

Günther Steinkamp<sup>1</sup>, Burkhard Werner<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie

<sup>2</sup> Universität Bielefeld, Nordrheinwestfälischer Forschungsverbund  
Public Health

## Extramurale gerontopsychiatrische Behandlung auf dem Prüfstand. Teil II: Zur Wirksamkeit klinisch-ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen\*

### Zusammenfassung

Auf der Basis von Daten einer einjährigen quantitativen Längsschnittstudie mit psychisch gestörten älteren Menschen (60+) in zwei gerontopsychiatrischen Versorgungsregionen Nordrhein-Westfalens (Stadt Bielefeld und Kreis Gütersloh) wird im vorliegenden II. Teil unseres Untersuchungsberichtes die Wirksamkeit klinisch ambulanter, teilstationärer und stationärer gerontopsychiatrischer Behandlungsformen miteinander verglichen. Vergleichskriterien sind die „outcome“-Variablen (Wieder-)Einweisungshäufigkeit, Entwicklung der Schwere der psychiatrischen Symptomatiken und der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einer gerontopsychiatrischen Untersuchungspopulation ( $t_1$ : N=124,  $t_2$ : N=90). Zentrale Ergebnisse: Ambulante und teilstationäre Behandlungsformen vermindern das Risiko der (Wieder-)Einweisung signifikant gegenüber stationärer Behandlung bei allen Diagnosegruppen psychischer Störungen. Klinisch-ambulante Behandlung im häuslichen Setting ist für funktionell-psychisch gestörte ältere Menschen signifikant effektiver hinsichtlich der Entwicklung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit als stationäre und – überraschend – teilstationäre Behandlungsinterventionen. Für alte Menschen mit einer organischen Psychose (i. w. Demenz) hingegen bleibt sowohl die Entwicklung der Krankheitsschwere als auch die der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit unbeeinflusst von der jeweiligen Behandlungsform. Klinisch-ambulante und teilstationäre Behandlung bedingt aber auch keine ungünstigeren Effekte für diese Patientengruppe als vollstationäre Behandlungsformen.

Im ersten Teil des Forschungsberichtes in dieser Ausgabe der Zeitschrift<sup>1</sup> wurden die Fragestellungen, der aktuelle Forschungsstand, die Untersuchungspopulation und -methodik und Teilergebnisse einer epidemiologisch-gerontopsychiatrischen Langzeitstudie darge-

stellt. Die Teilergebnisse beziehen sich auf die Beantwortung einer Fragestellung der Untersuchung nach der Realisierbarkeit extramuraler (d.h. hausgestützter klinisch-ambulanter und teilstationärer Behandlung) auch bei einer psychisch schwer erkrankten Po-

pulation älterer Menschen (60+). In diesem zweiten Teil des Forschungsberichtes erfolgt ein Effektivitätsvergleich klinisch-ambulanter, teilstationärer und stationärer gerontopsychiatrischer Behandlung. Er basiert auf drei „outcome“-Variablen:

- Der stationären resp. teilstationären (Wieder-) Einweisungshäufigkeit nach bereits erfolgter Behandlung,
- der Entwicklung des Schweregrades der psychischen Erkrankung,
- der Entwicklung des Umfangs der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

### Ergebnisbericht

Kriteriumsvariable (Wieder-) Einweisungshäufigkeit

Vergleicht man die (Wieder-) Einweisungshäufigkeit der drei Patientengruppen innerhalb des Untersuchungsjahres ( $t_1$ – $t_2$ ) in Tabelle 1,

\* 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.

Behandlungsepisoden zwischen $t_1$ und $t_2$	Behandlungsform zum Zeitpunkt $t_1$			Total
	vollstationäre Behandlung	teilstationäre Behandlung	ambulante Behandlung	
Voll- und teilstationäre Behandlung	6 17,1	1 3,2	1 4,2	8 8,9
Nur vollstationäre Behandlung	9 25,7	3 9,7	2 8,3	14 15,6
Nur teilstationäre Behandlung	–	3 9,7	4 16,7	7 7,8
Keine klinisch-gerontopsychiatrische Behandlung	20 57,1	24 77,4	17 70,8	61 67,8
Gesamt	35 38,9	31 34,4	24 26,7	90 100,0

$\chi^2 = 14,6, p < 0,024$ .

**Tabelle 1.** Inanspruchnahme voll- und/oder teilstationärer gerontopsychiatrischer Behandlung zwischen  $t_1$  und  $t_2$ , nach unterschiedlicher Form der klinischen gerontopsychiatrischen Behandlung zum Zeitpunkt  $t_1$ .

so werden 43% der aus vollstationärer, aber nur 23% der aus teilstationärer Behandlung entlassenen und 29% der in ambulanter Behandlung befindlichen UP vollstationären resp. teilstationären Behandlungsinterventionen unterzogen ( $p < 0,02$ ).

Auf die (Wieder-) Einweisungshäufigkeit könnte auch die Grösse des informellen, d.h. vor allem familialen Unterstützungssystems einen Einfluss haben: Vollstationär Behandelte haben im Durchschnitt 5, teilstationär Behandelte dagegen 7,1 Bezugspersonen ( $p < 0,007$ ). Da aber ambulant Behandelte bei zumindest gleicher Krankheitsschwere und gleichem Umfang der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt auch nur 5,8 Bezugspersonen aufweisen<sup>2</sup>, ist der mögliche Einwand, die höhere stationäre Wiederweisungsrates bei vollstationär Behandelten resultiere vor allem aus Unzulänglichkeiten ihres sozialen Unterstützungssystems, nicht sehr plausibel. Als bisheriges Zwi-

schenergebnis lässt sich also festhalten:

Extramurale (tagesklinische und ambulante) Behandlung und Versorgung auch psychisch schwer erkrankter und gleichzeitig erheblich hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen impliziert ein signifikant geringeres Nachbehandlungsrisiko als intramurale, stationäre Behandlungsformen.

Welchen Einfluss hat nun ein Gerontopsychiatrisches Zentrum (GZ) auf das hier analysierte (Wieder-) Einweisungsrisiko?

Ein regionaler Vergleich macht deutlich, dass UP in der Region mit GZ aus allen drei Behandlungseinrichtungen innerhalb eines Jahres ein deutlich geringeres Risiko einer klinisch-stationären (Wieder-) Einweisung aufweisen (Gütersloh: 24%) als die in der Region ohne GZ (Bielefeld: 48%).

Dieser Unterschied bleibt auch erhalten, wenn man die ambulanten Patienten beider Regionen aus der Analyse ausklammert und nur die zum Zeitpunkt  $t_1$  aus voll- bzw. teil-

stationärer Behandlung entlassenen UP berücksichtigt: Von ihnen werden in Gütersloh 24%, in Bielefeld jedoch 46% innerhalb eines Jahres wieder klinisch-stationär behandelt ( $p < 0,05$ ). Dieses signifikante Ergebnis ist angesichts der relativ hohen Anzahl niedergelassener Nervenärzte – also Spezialisten für ambulante psychiatrische Behandlung – in der Stadt Bielefeld im Vergleich zur Region Gütersloh bemerkenswert. Die spezifische Arbeitsweise der GZ-Ambulanz, die auf eine Behandlung älterer Menschen im häuslichen Kontext ausgerichtet ist, könnte dafür mit verantwortlich sein.

Unabhängig von Versorgungsregion und jeweiliger Behandlungseinrichtung weisen alte Menschen mit einer affektiven Psychose im Vergleich zu den anderen drei Diagnosegruppen eine signifikante Risikohöherung auf, innerhalb eines Jahres wieder klinisch-gerontopsychiatrisch behandelt zu werden ( $p < 0,034$ ).

Kriteriumsvariablen Schwere der psychiatrischen Symptomatik und Umfang der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

Die Analyse der Entwicklungsdynamik der psychischen Erkrankung und der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit innerhalb eines Jahres ( $t_1-t_2$ ) erfolgt zunächst auf der Basis eines Vergleichs der durchschnittlichen Veränderung dieser beiden Variablen bei der nach vier Diagnosegruppen geordneten und zum Untersuchungszeitpunkt  $t_2$  noch erfassten Altenpopulation (N=90).

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, betrifft die Zunahme der die Krankheitsschwere indizierenden psychiatrischen Symptome fast ausschließlich UP mit einer organischen Psychose (i.w. Demenz). Sie beträgt 8,5 Punkte, die vor allem aus dem starken Abbau kognitiver Fähigkeiten resultieren ( $p < 0,001$ ). Bei UP mit neurotischen und psychogenen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen bleibt die Schwere der psychiatrischen Symptomatik zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten relativ unverändert, während UP mit einer schizo-

phrenen/paranoiden Psychose eine leichte, hingegen UP mit einer affektiven Psychose eine deutlichere Verbesserung ihrer psychiatrischen Symptomatik aufweisen. Dieses stellt sich bei den zuletzt genannten Diagnosegruppen vor allem auf den Subskalen dar, die besonders spezifisch für die jeweilige psychische Erkrankung sind:

- Auf der Subskala der „Wahnstörungen“ eine durchschnittliche Abnahme um 0,9 Punkte für die UP mit einer schizophrenen/paranoiden Psychose,
- auf der Subskala „Depressivität und Antriebsstörungen“ eine

Diagnosegruppen	Durchschnittlicher Schweregrad der psychiatrischen Symptomatik in verschiedenen Subskalen und gesamt							Durchschnittliche Hilfs- und Pflegebedürftigkeit		
	Ged./Orientier-Stör. <sup>a</sup>	Denkstör. <sup>b</sup>	Depressiv. <sup>c</sup>	Wahnstör. <sup>d</sup>	Schl.-stör. <sup>e</sup>	mang. Krankheits-Eins. <sup>f</sup>	Gesamt-skala <sup>g</sup>	Hfs-bed. <sup>h</sup>	Pfl.-bed. <sup>i</sup>	zusammen <sup>j</sup>
Organische Psychose, N=34	<b>3,4</b>	<b>3,7</b>	0,3	0,1	<b>1,1</b>	-0,03	<b>8,5</b>	<b>2,5</b>	<b>2,0</b>	<b>4,5</b>
Schizophrene/paranoide Psychose, N=15	-0,3	0,3	0,1	<b>-0,9</b>	0,0	<b>0,2</b>	-0,7	0,4	0,1	0,5
Affektive Psychose, N=16	-0,3	-0,1	<b>-0,8</b>	0,0	0,3	0,0	-1,5	0,5	0,1	0,6
Neurot., psychogene, Pers.-störung, Sucht, N=25	0,2	0,5	-0,2	-0,04	-0,2	0,2	0,2	1,0	0,4	1,4
Alle UP, N=90	1,2	1,6	-0,1	-0,1	0,4	0,1	2,9	1,4	0,9	2,3

<sup>a</sup>  $p < 0,034$ ; Diagnosegruppe organische Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.  
<sup>b</sup>  $p < 0,001$ ; Diagnosegruppe organische Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.  
<sup>c</sup>  $p < 0,47$ , n. s.; Diagnosegruppe affektive Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.  
<sup>d</sup>  $p < 0,17$ , n. s.; Diagnosegruppe schizophrene Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.  
<sup>e</sup>  $p < 0,14$ , n. s.; Diagnosegruppe organische Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.  
<sup>f</sup>  $p < 0,62$ , n. s.; Diagnosegruppe schizophrene Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.  
<sup>g</sup>  $p < 0,001$ ; Diagnosegruppe organische Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.  
<sup>h</sup>  $p < 0,023$ ; Diagnosegruppe organische Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.  
<sup>i</sup>  $p < 0,017$ ; Diagnosegruppe organische Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.  
<sup>j</sup>  $p < 0,01$ ; Diagnosegruppe organische Psychose versus zusammengefasster anderer Diagnosegruppen.

**Tabelle 2.** Psychiatrische Diagnosegruppen, Veränderung der Schwere der psychiatrischen Symptomatik und der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zwischen  $t_1$  und  $t_2$ .

durchschnittliche Abnahme um 0,8 Punkte für die UP mit einer affektiven Psychose.

Während also gerontopsychiatrische Interventionen innerhalb eines Jahres bei drei der hier unterschiedenen Diagnosegruppen einen Entwicklungsstillstand oder sogar eine leichte Verbesserung der psychiatrischen Symptomatik bewirken, scheint die Progression der Erkrankung bei den UP mit einer organischen Psychose auch durch gerontopsychiatrische Interventionen nicht beeinflussbar zu sein.

Auch der Schweregrad der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (vgl. Tab. 2) steigt innerhalb eines Jahres bei den UP mit einer organischen Psychose im Vergleich zu denen der anderen drei Diagnosegruppen mit durchschnittlich 4,5 Punkten relativ stark an ( $p < 0,023$ ).

Unsere Ergebnisse machen ebenfalls deutlich, dass auch bei stagnierender oder gar abnehmender Schwere der psychiatrischen Symptomatik die für Versorgungsaufwendungen bedeutsame Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ansteigen kann, vermutlich durch eine altersbedingte Zunahme somatischer Morbidität. Die Gültigkeit dieser auf einer Zeitstrecke von nur einem Jahr beobachtbaren Veränderung wird durch eine epidemiologische Feldstudie<sup>3</sup> erhärtet, die eine Verdoppelung des Anteils Pflegebedürftiger ab 65 Jah-

ren in aufsteigenden 5-Jahres-Altersgruppen feststellte.

Im nächsten Analyseschritt soll geklärt werden, welchen Einfluss die Form der gerontopsychiatrischen Behandlung (ambulant, teilstationär, stationär) zum Zeitpunkt  $t_1$  auf die zum Zeitpunkt  $t_2$  ermittelte Schwere der psychiatrischen Symptomatik und den Umfang der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ausübt. Dazu werden die bei den zum Zeitpunkt  $t_1$  aus stationärer und teilstationärer Behandlung entlassenen bzw. in ambulanter Behandlung verbleibenden UP ermittelten Werte für beide Variablen mit denen nach einem Jahr ( $t_2$ ) ermittelten auf der Basis von Mittelwertdifferenzen verglichen (vgl. Tabelle 3).

Innerhalb eines Jahres hat die durchschnittliche Schwere der psychiatrischen Symptomatik unabhängig von der Behandlungsart bei allen UP zugenommen. Den geringsten Zuwachs, allerdings im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen auf nicht signifikantem Niveau, verzeichnet die Gruppe der ambulant Behandelten.

Bei der Entwicklung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zeigt sich die gleiche nicht signifikante Tendenz: Auch hier weisen die klinisch-ambulant Behandelten die geringste Zuwachsrates auf (vgl. Tabelle 3).

In einem weiteren Analyseschritt wird nach dem Einfluss verschiede-

ner Behandlungsformen (stationär, teilstationär, ambulant) zum Zeitpunkt  $t_1$  – bei gleichzeitiger Kontrolle der psychischen Erkrankung – auf die Entwicklung der Schwere der psychiatrischen Symptomatik und der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt  $t_2$  gefragt. Analysiert wird also, entsprechend der zentralen Intention dieses Beitrags, die Effektivität hausgestützter, klinisch-ambulanter bzw. tagelinklicher im Vergleich zur stationären Behandlungsform für verschiedene Diagnosegruppen psychisch gestörter älterer Menschen. Um für diese Analysestrategie auf der Basis eines Samples von  $N = 90$  die für Signifikanztests notwendige Grösse einzelner Subgruppen zu erhalten, werden die UP mit einer organischen Psychose denen mit einer funktionellen Erkrankung gegenübergestellt, wobei letztere eine Sammelkategorie aus den drei bislang getrennt behandelten Diagnosegruppen darstellt (vgl. Tabelle 4).

Wie Tabelle 4 verdeutlicht, ist eine ambulante Behandlung für die grosse Sammelgruppe der von funktionellen psychischen Erkrankungen betroffenen älteren Menschen relativ effektiv: Gegenüber den zum Zeitpunkt  $t_1$  aus stationärer Behandlung entlassenen UP weisen die ambulant Behandelten zwar eine nicht-signifikante ( $p < 0,47$ ), gegenüber den aus teilstationärer Behandlung entlasse-

#### Behandlungsform zum Zeitpunkt $t_1$

#### Durchschnittliche Veränderung der Schwere der psychiatrischen Symptomatik<sup>a</sup> ( $t_2$ )

#### Durchschnittliche Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit<sup>a</sup> ( $t_2$ )

Vollstationäre Behandlung, N = 35  
Teilstationäre Behandlung, N = 31  
Ambulante Behandlung, N = 24  
Alle Befragten, N = 90

3,0  
3,7  
1,6  
2,9

2,6  
2,6  
1,5  
2,3

<sup>a</sup> Unterschiede nicht signifikant zwischen allen drei Gruppen (zwischen  $p < 0,45$  und  $p < 0,99$ ).

**Tabelle 3.** Durchschnittliche Veränderung der psychiatrischen Symptomatik und der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

Behandlungsform zum Zeitpunkt $t_1$	Veränderung der Schwere der psychiatrischen Symptomatik ( $t_2$ )		Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ( $t_2$ )	
	funktionell psych. Kranke <sup>a</sup>	organisch psych. Kranke <sup>b</sup>	funktionell psych. Kranke <sup>c</sup>	organisch psych. Kranke <sup>d</sup>
Vollstationäre Behandlung, N = 35	- 1,0 (N = 21)	9,1 (N = 14)	1,3 (N = 21)	4,4 (N = 14)
Teilstationäre Behandlung, N = 31	1,3 (N = 20)	8,2 (N = 11)	1,8 (N = 20)	4,1 (N = 11)
Ambulante Behandlung, N = 24	- 2,3 (N = 15)	8,0 (N = 9)	- 0,7 (N = 15)	5,1 (N = 9)
Alle UP, N = 90	- 0,5 (N = 56)	8,5 (N = 34)	0,9 (N = 56)	4,5 (N = 34)

<sup>a</sup>  $p < 0,14$ , n. s., voll- vers. teilstat. UP;  $p < 0,47$ , n. s., vollst. vers. ambulante UP;  $p < 0,03$ , ambulante vers. teilst. UP.

<sup>b</sup>  $p < 0,88$ , n. s., voll- vers. teilstat. UP;  $p < 0,86$ , n. s., vollst. vers. ambulante UP;  $p < 0,98$ , n. s., ambul. vers. teilst. UP.

<sup>c</sup>  $p < 0,67$ , n. s., voll- vers. teilstat. UP;  $p < 0,05$ , vollst. vers. ambulante UP;  $p < 0,003$ , ambulante vers. teilst. UP.

<sup>d</sup>  $p < 0,92$ , n. s., voll- vers. teilstat. UP;  $p < 0,82$ , n. s., vollst. vers. ambulante UP;  $p < 0,78$ , n. s., ambul. vers. teilst. UP.

**Tabelle 4.** Veränderungen der psychiatrischen Symptomatik und der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bei organisch und funktionell psychisch Erkrankten.

nen UP aber zum Zeitpunkt  $t_2$  eine signifikante ( $p < 0,03$ ) Abnahme der Schwere der psychiatrischen Symptomatik auf. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit dem (nicht erwarteten) Befund des vorhergehenden Analyseschritts zur Wirkung teilstationärer Behandlung. Die Entwicklung organischer Psychosen – gemessen an der Veränderung der für diese Krankheit spezifischen Symptome im Zeitraum von einem Jahr – verläuft relativ unabhängig von der zum Zeitpunkt  $t_1$  kontrollierten Behandlungsform: Nach unseren Ergebnissen nimmt ihr Schweregrad rasch zu, wobei diese Entwicklung gleichermaßen stationär, teilstationär und ambulant behandelte ältere Menschen betrifft.

Die für die Entwicklung der Krankheitsschwere ermittelten gruppenspezifischen Trends wiederholen sich bei der Analyse der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (vgl. Tab. 4). Für funktionell psychisch Erkrankte erweist sich das klinisch-ambulante, hausgestützte Setting als

eine Versorgungsform, von der sie auch hinsichtlich der Entwicklung des Schweregrades ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit profitieren. Dabei ergeben sich signifikante Unterschiede sowohl gegenüber den vollstationär ( $p < 0,05$ ) als auch den teilstationär ( $p < 0,003$ ) behandelten UP mit funktionellen psychischen Erkrankungen.

Für organisch psychisch kranke ältere Menschen zeigen sich, wie schon bei der Entwicklung der Schwere der psychiatrischen Symptomatik, bei relativ starkem Anstieg der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit keine interventionsspezifischen Unterschiede.

Als Fazit dieses Analyseschrittes lässt sich festhalten:

Eine klinisch-ambulante Behandlung im vertrauten häuslichen und familiären Umfeld ist für funktionell-psychisch erkrankte ältere Menschen effektiver (bezüglich der hier verwandten Kriteriumsvariablen der Krankheitsschwere und der der Hilfs- und Pflegebe-

dürftigkeit) als stationäre und – von uns nicht erwartet – teilstationäre Behandlungsinterventionen.

Um abschliessend konfundierende Effekte verschiedener Variablen auf die Veränderung der hier analysierten beiden Variablen der Krankheitsschwere zu untersuchen, werden die Veränderungen der psychiatrischen Symptomatik und der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zwischen  $t_1$  und  $t_2$  jeweils einer multiplen Regressionsanalyse unterzogen.

Zunächst wird dieser Analyseschritt mit der Veränderung der Schwere der psychiatrischen Symptomatik als abhängige Variable dargestellt (Tabelle 5).

Ausser den in Tabelle 5 aufgeführten unabhängigen Variablen Alter und Diagnosegruppe (organische Psychose versus funktionelle psychische Erkrankungen) haben keine weiteren in die Analyse einbezogenen Variablen (Geschlecht, Familienstand, soziale Schicht,

## Unabhängige Variablen

## Veränderung der Schwere der psychiatrischen Symptomatik als abhängige Variable

	angepasstes R <sup>2</sup>	Zuwachs	F-Wert
Alter	0,096	0,096	10,4 Sign. F = 0,0018
Diagnosegruppe: organische Psychose versus funktionelle psychische Erkrankung	0,185	0,089	11,09 Sign. F = 0,0001

N = 90.

**Tabelle 5.** Schrittweise multiple Regression mit der Differenz der Schwere der psychiatrischen Symptomatik zwischen  $t_1$  und  $t_2$  als abhängige Variable.

somatischer Erkrankungszustand, verschiedene Parameter des sozial-unterstützenden Netzwerkes, aber auch die Art der Behandlungseinrichtung zum Zeitpunkt  $t_1$ ) einen statistisch signifikanten Effekt auf die Zielvariable. Das Alter der UP erklärt 10%, die Zugehörigkeit zur Diagnosegruppe „organische Psychose“ weitere 9%, zusammen also 19% der Varianz der Veränderung der psychiatrischen Symptomatik. Zwar zeigt sich auch in der Regressionsanalyse ein reduzierender Effekt der ambulanten Behandlung auf die Schwere der psychiatrischen Symptomatik, allerdings nicht auf hinreichend statistischem Signifikanzniveau.

Somit kann das in der bivarierten Analyse erzielte Ergebnis, das für funktionell psychisch kranke ältere Menschen eine ambulante Behandlung effektiver als teilstationäre und stationäre Interventionsformen hinsichtlich der Entwicklung ihrer psychiatrischen Symptomatik ist (vgl. Tab. 4), nur als eine plausible Hypothese interpretiert werden, die erst auf der Basis einer Untersuchung mit deutlich höheren Fallzahlen den Status eines statistisch abgesicherten Befundes erreichen könnte. Als gesicherte Aussage dieses Analyseschrittes kann aber festgehalten werden, dass ambulante Behandlung so-

wohl für funktionell als auch für organisch psychisch kranke ältere Menschen auf keinen Fall zu einem ungünstigeren Entwicklungsverlauf der psychiatrischen Symptomaten als bei teilstationären/stationären Behandlungsformen führt.

Die multivariate Analyse der Effekte unabhängiger Variablen auf die Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zwischen  $t_1$  und  $t_2$  führt zu ähnlichen Ergebnissen wie bei der psychiatrischen Symptomatik (vgl. Tab. 6). Neben dem Alter und der Diagnosenzugehörigkeit hat nur noch die Veränderung der Schwere der psychiatrischen Symptomatik einen feststellbaren Einfluss auf die Veränderung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Geschlecht, Familienstand, Schichtzugehörigkeit, die Anzahl somatischer Erkrankungen zum Zeitpunkt  $t_1$ , Parameter des sozial-unterstützenden Netzwerkes, aber auch Behandlungsvariablen zeigen keine statistisch signifikanten Effekte.

Das Alter der UP erklärt 5% (angepasstes R<sup>2</sup> in Tabelle 6) der Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit innerhalb eines Jahres, die Diagnosenzugehörigkeit ebenfalls 5% und die Veränderung der Schwere psychiatrischer Symptomatik etwa 23%

(Zuwachs der Varianzaufklärung in Tabelle 6). Zusammen erklären die drei Variablen einen Anteil von 33% der Varianz dieses für die Versorgung der UP zentralen Merkmals der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Ein Effekt der Behandlungsform ist unter Einbeziehung aller UP der vier Diagnosengruppen nicht festzustellen.

Um die Frage zu klären, ob die Form der Behandlung (ambulant versus voll- oder teilstationär) zum Zeitpunkt  $t_1$  bei der Gruppe der funktionell psychisch Kranken einen Effekt auf die Entwicklung der *Hilfs- und Pflegebedürftigkeit* hat, wird ausschliesslich für diese Gruppe der UP eine multiple Regressionsrechnung durchgeführt (Tab. 7).

Auch auf die Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit hat die Veränderung der Schwere der psychiatrischen Symptomatik den Haupteffekt. Sie erklärt allein 15% ihrer Varianz. Aber auch die Wahl der Behandlungseinrichtung (ambulant versus voll-/teilstationär) erklärt zusätzlich einen kleinen Anteil (5%) der Varianz der Veränderung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit innerhalb eines Jahres. Andere Variablen zeigen keinen Effekt.

Auch im Regressionsmodell (Tab. 8) erweisen sich beide unabhängige

Unabhängige Variablen	Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit als abhängige Variable		
	angepasstes R <sup>2</sup>	Zuwachs	F-Wert
Alter	0,052	0,052	5,92 Sign. F = 0,017
Diagnosegruppe: organische Psychose versus funktionelle psychische Erkrankung	0,098	0,046	5,86 Sign. F = 0,004
Veränderung der Schwere psychiatrischer Symptomatik zwischen t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub>	0,332	0,234	15,72 Sign. F = 0,0001

N = 90.

**Table 6.** *Schrittweise multiple Regression mit der Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zwischen t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub> als abhängige Variable.*

Unabhängige Variablen	Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit als abhängige Variable		
	angepasstes R <sup>2</sup>	Zuwachs	F-Wert
Veränderung der Schwere psychiatrischer Symptomatik zwischen t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub>	0,152	0,152	10,85 Sign. F = 0,0017
Behandlungsform: voll- bzw. teilstationär versus ambulant	0,205	0,053	8,091 Sign. F = 0,0009

N = 56.

**Table 7.** *Schrittweise multiple Regression mit der Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zwischen t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub> als abhängige Variable (nur für UP mit einer funktionellen psychischen Erkrankung).*

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
Veränderung der Schwere psychiatrischer Symptomatik zwischen t <sub>1</sub> und t <sub>2</sub>	0,205	0,071	0,353	2,87	0,006
Behandlungseinrichtung: voll-/teilstationär versus ambulant	1,715	0,799	0,264	2,15	0,037
(Constant)	- 1,918	1,434		- 1,34	0,187

**Table 8.** *Regressionsmodell für die Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zwischen t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub> als abhängige Variable (nur bei UP mit einer funktionellen psychischen Erkrankung).*

gen Variablen als einflussreich auf die Veränderung der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

Nimmt die Schwere psychiatrischer Symptomatik zwischen  $t_1$  und  $t_2$  um einen Punkt zu, so steigt auch für die heterogene Diagnosegruppe der funktionell psychisch Kranken die Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit um ca. 0,2 Punkte (B-Wert in Tabelle 8). Unabhängig von dieser Variablen zeigt aber das jeweilige Behandlungssetting einen vergleichsweise starken Einfluss. Gegenüber ambulant Behandelten haben UP, die aus voll- oder teilstationärer Behandlung entlassen wurden, nach Ablauf eines Jahres eine durchschnittlich 1,7 Punkte umfassende Erhöhung der Schwere ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Damit erweist sich – zumindestens für ältere Menschen mit einer funktionell psychischen Erkrankung – die ambulante klinisch-gerontopsychiatrische Behandlung als effektiv im Sinne einer Reduktion des Risikos einer zunehmenden Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Dieses Ergebnis ist plausibel und steht im Einklang mit dem der bivariaten Analyse, da eine ambulante Behandlung, insbesondere in Form der zugehenden Arbeitsweise des Gütersloher GZ, den Vorteil hat, Betroffene im vertrauten häuslichen Lebensumfeld zu versorgen. Eigenständige Lebensführung wird dadurch gefördert, gleichzeitig werden hospitalisierende Effekte voll- oder auch teilstationärer Behandlung und Versorgung vermieden.

### Zusammenfassung und Diskussion

Die wichtigsten, statistisch gesicherten Ergebnisse des Effektivitätsvergleichs extramuraler (hausgestützter klinisch-ambulanter und hausgestützter tagesklinischer) mit intramuraler (vollstationärer) Behandlungsformen auf der Basis der

drei Kriteriumsvariablen Wieder- einweisungsrate, Entwicklung der Schwere der psychischen Erkrankung und der der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit lassen sich so resümieren:

1. Extramurale Behandlungsformen reduzieren (bei Kontrolle der Krankheitsschwere und der Schwere der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit) das Risiko einer (Wieder-) Einweisung psychisch kranker älterer Menschen in voll- als auch teilstationäre Behandlungssettings.

2. Bei vergleichbarer Verteilung der zu einer Sammelkategorie funktioneller Psychosen zusammengefassten drei Diagnosegruppen (schizophrene Psychosen etc., affektive Psychosen etc., psychogene Störungen etc.) auf die drei Behandlungseinrichtungen, bei vergleichbarer Schwere der psychiatrischen Symptomatik und der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der UP in den drei Behandlungssettings zum Zeitpunkt  $t_1$  kann die geringere Zunahme der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bei den ambulant behandelten alten Menschen vorsichtig als Wirkung des familiengestützten, durch klinisch-ambulante Fachkompetenz flankierten häuslichen Versorgungssettings interpretiert werden: Es ist nicht nur den Bedürfnissen älterer Menschen angemessener, sondern von ihm scheinen auch eher salutogene Stimuli (bessere soziale Integration und vor allem emotionale Unterstützung, tendenzieller Erhalt einer eigenen Lebensführung, verstärkte Aktivierung von Handlungskompetenzen) auszugehen, die vermutlich nicht nur zu einer höheren Lebensqualität der Betroffenen führen, sondern auch eine beschleunigte Progression der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, wie sie bei stationärer, aber auch teilstationärer Behandlung zu beobachten ist, verhindern.

3. Der letzte Befund lässt Zweifel aufkommen an der Berechtigung

der auch von uns<sup>4</sup> vertretenen Annahme, teilstationäre sei effektiver als stationäre Behandlung, weil erstere den Bezug zum vertrauten häuslichen Umfeld immer nur für relativ kurze Zeit unterbreche. Nach den Ergebnissen der hier diskutierten Längsschnittstudie scheint die teilstationäre Behandlungsform für die grosse Gruppe der *funktionell* psychisch gestörten älteren Menschen mit Distress induzierenden Belastungen verbunden zu sein, die vor allem aus einer fast täglich geforderten Umorientierung von einem vertrauten zu einem relativ fremden räumlichen und sozialen Umfeld resultieren und die Krankheitsentwicklung ungünstig beeinflussen können. Künftige Forschungen sollten verstärkt den Effekten einer Versorgung und Behandlung älterer Menschen in Tageskliniken nachgehen, weil sie in der favorisierten extramuralen gerontopsychiatrischen Versorgungskonzeption als Interventionsinstitution einen besonderen Rang einnehmen.

4. Für alte Menschen mit einer organischen Psychose (i. w. Demenz) hingegen bleibt sowohl die relativ schnell fortschreitende Entwicklung der Krankheitsschwere als auch die der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit unbeeinflusst von der jeweiligen Behandlungsform. Es muss aber deutlich herausgestellt werden, dass mit klinisch-ambulanter Behandlung organischer Psychosen auch keine ungünstigeren Entwicklungsverläufe dieser Krankheit verbunden sind als mit ihrer Behandlung in teilstationären und stationären Einrichtungen. Da die klinisch-ambulante Behandlung aber einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht, ist ihr der Vorzug vor anderen Behandlungsformen zu geben, weil sie ohne Zweifel den Bedürfnissen alter Menschen angemessener ist und damit auch positive Auswirkungen auf ihre Lebensqualität/Lebenszufriedenheit haben kann<sup>5</sup>.

Künftige Evaluationsstudien verschiedener Behandlungsformen sollten besonders auf diese Outcome-Variable ihr Augenmerk richten.

Welche Belastungen aber die häusliche Versorgung dementiell erkrankter alter Menschen für das informelle, zumeist familiäre Unterstützungssystem mit sich bringt und welche Entlastungen formelle Dienste dabei bieten können, kann hier nicht diskutiert werden (vgl. dazu<sup>2</sup>). Bei einer Gesamtbewertung dieser Versorgungsform ist dieser Aspekt aber von besonderer Bedeutung.

Es wäre verfehlt, aus unseren Ergebnissen einer relativen Überlegenheit klinisch-ambulanter Behandlung den Schluss zu ziehen, bei einem entsprechenden Ausbau dieser Behandlungsform würden vollstationäre, aber auch teilstationäre Interventionen in der Gerontopsychiatrie in Zukunft überflüssig. Sie behalten eine gewichtige Funktion, z. B. für eine zeitweilige Entlastung pflegender Angehöriger, für eine Behandlung nicht krankheitseinsichtiger und/oder kooperationsunfähiger Patienten, bei krisenhafter Zuspitzung des Krankheitsverlaufs.

Gleichwohl sollten unsere Ergebnisse Verantwortliche in der Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik ermutigen, Infrastrukturveränderungen einzuleiten, die es ermöglichen, häufiger und vor allem auch frühzeitiger im Krankheitsverlauf klinisch-ambulante Behandlungsinterventionen durchzuführen als es derzeit geschieht.

### Summary

#### **Outpatient home based gerontopsychiatric treatment under research. Part II: The efficiency of clinical outpatient and day hospital versus indoor treatment for mentally disordered people**

*Based on data of a quantitative prospective longitudinal study (one year) with mentally disordered elderly aged 60 years and older in two gerontopsychiatric catchment areas in Northrhine-Westfalia (FRG, the City of Bielefeld and the district of Gütersloh) we compare in this second part of our investigation the effects of clinical outpatient-, day hospital – and inpatient treatment settings. Criteria of comparison are the outcome variables: (re-)admission rates within one year, development of severity of psychiatric symptoms and that of need of care in a gerontopsychiatric population ( $t_1$ :  $N=124$ ,  $t_2$ :  $N=90$ ). Important results of this study are: home based outpatient and day hospital treatment reduce the risk of (re-)admission into hospital significantly in contrast to inpatient treatment for all diagnostical groups of mental disorders within one year. Clinical gerontopsychiatric outpatient treatment for elderly with functional psychic disorders is more effective (in terms of development of need of care) than inpatient and – surprisingly – also than day hospital treatment. For older people with organic psychoses (mostly dementia), however, the development of severity of psychiatric symptoms as well as that of their need of care doesn't show any differences between the three groups of patients (in-/outpatient and day hospital). But outpatient and day hospital treatment also don't have worse effects on the patients than inpatient treatment.*

### Résumé

#### **Les soins géronto-psychiatriques extra-muros à l'état d'examen. Partie II: De l'efficacité des soins ambulatoires, d'accueil de jour et hospitalisation des personnes âgées souffrant de maladies psychiques**

*Cette étude d'une population âgée (+ de 60 ans) atteinte de troubles psychiques a été conduite à partir de données quantitatives recueillies sur une période d'un an dans deux régions du Nordrhein Westfalen disposant d'équipements géronto-psychiatriques (ville de Bielefeld et district de Gütersloh). Cette deuxième partie de notre étude compare l'efficacité des méthodes de traitements ambulatoires des consultations de jour, ou hospitalisation en géronto-psychiatrie. Les critères de comparaison sont les variables «outcome» de la fréquence d'accueil, de la nécessité de soins en géronto-psychiatrie de la population étudiée ( $t_1$ :  $N=124$ ,  $t_2$ :  $N=90$ ). Principaux résultats: Les soins ambulatoires et une hospitalisation de jour réduisent le risque de façon significative d'un nouveau séjour hospitalier par rapport au traitement longue durée en centre hospitalier pour des groupes atteints de troubles psychiques. Des soins ambulatoires à domicile sont, pour des sujets atteints de troubles fonctionnels et psychiques, plus efficaces et ce de façon très nette, en comparaison au développement de soins et d'aides en centre hospitalier proposant un accueil de jour ou de longue durée. Pour des personnes âgées souffrant de psychose organique (démence), le type de soins n'a pas d'influence. Les soins ambulatoires ou l'accueil de jour n'induisent pas d'effets négatifs sur ce groupe de patients.*

---

**Literaturverzeichnis**

- 1 *Steinkamp G, Werner B.* Extramurale gerontopsychiatrische Behandlung auf dem Prüfstand. Teil I: Zur Möglichkeit klinisch-ambulanter und teilstationärer Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen. *Soz Präventivmed* 1998; 43:293–301.
- 2 *Netz P, Steinkamp G, Werner B.* Psychisch gestörte ältere Menschen und ihre sozialen Netzwerke. Opladen: Leske + Budrich, 1996.
- 3 *Schneekloth U, Pothhoff P.* Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des BMFuS, Bd. 20.2. Stuttgart: Kohlhammer, 1993.
- 4 *Steinkamp G, Werner B.* Effekte eines Gerontopsychiatrischen Zentrums auf das regionale Versorgungssystem psychisch gestörter älterer Menschen – Eine vergleichende empirische Analyse. Opladen: Leske + Budrich, 1997.
- 5 *Weissert WG, Cready CM, Pawelak JE.* The Past and the Future of Home- and Community-based long-term Care. *Milbank* 1988; 66:309–387.

---

**Korrespondenzadresse**

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