

Psychische Erkrankungen stellen eine erhebliche Belastung dar. Schizophrenie und bipolare Störungen zählen auf globaler Ebene zu den zehn wichtigsten Ursachen für auf Grund von Behinderung verlorene Lebensjahre (WHO, 2001).

Die psychiatrische Gesundheitsversorgung ist in vielen OECD-Ländern eine Politikpriorität geworden, was mit drastischen Veränderungen bei der Erbringung von Dienstleistungen im Bereich psychische Gesundheit einhergeht, insbesondere bei schweren Störungen wie Schizophrenie und bipolarer Störung. Seit der Deinstitutionalisierung in den 1970er Jahren hat sich die Versorgung von den großen psychiatrischen Krankenhäusern zur gemeindepsychiatrischen Versorgung hin verlagert. Paradoxerweise ist es auf Grund dieser Verlagerung schwieriger geworden, die psychiatrische Gesundheitsversorgung auf Bevölkerungsebene statistisch zu verfolgen, da nur wenige Länder über eine Gesundheitsdateninfrastruktur verfügen, die zur Verfolgung von Patienten über verschiedene Versorgungseinrichtungen hinweg geeignet ist.

In der Regel werden die Raten der ungeplanten Rehospitalisierungen als Indikator für eine unzureichende Koordination der Versorgung nach einer stationären Behandlung wegen psychiatrischer Störungen verwendet. Längere Verweildauern, angemessene Entlassungsplanung und Folgevisiten nach der Entlassung tragen dazu bei, die Zahl der Rehospitalisierungen zu verringern, was darauf hindeutet, dass die Rehospitalisierungsraten eher auf die Funktionsweise der psychiatrischen Gesundheitsdienste insgesamt als auf die Qualität der stationären Versorgung zurückzuführen sind (Lien, 2002). Die 30-Tage-Rehospitalisierungsraten sind in vielen Ländern Teil der Leistungsmonitoring-Systeme im Bereich psychiatrische Gesundheitsversorgung, etwa der Care Quality Commission im Vereinigten Königreich und des National Mental Health Performance Monitoring System in den Vereinigten Staaten.

Abbildung 5.6.1 zeigt die Variationsbreite bei den ungeplanten Rehospitalisierungen wegen Schizophrenie, wobei sich die nordischen Länder am oberen Ende und die Slowakische Republik, das Vereinigte Königreich, Spanien und Italien am unteren Ende des Spektrums befinden. In Bezug auf die Rehospitalisierungsraten bei bipolaren Störungen (Abbildung 5.6.2) bietet sich ein ähnliches Bild, wobei die nordischen Länder weit über dem Durchschnitt liegen. In den meisten Ländern sind die Raten bei Männern und Frauen ähnlich, in Italien jedoch weisen Männer mit Schizophrenie höhere Raten auf, während die Rehospitalisierungsraten bei weiblichen Patienten in Kanada und Dänemark höher sind. Im Hinblick auf Patienten mit bipolarer Störung sind in Finnland, Schweden, Irland, Kanada und Belgien die Rehospitalisierungsraten bei den Frauen höher. Diese Zahlen sind u.U. auf Verhaltensunterschiede bei der Suche nach ärztlicher Hilfe oder auf ein unterschiedliches Management entsprechend dem Geschlecht der Patienten zurückzuführen.

Angebotsseitige Faktoren wie die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten (in der Psychiatrie und insgesamt) sowie das Profil der stationären Einrichtungen (Prozentsatz der stationären

Verorgung in psychiatrischen Krankenhäusern, allgemeinen Akutkrankenhäusern und Wohneinrichtungen) können die Unterschiede bei den Rehospitalisierungsraten nicht erklären. Die durchschnittliche Verweildauer von Patienten mit Schizophrenie oder bipolarer Störung scheint mit den Unterschieden bei den Rehospitalisierungsraten nicht im Zusammenhang zu stehen. Konkrete Beobachtungen lassen darauf schließen, dass die unterschiedlichen Ansätze im Hinblick auf das Krisenmanagement eine Rolle spielen könnten. So setzen einige Länder mit niedrigeren Rehospitalisierungsraten, wie das Vereinigte Königreich, Spanien und Italien, zum Beispiel gemeindepsychiatrische „Krisenteams“ ein, um die Patienten auf ambulanter Basis zu stabilisieren. In anderen Ländern mit hohen Raten, etwa Finnland und Dänemark, werden Intervallpflegeprotokolle verwendet, um instabile Patienten über kurze Zeiträume stationär zu versorgen. Es herrscht zwar ein breiter Konsens darüber, dass die gemeindepsychiatrische Versorgung der stationären Versorgung wo möglich vorzuziehen ist, in bestimmten Ländern scheint sich die Praxis jedoch auf die Ergänzung bzw. Substitution von gemeindepsychiatrischen Instrumenten durch eine stationäre Versorgung zu verlagern. In Ermangelung einer vergleichbaren Ergebnismessgröße in den verschiedenen Ländern sind die Vorteile dieses alternativen Ansatzes schwer zu beurteilen. Die Verbesserung der Informationssysteme im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit wird erforderlich sein, um diese Art von Vergleichsdaten leicht zugänglich zu machen.

Definition und Abweichungen

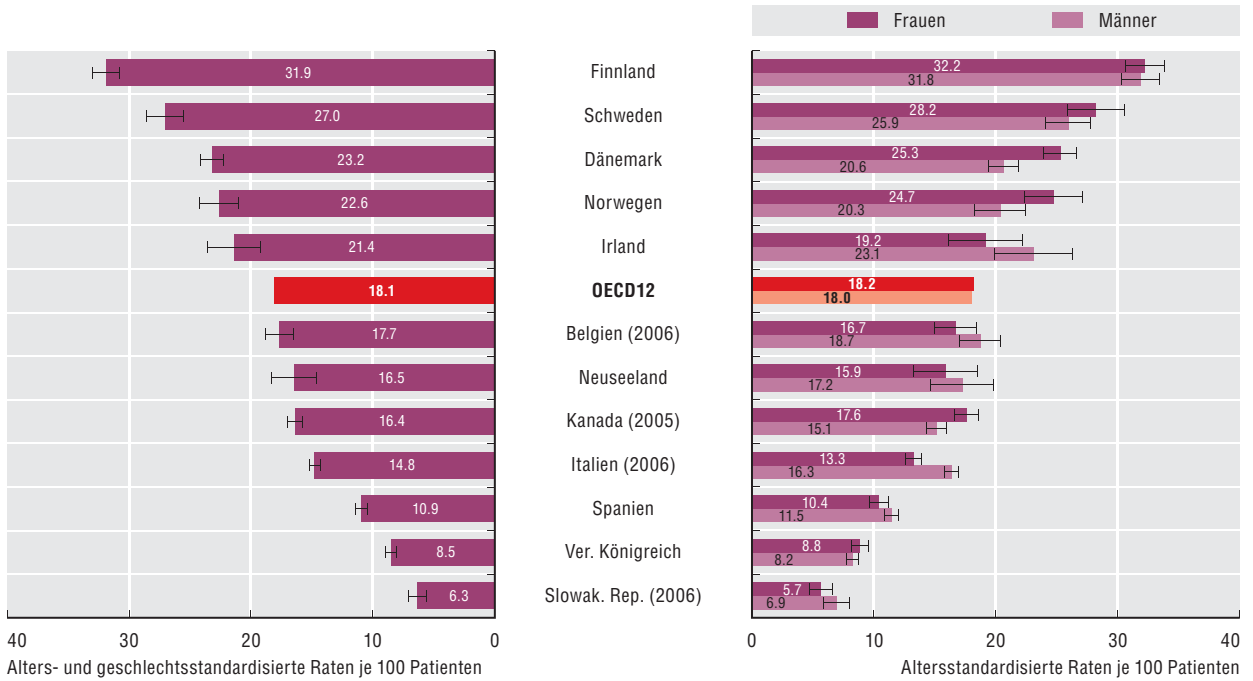
Der Indikator ist definiert als Zahl der jährlichen ungeplanten Wiedereinweisungen pro 100 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie bzw. bipolare Störung. Der Nenner setzt sich aus allen Patienten zusammen, die im Jahresverlauf mindestens ein Mal wegen der Erkrankung eingewiesen wurden. Eine Rehospitalisierung wird als ungeplant betrachtet, wenn der Patient innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung wegen einer psychischen Störung in dasselbe Krankenhaus eingewiesen wird. Einweisungen am selben Tag (innerhalb von weniger als 24 Stunden) sind nicht berücksichtigt.

In vielen Ländern können Patienten nicht über verschiedene Einrichtungen hinweg statistisch verfolgt werden, da keine individuellen Patientenidentifikatoren verwendet werden. Die Raten sind daher nach unten verzerrt, da Rehospitalisierungen in anderen Einrichtungen nicht beobachtet werden können. Bei den acht Ländern, die die Wiedereinweisungsraten in dasselbe oder ein anderes Krankenhaus schätzen konnten, zeigte sich jedoch, dass die Raten auf der Grundlage der beiden verschiedenen Spezifikationen in enger Korrelation zueinander standen und dass die Rangfolge der Länder ähnlich war, was darauf hindeutet, dass die Wiedereinweisungen in dasselbe Krankenhaus als verlässliche Näherungsgröße verwendet werden können.

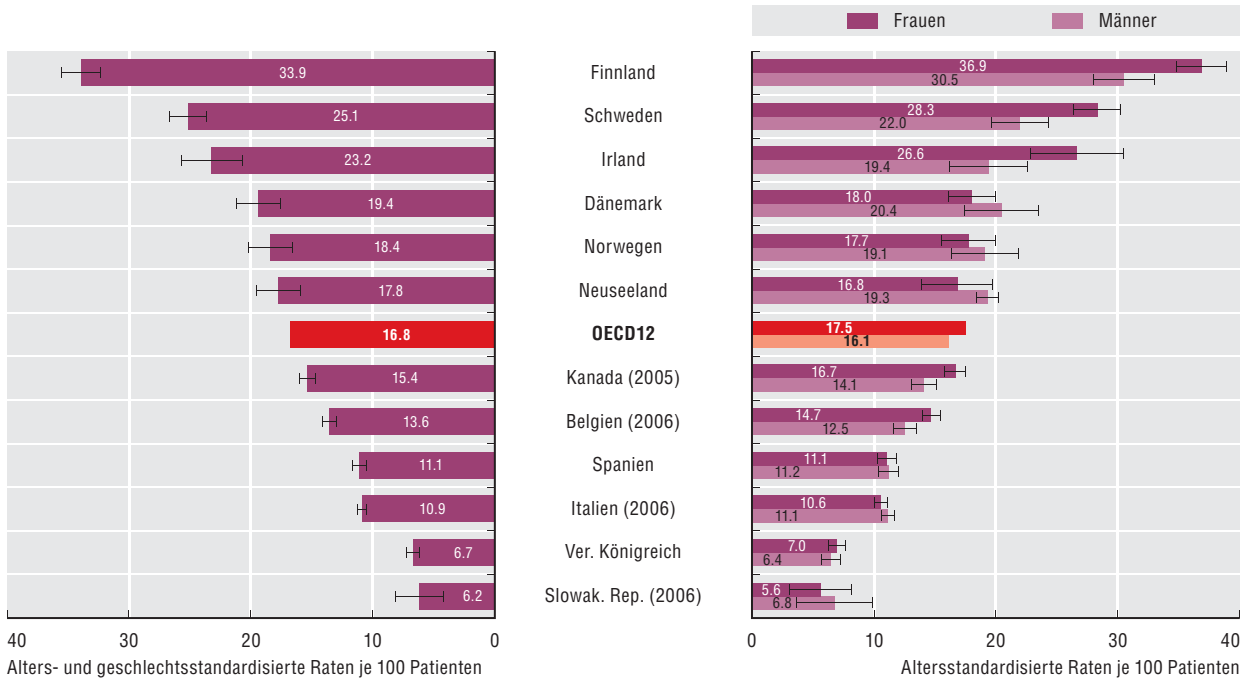
5. QUALITÄT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

5.6. Ungeplante Rehospitalisierungen wegen psychischen Störungen

5.6.1 Ungeplante Rehospitalisierungen in dasselbe Krankenhaus wegen Schizophrenie, 2007



5.6.2 Ungeplante Rehospitalisierungen in dasselbe Krankenhaus wegen bipolarer Störung, 2007



Quelle: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009. Die Raten sind entsprechend der OECD-Bevölkerung aus dem Jahr 2005 alters- und geschlechtsstandardisiert. 95%-Konfidenzintervalle sind durch |—| dargestellt.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/804180342005>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Ungeplante Rehospitalisierungen wegen psychischen Störungen", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-53-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.