

Verweildauer, Diagnosespektrum, Behandlungserfolg und Entlassungsstatus der alleinlebenden und nicht-alleinlebenden Patienten bundesdeutscher Akutkrankenhäuser

Reiner Hans Dinkel, Edmund Görtler, Ina Milenović

Universität Bamberg

Die Rolle sozialer Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit ist ein zentraler Gegenstand der Sozialepidemiologie (für einen ausführlichen Überblick siehe¹). Auch ohne konkreten empirischen Nachweis darf deshalb die These hohe Plausibilität beanspruchen, dass auch die Verweildauer von Patienten in Akutkrankenhäusern vom sozialen Umfeld des Patienten gesteuert wird: Lebt ein Patient alleine, dann wird er vermutlich länger im Krankenhaus bleiben (müssen) als ein Patient, der von Angehörigen anschliessend häuslich gepflegt werden kann. Unausgesprochen haftet einem solchen Argument dann zugleich oft noch die Frage oder gar Kritik an, ob es sich bei der verlängerten Verweildauer nicht vielleicht um Fehlbelegung handelt und das Krankenhaus mit seinen hohen Kosten für die Allgemeinheit „als Verwehrstation für Sozialfälle“² der richtige Ort sein könne oder solle.

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen spricht in seinem Jahresgutachten von 1987³ (Ziffer 302 ff.) solche Vermutungen aus. Allerdings gibt es nur sehr wenige empirische Untersuchungen, die einen solchen Zusammenhang überhaupt überprüfen bzw. bestätigen (für die USA z. B.⁴). In der Bundesrepublik wurde mit Daten des Sozio-Ökonomischen Panels vor kurzem festgestellt, dass gerade die Zweiteinweisungen in ein Akutkrankenhaus von der sozialen Situation abhängen würden⁵, wobei allerdings gleichzeitig festgestellt wurde, dass die Zweiteinweisungen mit hohem Alter stark negativ korreliert sind.

In den nachfolgenden Ausführungen wird eine konkrete empirische Antwort auf die oben vorgestellte Hypothese für bundesdeutsche Akutkrankenhäuser mit einem überraschenden Ergebnis gegeben. Ausgangspunkt der Studie ist das Datenmaterial des Diagnose- und Therapie-Index DTI, der von Infratest-Gesundheitsforschung seit 1978 regelmässig in repräsentativ ausgewählten Akutkrankenhäusern unter Beteiligung der behandelnden Ärzte erhoben wird. Dabei werden jährlich im Durchschnitt 5500 Krankenhausfälle in ihren exakten täglichen Behandlungsschritten einschliesslich vieler sonstiger patienten- und krankenhauserrelevanter Merkmale dokumentiert. Seit 1988 wird im Rahmen des DTI auch die soziale

Situation der Patienten miterhoben, und zwar mit den Antwortkategorien „allein“ und „nicht allein“. Zur Beantwortung der Frage, welche Auswirkungen die so gemessene soziale Situation auf die Krankheitsursache und die Krankenhausverweildauer hat, stehen damit für 1988 und 1989 insgesamt rund 9000 Patientendaten mit Angaben über die soziale Situation zur Verfügung, die Grundlage der folgenden Berechnungen sind.

Dass eine These wie „Alleinstehende sind häufiger und länger im Krankenhaus“ zumindest bei einem ersten Blick durch die Daten bestätigt wird, zeigt Tabelle 1, in der Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer nach Geschlechtern getrennt aufgelistet sind. Wegen der Besonderheiten bei Entbindungen, die eine weit unterdurchschnittliche Verweildauer besitzen und bei alleinstehenden Frauen naturgemäss seltener vorkommen, wurden Fälle mit dieser Diagnose aus der Analyse ausgeklammert. Genauso wurde mit Patienten oberhalb des Alters 89 verfahren, bei denen die Besetzungsraten pro Jahrgang zu gering sind. Vor dem Alter 20 erscheint darüberhinaus eine Aufspaltung danach, ob jemand „allein“ und „nicht allein“ lebt, (noch) nicht sinnvoll.

Bei weiblichen Krankenhauspatienten ist die durchschnittliche Verweildauer der alleinlebenden Patientinnen mit 16,49 Tagen gegenüber 12,35 Tagen der nicht alleinlebenden Frauen eindeutig höher. Bei männlichen Krankenhauspatienten gilt umgekehrt, dass Alleinlebende eine im Durchschnitt geringere Verweildauer aufweisen. Da die

Tab. 1. Verweildauer in Akutkrankenhäusern in den Jahren 1988 und 1989. Patienten im Alter 20 bis 89 (ohne Entbindungen).

| | Männlich n = 3866 | Weiblich n = 4999 |
|-------------------|----------------------|----------------------|
| alle ^a | 13,17 | 13,29 |
| allein | 12,64 | 16,49 |
| Häufigkeit in % | (20,55) | (27,95) |
| nicht allein | 13,49 | 12,35 |
| Häufigkeit in % | (79,45) | (72,05) |

^a inkl. Patienten, für die keine Angaben zur sozialen Situation vorliegen.

Quelle der Daten: DTI, 1988/89, eigene Berechnungen.

Unterschiede bei Frauen weit grösser sind als bei Männern, entsteht für alle Patienten zusammen das Bild, dass Alleinlebende mit 15,08 Tagen eine signifikant höhere durchschnittliche Krankenhausverweildauer aufweisen als nicht Alleinlebende mit 12,88 Tagen. Die Krankenhausverweildauer als solche ist aber ebenso wie die Wahrscheinlichkeit, alleine zu leben, stark vom Lebensalter abhängig. Um einen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Krankenhausverweildauer zu ermitteln, müssen wir deshalb für beide Geschlechter zuerst die Altersstruktur der Variablen Verweildauer und Häufigkeit des Alleinlebens ermitteln und anschliessend eine Korrektur von Altersstruktureinflüssen vornehmen.

Die Altersstruktur der alleinstehenden und nicht-alleinstehenden Patienten in Akutkrankenhäusern

Das „Risiko“, im Erwachsenenalter alleinstehend zu sein, nimmt nach dem 20. Lebensjahr für beide Geschlechter zuerst einmal ab und liegt besonders bei Frauen bis zum Alter 50 bei oder sogar unterhalb von 10 Prozent. Unter anderem wegen der für Männer ungünstigeren Chancen am „Heiratsmarkt“ ist seit einigen Jahren der Anteil der alleinlebenden Männer unterhalb von Alter 50 höher als der der Frauen. Oberhalb von Alter 50 steigt vor allem wegen Scheidungen und zunehmend wegen Tod des Partners der Anteil der Alleinlebenden beider Geschlechter. Da Frauen

eine um etwa 6–7 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer besitzen, steigt mit zunehmendem Alter nicht nur die Zahl und der Anteil der Alleinlebenden, sondern je höher das Alter, desto stärker konzentriert sich die Gruppe der Alleinlebenden auf Frauen.

Diese für die Gesamtbevölkerung zutreffende Skizzierung findet sich ohne Abweichungen in der Verteilung der Patienten von Akutkrankenhäusern wieder (Abbildung 1). Die Originaldaten sind dabei nach der sogenannten Spencer-Formel⁶ geglättet worden, einem Verfahren, wie es üblicherweise bei Sterbetafelberechnungen verwendet wird. Nur an den Rändern wurde im gestrichelten Verlauf von Hand geglättet. Aus Abbildung 1 geht hervor, dass besonders bei Frauen der Zustand „alleinlebend“ stark in den allerhöchsten Altersstufen konzentriert ist. Bei Männern tritt der Zustand „alleinlebend“ am häufigsten im jungen Erwachsenenalter und etwas weniger häufig in hohem Alter auf. Wenn wir zusätzlich berücksichtigen, dass für beide Geschlechter die Krankenhausverweildauer stark altersabhängig ist, wird nun die in Tabelle 1 so völlig unterschiedliche Verweildauer bei alleinlebenden Männern und Frauen erklärbar.

In den nachfolgenden Abbildungen 2a und 2b wird mittels der ebenfalls durch Spencer-Formel geglätteten Werte für Männer und Frauen die Abhängigkeit der Krankenhausverweildauer vom Alter und vom sozialen Status dargestellt. Für beide Geschlechter zeigt sich dabei ein eindeutig erkenn-

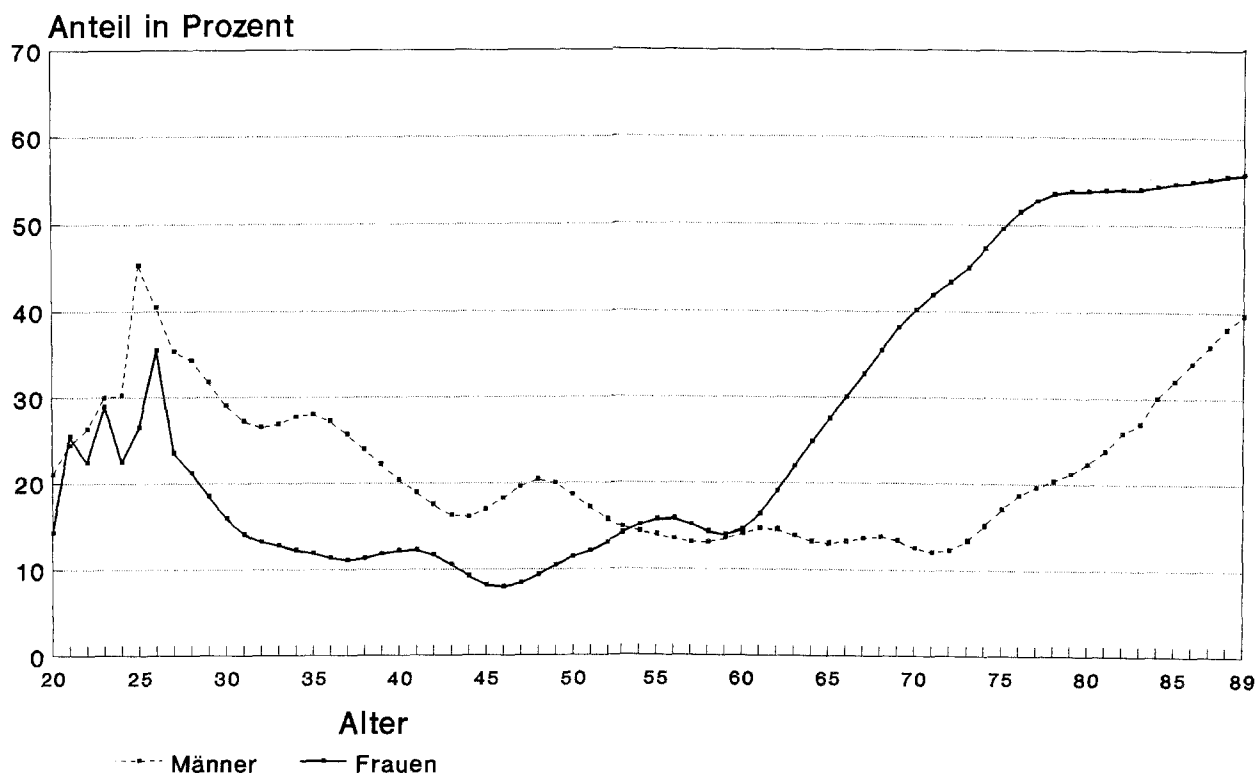


Abb. 1. Anteile der alleinlebenden Patienten in Akutkrankenhäusern, Alter 20–89 (ohne Entbindungen), 1988/89.

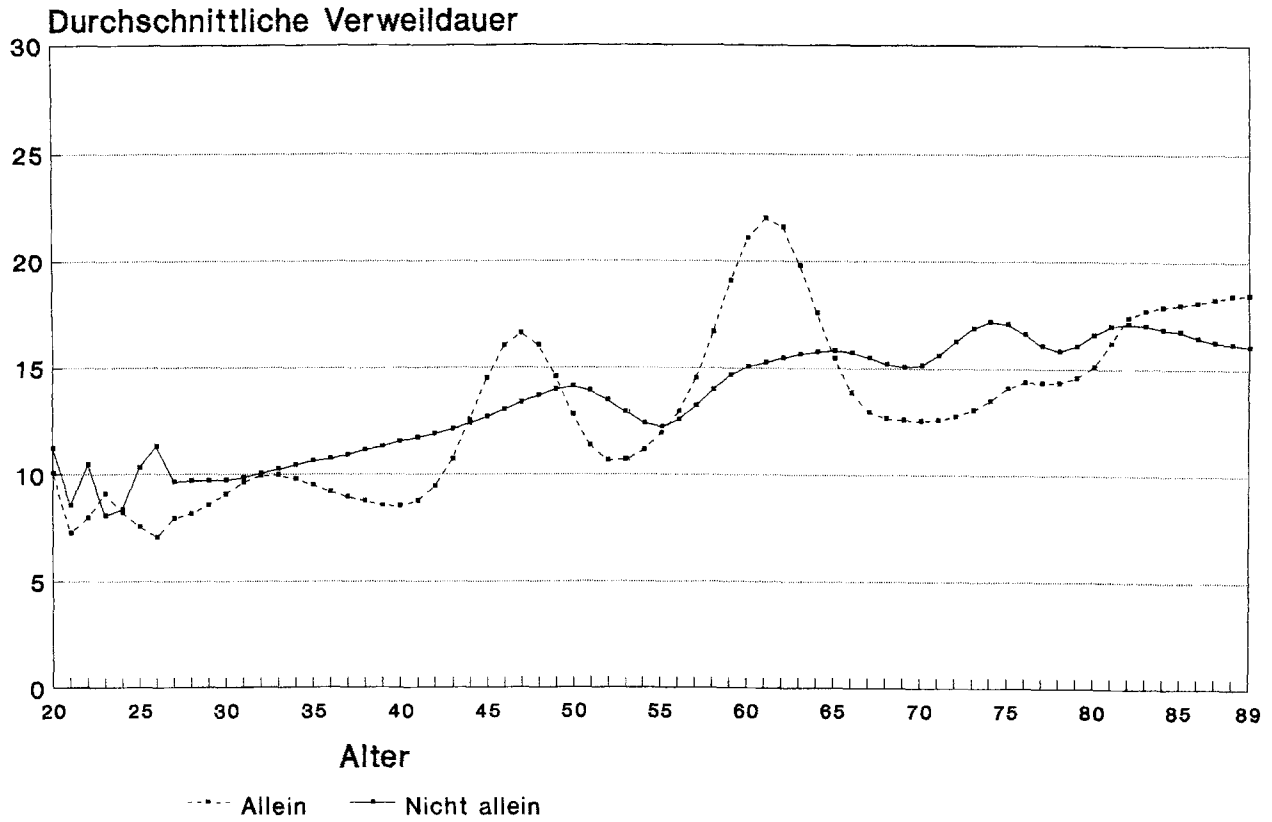


Abb. 2a. Durchschnittliche Krankenhausverweildauer in Akutkrankenhäusern 1988/89 für Männer (Alter 20–89) nach sozialem Status.

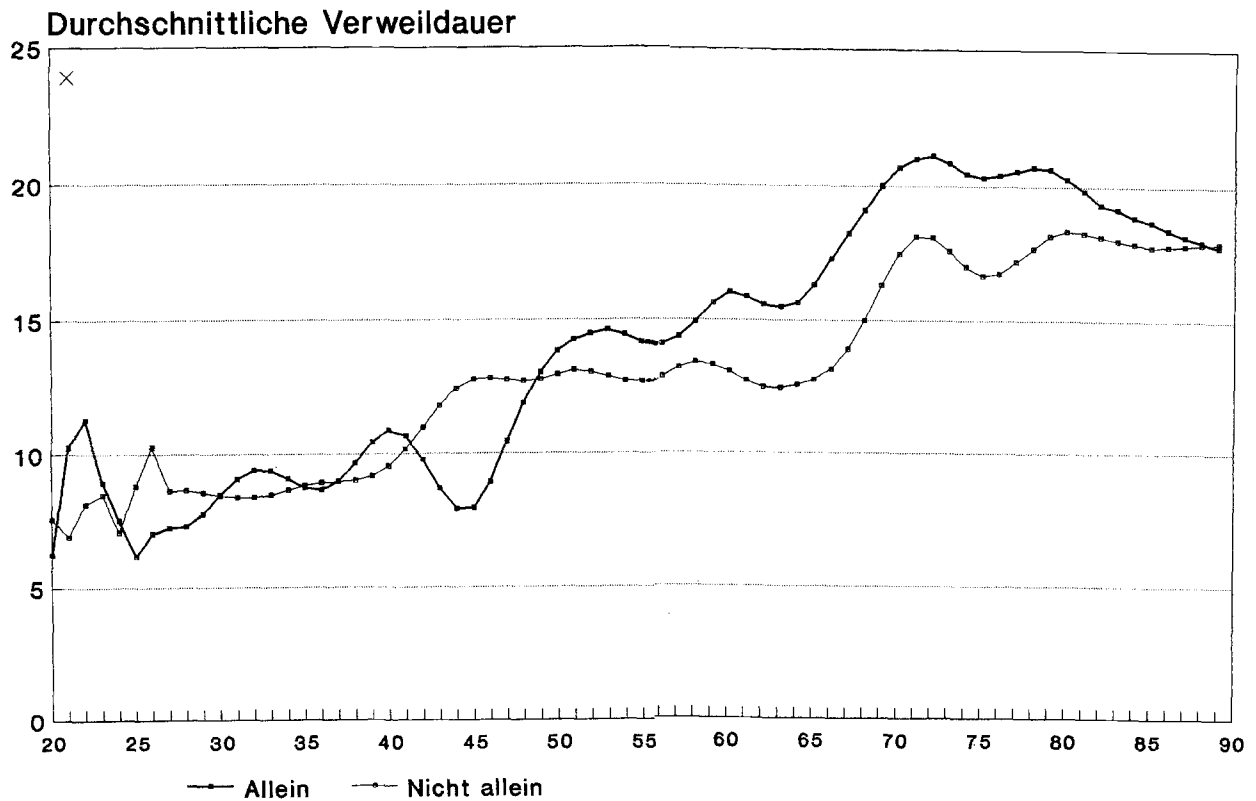


Abb. 2b. Durchschnittliche Verweildauer in Akutkrankenhäusern 1988/89 für Frauen (ohne Entbindungen) nach sozialer Situation.

barer Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer mit dem Alter, der allerdings zumindest mit der hier angewendeten Glättungsformel nicht vollständig linear verläuft.

Bei den Männern schwanken die Werte der Alleinlebenden um die glatter verlaufende Kurve der Nicht-Alleinlebenden, ohne einen systematischen Unterschied erkennen zu lassen. Die auch nach einer Glättung noch grösseren Schwankungen im Verlauf der Kurve für die alleinlebenden Männer dürfte unter anderem auf die insgesamt relativ geringen Fallzahlen für alleinlebende männliche Patienten im DTI-Datensatz zurückgehen.

Bei Frauen ergibt sich unterhalb von Alter 50 überhaupt kein Unterschied in der Verweildauer zwischen alleinlebenden und nicht alleine lebenden Frauen. Zwischen Alter 50 und 80 aber liegen die Verweildauerdaten alleinlebender Frauen oberhalb der Werte für gleichaltrige nicht-alleinlebende Patientinnen. Oberhalb von Alter 80 verschwindet dieser Unterschied wieder, wobei allerdings die Besetzungszahlen so gering werden, dass eine vorsichtige Interpretation angebracht ist.

Für alle in den Abbildungen 2a und 2b unterschiedenen Gruppen gilt allerdings gemeinsam, dass die Verweildauer mit zunehmendem Alter steigt. Wird für beide Geschlechter eine exakte Altersstandardisierung durchgeführt, entsteht das nun nicht mehr überraschende Bild, dass die soziale Situation als Erklärungsfaktor für die Krankenhausverweildauer stark an Einfluss verliert. Eine Altersstandardisierung lässt sich im Prinzip mit verschiedenen Verfahren durchführen. Da hier Werte für jedes Einzelalter vorlagen, wurde die Altersstandardisierung so durchgeführt, dass für beide Geschlechter jeweils eine Gleichbesetzung aller exakten Alter bei den Alleinstehenden und bei den Nicht-Alleinstehenden unterstellt und die durchschnittliche Verweildauer unter dieser Annahme neu errechnet wurde. Da wegen der geringen Besetzungsdichte bei einigen exakten Altersstufen die Originaldaten heftigen Schwankungen unterliegen, wurden alternativ die Verweildauer aus den Originaldaten und aus den geglätteten Verweildauerdaten berechnet.

Nach den vorangegangenen Erklärungen ist das Ergebnis von Tabelle 2 weniger überraschend. Die Verweildauerunterschiede zwischen alleinstehenden und nicht-alleinstehenden Frauen reduzieren sich nach einer Altersstrukturbereinigung stark, von mehr als 4 Tagen in den Rohdaten auf weniger als einen Tag bei den altersstrukturbereinigten Daten. Die ursprünglich bestehenden grossen Unterschiede sind nicht auf die soziale Situation zurückzuführen, sondern werden im wesentlichen durch die Altersstruktur der Krankenhauspatientinnen verursacht. Auch bei Männern schrumpft nach einer Altersstrukturbereinigung der ursprünglich gemessene umgekehrte Zusammenhang. Alleinstehende Männer weisen

Tab. 2. Krankenhausverweildauer der Geschlechter nach sozialem Status. Alter 20–89 (ohne Entbindungen) 1988/89.

| | Männer | Frauen |
|--------------------------|--------|--------|
| alleine | | |
| unbereinigt: | 12,64 | 16,49 |
| altersstrukturbereinigt: | | |
| – Originaldaten: | 13,0 | 13,75 |
| – geglättete Daten: | 13,11 | 13,95 |
| nicht alleine | | |
| unbereinigt: | 13,49 | 12,35 |
| altersstrukturbereinigt: | | |
| – Originaldaten: | 13,38 | 12,95 |
| – geglättete Daten: | 13,48 | 13,02 |

Quelle der Daten: DTI, 1988/89, eigene Berechnungen.

aber immer noch eine um 0,3 Tage kürzere Verweildauer auf.

Gibt es aufgrund der sozialen Situation Unterschiede im Behandlungserfolg von Patienten in Akutkrankenhäusern?

Wenn nach einer exakten Altersstandardisierung die Verweildauerunterschiede nahezu verschwinden, stellt sich die Frage, ob sich wenigstens der Behandlungserfolg nach dem sozialen Status unterscheidet. Die Bedeutung des sozialen Netzes für den Genesungsprozess eines Krankenhauspatienten gehört zu den Grundaussagen der Medizinsoziologie. Das fehlende soziale Netz der alleinstehenden Patienten/innen sollte im Durchschnitt dazu führen, dass sich solche Patienten schlechter von Krankheiten erholen, da der Heilungserfolg insgesamt auch von solchen Faktoren abhängig ist, die in der Person des Patienten selbst liegen. Vor allem in höheren Altersstufen, so möchte man hinzufügen, sollten diese Faktoren eine umso grössere Bedeutung erlangen.

Im Diagnose- und Therapie-Index (DTI) wird für jeden Krankenhausfall der Behandlungserfolg am Tag der Entlassung bezogen auf die Hauptdiagnose durch den behandelnden Arzt festgehalten. In der nachfolgenden Tabelle 3 sind die Antwortvorgaben zum Behandlungserfolg in einem Erfolgsindex B zusammengefasst, wobei die Angabe „geheilt“ mit einem Wert von +2 bewertet wird, die Aussage „verbessert“ mit +1, „gleichgeblieben“ mit 0 und „verschlechtert“ mit –1. Ein Indexwert von 0 würde in diesem Fall bedeuten, dass im Durchschnitt für eine Patientengruppe durch den Krankenhausaufenthalt weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bei der Einweisungsdiagnose eingetreten ist. Da auch der Behandlungserfolg insgesamt stark altersabhängig ist⁷, wurde auch für die Berechnung des Behandlungserfolgs-Index B für die Alleinlebenden

Tab. 3. Der Behandlungserfolgsindex B in Abhängigkeit des sozialen Status. Alter 20–89 (ohne Entbindungen) 1988/89 – altersstandardisiert.

| | Insgesamt | 60–89 Jahre |
|---------------|-----------|-------------|
| Männer | | |
| allein | 1,05 | 0,90 |
| nicht allein | 1,11 | 0,98 |
| Frauen | | |
| allein | 1,15 | 1,03 |
| nicht allein | 1,14 | 1,01 |

Quelle der Daten: DTI, eigene Berechnungen.

und die Nicht-Alleinlebenden eine exakte Altersstandardisierung nach dem Prinzip von Tabelle 2 vorgenommen.

Tabelle 3 zeigt, dass Frauen insgesamt einen im Durchschnitt grösseren Behandlungserfolg aufweisen als Männer. Zwischen Alleinlebenden und Nicht-Alleinlebenden des jeweiligen Geschlechts besteht aber nach der Altersstandardisierung kein systematischer Unterschied. Dies gilt auch bei einer Konzentration nur auf die Altersstufen oberhalb von Alter 60. Die soziale Situation hat somit keinen erkennbaren Einfluss auf den Behandlungserfolg zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus. Über den weiteren Krankheits- bzw. Heilungsverlauf nach der Entlassung können mit Hilfe der vorliegenden Daten allerdings keine Aussagen getroffen werden. Wir müssen deshalb ganz exakt formulieren: Zumindest solange sich die Patienten im Akutkrankenhaus befinden, findet der Zustand alleinlebend bzw. nicht-alleinlebend (der im übrigen aus den Angaben des Patienten selbst gewonnen wird) keinen messbaren Ausdruck im Behandlungserfolg.

Unterscheiden sich alleinlebende und nicht-alleinlebende Patienten in Akutkrankenhäusern nach der Diagnose?

Wenn wir herausfinden, dass der Zustand „alleinlebend“ und „nicht-alleinlebend“ bei beiden Geschlechtern stark altersabhängig ist, dann bietet sich die Schlussfolgerung an, dass diese beiden Patientengruppen sich auch nach der Behandlungsdiagnose (wobei nur jene Diagnose aufgeführt wird, die im Mittelpunkt der Krankenhausbehandlung steht) unterscheiden, wenn die Krankheitsursachen ihrerseits altersabhängig sind. Da beispielsweise Herz-Kreislaufkrankungen stark mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen, sollten Herz-Kreislaufkrankungen bei alleinlebenden Frauen häufiger sein als bei nicht-alleinlebenden Frauen, während ein ähnlicher Zusammenhang bei Männern, wo die Alleinleben-

Tab. 4. Verteilung der Krankenhausfälle nach ausgewählten Diagnosegruppen (in % aller Diagnosen), Alter 20–89 – nicht altersstandardisiert.

| | Männer | | Frauen | |
|------------------------------------|--------|--------------|--------|--------------|
| | allein | nicht allein | allein | nicht allein |
| ICD 9 | | | | |
| 0–139 Infektionen | 2,3 | 1,9 | 1,9 | 1,9 |
| 140–239 Neubildungen | 6,8 | 11,2 | 10,8 | 13,7 |
| 240–289 Diabetes/ Drüsen/Blut | 3,0 | 2,6 | 5,5 | 6,4 |
| 290–319 seelische Störungen | 5,6 | 1,4 | 4,6 | 1,6 |
| 320–359 Nervensystem | 1,4 | 0,8 | 0,9 | 1,3 |
| 360–389 Augen/Ohren | 2,2 | 2,7 | 2,7 | 3,2 |
| 390–459 Herz/Kreislauf | 17,3 | 20,0 | 21,9 | 15,0 |
| 460–519 Atmungsorgane | 8,6 | 7,5 | 5,5 | 4,7 |
| 530–569 Magen/Darm | 8,5 | 10,0 | 5,8 | 7,0 |
| 570–599 Leber/Galle/ Niere/Harn | 6,2 | 6,6 | 4,3 | 7,0 |
| 600–629 Geschlechts- organe | 1,7 | 3,1 | 6,3 | 11,9 |
| 680–739 Bewegungs- organe/Haut | 9,0 | 10,0 | 7,5 | 8,1 |
| 800–999 Unfälle | 21,2 | 14,9 | 13,2 | 9,7 |

Quelle der Daten: DTI, eigene Berechnungen.

den stärker in den jungen Altersstufen konzentriert sind, nicht bestehen sollte. Die in der folgenden Tabelle 4 zusammengefassten Daten der Hauptdiagnose in Abhängigkeit vom sozialen Status wurden gleichwohl nicht altersstandardisiert, da in einzelnen Diagnosegruppen die Fallzahlen zu gering sind, um eine Differenzierung nach Einzelaltern zuzulassen.

Die angesprochene Altersabhängigkeit kann sicherlich die Unterschiede bei mancher der oben zusammengefassten Diagnosegruppen erklären. Daneben verbleiben aber einige signifikante Unterschiede, die einer näheren Klärung bedürfen. Dies gilt besonders für die erkennbaren Unterschiede nach sozialem Status bei der Diagnosegruppe „Seelische Störungen“ (zu der auch Diagnosen wie die Demenz gehören), wo bei beiden Geschlechtern Alleinstehende wesentlich stärker betroffen sind. Dabei muss insgesamt bemerkt werden, dass wegen des Fehlens psychiatrischer Krankenhäuser in der DTI-Stichprobe der Anteil psychiatrischer Erkrankungen insgesamt unterschätzt sein dürfte⁸.

Ähnlich starke Unterschiede zwischen alleine und nicht alleine lebenden Männern und Frauen bestehen auch bei der Diagnosegruppe „Unfälle“. Bei den Männern konzentrieren sich die Unfälle stark auf die jüngeren Altersgruppen, wo ein relativ grosser Teil der Männer (noch) allein lebt. Bei den Frauen dagegen findet ein erheblicher Anteil der Unfälle in hohem Alter statt. Unfälle im Haushalt, die besonders häufig zu Knochenbrüchen führen, finden sogar insgesamt am häu-

figsten bei Frauen oberhalb von Alter 85 statt⁹. In diesem Alter lebt ein Grossteil der Frauen bereits (wieder) alleine.

Die Entlassung aus Akutkrankenhäusern in Abhängigkeit vom sozialen Status

Da mit der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht eine völlige Heilung bei der Einweisungsdiagnose oder eventuell bestehenden Nebendiagnosen erfolgt, sollte das soziale Umfeld von Patienten zumindest einen Einfluss darauf haben, wohin ein Patient entlassen wird. Mit der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus wird ein nicht vollständig geheilter Patient auf das ihm zur Verfügung stehende „Unterstützungspotential“ angewiesen. Das häusliche Unterstützungspotential Hochbetagter unterscheidet sich aber stark danach, ob jemand verheiratet ist und damit zumindest den Ehepartner als Hilfsperson zur Verfügung hat¹⁰.

In der DTI-Stichprobe werden Entlassungen „nach Hause“, „in Pflegeheime“, „in andere Kliniken (einschliesslich Rehabilitation)“ und „Tod“ als Kategorien geführt. Die in der nachfolgenden Tabelle 5 zusammengestellten Daten zeigen dabei, dass bei der Entlassungsart weit mehr als bei allen anderen bisher behandelten Fragen der soziale Status eines Patienten eine wichtige Rolle spielt (Tabelle 5).

Während der Behandlungserfolg im Akutkrankenhaus noch keinerlei Differenzierungen nach den Zuständen alleine bzw. nicht alleine lebend erkennen lässt, ist die Sterblichkeit der alleinlebenden Männer und Frauen im Akutkrankenhaus höher als bei Nicht-Alleinlebenden. Der Unterschied ist nach Tabelle 5 bei Frauen deutlich grösser als bei Männern, da – wie bereits betont – die alleine lebenden Frauen besonders häufig in den höchsten Altersstufen vertreten sind, in denen die Sterblichkeit weit überdurchschnittlich hoch ist. Aber auch bei den Männern, bei denen die Alleinlebenden stärker auf jene Altersstufen kon-

zentriert sind, wo die Sterblichkeit unterdurchschnittlich ist, bleibt der Zusammenhang bestehen. Bei einer Bereinigung von Altersstruktureffekten ist der Sterblichkeitsunterschied nach sozialer Situation bei Männern sogar grösser als bei Frauen. Die vorliegenden Daten belegen damit ein in der Demographie seit langem bekanntes Phänomen, das sich auch bei der Bildung von familienstands-spezifischen Sterbetafeln bestätigt.

Überraschenderweise differenziert auch die Überweisungshäufigkeit in andere Kliniken zur Weiterbehandlung oder Rehabilitation stark nach dem sozialen Status. Besonders bei Frauen kommt diese Entlassungsart bei Alleinstehenden fast doppelt so häufig vor wie bei Nicht-Alleinstehenden. Gerade bei dieser Frage ist aber die Altersverteilung des sozialen Status nicht unbedingt der Schlüssel zur Beantwortung. Die Entlassung in andere Kliniken nimmt nämlich gerade auch bei Frauen in den höchsten Altersstufen (wo alleine lebende Frauen am häufigsten sind) insgesamt stark ab⁹.

Die stärkste Wirkung des sozialen Status zeigt sich bei den Anteilen der in Pflege entlassenen Patienten von Akutkrankenhäusern. Diese Patienten weisen übrigens bereits im Akutkrankenhaus die höchsten Verweildauerwerte auf: Bei Männern liegt die durchschnittliche Verweildauer der alleinstehenden Patienten, die anschliessend in Pflege entlassen werden, bei 19,4 Tagen, bei nicht-alleinlebenden Männern, die in Pflege entlassen werden, beträgt sie 23,4 Tage. Damit werden in beiden Gruppen die durchschnittlichen Werte aller Patienten (in Höhe von 13,3 Tagen) um mehr als 50 Prozent überstiegen. Bei Frauen haben die alleinstehenden Patientinnen, die anschliessend in Pflege entlassen wurden, vorher im Durchschnitt 23,6 Tage im Akutkrankenhaus verbracht, die nicht-alleinstehenden in Pflege entlassenen Frauen 19,3 Tage.

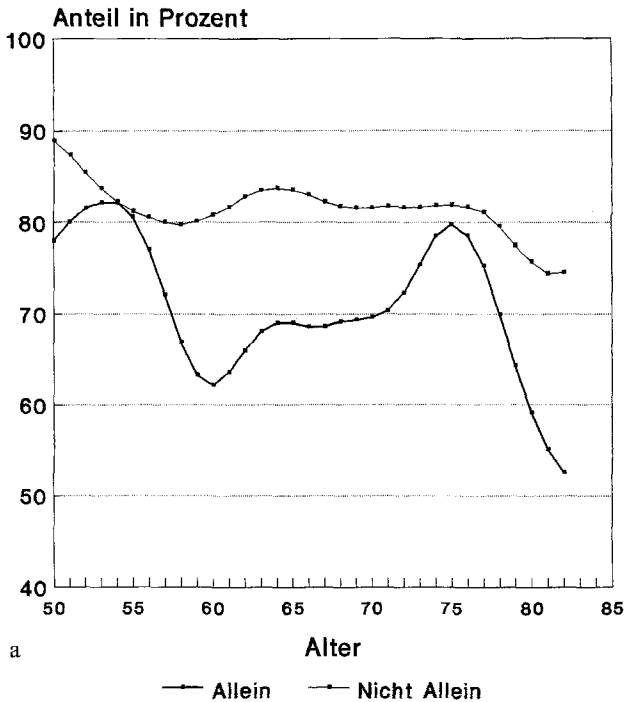
Auch bei Frauen liegen die Verweildauerwerte der in Pflege entlassenen Patientinnen von Akutkrankenhäusern damit um rund 50 Prozent oberhalb des Durchschnittswertes von 13,5 Tagen für alle Patientinnen. Zumindest in soweit wird die These von der Sozialbedingtheit auch des Krankenhausaufenthaltes durch die Daten bestätigt. Die später in Pflege entlassenen Patienten(innen) dürften es auch sein, die die verbleibenden Verweildauerunterschiede in Tabelle 2 bewirken.

Bereits die verlängerte Verweildauer der in Pflege entlassenen männlichen und weiblichen Patienten der Akutkrankenhäuser deutet auf die besondere Bedeutung dieses Personenkreises für die gesamte Kostenbelastung im Gesundheitswesen hin. Bei den Männern werden von den Alleinlebenden insgesamt mehr als doppelt so hohe Anteile in Pflege entlassen als bei nicht alleine lebenden Patienten. Extrem sind die Unterschiede bei den Frauen, denn hier werden von den Alleinlebenden

Tab. 5. Art der Entlassung aus Akutkrankenhäusern nach sozialem Status in Prozent, Alter 20–89 (ohne Entbindungen), 1988/89 – nicht altersstandardisiert.

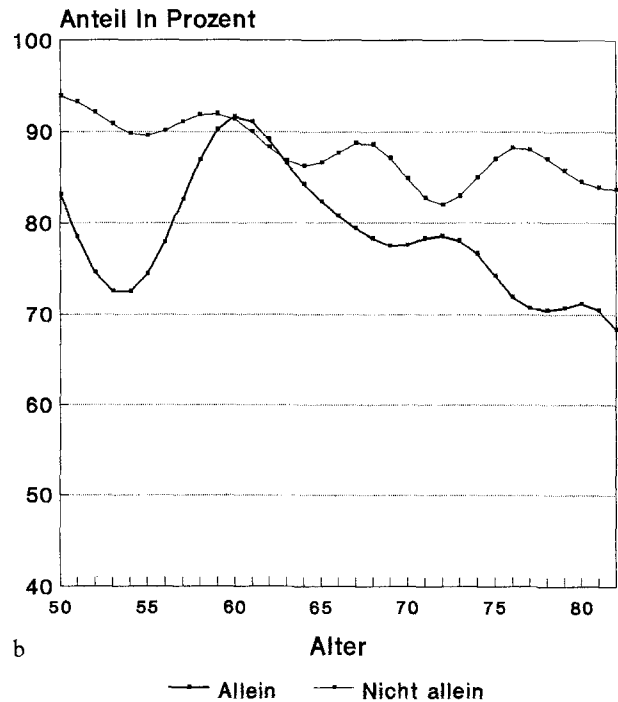
| | Männer | | Frauen | |
|------------------|--------|--------------|--------|--------------|
| | allein | nicht allein | allein | nicht allein |
| Entlassung: | | | | |
| nach Hause | 80,8 | 87,5 | 77,6 | 92,9 |
| in Pflege | 7,2 | 3,1 | 10,6 | 1,7 |
| in andere Klinik | 7,1 | 5,9 | 6,8 | 3,7 |
| Tod | 4,9 | 3,5 | 5,0 | 1,7 |

Quelle der Daten: DTI, 1988/89, eigene Berechnungen.



DTI, 1988/89 eigene Berechnungen

Abb. 3a. Nach Hause entlassene männliche Patienten von Akutkrankenhäusern in Prozent, Alter 50–89, 1988/89.



DTI 1988/89, eigene Berechnungen

Abb. 3b. Der Anteil der nach Hause entlassenen Patientinnen von Akutkrankenhäusern, Alter 50–89 (ohne Entbindungen) 1988/89.

10,6 Prozent aller Patientinnen in Pflege entlassen. Dieser Wert ist mehr als fünfmal so gross wie die 1,7 Prozent der in Pflege entlassenen Patientinnen, die nicht alleinstehend sind. Diese besondere Situation bei den Frauen wird allerdings wiederum zum grössten Teil durch die Altersabhängigkeit erklärt. Zumindest in der Grossstadt haben mehr als 40 Prozent der über 70jährigen Frauen ohne Partner überhaupt keine Bezugsperson (mehr), die im Krankheitsfall Hilfe leisten könnte¹⁰.

Die höchsten Fallzahlen treten in allen Altersstufen bei den nach Hause entlassenen Patienten(innen) auf, wo die Entwicklung naturgemäss spiegelbildlich zu den bisher beschriebenen Entlassungsarten verläuft. Da in dieser Kategorie die Fallzahlen in allen Altersstufen gross genug sind, können wir für beide Geschlechter eine exakte Altersverteilung der Anteile der nach Hause entlassenen Patienten darstellen. In den nachfolgenden Abbildungen 3a und 3b sind die (nach dem Spencer-Verfahren) geglätteten Prozentwerte ab Alter 50 zusammengefasst. Für beide Geschlechter sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil der nach Hause entlassenen Patienten. Bei beiden Geschlechtern (bei Männern oberhalb von Alter 55, bei Frauen oberhalb von Alter 60) entwickeln sich aber die Anteile nach sozialen Status mit zunehmendem Alter auseinander, bei Männern besonders extrem oberhalb von Alter 80. Die Abbildungen 3a und 3b zeigen allerdings, dass im Gegensatz zu

Tabelle 5 in den höchsten Altersstufen die Unterschiede bei Männern stärker sind als bei Frauen. Auch bei den nicht alleine lebenden Patienten von Akutkrankenhäusern werden von den Männern im gleichen Alter stets geringere Anteile nach Hause entlassen wie bei den Frauen. Allerdings war auch (siehe dazu Tabelle 3) der durchschnittliche Behandlungserfolg bei Frauen höher als bei Männern.

Die Aussagen von Tabelle 5 und der Abbildungen 3a und 3b stehen aber nicht im Widerspruch zueinander. Die Ergebnisse von Tabelle 5 wurden dadurch „verzerrt“, dass bei den Frauen in den allerhöchsten Altersstufen grösstenteils Alleinstehende leben, während die alleinstehenden Männer stärker auf jüngere Altersgruppen verteilt sind. An sich ist die Hypothese plausibel, dass Frauen auch oder besonders in höherem Alter sich leichter alleine versorgen können und deshalb bei identischen objektiven Voraussetzungen eher nach Hause und nicht in Pflege entlassen werden könnten als Männer. Im Gegensatz zum Ergebnis von Tabelle 5 wird diese Hypothese durch eine Darstellung nach Einzelaltern bestätigt. Bei gleichem Alter werden alleinstehende Männer oberhalb von Alter 75 mit deutlich höheren Anteilen in Pflege entlassen als alleinstehende Frauen.

Da Krankheit besonders häufig in den höchsten Altersstufen zugleich Multimorbidität ist und da der Behandlungserfolg generell mit steigendem Alter abnimmt, wird der soziale Status eines

Patienten im Akutkrankenhaus vor allem in dem Moment wichtig, wo er entlassen wird. Besonders in den hohen Altersstufen sinkt der Anteil der nach Hause entlassenen Patienten bei beiden Geschlechtern. Bei alleine lebenden Männern und Frauen sind diese Anteile aber noch einmal deutlich geringer. Die durch demographische Alterung und Veränderung der familiären Lebensformen bedingten Zusatzbelastungen des Gesundheitssystems treten folglich nicht schon im Akutkrankenhaus auf, sondern werden zum grösstenteil auf den Pflegebereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt „verschoben“. In diesem Zusammenhang spielt die Frage, ob ein Patient oder eine Patientin besonders im hohen Alter alleine lebt oder nicht, eine sehr wichtige Rolle.

Zusammenfassung

Dass die Bevölkerung in der Bundesrepublik demographisch altert und zugleich der Anteil der Alleinstehenden an der Gesamtbevölkerung schnell wächst, bleibt für die Belastung des Gesundheitssystems nicht ohne Auswirkungen. Daten aus bundesdeutschen Akutkrankenhäusern in den Jahren 1988/89 zeigen aber, dass im Akutkrankenhaus selbst die Frage, ob ein Patient(in) alleine oder nicht alleine lebt, weniger wichtig ist als man auf einen ersten Blick anzunehmen geneigt wäre. Berücksichtigt man die spezifische Alterszusammensetzung der einzelnen Gruppen, ist der Verweildauerunterschied nur gering und der Behandlungserfolg nahezu identisch. Auch das Ursachenspektrum der Einweisungsdiagnosen unterscheidet sich erst in sehr hohem Alter. Spätestens bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wird allerdings das familiäre „Unterstützungspotential“ eines Patienten bedeutsam.

Résumé

Durées de séjour, casemix, guérison et état à la sortie des patients hospitaliers selon leur mode de vie

L'épidémiologie sociale part en général de l'idée que la durée de séjour hospitalier dépend du fait qu'un patient vive seul ou non à domicile. Les données d'une enquête allemande dans les hôpitaux de soins aigus dans les années 1988 et 89 montrent pourtant que cette variable «sociale» est moins importante qu'on ne le pense. En revanche, le fait de vivre seul ou non est important lorsque l'on considère le risque de rechute. Ainsi, la situation sociale semble moins importante pour une variable de l'intérieur de l'hôpital (durée de séjour), mais déterminante pour ce qui concerne le style de vie à l'extérieur (risque de retour à l'hôpital).

Summary

Length of stay, case-mix, treatment success and discharge status of patients according to their social situation. A study made in German hospitals.

To assume that the length of stay in hospital depends on whether a patient lives alone or not belongs to conventional wisdom in social epidemiology. In the DTI (diagnosis- and therapy) index of Infratest Health Research a randomly selected number of patients of German acute hospitals was asked whether they were living alone or not. Measuring the average length of stay in hospital and the average success of treatment with these data, only a marginal effect of the variable "social situation" remains after correcting for age. The social situation is a very influential variable, however, when considering where patients are released to. A much greater margin of male and female geriatric patients of acute hospitals leave the hospital to go into institutions of long term care and into other hospitals. The social situation proves to be less important within the acute hospital, but to have a severe influence in the process of leaving it.

Literaturverzeichnis

- 1 *Waltz E.* Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit – ein Überblick über die empirische Literatur. In: Badura B, ed. Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt 1981; 40–119.
- 2 *Schaeffer D.* Das Krankenhaus und seine Bedeutung für die Versorgungsverläufe alter Menschen. MMG 1990; 15: 181–190.
- 3 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1987.
- 4 *Ro K-K.* Patient characteristics, hospital characteristics, and hospital use. Medical Care 1969; 7: 295–312.
- 5 *Düllings J.* Inanspruchnahmeprozess in der stationären Versorgung. MMG 1990; 15: 190–199.
- 6 *Greville TNE.* Graduation. In: Kotz S und Johnson NL, eds. Encyclopedia of Statistical Sciences, Vol. 3, New York u.a. 1983.
- 7 *Dinkel RH, Görtler E, Milenovic I.* Der Verweildauerrückgang im Akutkrankenhaus, seine Konsequenzen für Behandlungsergebnis und -kosten. Sozialer Fortschritt 1991; 40: 23–27.
- 8 *Müller U, Klar R.* Umfang von Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern bei Patienten aller Altersklassen. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ed. Forschungsbericht Gesundheitsforschung 189, 1988.
- 9 *Dinkel RH, Görtler E, Milenovic I.* Krankheit und Krankenhausaufenthalt der über 65-jährigen. Eine Bestandsaufnahme der Situation in bundesdeutschen Akutkrankenhäusern im Jahr 1989, Zeitschrift für Gerontologie 1990; 23: 235–245.
- 10 *Garms-Homolova V, Hütter U.* Das soziale Netz Hochbetagter in der Grossstadt. MMG 1990; 15: 170–181.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Reiner H. Dinkel
Universität Bamberg
Feldkirchenstr. 21
D-8600 Bamberg