

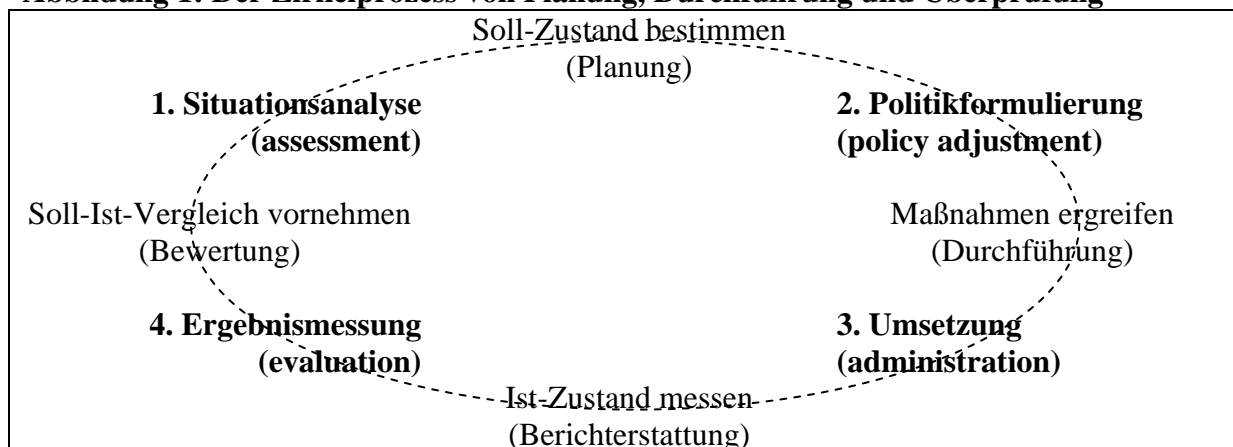
Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997-2005

1. Grundlagen für eine zukunftssträchtige Qualitätsentwicklung

Es gibt in ganz Deutschland weiterhin erhebliche Hindernisse beim Aufbau einer brauchbaren Psychiatrieberichterstattung. Bereits 1975 forderte die Enquête-Kommission des Bundestages zur Lage der Psychiatrie zu diesem Zweck ein Zentralinstitut zu gründen¹. Diese Forderung wurde jedoch nie umgesetzt. Neue Hoffnungen knüpften sich Ende der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts vorübergehend an verschiedene Initiativen zum Aufbau einer regionalen Gesundheitsberichterstattung, ohne dass sich die diesbezüglichen Erwartungen erfüllten². Oft waren die Ansprüche zu groß und die Möglichkeiten zu gering. Es fehlte der Wille von Gesundheits- und Sozialpolitikern, statistische Daten und Fakten zur Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung und zu ihrer Versorgung als wichtige Entscheidungsgrundlagen anzuerkennen. Außerdem brachten die Politik und die Verwaltung nicht den notwendigen „langen Atem“ auf, um das Desinteresse und den Widerstand bei Kostenträgern und Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu überwinden. Schließlich hatten auch die Konzepte der Fachleute zu wenig Überzeugungskraft, um Politik-tauglich zu sein.

Gesundheitsberichterstattung im Allgemeinen und Psychiatrieberichterstattung im Besonderen macht nur Sinn, wenn sie nutzbar ist für eine Ziel-, Prozess- und Ressourcen-orientierte Gestaltung der regionalen Versorgung insgesamt. Eine Daten-gestützte Situationsanalyse sollte Voraussetzung sein für die Formulierung politischer Entscheidungen. Die durch die Umsetzung von Entscheidungen erreichten Ergebnisse müssen messbar sein und sind dann wiederum Ausgangspunkt für eine neue Situationsanalyse (Abbildung 1).

Abbildung 1: Der Zirkelprozess von Planung, Durchführung und Überprüfung

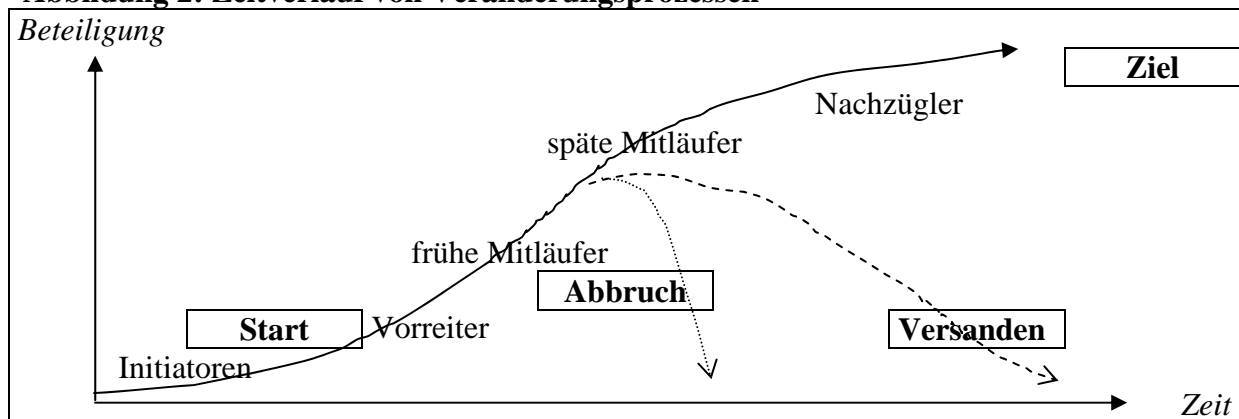


¹ Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

² Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Für den **Verlauf von Veränderungsprozessen** allgemein gilt ebenso wie für den Aufbau einer regionalen Psychiatrieoberichterstattung: Man kann nicht davon ausgehen, dass alle Beteiligten gleich begeistert mitmachen (Abbildung 2). Ein Veränderungsprojekt sollte erst starten, wenn die Initiatoren und die Vorreiter einer Innovation von den Zielen ihres Anliegens überzeugt sind und auf frühe Mitläufer hoffen können. Das Ziel kann nur dann erreicht werden, wenn auch die späten Mitläufer und schließlich die Nachzügler zur Mitwirkung gewonnen werden können, weil sie dann doch den Sinn der dafür erforderlichen Maßnahmen einsehen. Andernfalls wird das Veränderungsprojekt abgebrochen, oder es versandet in der Alltagsroutine.

Abbildung 2: Zeitverlauf von Veränderungsprozessen



In einem früheren Beitrag³ habe ich versucht darzulegen, warum eine Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund auf eine regelmäßige regionale Psychiatrieoberichterstattung angewiesen ist. Die dort vorgetragene Argumentation wird unterstützt und ergänzt durch Clemens Cording⁴. Er spricht sich für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung aus. Vor dem Hintergrund langjähriger Erfahrung und umfassender Kenntnis der relevanten Literatur skizziert er die Mängel der bisherigen Ansätze zur Qualitätssicherung, zeigt die Notwendigkeit von Qualitätssicherung in der Psychiatrie auf und formuliert fünf Thesen für ein neues Qualitätssicherungskonzept:

- Ziel muss die Optimierung der psychiatrischen Versorgung in gesamtgesellschaftlicher Perspektive sein, nicht die betriebswirtschaftliche Optimierung einzelner Institutionen.
- Entscheidende Qualitätskriterien sind die individuellen Langzeitergebnisse über alle beteiligten Behandlungseinrichtungen hinweg (personenzentrierte Evaluation) sowie die Versorgungsqualität definierter Regionen (regionbezogene Evaluation).
- Qualitätssichernde Maßnahmen müssen nach ihrer zu erwartenden Kosteneffektivität priorisiert werden.
- Die Implementierung qualitätssichernder Maßnahmen sollte schrittweise, zielorientiert und koordiniert erfolgen.
- Gesamtgesellschaftlich sinnvolle psychiatrische Qualitätssicherung kann nur funktionieren, wenn auch die politischen und administrativen Rahmenbedingungen zur Optimierung der Versorgung beitragen, u.a. durch Schaffung zielorientierter Anreize zur Selbstoptimierung.

³ Elgeti H (2003): Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen. Sozialpsychiatrische Informationen 33:1; 24-29

⁴ Cording C (2003): Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. Psychiatrische Praxis; 225-229

Die bisherigen Ansätze verfolgen nach Cording eine falsche Zielperspektive, da sie nicht die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in den Mittelpunkt stellen, sondern die Optimierung einer bestimmten Institution. Vor allem große Einrichtungen, also Krankenhaus- und Heimträger, leisten sich entsprechende Programme zur Qualitätssicherung, um Wettbewerbsvorteile für ihre Hilfsangebote gegenüber vermeintlichen oder tatsächlichen Konkurrenten zu gewinnen. Die größten Verbesserungspotentiale in der Versorgung liegen jedoch in den außerstationären Hilfen für Patienten mit schweren Verlaufsformen chronischer psychischer Erkrankungen. Dafür stehen jedoch ungleich viel weniger Ressourcen zur Verfügung als für den stationären Bereich der Kliniken und Heime.

Grundsätzlich lässt sich kaum bestreiten, dass regelmäßig aktualisierte und aussagekräftige Daten zur Versorgung in einer Region benötigt werden, wenn Qualitätssichernde Maßnahmen geplant und später auf ihren Erfolg hin überprüft werden sollen. Der Aufwand für die Lieferanten der erforderlichen Daten muss dabei allerdings möglichst gering gehalten werden. Die Motivation, einen solchen Aufwand überhaupt zu betreiben, lässt sich nur gewinnen und aufrechterhalten, wenn die Führungskräfte und die Mitarbeiter der betroffenen Einrichtungen und Dienste den versprochenen Nutzen auch erkennen können. Man kann verschiedene Bedingungen unterscheiden, von deren Vorhandensein der Nutzen einer regionalen Psychiatrieberichterstattung abhängt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Bedingungen des Nutzens einer regionalen Psychiatrieberichterstattung

Erhebung der Daten:	Beteiligung möglichst aller Einrichtungen in der Region möglichst vollständige und richtige Dateneingabe rechtzeitige Datenübermittlung zur Auswertung
Auswertung der Daten:	Entwicklung aussagekräftiger Kennzahlen zuverlässige Auswertung der erhobenen Daten zeitnahe Erstellung der Auswertungsberichte
Bewertung der Daten und Einsatz in Veränderungsprojekten:	Bereitschaft zur offenen Diskussion der Ergebnisse möglichst übereinstimmende Bewertung der Daten Planung konkreter Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung möglichst genaue Messbarkeit der angezielten Wirkungen

Wenn es nicht gelingt, die Daten möglichst vollständig und fehlerfrei zu erheben, zeitnah auszuwerten und dabei aussagekräftige Kennzahlen zu berechnen, können Maßnahmen zur Qualitätssicherung nicht in der von Cording geforderten Weise geplant, durchgeführt und überprüft werden. Wenn allerdings die Erhebung und die Auswertung der Daten gelingt, stellt sich damit der Nutzen noch nicht von selbst ein. Denn die Einrichtungsträger, die Verbundgremien und die Kommunalpolitiker sind in der Regel noch gar nicht daran gewöhnt, nach solchen Konzepten zu arbeiten. Weder treffen sie ihre Entscheidungen auf der Basis verlässlicher Zahlen zu Bedarf und Angebot an Hilfen für psychisch Kranke, noch lassen sie das Ergebnis ihrer Maßnahmen an Hand vorher vereinbarter Kriterien messen. Insofern benötigen wir nicht nur Mittel und Wege zur optimalen Erhebung und Auswertung relevanter Daten, sondern auch die Unterstützung der Akteure bei der Nutzung der dabei berechneten Kennzahlen. Diese Kennzahlen müssen auch wieder bei der Überprüfung derjenigen Maßnahmen einsetzbar sein, mit deren Hilfe Zielvereinbarungen des Verbundes zur Qualitätsentwicklung umgesetzt werden sollen.

Der Fortschritt braucht seine Zeit, sowohl bei der Erhebung und Auswertung der Daten als auch beim Einsatz von Kennzahlen in der Qualitätssicherung der Hilfen für psychisch Kranke.

Dabei geht es nicht ohne Umwege, Rückschläge und Enttäuschungen ab. Damit das Veränderungsprojekt „Regionale Psychiatrieberichterstattung“ nicht scheitert, müssen alle Beteiligten eine gute Portion Geduld und Ausdauer aufbringen, da der Aufwand nur allmählich abnimmt und der Nutzen erst nach und nach spürbar wird.

2. Entwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover

Im Juni 1997 ist das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)⁵ in seiner novellierten Form in Kraft getreten. Es verpflichtet die Landkreise und kreisfreien Städte in § 8 und § 9 NPsychKG zu bestimmten Maßnahmen im Hinblick auf die Koordination und Planung der Hilfen für psychisch Kranke. Gemäß § 8 soll die Kommune einen Sozialpsychiatrischen Verbund (SPV) aller Anbieter von entsprechenden Hilfen gründen. In § 9 ist festgelegt, dass der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) im Benehmen mit dem SPV einen Sozialpsychiatrischen Plan (SPP) erstellt über den Bedarf an Hilfen und das gegenwärtige Angebot. Dieser Plan ist laufend fortzuschreiben.

Noch vor der Bildung der knapp 1,2 Mio. Einwohner umfassenden Region Hannover im November 2001 haben die Landeshauptstadt und der damalige Landkreis Hannover diese Forderungen des NPsychKG umgesetzt. Auf der Basis einer bereits über 20-jährigen gemeindepsychiatrischen Zusammenarbeit gründeten beide Gebietskörperschaften im Jahre 1998 einen gemeinsamen SPV. In der entsprechenden Vereinbarung haben sich die zuständigen Fachdezernenten eine Konzeption zu Eigen gemacht, die seither die Grundlage der Arbeit des Verbundes bildet. Dort sind neben den Zielperspektiven des Verbundes auch die Aufgaben und die Zusammensetzung der Gremien festgelegt.

Nach dieser Konzeption ist für die Koordination eine Geschäftsstelle vorgesehen, die die Arbeit der Gremien organisatorisch unterstützt und für die Erstellung des jährlich fortzuschreibenden SPP sorgt. Zur Unterstützung der Geschäftsstelle in Fragen der Dokumentation und der Erstellung des SPP arbeiten Mitarbeiter des SpDi und andere Mitglieder des SPV in einer Fachgruppe eng zusammen. Hier wird auch der Entwurf des jährlichen Plans verfasst, der dann im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG), der Delegiertenversammlung des SPV, zur Diskussion gestellt wird.

In der oben genannten Konzeption ist auch ein Zeitplan festgelegt für die Auswertung der statistischen Jahresberichte der inzwischen knapp 60 Einrichtungsträger mit ihren zusammen über 170 verschiedenen Hilfsangeboten, die am gemeinsamen SPV teilnehmen. Diese Jahresberichte sollen nach einheitlichem Muster für ein Kalenderjahr erstellt und bis zum 31.03. des Folgejahres bei der Geschäftsstelle abgegeben werden. Dort sind die Daten bis zum 30.06. auszuwerten, damit dann die Gremien des Verbundes in Kenntnis der Auswertungsberichte bis zum 30.09. ihre Beiträge zum SPP des Folgejahres verfassen können. Bei Einhaltung dieser Fristen kann der vom SpDi erstellte Plan für das Folgejahr bis zum 31.12. dem Fachdezernenten vorgelegt und veröffentlicht werden.

Ende 1999 legten die Stadt und der Landkreis Hannover ihren ersten gemeinsamen SPP vor⁶. Er enthielt für das Berichtsjahr 1998 eine Übersicht aller am Verbund teilnehmenden Dienste und Einrichtungsträger mit ihren verschiedenen Hilfsangeboten, einschließlich Informationen zur Platzzahl, zu den Kostenträgern und zum Einzugsgebiet. Diese Angaben werden in dem Datenblatt A abgefragt, das den ersten von drei Schritten beim Aufbau einer regionalen Psychiatrieberichterstattung markiert. Seit dem Berichtsjahr 1999 wird auch das Datenblatt B

⁵ Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) (1997).

⁶ Landeshauptstadt Hannover und Landkreis Hannover (1999): Sozialpsychiatrischer Plan 2000

eingesetzt, in dem für jedes Hilfsangebot Zahl und Kosten der zum Jahresende belegten Plätze sowie Umfang und Qualifikation des eingesetzten Personals erfragt werden.

Nach kontroverser Diskussion im AKG wurde für das Berichtsjahr 2001 erstmals versuchsweise das Datenblatt C eingeführt. Es stellt den dritten Schritt auf dem Wege zu einer regionalen Psychiatrieberichterstattung dar und fragt einige anonymisierte Daten zur Patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation ab. Dieser Datensatz wurde im Einvernehmen mit dem Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten auf ein vertretbares Minimum beschränkt, um einer missbräuchlichen Deanonymisierung vorzubeugen. Das Datenblatt C soll den Stand zum Jahresende bzw. zum Ende der Betreuung in einem Hilfsangebot dokumentieren, und zwar für alle Patienten, die während des Berichtsjahres dort mindestens einen persönlichen Kontakt hatten.

Auch wenn sich erst eine langsam wachsende Minderheit der Hilfsangebote an diesem Schritt beteiligt, stieg mit der Einführung des Datenblattes C der Aufwand für die Eingabe und Auswertung der Daten sprunghaft an. Damit ergab sich für die Geschäftsstelle des Verbundes die Notwendigkeit, die statistischen Jahresberichte mit Hilfe der EDV auszuwerten. Die Entwicklung der EDV-Programme zur Eingabe und Auswertung der auf den Datenblättern A-C abgefragten Angaben erfolgte 2003/2004 im Rahmen eines Forschungsprojektes durch die Medizinische Hochschule Hannover (MHH). Für die Erstellung des zentralen Auswertungsprogramms gab es eine Kooperation mit dem Institut für medizinische Informatik der Technischen Universität Braunschweig.

3. Definition von Kennzahlen zur Beschreibung der regionalen Versorgung

In einem ersten Schritt wurden Kennzahlen definiert, die sich aus den Angaben in den statistischen Jahresberichten der Einrichtungsträger im Verbund berechnen lassen (Tabelle 2). Zur Charakterisierung der Hilfsangebote wurden aus den Primärdaten der Datenblätter A und B insgesamt acht Kennzahlen gebildet (K1-K8). Weitere elf Kennzahlen betreffen die in den Hilfsangeboten betreuten Patientengruppen und werden nach den Angaben im Datenblatt C berechnet (K9-K19). Sechs Kennzahlen zur Größe der Versorgungssektoren und zur Sozialstruktur ihrer Bevölkerung werden berechnet aus Daten zur kleinräumigen Jahresstatistik der Stadt Hannover und – für das ehemalige Landkreis-Gebiet – der Region (K20-K25). Schließlich gibt es noch drei Bevölkerungsbezogene Kennzahlen zur regionalen Versorgung (K26-K28). Sie ermöglichen es, die Inanspruchnahme von Hilfen, das Platzangebot und den Fachkräfteeinsatz in der Region Hannover zwischen den einzelnen Angebotsformen zu vergleichen.

Aus den Patientenbezogenen Merkmalen zur Basisdokumentation im Datenblatt C erfolgt auch die Berechnung des psychosozialen Risikoscores (K14) durch Summierung der Einzelscores über alle 8 erfassten psychiatrisch relevanten und soziodemographischen Merkmale. Vier dieser Merkmale betreffen die Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung der Betroffenen, vier weitere das Ausmaß ihrer sozialen Desintegration. Die Berechnung des Risikoscores ist möglich, wenn die jeweiligen Merkmalsausprägungen zwischen 1 und 4 liegen; nur bei dem Merkmal „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ wird auch ein Wert 0 (bisher kein Klinikaufenthalt) mit einbezogen. Der Summenscore aller acht Merkmale kann demnach einen Wert zwischen 7 und 32 annehmen.

Der Risikoscore kann immer dann nicht berechnet werden, wenn es sich um minderjährige Patienten handelt und wenn die Angaben bei einzelnen Merkmalen nicht im geschilderten Einschlussbereich liegen. Dies ist am häufigsten dann der Fall, wenn die Antwort zu dem erfragten Merkmal „unbekannt / unklar“ lautet oder ganz fehlt.

Aus der kleinräumigen Jahresstatistik der Landeshauptstadt und der Region Hannover erhält die Geschäftsstelle des SPV für die einzelnen Versorgungssektoren die Daten für die Ermittlung der 6 Kennzahlen zur Größe und Sozialstruktur des Einzugsgebietes berechnet (K20-K26). Eine hohe Bevölkerungsdichte (K22) und ein hoher Anteil Arbeitsloser (K25) in einem Sektor lassen ein vermehrtes Vorkommen schwerer und chronisch verlaufender psychischer Erkrankungen erwarten. Vom Anteil Minderjähriger (K23) und alter Menschen (K24) hängt der Umfang besonderer Problemlagen in der Kinder-Jugend-Psychiatrie und in der Gerontopsychiatrie ab. Eine Kombination von hoher Einwohnerzahl (K20) und niedriger Bevölkerungsdichte (K22) in einem Einzugsgebiet zeigt an, dass hier ein besonderer Einsatz erforderlich ist, um den psychisch Kranken die Inanspruchnahme wohnortnaher und aufsuchender Hilfen zu ermöglichen.

Tabelle 2: Definition von Kennzahlen zur regionalen Psychiatrieberichtserstattung

Nr.	Name	Definition
K1	Platzangebot	Platzzahl nach Plan
K2	Belegungsquote	Platzzahl nach Belegung am 31.12. in % des Platzangebotes
K3	Patientenzahl	Anzahl der Patienten im Berichtsjahr
K4	Personalumfang	Vollzeitstellen Personal aller Grundqualifikationen (GQ 1-4)
K5	Berufsgruppenmix	%-Anteil des Personals in den vier Grundqualifikationen
K6	Zusatzqualifikation	Fachkräfte (FK; GQ 1-3) mit Zusatzqualifikation in % aller FK
K7	Betreuungsintensität	Anzahl der belegten Plätze auf 1 Vollzeitstelle der Fachkräfte
K8	Betreuungskosten	durchschnittliche Jahreskosten in €pro belegtem Platz
K9	männliche Patienten	Anteil Männer bei den Patienten in %
K10	minderjährige Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 18 Jahren in %
K11	jüngere Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 45 Jahren in %
K12	alte Patienten	Anteil Patienten im Alter ab 65 Jahren in %
K13	gesetzlich betreute Patienten	Anteil der Patienten mit gesetzlicher Betreuung in %
K14	psychosoziales Risiko	Durchschnitt Summenscore aus Merkmalen 3.1-3.8 des Datenblattes C
K15	Betreuungskontinuität	durchschnittliche Dauer der eigenen Hilfeleistung im Berichtsjahr
K16	Diagnosenmix	%-Anteil der Patienten in den vier Diagnosegruppen
K17	Sektorzugehörigkeit	Verteilung der Patienten nach dem Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes
K18	Fallkoordination	%-Anteil der Patienten, für die der Bezugstherapeut dieses Angebotes ggf. auch weitere Hilfen plant und koordiniert
K19	Versorgungskombinationen	Verteilung ggf. weiterer Versorgungsleistungen auf die Angebotsformen
K20	Einwohnerzahl	Wohnberechtigte Bevölkerung nach Melderegister
K21	Fläche	Gesamtfläche des Gebietes in Hektar nach NLS
K22	Bevölkerungsdichte	Einwohnerzahl pro Hektar Fläche des zugehörigen Gebietes
K23	Minderjährige	Anteil Personen unter 18 Jahren
K24	Alte	Anteil Personen ab 65 Jahren
K25	Arbeitslose	Anteil Arbeitsloser an den 18- bis unter 65-jährigen Personen
K26	Inanspruchnahme-Ziffer	Patienten mit (letztem) Wohnsitz im betreffenden Einzugsgebiet pro 100.000 Einw. dieses Gebietes in den Angebotsformen / Leistungsarten
K27	Messziffer Platzangebot	Platzangebot pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes
K28	Messziffer Fachkräfteeinsatz	Vollzeitstellen Fachkräfte (Grundqualifikationen 1-3) pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes

Die Ergebnisse zu den Kennzahlen zur regionalen Inanspruchnahme und Verfügbarkeit der Hilfen (K26-K28) spiegeln erst dann die Versorgungsrealität zutreffend wider, wenn alle Einrichtungsträger zu allen ihren Hilfsangeboten vollständige Datensätze abgeben. Dieses Ziel ist nur allmählich und mit Unterstützung der verschiedenen Kostenträger erreichbar, die solche anonymisierten Angaben zu einem Bestandteil ihrer externen Qualitätskontrolle machen sollten. Bis dahin muss sich die Interpretation dieser Kennzahl auf Angebotsformen beschränken, in denen die vorgegebenen Formulare zur Patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation einigermäßen vollständig ausgefüllt werden.

Die Hilfsangebote im SPV wurden zu intern möglichst einheitlichen und extern gut abgegrenzten Angebotsformen (AF) zusammengefasst (Tabelle 3). Angaben zum Platzangebot fehlen überall dort, wo die Versorgungseinrichtungen im SPV entweder keine Hilfsangebote vorhalten oder für diese überwiegend keine Platzzahlen genannt haben. Datenblätter C wurden bisher vor allem von Sozialpsychiatrischen Diensten / Psychiatrischen Institutsambulanzen für Erwachsene (AF 10), von den Hilfsangeboten des Ambulant betreuten Wohnens (AF 13) und von Suchtberatungsstellen (AF 16) ausgefüllt.

Tabelle 3: Liste der Angebotsformen im Sozialpsychiatrischen Verbund

Code-Nr.	Platzangebot				Kurzbezeichnung der Angebotsform	
	2001	2002	2003	2004		
ambulante Hilfen	10				ambulante Dienste für Erwachsene (PIA/SpDi)	
	11				amb. Dienste für Kinder u. Jugendliche (PIA/SpDi)	
	12				Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	
	13	457	509	510	*	Ambulant betreutes Wohnen gemäß § 39 BSHG
	14					andere Hilfen zum Wohnen und zur Selbstversorgung
	15	30	79	48	*	spezielle Hilfen zur Arbeit und zur Ausbildung
	16					spezielle Hilfen für Suchtkranke
	17					spez. komplement. Hilfen für Kinder und Jugendliche
	18					spezielle komplementäre Hilfen für alte Menschen
19	355	1225	1205	*	sonstige ambulante Hilfen	
teilstationäre Hilfen	20	96	103	117	115	tagesklin. Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie
	21	8	8	8	8	tagesklin. Behandl. in der Kinder-Jugend-Psychiatrie
	22	11	11	11	15	tagesklinische Behandlung in der Gerontopsychiatrie
	23	124	124	132	136	Tagesstätten gemäß § 39 BSHG
	24	237	242	279	283	Werkstätten für (seelisch) behind. Menschen (WfbM)
	25	63	66	63	63	andere Hilfen zur Arbeit, Ausbildung, Tagesstruktur.
	26	33	12	12	22	spezielle tagesklinische Angebote für Suchtkranke
	27					spez. komplement. Hilfen für Kinder und Jugendliche
	28	44	44	62	50	spezielle komplementäre Hilfen für alte Menschen
29					sonstige teilstationäre Leistungen	
stationäre Hilfen	30	914	887	916	882	Behandlung (SGB V) in einer Klinik für Erwachsene
	31	86	86	86	86	Behandl. (SGB V) in der Kinder-Jugend-Psychiatrie
	32	130	125	138	150	Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs
	33	606	550	581	611	(Übergangs-) Wohnheim/Wohngruppe (nur SGB XII)
	34	1120	1190	1111	1111	psychiatr. Pflegeheim/Wohngruppe (SGB XII/PfIV)
	35	229	200	214	214	spezielle komplementäre Hilfen für Wohnungslose
	36	57	150	191	215	spezielle komplementäre Hilfen für Suchtkranke
	37	43	43	43	43	spez. komplement. Hilfen für Kinder und Jugendliche
	38	359	254	254	394	spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen
	39	10	17	17		sonstige stationäre Leistungen

* Für das Berichtsjahr 2004 haben einige Träger ambulanter Hilfen keine Planzahlen angegeben.

Das EDV-Programm stellt die Ergebnisse seiner Berechnungen automatisch in Auswertungsberichten zusammen, und zwar gesondert (mit den jeweils interessierenden Daten) für die einzelnen Einrichtungsträger, Fachgruppen und Sektor-Arbeitsgemeinschaften im SPV der Region. Die Auswertungsberichte basieren auf insgesamt 8 Grundtabellen, in denen die Ergebnisse zu den verschiedenen Kennzahlen aufgeführt sind. Zu den Werten des Berichtsjahres werden in der Regel auch noch die Vorjahreswerte mitgeliefert (Tabelle 4).

Tabelle 4: Die acht Grundtabellen der Auswertungsberichte

Nr.	Kurzbezeichnung der Tabelle	Kennzahlen
1	Umfang, Personaleinsatz und Kosten der Betreuung	K1-K8
2	Merkmale der betreuten Patienten	K9-K16
3	Verteilung der Patienten nach ihrem Wohnsitz	K17
4	Zuständigkeit für Fallkoordination bei den betreuten Patienten	K18
5	Versorgungskombinationen im Berichtsjahr bei Patienten mit Fallkoordination und komplexem Hilfebedarf	K19
6	Größe und Sozialstruktur des Einzugsgebietes	K20-K25
7	Inanspruchnahme der Hilfen nach Wohnsitz der Patienten	K26
8	Regionale Inanspruchnahme / Verfügbarkeit der Hilfen	K26-K28

Ein Datenvergleich ist grundsätzlich möglich

- im Querschnitt zwischen einzelnen Hilfsangeboten oder Angebotsformen mit ähnlicher Ausrichtung einschließlich der Patientengruppen, die dort betreut werden,
- im Querschnitt zwischen Einzugsgebieten mit ähnlicher Sozialstruktur einschließlich der Patientengruppen, die dort wohnen bzw. dort ihren letzten Wohnsitz hatten, und
- im Längsschnitt zwischen den Ergebnissen der verschiedenen Berichtsjahre, bezogen auf einzelne Hilfsangebote, Angebotsformen oder Einzugsgebiete.

4. Erste Ergebnisse bei der Berechnung von Kennzahlen

Im Datenblatt A sind allgemeine Angaben zu den Hilfsangeboten der am Verbund beteiligten Einrichtungsträger enthalten. Auf sie beziehen sich die Kennzahlen K1 (Platzangebot) und K2 (Belegungsquote). Die Daten zum Platzangebot sind in der Tabelle 2 aufgeführt und basieren auf den Angaben, die in den Sozialpsychiatrischen Plänen veröffentlicht wurden. In die EDV-gestützte Auswertung wurden bisher lediglich die einigermaßen zuverlässigen Daten der Berichtsjahre 2001 und 2004 einbezogen. Eine getrennte Angabe der Plätze nach Plan und der am 31.12. des Berichtsjahres tatsächlich belegten Plätze fand bisher kaum statt, so dass als Belegungsquote meist Vollbelegung (100%) angezeigt wird.

Im Datenblatt B werden Zahl und Kosten der belegten Plätze sowie Umfang und Qualifikation des eingesetzten Personals erfragt. Auf sie beziehen sich die Kennzahlen K3-K8. Die Zahl der betreuten Patienten im Berichtsjahr (K3) ist in den statistischen Jahresberichten der vergangenen Jahre nicht angegeben worden. Die Kennzahlen zu Umfang und Qualifikation des eingesetzten Personals betreffen zunächst den Personalumfang (K4) und den Berufsgruppenmix (K5), gemessen als prozentuale Verteilung zwischen vier Gruppen mit definierten Grundqualifikationen. Das Fachpersonal ist nach drei Gruppen differenziert, die vierte Gruppe umfasst das Verwaltungspersonal (Tabelle 5).

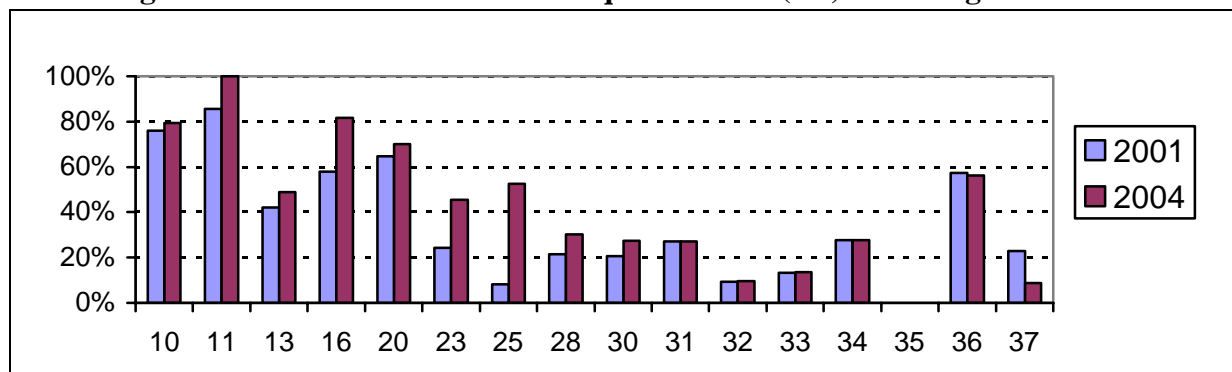
Nach vorherrschender Überzeugung reichen die Grundqualifikationen der Fachkräfte allein für die speziellen Anforderungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung nicht aus. Daher wird im Datenblatt B für die einzelnen Hilfsangebote auch der Anteil von Fachkräften mit abgeschlossener Zusatzqualifikation (K6) erfragt. Die Auswertungen für die Berichtsjahre 2001 und 2004 zeigen deutliche Unterschiede sowohl zwischen den Durchschnittswerten ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen als auch zwischen den einzelnen Angebotsformen innerhalb dieser drei Leistungsarten (Abbildung 3). Insgesamt hat der Anteil von Mitarbeitern mit Zusatzqualifikation von 2001 bis 2004 besonders bei den ambulanten und teilstationären Hilfen zugenommen.

Tabelle 5: Umfang der Hilfen und Qualifikation des eingesetzten Personals

	Jahr	bet. Angebote		eingesetztes Personal					mit ZQ (K6)
		Zahl	Plätze (K1)	Zahl (VK) (K4)	Berufsgruppenmix nach GQ* (K5)				
					1	2	3	4	
amb. Hilfen	2001	74		260	23	60	3	14	48%
	2004	91		310	25	64	1	10	60%
teilst. Hilfen	2001	27	633	105	19	65	11	5	34%
	2004	26	645	115	15	63	18	4	45%
stat. Hilfen	2001	52	3305	1375	16	79	4	1	21%
	2004	53	3749	1324	13	72	13	2	22%

* GQ = Grundqualifikationen; GQ 1: Medizin, Psychologie, Pädagogik u. ä.; GQ 2: Sozialpädagogik, Krankenpflege, Ergotherapie, Heilerziehungspflege, Meister u. ä.; GQ 3: Hauswirtschaft, Heilhilfberufe, Facharbeiter u. ä.; GQ 4: Verwaltungspersonal

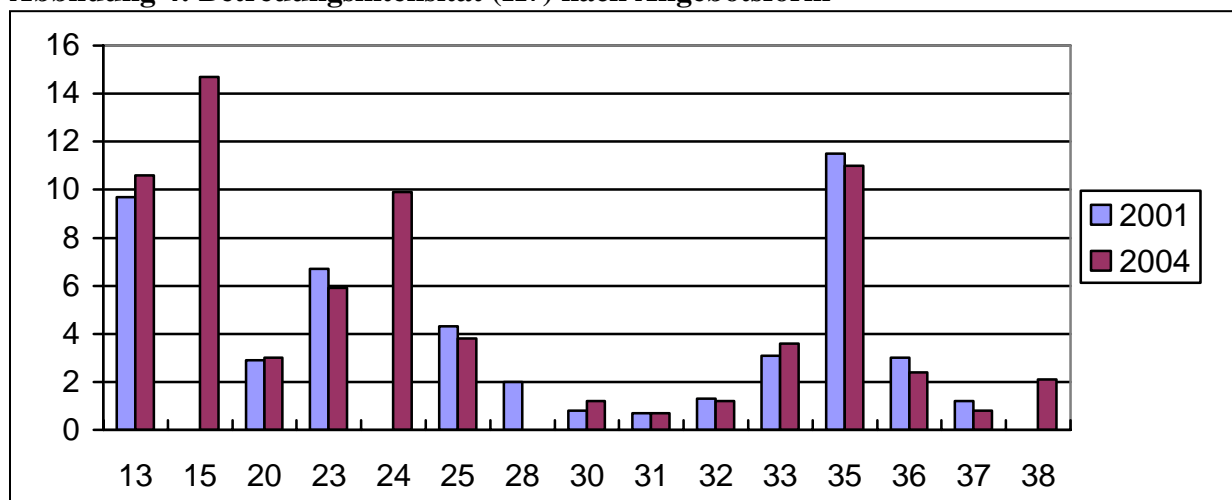
Abbildung 3: Anteil Fachkräfte mit Zusatzqualifikation (K6) nach Angebotsform*



* Bezeichnung der Angebotsformen mit ihrer Code-Nummer nach Tabelle 2; nur Angebotsformen mit Angabe von mindestens 10 Vollkräften

Die in einem Hilfsangebot eingesetzten Fachkräfte und die Zahl der belegten Plätze sind in der Kennzahl „Betreuungsintensität“ (K7) miteinander in Beziehung gesetzt, gemessen als Zahl der betreuten Patienten pro Vollkraft. Je höher der Wert ist, desto geringer ist also die Betreuungsintensität (Abbildung 4). Hier fällt die sehr geringe Betreuungsintensität in der Angebotsform 35 (spezielle stationäre Hilfen für Wohnungslose) ins Auge.

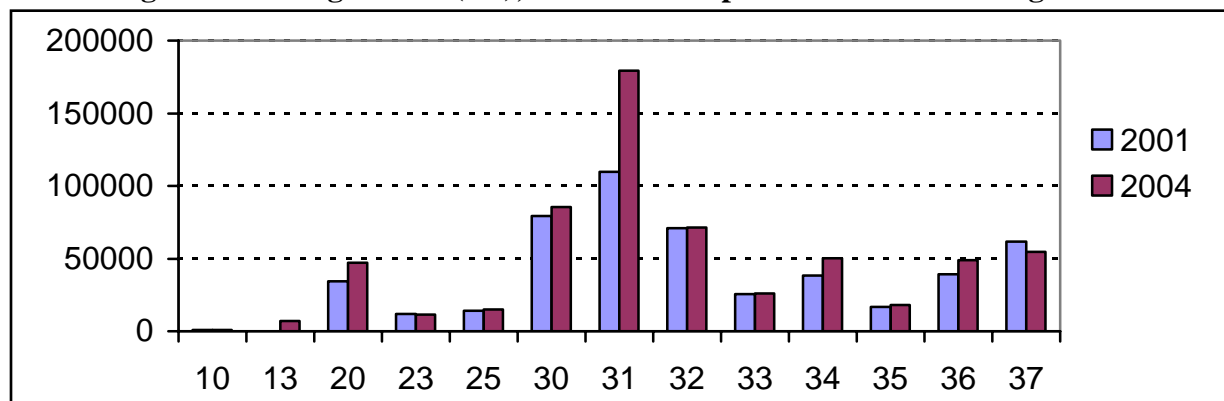
Abbildung 4: Betreuungsintensität (K7) nach Angebotsform*



* ohne Angebotsformen 10 (Betreuungsintensität 2004: 46,7 Patienten pro Vollzeitkraft) und 16 (Betreuungsintensität 2004 60,0 Patienten pro Vollzeitkraft); Bezeichnung der Angebotsformen mit ihrer Code-Nummer nach Tabelle 2; nur Angebotsformen mit Angabe von mindestens 10 Vollkräften

Die Betreuungskosten (K8) werden aus den Angaben im Datenblatt B als durchschnittliche Jahreskosten in € pro belegtem Platz berechnet. Gibt es in einem Hilfsangebot mehrere Kostensätze, so werden diese mit der Anzahl der jeweils zum Jahresende betreuten Patienten multipliziert und durch die Gesamtsumme der zu diesem Zeitpunkt betreuten Patienten dividiert. Bei den Ergebnissen nach Angebotsform (Abbildung 5) ist zu berücksichtigen, dass in den Kostensätzen der teil- und vollstationären Hilfsangebote in mehr oder weniger großem Umfang auch Verpflegungs-, Investitions- und Instandhaltungskosten enthalten sind.

Abbildung 5: Betreuungskosten (K8); Jahreskosten pro Platz in € nach Angebotsform*



* Bezeichnung der Angebotsformen mit ihrer Code-Nummer nach Tabelle 2; nur Angebotsformen mit Angabe von mindestens 10 Vollkräften

Das Datenblatt C ist bisher nur bei den Hilfsangeboten der Angebotsformen (AF) 10, 13 und 16 so weit gehend in Gebrauch, dass die zusammenfassende Darstellung der diesbezüglichen Ergebnisse eine gewisse Aussagekraft beanspruchen kann. So haben sich 2004 in der AF 10 zwar zehn der elf Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes an der Datenerhebung beteiligt, aber nur eine von acht Psychiatrischen Institutsambulanzen.

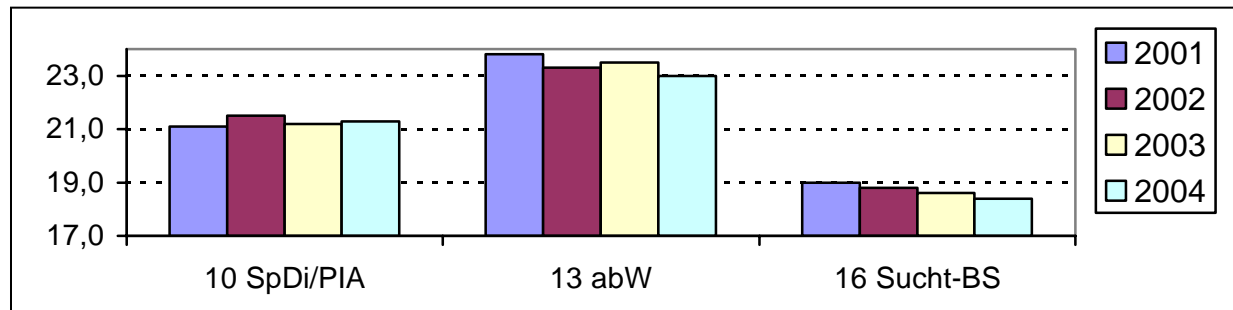
Trotz dieser Einschränkungen gibt es einige bemerkenswerte Ergebnisse bei den Kennzahlen zu den betreuten Patientengruppen (Tabelle 6). Recht hoch ist der Anteil männlicher Patienten (K9) sowohl bei den Suchtberatungsstellen (Sucht-BS) als auch beim Ambulant betreuten Wohnen (abW) und beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi/PIA). Bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten dagegen überwiegen immer sehr deutlich Patientinnen, die im Durchschnitt besser in der Lage sind, ihre Hilfsbedürftigkeit zu erkennen zu geben. Bei der Altersverteilung (K10-K12) wird deutlich, dass der Altersdurchschnitt der Patienten beim Sozialpsychiatrischen Dienst jenseits des 45. Lebensjahres liegt, beim Ambulant betreuten Wohnen dagegen wie auch bei den Suchtberatungsstellen diesseits. Gut die Hälfte der Personen, die Ambulant betreutes Wohnen erhalten, hat auch eine gesetzliche Betreuung, und bei der Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es immerhin auch mehr als ein Viertel.

Tabelle 6: persönliche Merkmale der betreuten Patienten (K9-K13) im Jahre 2004

Nummer und Kurzbezeichnung der Angebotsform	Anzahl abgegebener Datenblätter	männliche Patienten (K9)	Patienten unter 18 Jahre (K10)	Patienten unter 45 Jahre (K11)	Patienten ab 65 Jahre (K12)	gesetzlich betreute Patienten (K13)
10: SpDi/PIA	3727	49,1%	0,3%	47,7%	16,1%	36,8%
13: abW	632	61,9%	0%	54,6%	4,0%	50,4%
16: Sucht-BS	987	63,6%	0,6%	54,1%	3,3%	1,5%

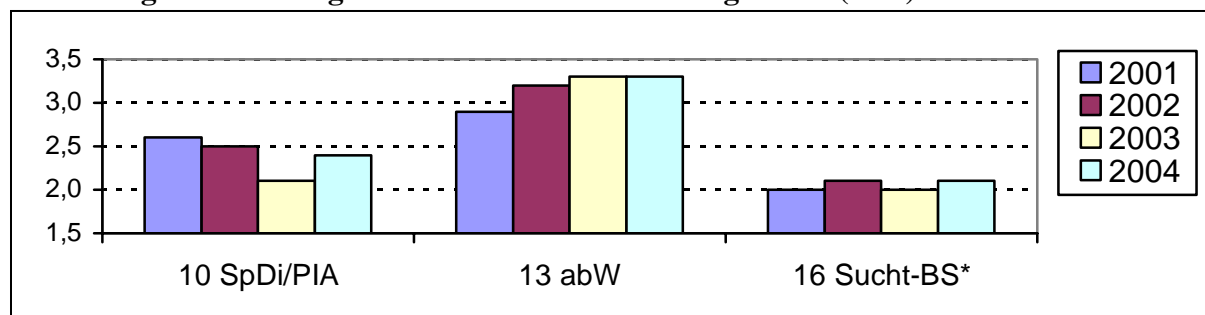
Der Summenscore des psychosozialen Risikos (K14) veranschaulicht die großen Unterschiede zwischen den Nutzergruppen der drei genannten Angebotsformen. Die Durchschnittswerte zeigen bei den Nutzern der Suchtberatungsstellen und des ambulant betreuten Wohnens im Verlauf der Berichtsjahre 2001 bis 2004 eine leicht abfallende Tendenz, verbunden zumindest beim ambulant betreuten Wohnen mit einer Fallzahlausweitung (Abbildung 6).

Abbildung 6: durchschnittliches Psychosoziales Risiko der betreuten Patienten (K14)



Bei der Kennzahl zur Betreuungskontinuität (K15) wird die Anzahl der Quartale berechnet, in denen die Patienten im Berichtsjahr durchschnittlich im Hilfsangebot betreut wurden (Abbildung 7). Hier ist es beim ambulant betreuten Wohnen zu einem Anstieg der Betreuungskontinuität gekommen, der angesichts des insgesamt hohen psychosozialen Risikos der Patienten sicherlich zu begrüßen ist.

Abbildung 7: Betreuungskontinuität bei den Hilfsangeboten (K15)



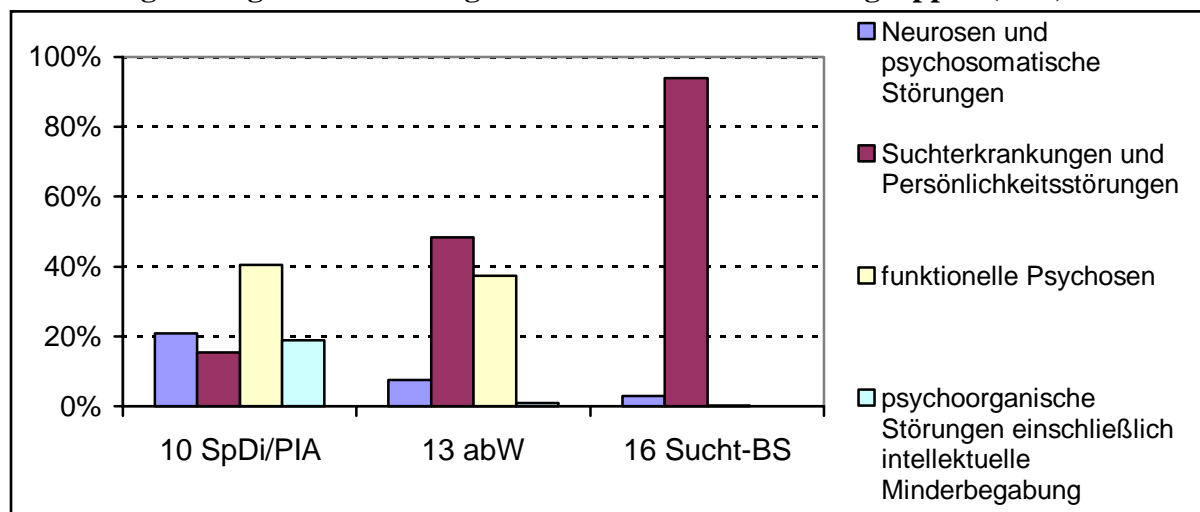
* Da bei den Suchtberatungsstellen Einmalkontakte grundsätzlich nicht dokumentiert wurden, ist die Betreuungskontinuität hier tatsächlich noch niedriger.

Die Ergebnisse zur Diagnosenverteilung zeigen, wie hoch inzwischen beim ambulant betreuten Wohnen der Anteil von Patienten mit einer vorrangigen Suchterkrankung oder Persönlichkeitsstörung ist (Abbildung 8). Bei den Suchtberatungsstellen werden erwartungsgemäß fast ausschließlich Patienten mit diesen Erkrankungen betreut, im Sozialpsychiatrischen Dienst werden bei einem traditionell breiten Diagnosenspektrum vorwiegend bei Patienten mit funktionellen Psychosen betreut.

Die übrigen Kennzahlen, die aus den Angaben des Datenblattes C berechnet werden können, lassen sich mangels Vollständigkeit der Daten noch nicht sinnvoll interpretieren. Es handelt sich dabei um Kennzahlen zur Verteilung der Patienten nach dem Sektor ihres Wohnsitzes (K17), zum Anteil der betreuten Patienten mit einer Zuständigkeit für Fallkoordination (K18) und den in diesem Rahmen während des Berichtsjahres stattgehabten Versorgungskombinationen (K19). Aus Platzgründen wird hier auch darauf verzichtet, die Ergebnisse bei den Kennzahlen zur Größe und Sozialstruktur der Einzugsgebiete (K20-K25)

darzustellen⁷. Die Kennzahlen zur regionalen Inanspruchnahme und zur Verfügbarkeit von Hilfen (K26-K28) erlangen erst dann ihre Aussagekraft, wenn sich die im Verbund kooperierenden Versorgungseinrichtungen zumindest für einzelne Angebotsformen einigermaßen vollständig an der Datenerhebung beteiligen.

Abbildung 8: Diagnosenverteilung bei den betreuten Patientengruppen (K15) 2004



5. Einsatz von Kennzahlen bei regionalen Zielvereinbarungen

Ende 2004 wurde den Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover auf Grundlage der bisherigen Ergebnisse zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Abschluss von regionalen Zielvereinbarungen vorgeschlagen. Ein Vorschlag betrifft ein Projekt zur Weiter- und Fortbildung der Mitarbeiter von Hilfsangeboten der sozialen Eingliederung nach § 53 SGB XII (ambulant betreutes Wohnen, Tagesstätten, Wohnheime). Hier wurde ein vergleichsweise eher geringerer Personalanteil mit Zusatzqualifikation festgestellt, der durch Qualifikationsangebote angehoben werden soll, überprüfbar an der entsprechenden Kennzahl K6 in den Auswertungsberichten der nächsten Jahre (Tabelle 7).

Tabelle 7: Angebote der Eingliederungshilfe im Vergleich zur jeweiligen Leistungsart

Berichtsjahr	2001			2004		
	Zahl der Angebote	Vollkräfte (K4)	mit ZQ (K6)	Zahl der Angebote	Vollkräfte (K4)	mit ZQ (K6)
10-19 (amb. Hilfen)	74	260	48%	91	310	60%
nur 13 (abW)	10	43	42%	12	94	49%
20-29 (teilstat. Hilfen)	27	105	34%	26	115	45%
nur 23 (Tagesstätten)	6	21	34%	6	17	46%
30-39 (stat. Hilfen)	52	1375	21%	53	1324	22%
nur 33 (Wohnheime)	10	160	13%	13	181	14%

Ein zweiter Vorschlag bezieht sich eine Gruppe von Patienten mit einem besonders hohen Risiko für Langzeithospitalisationen im Verlauf ihrer Erkrankung. Männer, die in jungen Jahren an einer funktionellen Psychose erkranken, sind besonders gefährdet im Hinblick auf Vereinsamung und Suizidhandlungen, Arbeits- und Wohnungslosigkeit, zwangsweise

⁷ siehe dazu: Region Hannover (2005): Sozialpsychiatrischer Plan 2005 (als PDF-Datei verfügbar unter der Internet-Adresse <http://www99.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie/index.html>)

Unterbringungen und langfristige Betreuungen in einer Klinik oder einem Heim⁸. Die Auswertungsergebnisse der statistischen Jahresberichte der Einrichtungen im sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover bieten einige Belege für das Problem (Tabelle 8). Das psychosoziale Risiko der Betroffenen ist hoch, die Kontinuität der Betreuung außerhalb der Klinik gegenüber der Gesamtgruppe der Patienten mit funktionellen Psychosen geringer, der Anteil der Patienten mit Klinikaufenthalten im Berichtsjahr höher.

Tabelle 8: einige Merkmale junger Männer mit funktionellen Psychosen

	alle Patienten		Patienten mit funktioneller Psychose		davon nur die Männer im Alter <25 Jahre	
	2001	2004	2001	2004	2001	2004
Berichtsjahr	2001	2004	2001	2004	2001	2004
Anzahl ausgewerteter Datenblätter C	2219	5582	831	1728	32	81
Anteil Datenblätter C von SpDi	49%	67%	71%	79%	69%	74%
Durchschnitt psychosoziales Risiko	21,0	21,0	23,0	22,8	23,8	22,8
Quartale Betreuung außerhalb Klinik	2,5	2,5	3,2	3,1	2,2	2,6
Anteil in der Klinik im Berichtsjahr	34%	35%	30%	35%	61%	59%

Nach dem NPsychKG ist der Sozialpsychiatrische Dienst bei psychisch Kranken auch zu nachgehenden und aufsuchenden Hilfen verpflichtet, wenn ihm ein Hilfebedarf bekannt wird, der auf andere Weise noch nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden kann. Die betreffenden Kommunen haben darauf hinzuwirken, dass außerklinische Hilfsangebote in Anspruch genommen werden können. Der Sozialpsychiatrische Dienst soll dafür sorgen, dass ausreichende Einrichtungen der außerklinisch-stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung und Rehabilitation sowie soziale und pädagogische Dienste vorhanden sind und in Anspruch genommen werden. Er arbeitet dazu mit den anderen Anbietern zusammen, und seine Hilfen sollen mit ähnlichen Hilfen abgestimmt werden. Er hat die Behandlung durch eigene fachärztliche Kräfte so lange zu gewährleisten, bis diese anderweitig erfolgen kann.

Das Projekt soll innerhalb von fünf Jahren zu einer deutlichen Verbesserung der Betreuungskontinuität bei jungen Männern mit funktionellen Psychosen führen. Gleichzeitig sollen stationär behandlungsbedürftige Krisen bei dieser Zielgruppe abnehmen. Einrichtungsträger sollen dem SpDi mitteilen, wenn ein männlicher Psychosekranker unter 25 Jahren bei ihnen die Behandlung oder Betreuung abgebrochen hat, ohne dass eine dringend notwendige Weiterbetreuung an anderer Stelle gesichert ist. Ein Mitarbeiter des SpDi übernimmt dann für diese Person und seine Angehörigen langfristig die Funktion eines Ansprechpartners, koordiniert die für ihn erforderlichen Hilfen und versucht wenigstens einmal pro Jahr mit ihm in Kontakt zu kommen. Außerdem soll versucht werden, die Hilfsangebote nach den verschiedenen Leistungsgesetzen für diesen Personenkreis in der Region besser aufeinander abzustimmen, zu modifizieren und zu ergänzen.

Der Weg bis zur vollen Wirksamkeit einer regionalen Psychiatrieberaterstattung ist auch in der Region Hannover noch lang, aber mit den bisherigen Ergebnissen ist bereits jetzt für alle besser sichtbar, wohin dieser Weg führen kann. Viele Einrichtungsträger müssen den Nutzen dieses Instrumentes für eine systematische Qualitätsentwicklung erst noch erkennen. Politik und Kostenträger wiederum werden Anreize und Vorgaben schaffen müssen, damit die Einrichtungsträger vollständig und zuverlässig aussagefähige und vergleichbare Daten liefern.

⁸ Elgeti H et al. (2000): Prävention von Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken. Abschlussbericht der Studie im Auftrag des Landesfachbeirates Niedersachsen als PDF-Datei verfügbar unter der Internet-Adresse <http://www99.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie/index.html>