalte 1 in Tabelle 4). Dieser Trend bestätigt sich auch auf beiden Subskalen zur Messung dieser Beeinträchtigung: Beim durchschnittlichen Hilfsbedarf bei alltagspraktischen Tätigkeiten und bei den Defiziten in der Beherrschung von Körperfunktionen (Querspalten 3 und 4 in Tabelle 4). Erhebliche, z.T. signifikante Abweichungen von diesen Befunden ergeben sich wieder für die Untersuchungspopulation der Bielefelder Tagesklinik mit ihrem Patientenselektion erforderlich machenden Behandlungsprogramm (s.o.).

	Gütersloh			Bielefeld	
	voll.	teil. ^b	amb. ^b	voll.	teil. ^b
Durchschnittlicher Schweregrad der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (6,6)	6,8	7,0 p<0,94 n.s.	10,4 p<0,15 n.s.	5,9	1,8 p<0,02
2 Subskalen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit:					
Durchschnittlicher Hilfsbedarf bei alltagspraktischen Tätigkeiten (5,8)	6,3	6,3 p<0,98 n.s.	8,4 p<0,25 n.s.	5,3	1,7 p<0,02
Durchschnittliche Pflegebedürftigkeit auf Grund von Defiziten bei der Beherrschung von Körperfunktionen (0,8)	0,5	0,7 p<0,62 n.s.	2,0 p<0,13 n.s.	0,6	0,1 p<0,09 n.s.
N = 121 ^a	26	26	25	26	18

^a 15% Stichprobe der gerontopsychiatrischen Patienten beider Regionen innerhalb eines Jahres (ohne 3 Patienten der Bielefelder Ambulanz, die aus statistischen Gründen aus der Analyse ausgeschlossen wurden)

^b Das Signifikanzniveau bezieht sich immer auf den Vergleich mit der vollstationären Population

Tabelle 4. Durchschnittlicher Schweregrad der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (jeweils Gesamtscore und Subskalen) gerontopsychiatrischer Patienten im Vergleich zwischen den verschiedenen Behandlungseinrichtungen innerhalb der Regionen.

Zusammenfassung und Diskussion

Die bisherige Analyse verdeutlicht, dass in der Untersuchungsregion Gütersloh mit einer auf extramurale Behandlung ausgerichteten gerontopsychiatrischen Fachinstitution (GZ) eine Selektion der Patienten nach der Art der psychiatrischen Erkrankung, ihrem Schweregrad oder der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nicht stattfindet. Im Rahmen der Studie wurde auch überprüft, ob andere Selektionskriterien, wie der Umfang sozialer Integration und sozialer Unterstützung, die Verteilung der gerontopsychiatrischen Patienten auf die drei verschiedenen Behandlungseinrichtungen steuern und damit auch die hier dargestellten Ergebnisse beeinflussen. Die ambulanten, teilstationären und vollstationären UP in der Stichprobe weisen jedoch hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl sozial-unterstützender Bezugspersonen und der durchschnittlichen täglichen Kontaktzeit mit ihnen keine signifikanten Unterschiede auf (vgl.¹⁵). Ein Selektionskriterium ist aber bei der Zuweisung gerontopsychiatrischer Patienten auf die drei hier untersuchten Behandlungseinrichtungen wirksam: Unter den vollstationären Patienten ist der Anteil zwangsweise, auf Grundlage des PsychKG oder des Betreuungsgesetzes behandelter Patienten besonders hoch, während bei den ambulanten und teilstationären Patienten rechtliche Einschränkungen nur in wenigen Fällen vorlagen.

Nun lässt sich gegen diese – restriktive Vorstellungen über die Grenzen extramuraler häuslicher Versorgung korrigierenden – Ergebnisse einwenden, sie stützten gerade nicht die Berechtigung des Grundsatzes der Sachverständigenkommission der Bundesregierung „ambulante Hilfe vor stationärer Versorgung“³. Denn das empirische Faktum einer an-

nähernden Gleichverteilung der Patientenpopulation nach Kriterien der psychischen Erkrankung und Schwere der psychiatrischen Symptomatik, aber auch der der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, auf hausgestützte klinisch-ambulante und stationäre Behandlungsformen könne auch auf den Erkrän-

kungsprozess beschleunigende Defizite ambulanter Behandlung zurückzuführen sein. Die Stichhaltigkeit dieses Einwandes soll im folgenden Teil II dieses Ergebnisberichts auf der Basis von Ergebnissen der Längsschnittstudie geprüft werden.

Summary

Outpatient home based gerontopsychiatric treatment under research. Part I: The possibility of clinical outpatient and day hospital treatment for mentally disordered people

Based on data of a quantitative longitudinal study (one year) in two gerontopsychiatric catchment areas in Northrhine-Westfalia (FRG, City of Bielefeld and the district of Gütersloh) the question is discussed, whether an extramural (i. e. home-based outpatient- and day hospital-) treatment concept can be realized without selection of patients by diagnoses or severity of their mental disorders and that of their need of care. These three variables, which are important indicators of the necessary quality and quantity of treatment as well as of care for the patients, are surveyed. In three analytic steps the distribution of the gerontopsychiatric research population – concerning these three variables – over the three treatment settings (in-/outpatient and day hospital) in the two catchment areas is compared. For the district of Gütersloh – with an institution specialized on extramural treatment (the Gerontopsychiatric Center with a combination of a clinical outpatient service and a day hospital) the findings proof, that outpatient – in comparison with inpatient treatment – does not select patients by diagnoses nor by severity of their mental disorders nor by severity of their need of care. The outpatient service in Gütersloh – and nearly in the same degree the day hospital there – can actually integrate older patients with a higher severity of psychiatric symptoms and need of care in average than the inpatient departments in the two clinical gerontopsychiatric units under research.

Literaturverzeichnis

- 1 Steinkamp G, Werner B. Extramurale gerontopsychiatrische Behandlung auf dem Prüfstand. Teil II: Zur Wirksamkeit klinisch-ambulanten, teilstationärer und stationärer Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen. Soz Präventivmed 1998; 43:302–311.
- 2 BMJFFG (Hrsg.) (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit). Empfehlungen

- der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn, 1988.
- 3 BMFuS (Bundesministerium für Familie und Senioren). Erster Altenbericht der Bundesregierung. Bonn, 1993.
 - 4 Steinkamp G, Werner B. Effekte eines Gerontopsychiatrischen Zen-

Résumé**Les soins géronto-psychiatriques extra-muros à l'état d'examen. Partie I: De la possibilité des soins ambulatoires et d'accueil de jour pour les personnes âgées souffrant de maladies psychiques**

Cette étude a été conduite à partir de données quantitatives recueillies sur une période d'un an dans deux régions disposant d'équipements géronto-psychiatriques: la ville de Bielefeld et le district de Gütersloh. L'objet de discussion (Partie I) est de savoir si des soins ambulatoires que nous nommons «extra-muros», (soins à domicile ou clinique de jour), ne sélectionnant pas les patients d'après leur état de santé-psychique et de leur contexte médical, sont réalisables. Ces trois variables sont des indicateurs fondamentaux du traitement et des soins en géronto psychiatrie et vont être traitées de façon spécifique. Ce traitement des données en trois étapes différenciées permettra de mettre en avant une distinction entre la population étudiée, d'après les soins dispensés par région, et des équipements dont elle dispose (soins ambulatoires, clinique de jour, ou hospitalisation ferme). Les résultats concernant la région de Gütersloh sont significatifs. En effet, l'antenne spécialisée de soins ambulatoires, comme le centre de géronto-psychiatrie avec ses ambulances de couleurs gris-pierre et sa clinique de jour, en comparaison avec une hospitalisation ferme (que nous désignons par intra-muros) montre que les traitements, les diagnostics spécifiques ne prennent pas en compte la gravité de la maladie ou encore l'environnement médical, que ce soit l'aide ou les besoins en soins, dans la sélection de leur clientèle. Par ailleurs, les ambulances de Gütersloh, y compris leur clinique de jour assurent quelquefois les soins, en comparaison des hospitalisations fermes (intra-muros) de Gütersloh et Bielefeld, des personnes âgées atteintes de pathologie lourde et nécessitant des soins intensifs.

- trums auf das regionale Versorgungssystem psychisch gestörter älterer Menschen. – Eine vergleichende empirische Analyse. Opladen: Leske + Budrich, 1997.
- 5 Waechter C, et al. Gerontopsychiatrische Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. Hamburg: Eigendruck, 1996.
- 6 Diekmann U, Niffler K. Zur extramuralen Versorgungssituation gerontopsychiatrischer Abteilungen/Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland. In: Psychiatr Prax 1996; 23:180–186.
- 7 Morse GA, Calsyn RJ, Allen G, et al. Experimental Comparison of the Effects of three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People. Hosp Community Psychiatr 1992; 43:1005–1010.

- 8 Leda C, Rosenheck R. Race in the Treatment of Homeless Mentally Ill Veterans. In: J Nerv Ment Dis 1995; 183(8):529–537.
- 9 Teesson M, Hambridge J. Mobile Community Treatment in Inner City and Suburban Sydney. Psychiatr Quarterly 1992; 63:119–127.
- 10 Quinlivan R, Hough R, Crowell A, et al. Service Utilization and Costs of Care for Severely Mentally Ill Clients in an Intensive Case Management Program. Psychiatric Services 1995; 46:365–371.
- 11 Dawwalder JP, Ciompi L. Cost-Effectiveness over 10 years. A Study of Community-based Social Psychiatric Care in the 1980s. Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiol 1995; 30:171–184.

- 12 Weissert WG, Cready CM, Pawelak JE. The Past and the Future of Home- and Community-based long-term Care. The Milbank Q 1988; 66(2), 309–387.
- 13 Braun KL, Rose CL. Geriatric patient outcomes and costs in three settings: Nursing, home, foster family, and own home. Journal of the American Geriatrics Society 1987; 35:387–397.
- 14 Noro A, Aro S. Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. Quality of Life Research 1996; 5:355–366.
- 15 Netz P, Steinkamp G, Werner B. Psychisch gestörte ältere Menschen und ihre sozialen Netzwerke. Opladen: Leske + Budrich, 1996.
- 16 Gutzmann H, et al. Das AGP-System, Manual zur Dokumentation gerontopsychiatrischer Befunde. Berlin: Springer, 1989.
- 17 Werner B. Demenz – Epidemiologie, Ursachen und Folgen einer psychischen Erkrankung im Alter. Weinheim: Juventa, 1997.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Günther Steinkamp
Fakultät für Soziologie
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
D-33501 Bielefeld