



Fachkliniken Nordfriesland
gGmbH

verstehen und handeln

Regionales Psychriatriebudget (RPB) in Nordfriesland: 2008 bis 2012

Bericht der begleitenden Evaluation

*von Dr. rer.nat. Anke Bauer, Dr. med. Christoph Mai,
Dr. med. Frank Oliver Hauf & Ingo Tüchsen*

Riddorf, November 2013

Inhalt:

Regionales Psychiatriebudget (RPB) in Nordfriesland: 2008 bis 2012

	Seite
Zusammenfassung der Ergebnisse	3
1. Einleitung und Hintergrund	5
1.1 Was ist das Regionale Psychiatrie Budget (RPB)?	5
1.2 Ziel der Evaluation	5
1.3 Wo gibt es das RPB? Welche Evaluationen liegen vor?	6
1.4 Die Region Nordfriesland	8
1.5 Das Regionale Psychiatrie Budget in Nordfriesland: Welche Einrichtungen sind beteiligt?	9
1.6 Ziele der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik	10
1.7 Bisher erfolgte Maßnahmen zur Erreichung der Ziele	12
2. Ergebnisse der begleitenden Evaluation	13
2.1 Methodik	13
2.2. Ergebnisse	13
2.2.1 Allgemeine Ergebnisse zu der Anzahl behandelter Personen, der Inanspruchnahme der Fachklinik und der Patientenströme innerhalb der Fachklinik	13
2.2.2 Diagnosebezogene Analyse	20
2.2.3 Analyse nach Alter	24
2.2.4 Prognose der Patientenzahlen aufgrund der demographischen Entwicklung (Exkurs)	26
2.2.5 Ergebnisse zu Behandlungstagen und Tagen bis zur Wiederaufnahme	29
2.2.6 Ergebnisse der räumlichen Auswertung	36
3. Weiterführende Literatur und Referenzen:	57

Begrifflichkeiten:

Die Fachkliniken Nordfriesland gGmbH (FKLNF) ist ein Gesundheitsdienstleister mit den Arbeitsbereichen Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Fachklinik für Rehabilitation, Nachsorge und Wiedereingliederung.

Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik bietet vollstationäre (Krankenhaus), teilstationäre (Tagesklinien) und ambulante Therapien an. Für die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik ist ein Regionales Psychiatrie Budget (RPB) nach dem §24 des BPFLV (Bundespflegesatzverordnung abgeschlossen). Es gilt nicht für die anderen Arbeitsbereiche der Fachkliniken Nordfriesland gGmbH.

Um jeweils umständliche Formulierungen zu vermeiden, möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass hier jeweils die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik gemeint ist, wenn von "Patienten", "Krankenhaus", "Behandlung" etc. die Rede ist. Für Abkürzungen wird "Fachklinik" (=KH, TK und PIA) verwendet. Ist dagegen das ganze Unternehmen gemeint, so wird dies durch die Abkürzung "FKLNF" deutlich gemacht.

Weitere Abkürzungen sind: KH=Krankenhaus (hier sind nur vollstationäre Aufnahmen gemeint), TK= Tagesklinien, PIA= Psychiatrische Institutsambulanzen, RPB=Regionales Psychiatriebudget, NF=Nordfriesland.

Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Anzahl der Patienten: Die Anzahl der behandelten Personen der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik stieg innerhalb des RPB in den Jahren 2010, 2011 und 2012 gegenüber dem Statusjahr 2008 (n=2811) im Mittel um 10% auf ca. 3000 bis 3200 an. Der Anstieg wurde durch eine Zunahme der ambulant und tagesklinisch versorgten Patienten aus dem Kreis Nordfriesland (NF) verursacht, da in dem gleichen Zeitraum die Anzahl der stationär behandelten Personen sowie die Anzahl der Personen, die nicht aus NF stammten, sank.

Die Anzahl der aus Nordfriesland behandelten Personen bezogen auf 1000 Einwohner (E)* lag im Jahr 2008 bei 11,6 und in den Jahren 2010-12 im Mittel bei 14,4. (dies sind auf die Bevölkerung bezogene Daten= standardisierte und vergleichbare Daten). Dies entspricht einer Zunahme von +23%.

2. Wiederkehrerquote: Die mittlere Zahl der Aufenthalte (Wiederkehrerquote) blieb dabei für die vollstationären Patienten (KH), unabhängig von der Einführung des RPB, relativ konstant zwischen 1,46 (2008) und 1,41 (2009 und 2010). Die Anzahl der Personen mit mehr als 5 vollstationären Aufenthalten schwankte, ebenfalls unabhängig von der Einführung des RPB, zwischen 1,0 % und 1,7%.

3. Behandlungstage und Tage bis zur Wiederaufnahme: Die Anzahl der Behandlungstage im 1. Aufenthalt (nur vollstationäre KH-Patienten) sank kontinuierlich seit 2008 ab, von 16,6 Tagen (2008) auf 13,8 im Jahr 2012. Gleichzeitig sank der Anteil der Wiederkehrer von 18,1% auf 16,3% (2010) und 16,8% (2012). Der Mittelwert der Anzahl der "Tage bis zur Wiederaufnahme" lag in den Jahren 2008-09 ("vor dem RPB") im Mittel bei 71,2 und in den Jahren 2010-12 bei 70,7 ("in dem RPB"). Der statistische Vergleich zwischen diesen Zeiträumen ergab keine signifikante Veränderung bei den "Tagen bis zur Wiederaufnahme". Sehr viel höher war der Einfluss der Diagnosegruppe (ICD) und des Alters auf die "Tage bis zur Wiederaufnahme". Da sich insbesondere die Zusammensetzung der ICD-Gruppen im RPB so veränderten, dass Patientengruppen mit von vornherein kürzeren "Tagen bis zur Wiederaufnahme" anteilmäßig (bspw. ICD-Gruppe F30-F39) zunahm, wird der Effekt der Umstrukturierungen im RPB dadurch deutlich überlagert.

4. Diagnoseklassen: In den Diagnoseklassen der Gruppe F (ICD10: F00 bis F99) stieg die Anzahl der Patienten der Fachklinik aus Nordfriesland um 21% an. Die Anzahl der insgesamt behandelten Patienten - unabhängig von der Region - stieg um 6%. Die Anzahl der Patienten in der Diagnoseklasse F10-F19 (alle Regionen) sank in den Jahren 2008 bis 2012 um 15%, während die Anzahl der Patienten in der Diagnoseklasse F30-F39 um 27% und in der Klasse F40-F49 um 37% anstieg.

5. Demographie: Das mittlere Alter der Patienten der Fachklinik veränderte sich in den Jahren 2008 bis 2012 kaum. Betrachtet man jedoch die Altersverteilung in Altersklassen, so wird eine Verschiebung des Altersgipfels zwischen 2008 und 2012 deutlich und zwar von der Klasse der 30-44-jährigen in die Klasse der 45-64-jährigen.

Die Patientenzahlen der Fachklinik werden allein aufgrund der demographischen Entwicklung bis zum Jahr 2020 um etwa 4% ansteigen. Der Anstieg beträgt in der Altersklasse der 45-<65-jährigen ca. 23%, während die Altersklasse der 15-<45-jährigen um ca. 16% abnimmt.

Wird neben der demographischen Entwicklung zusätzlich eine weiter steigende Inzidenz einbezogen, wäre bis zum Jahr 2020 (selbst bei konservativer Schätzung) ein Anstieg von etwa 10% zu erwarten. Der Anstieg betrüge in der Altersklasse der 45 - <65-jährigen 32%, während die Patientenzahlen in der Altersklasse der 15 - <45-jährigen um 12% abnehmen würden.

6. Räumliche Verteilung und Einzugsgebiete: Es fand eine Verschiebung der Nutzung der Ressourcen zugunsten der Bevölkerung aus NF statt. Im Vergleich der Jahre 2008 und 2012 wurden aus fast allen Bezirken Nordfrieslands im Jahr 2012 mehr Personen behandelt. Der Anstieg war dort besonders hoch, wo dezentral neue Einrichtungen (TK und PIA= Psychiatrische Institutsambulanz) eröffnet wurden (Niebüll +46%, Südtondern +21%, Inseln und Halligen: +30%). Verbesserungen in den Randlagen wie den Ämtern Viöl und Eiderstedt wirkten sich erst zeitverzögert ab 2011 aus (2012: +22% und + 14%, 2010: +4% und + 6%). Die schon im Jahr 2006 mit einer TK und PIA versorgten Ämter Husum (+32%) und Nordsee - Treene (20%) legten bei der Anzahl der behandelten Personen ebenfalls noch zu.

Die Patienten der Husumer TK und PIA kamen im Jahr 2012 zu ca. 80% aus den nahen Bezirken Husum, Nordsee-Treene und Eiderstedt und >80% der Patienten der Niebüller TK und PIA stammen aus den Bezirken Niebüll, Südtondern sowie den Inseln und Halligen. Beide nehmen demnach, wie geplant, eine wichtige Stellung als dezentrale und regionale Versorgungseinrichtung ein. Das Einzugsgebiet des Krankenhauses (vollstationäre Therapie) ist innerhalb Nordfrieslands deutlich breiter gefächert und als überregional anzusehen. 34% der Patienten des Krankenhauses hatten ihren Wohnort im Jahr 2012 außerhalb von NF. Dies waren insbesondere Patienten mit einer Hauptdiagnose F10-19 (Abhängigkeitserkrankungen). Die TK Mitte und die PIA Breklum nahmen dagegen vorzugsweise Patienten mit allgemeinspsychiatrischen Diagnosen auf, diese wohnten nur bis zu 8% außerhalb Nordfrieslands. Das Einzugsgebiet der PIA Breklum als auch das der TK Mitte ist ebenfalls ganz Nordfriesland.

7. Zielerreichung: Nach diesen Daten wurden folgende Ziele überprüfbar erreicht:

- Stärkung und Ausweitung des ambulanten und tagesklinischen Angebots
- Sektorenübergreifende Behandlung / Behandlungssteuerung: Ambulant vor teilstationär vor vollstationär ohne Qualitätsverlust für den Patienten (gemessen an der Wiederkehrerquote und den Tagen bis zur Wiederaufnahme)
- Bessere Versorgung der Menschen innerhalb Nordfrieslands
- Bessere Versorgung der Menschen innerhalb Nordfrieslands, die in den Randlagen wohnen: Inseln, Halligen, Grenzregion zu Dänemark, Region der Kreisgrenzen.

1. Einleitung

Der Kostendruck im Gesundheitswesen zwingt die Leistungsanbieter auf allen Stufen des Sektors zu stärkerer Zusammenarbeit und der Bündelung der Kräfte und Ressourcen. Dabei wird die Fragmentierung in stationäre und ambulante Systeme als größtes strukturelles Problem der psychiatrischen Versorgung angesehen, das Patientenorientierung, Kosteneffizienz und Weiterentwicklung gleichermaßen behindert. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet daher seit Einführung des „Regionalen Psychriatriebudgets“ (RPB) im Jahr 2009 an der Weiterentwicklung hin zu einer modernen und zukunftsfähigen Psychiatrie in und für Nordfriesland (Engelmann 2009, Deister et al. 2010 und 2013, Schmid et al. 2013).

1.1 Was ist das Regionale Psychiatrie Budget (RPB)?

Das RPB ist ein Modellprojekt auf der Grundlage des §24 des BPFLV (Bundespflegerverordnung) zu Modellvorhaben. Es wird eine Vereinbarung zwischen einem regionalen Leistungsträger (hier Fachklinik) und den Kostenträgern nach dem SGB V geschlossen. Nach der Vereinbarung erhält der Leistungsträger für mehrere Jahre ein festes Budget für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung, die nach dem SGB V geregelt ist.

Die Fachklinik darf über Art und Umfang der Behandlung frei entscheiden und gewährleistet dabei, dass die Qualität der Behandlung zumindest gleichbleibend ist.

Das RPB ist eine Vereinbarung über die Anzahl zu behandelnder Menschen pro Kalenderjahr (nicht über die Fallzahl oder die Behandlungstage).

Die Vereinbarung gilt für die Bereiche voll- und teilstationäre, ambulante sowie weitere Behandlungsmöglichkeiten, wie bspw. Hometreatment.

Der Korridor der zu behandelnden Personen beträgt +/- 6% der Ausgangslage, bei Abhängigkeit von illegalen Substanzen +/- 3 %.

1.2 Ziel der Evaluation

Ziel der Evaluation ist es, Veränderungen nach Einführung des RPB zu dokumentieren und zu analysieren.

1.3 Wo gibt es das RPB?

Folgende Kreise bzw. Regionen arbeiten mit dem RPB (nach Schmid et al. 2013):

- Kreis Steinburg in Schleswig-Holstein (seit 2003)
- München Ost (seit 2004/ 2005)
- Kreis Rendsburg-Eckernförde in Schleswig-Holstein (seit 2006)
- Kreis Herzogtum-Lauenburg in Schleswig-Holstein (seit 2008)
- Kreis Dithmarschen in Schleswig-Holstein (seit 2008)
- Kreis Nordfriesland in Schleswig-Holstein (seit 2009)
- Kreis Nordhausen, Region Südharz in Thüringen (seit 2009)
- ZfP Südwürttemberg (seit 2010 / 2011)
- Hanau Rüdertsdorf (seit 2011)

Ähnliche Projekte / Modellprojekte der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie mit dem Schwerpunkt des Ausbaus der sektorenübergreifenden Versorgung haben:

- UK Hamburg Eppendorf (Hamburger Modell)
- München (Münchner Modell)
- Aachen
- Kaufbeuren
- Mecklenburg

Schmid et al. (2013) und König et al. (2013) geben einen Überblick über die Evaluationen des RPB in den einzelnen Regionen:

Steinburg:	Senkung stationärer Kosten, zunächst Konstanz der Tage bis zur Wiederaufnahme, außer bei F1 (nach 3 J. Erhöhung), Reduktion der Anzahl der Aufenthalte, Reduktion der stationären Verweildauer, Ausweitung tagesklinischer und ambulanter Behandlung, Verbesserung beim Funktionsniveau, Verbesserung bei einzelnen Diagnosegruppen (v.a. F2), sonst gleichbleibende Versorgungsqualität (standardisierte Erhebung)
München Ost	Reduktion der Wiederaufnahmen und der Anzahl der Aufenthalte, Reduktion der stationären Verweildauer, Ausweitung tagesklinischer und ambulanter Behandlung, gleichbleibende Versorgungsqualität (standardisierte Erhebung)
Herzogtum Lauenburg	Vollstationär: Reduktion der Fallzahl, der Verweildauer und der Anzahl der Aufenthalte, Ausweitung tagesklinischer und ambulanter Behandlung, keine Veränderung bei der Zahl der Wiederaufnahmen, (Daten des Controlling)
Rendsburg-Eckernförde	Kaum Reduktion stationärer Aufnahmen, bei initial schon niedriger Bettenmessziffer und bereits hoher tagesklinischer Versorgung, unveränderte Gesamtkosten, Verbesserung bei subjektiver Symptombelastung und Funktionsniveau der Diagnosegruppen F2/F3, objektive Symptombelastung eher ungünstiger (v.a. F1) (standardisierte Erhebung)
Nordfriesland (eigene Daten)	<i>vollstationär: Reduktion der Anzahl der Aufenthalte und der Wiederaufnahmen, Reduktion der stationären Verweildauer, Ausweitung tagesklinischer und ambulanter Behandlung, gleichbleibende Versorgungsqualität: gemessen an: Konstanz der Wiederaufnahmequote, Konstanz der "Tage bis zur Wiederaufnahme", keine Korrelation zwischen "Tage bis zur Wiederaufnahme" und Behandlungsdauer (Daten des Controlling)</i>

1.4 Die Region Nordfriesland

Die Lage Nordfrieslands als Gesundheitsregion ist gekennzeichnet durch:

- Randlage (Grenzregion zu Dänemark, Küste)
- Besondere Versorgungsgebiete (Grenzland, Inseln, Halligen)
- Ländliche, strukturschwache Region (lange Wege, wenige Fachärzte)



Quelle: Landkreise in Schleswig-Holstein © (wofma, fotolia)

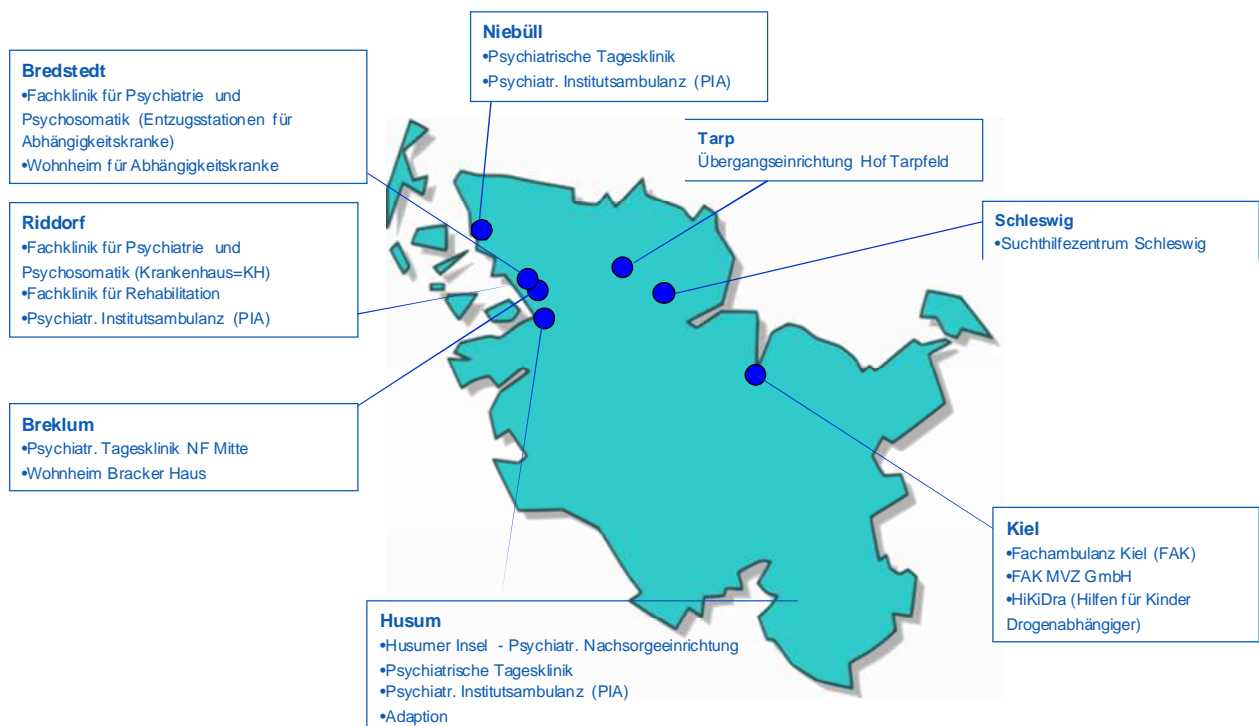
1.5 Das Regionale Psychiatrie Budget in Nordfriesland: Welche Einrichtungen sind beteiligt?

Innerhalb des RPB arbeiten folgende Einrichtungen der Fachkliniken Nordfriesland gGmbH:

- Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik (Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeits-erkrankungen, Psychosomatik) mit 130 vollstationären Betten in Riddorf (davon 21 im RPB umgewandelt in TK-Plätze s.u.)
 - Mit Psychiatrischen Tageskliniken in Breklum (21 Plätze), Husum (15 Plätze), Niebüll (15 Plätze) mit insgesamt 51 Plätzen.
 - Mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in Bredstedt, Breklum (beide ab 2013 in Riddorf), Husum und Niebüll.

Die Fachkliniken Nordfriesland gGmbH ist mit ihren Einrichtungen in Nordfriesland, Kiel, Schleswig und Tarp in der Versorgung von Menschen aktiv.

Fachkliniken Nordfriesland: Was ist Wo?



Die Fachbereiche der Fachkliniken Nordfriesland beinhalten die

- Allgemeine Psychiatrie
- Abhängigkeitserkrankungen
- Psychosomatik und Psychotherapie

Das Angebot der Fachkliniken Nordfriesland umfasst

- Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, incl. Tageskliniken und Ambulanzen
- Fachklinik für Rehabilitation, incl. Adaption und ambulanter Rehabilitation
- Nachsorge und Wiedereingliederung
- Wohnheime und Übergangseinrichtung
- Prävention und Beratung, Gruppen und Seminare

1.6 Ziele der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik und geplante strukturelle und inhaltliche Veränderungen zur Erreichung der Ziele

Die Ziele des RPB lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Budgetsicherheit für Leistungsanbieter und Kostenträger
- Überwindung der Sektorengrenzen (stationär-teilstationär-ambulant)
- ökonomische Anreize für die Schaffung von Gesundheit (nicht von Fallzahlen oder Behandlungstagen)
- Schaffen von Anreizen für eine individualisierte Behandlung (patientenbezogen) und Verbesserung der Behandlungsqualität
- **in Nordfriesland: Verbesserung der Versorgung in der Fläche**
- Anreize für die Änderungen von Organisationsstrukturen
- Vereinfachte Arbeitsabläufe durch Wegfall der MDK-Prüfungen
- **Fazit: Verbesserung von Behandlungseffizienz und -Qualität bei gleichbleibenden Ressourcen**

Um innerhalb des RPB wirtschaftlich zu arbeiten, sind weitreichende Reorganisationen des klinischen Alltags erforderlich. Hierzu gehört unter anderem eine engere Zusammenarbeit zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung (=„sektorübergreifende Behandlung“).

Gleichzeitig wird eine Reduktion der ressourcenintensiven stationären Aufnahmen zugunsten von teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten angestrebt.

Tatsächlich ist die stationäre Behandlung nicht nur teurer, sondern sie wird von vielen psychiatrischen Patienten als besonders belastend erlebt. Ein Verbleiben des Patienten in sei-

nem häuslichen Umfeld, bei gleichzeitiger hochwertiger Therapie, ist daher für alle am Behandlungsprozess Beteiligten von Vorteil (Roick et al. 2005+2008, Aaltonen 2009; Deister 2013, König et al. 2013; Schmid et al. 2013).

Folgende strukturelle und inhaltliche Ziele verfolgt die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik. Diese Veränderungen betreffen das Angebot der Fachklinik, das im SGB V geregelt ist:

- I. Wirtschaftlichkeit erhöhen - knappe Ressourcen effizienter einsetzen
- II. Synergiepotentiale heben
- III. Behandlungseffizienz steigern
- IV. Behandlungsqualität steigern
- V. Versorgungslücken schließen

Die übergeordneten Maßnahmen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- A. Standortvielfalt reduzieren - Wege verkürzen - Verlegungen vermeiden
- B. Sektorenübergreifend behandeln (ambulant - teilstationär - stationär)
- C. Personal effizienter einsetzen, personalintensive Bereiche zusammenlegen
- D. Transparenz schaffen und Kommunikation verbessern
- E. Attraktivität der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik als Versorger und Arbeitgeber steigern
- F. Optimierung eines bedarfsgerechten Angebotes in der Fläche

Zusammenfassend wird die Zusammenführung der stationären Angebote der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik mit Umverteilung und Optimierung der Ressourcen im Dienste einer zeitgemäßen therapeutisch profilierten Behandlung am Standort Riddorf angestrebt.

Gleichzeitig wird eine Ausweitung des tagesklinischen und ambulanten Angebots dezentral zur besseren Versorgung der Grenz- und Inselregionen, d.h. in der Fläche der Region, verfolgt.

1.7 Bisher erfolgte Maßnahmen zur Erreichung der Ziele (Stand September 2013)

- 2006: Eröffnung der Tagesklinik und PIA in Husum (vor der Einführung des RPB)
- 2009/2010: Eröffnung der Tagesklinik und PIA in Niebüll.
- 2010: Personelle Stärkung der PIAs.
- 2011: Umwandlung (innerhalb des RPB) von 21 vollstationären Betten in teilstationäre Behandlungsplätze in Breklum (TK Mitte).
- 2009-2012: Erhöhung der Bettenmessziffer (teilstationär) von 0,09 auf 0,31 , Verringerung der Bettenmessziffer (stationär) von 0,79 auf 0,66 (im RPB).
- 2011: Inhaltlicher Ausbau der Abteilung für Psychosomatische Medizin als „Trauma-Kompetenzzentrum Nord“.
- 2010-2013: Transparenz und Kommunikation verbessert durch: 1. Internen Moderationsprozess RPB unter Einbezug von Mitarbeitern; 2. Ausbau der Mitarbeiterzeitung DIALOG als Kommunikationsplattform über das RPB als Prozess; 3. Erstellung und Verbreitung der „Matrix Interne Kommunikation: Wer informiert Wen?“, als Diskussionsgrundlage für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Jährliche Zielkonferenzen der Leitungsebene.
- 2012: Fertigstellung des Klinikneubaus in Riddorf, als Voraussetzung für die Bündelung der stationären Angebote. Umzug der Fachklinik für Rehabilitation und der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik nach Riddorf.
- 2013: Zusammenlegung der PIA Breklum und Bredstedt am Standort Riddorf
- 2014: Geplant: Aufstockung des Klinikgebäudes in Riddorf. Umzug der beiden Krankenhausabteilungen für Abhängigkeitskranke (bisher noch in Bredstedt). Abschluss der Bündelung aller stationären Angebote an einem Standort.

2. Ergebnisse der begleitenden Evaluation: Regionales Psychriatriebudget (RPB) in Nordfriesland: 2008 bis 2013

2.1 Methodik

Der verwendete Datensatz wurde von der Abteilung für Controlling der Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg (DIAKO) zur Verfügung gestellt (Jahre 2008 bis 2012): Gezählt wurden alle behandelten Personen, Auswahlkriterium ist die Personennummer. Der Datensatz enthält keine doppelten Personennummern. Als Diagnose zählt die primäre Entlassdiagnose. Er wurde anonymisiert übergeben. Die Auswertung erfolgte nach Überarbeitung des Datensatzes mit dem Statistik-Programm SPSS19[®] und dem PLZ-Kartenprogramm Vs3.8[®].

Die Aufteilung in gesetzlich versicherte und privat versicherte Personen wurde nur in der Tabelle 1.1 vorgenommen. In alle weiteren Auswertungen wurden aufgrund der Fragestellung alle behandelten Personen einbezogen. Die Definition der verwendeten Bezirke befindet sich auf der letzten Seite dieses Berichts. Die Bevölkerungszahlen entstammen der amtlichen Statistik des Statistischen Landesamtes Nord.

Statistik: Die meisten Auswertungen sind aufgrund der Fragestellung deskriptiv. Zusätzlich wurden hinsichtlich der Behandlungszeiten Korrelationsfaktoren nach *Spearman* berechnet. Korrelationsfaktoren nehmen Werte zwischen 0 und 1 an. Je näher der Wert bei 1 liegt, desto stärker ist der Zusammenhang der beiden Faktoren. Ein p-Wert $\leq 0,05$ kennzeichnet eine Korrelation als signifikant. Hinsichtlich des Parameters "Tage bis zur Wiederaufnahme" wurden die Werte in den Jahren 2008-2012 mittels des Mann-Whitney-Wilcoxon-Test für nicht-normalverteilte Stichproben verglichen. Ein p-Wert $\leq 0,05$ kennzeichnet einen Unterschied zwischen den Zeiträumen als signifikant.

2.2. Ergebnisse

2.2.1. Allgemeine Ergebnisse zu der Anzahl behandelter Personen, der Inanspruchnahme der Einrichtungen der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik und der Patientenströme innerhalb der Fachklinik

Die Zahl der behandelten Personen blieb in den Jahren 2008 und 2009 konstant. Stieg aber in den Jahren 2010, 2011 und 2012 gegenüber dem Statusjahr 2008 ($n=2811$) im Mittel um 10% auf ca. 3000 bis 3200 an (Tabelle 1). Hiervon waren im Mittel 3,3% privat versichert. Der Anstieg wurde allein durch eine Zunahme der ambulant und tagesklinisch versorgten Patienten aus dem Kreis Nordfriesland (NF) verursacht, da in dem gleichen Zeitraum die Anzahl der stationär behandelten Personen sowie die Anzahl der Personen, die nicht aus NF stammen, etwas sanken (vgl. Tab. 2.1 und 2.2 sowie Kap. 2.2.6).

Die Stärkung des ambulanten und tagesklinischen Angebots, auch für eine bessere Versorgung der Menschen in den Randgebieten innerhalb NF, war ein erklärtes Ziel der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik im RPB. Deshalb wurde eine Überschreitung des vereinbarten Korridors in Kauf genommen (vgl. Ziele Punkt 1.4 und 1.5).

Tabelle 2.1: Anzahl der behandelten Personen im RPB in den Jahren 2008 bis 2012 nach Geschlecht

Anzahl	2008	2009	2010	2011	2012	% Diff. 2008 vs. 2010-2012
Gesetzl. Versicherte	2558	2541	2993	3096	2893	nn
Privat Versicherte	70	118	102	118	83	nn
Sonstige*	183	24	7	0	0	nn
Gesamt behandelte Personen	2811	2683	3102	3214	2976	+10%
Männer	1382	1381	1529	1524	1416	+8%
%	49%	51%	49%	47%	48%	nn
Frauen	1428	1302	1573	1690	1560	+13%
%	51%	49%	51%	53%	52%	nn

*Sonstige: Abweichungen gegenüber den Erhebungen früherer Jahre durch zwischenzeitlich geänderte Kodierbestimmungen insbes. im Jahr 2008, oder durch den Zeitpunkt der Datenentnahme bedingte geringfügige Abweichungen.

Tabelle 2.2: Anzahl der behandelten Personen mit mindestens einem Kontakt zu der Einrichtungsart* in den Jahren 2008 bis 2012 und der prozentuale Anteil bezogen auf die Gesamtzahlen aus Tab. 2.1

	2008	2009	2010	2011	2012
KH	1771	1865	1744	1676	1593
TK	200	186	292	319	288
PIA	1278	1013	1696	1883	1619
Summe*	3249	3064	3732	3878	3500
	2008	2009	2010	2011	2012
KH	63%	70%	56%	52%	54%
TK	7%	7%	9%	10%	10%
PIA	45%	38%	55%	59%	54%
Summe*	116%	114%	120%	121%	118%

*(KH=Krankenhaus, TK=Tagesklinik, PIA = Institutsambulanz), Kontakte mit mehr als einer Einrichtung ergeben höhere Zahlen als in Tabelle 2.1.

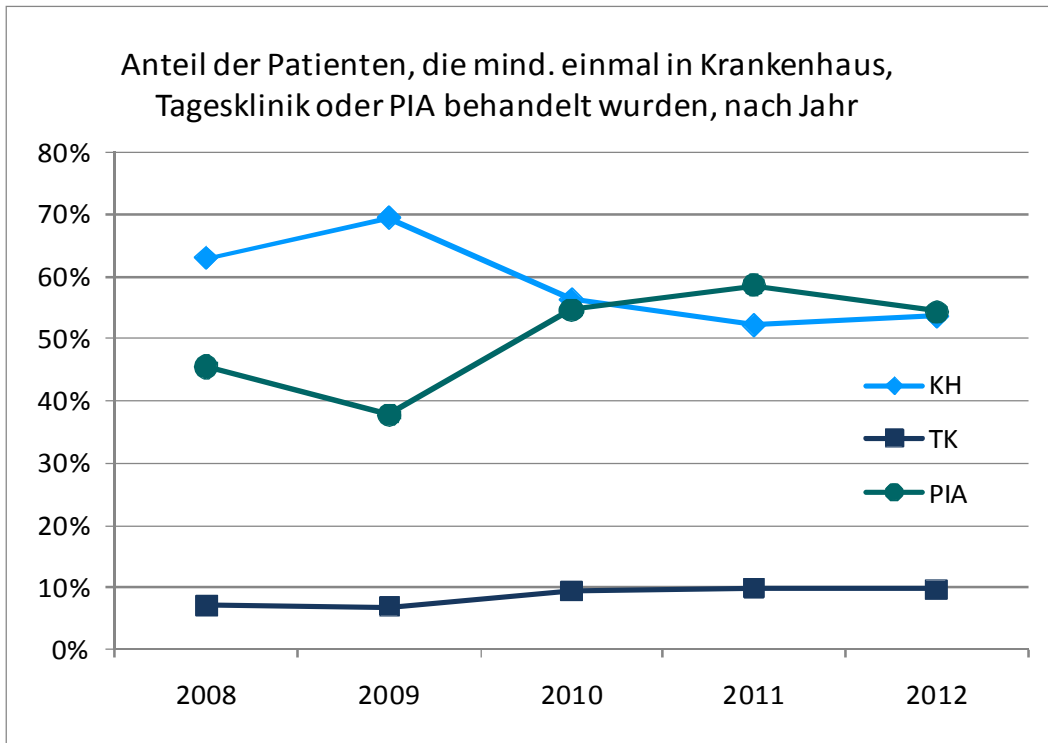


Abbildung 2.1: Entwicklung des prozentualen Anteils der behandelten Personen mit mindestens einem Kontakt / Aufenthalt mit/in den Einrichtungsarten KH, TK, PIA in den Jahren 2008 bis 2012 (KH=Krankenhaus, TK=Tagesklinik, PIA = Institutsambulanz)

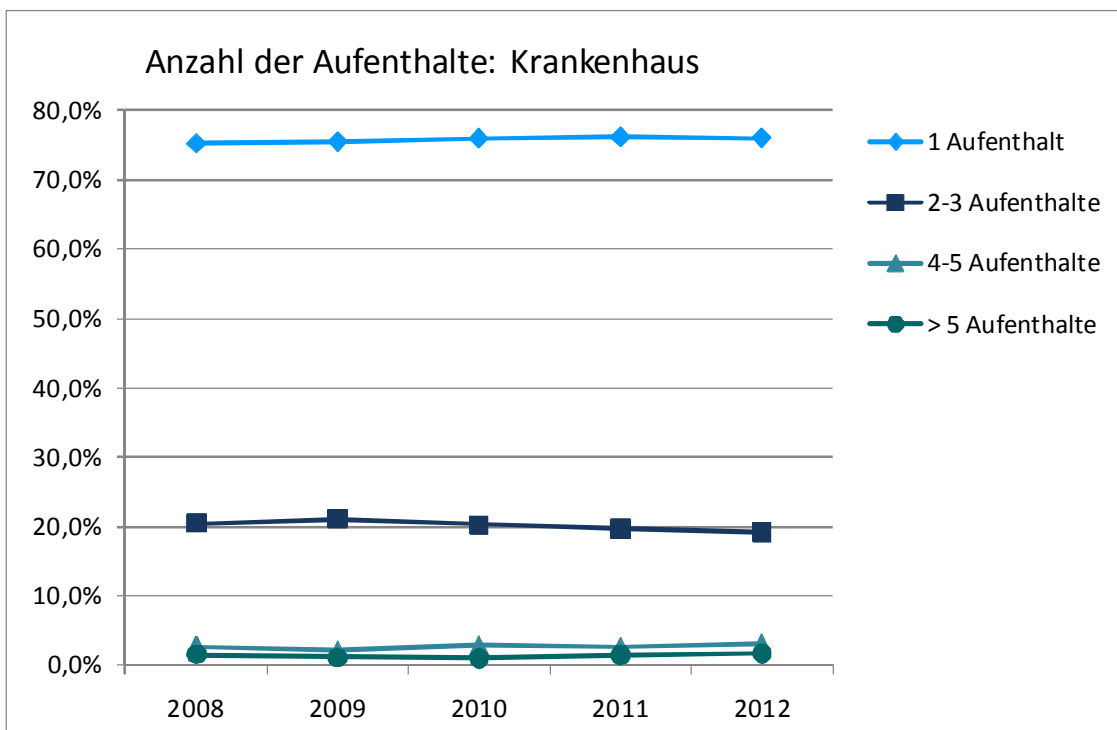


Abbildung 2.2: Entwicklung der Anzahl, der im Krankenhaus (KH) vollstationär behandelten Personen, nach Anzahl der Aufenthalte in den Jahren 2008 bis 2012, als prozentualer Anteil bezogen auf die Gesamtzahlen (vgl. Tab.2.3)

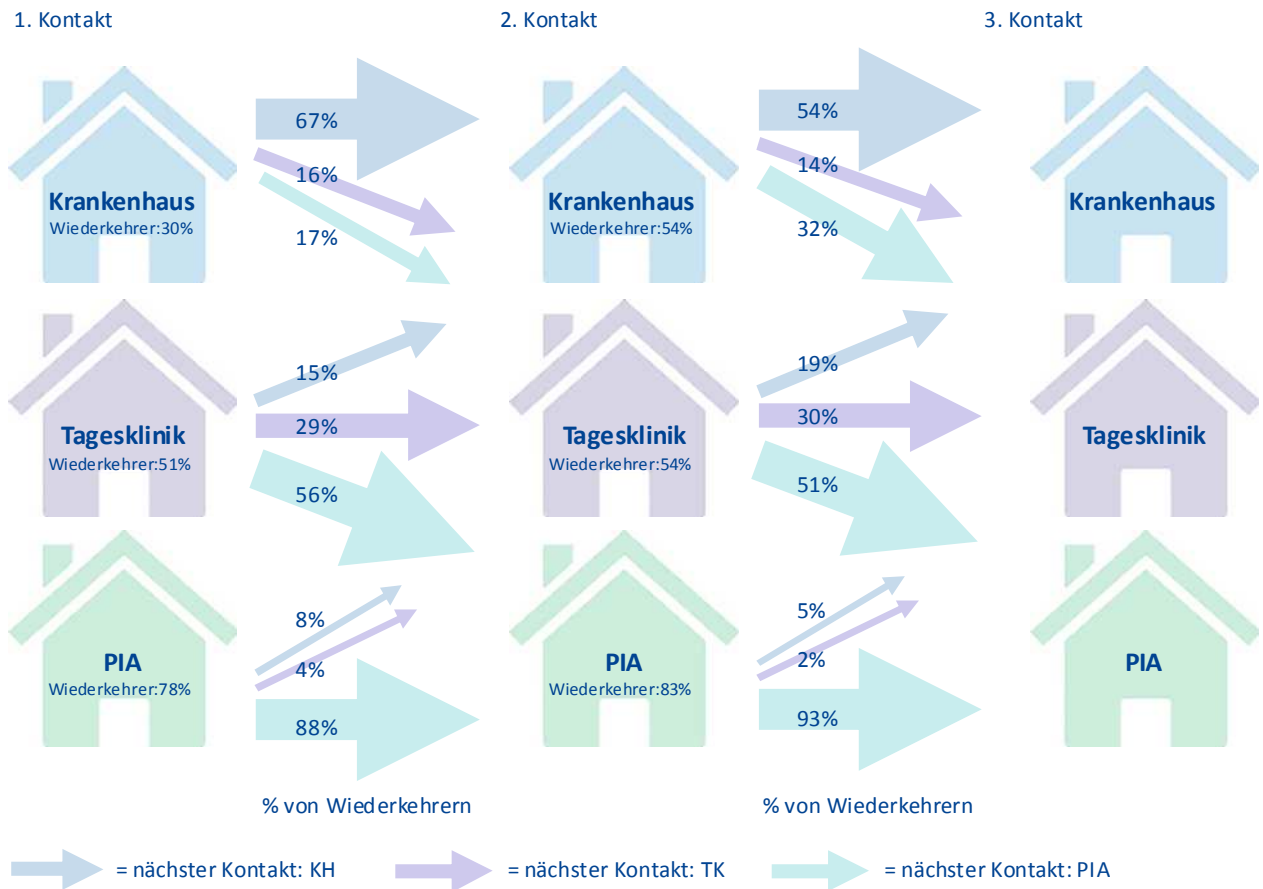
In dem Zeitraum 2008 bis 2012 nahm der Anteil der behandelten Personen mit mindestens einem stationären Aufenthalt von 63% (2008) auf 54% (2012) ab. Gleichzeitig stieg der Anteil der mindestens einmal ambulant behandelten Patienten von 45% auf 54% und der tagesklinisch betreuten Patienten von 7% auf 10%.

Die mittlere Zahl der Aufenthalte pro Patient (Wiederkehrerquote) blieb dabei für das Krankenhaus konstant zwischen 1,41 und 1,46. Die Anzahl der Personen mit mehr als 5 Aufenthalten schwankte zwischen 1,0 % und 1,7%. (Tab. 2.3).

Die Wanderungsbewegung der behandelten Personen innerhalb der Einrichtungen der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik werden exemplarisch bezogen auf den ersten Kontakt im Jahr 2012 und die darauffolgenden 2. und 3. Kontakte im Jahr 2012 dargestellt (Tabelle 2.4 und Diagramm 2.1).

Tabelle 2.3: Entwicklung der Anzahl der im Krankenhaus (KH) vollstationär behandelten Personen nach Anzahl der Kontakte in den Jahren 2008 bis 2012 und der prozentuale Anteil bezogen auf die Gesamtzahlen (=mind. 1 Aufenthalt)

Nur KH	2008 KH	2009 KH	2010 KH	2011 KH	2012 KH
Mind. 1 Aufenthalt	1771	1865	1744	1676	1593
Anzahl der Aufenthalte ges.	2581	2638	2453	2391	2313
Mittlere Anzahl der Aufenthalte pro Person (Wiederkehrerquote): nur KH	1,46	1,41	1,41	1,43	1,45
Nur KH: Anzahl	2008 KH	2009 KH	2010 KH	2011 KH	2012 KH
1 Aufenthalt	1332	1408	1324	1276	1211
2-3 Aufenthalte	363	395	354	331	306
4-5 Aufenthalte	48	40	49	44	49
> 5 Aufenthalte	28	22	17	25	27
Nur KH: Anteil in %	2008 KH	2009 KH	2010 KH	2011 KH	2012 KH
1 Aufenthalt	75,2%	75,5%	75,9%	76,1%	76,0%
2-3 Aufenthalte	20,5%	21,2%	20,3%	19,7%	19,2%
4-5 Aufenthalte	2,7%	2,1%	2,8%	2,6%	3,1%
> 5 Aufenthalte	1,6%	1,2%	1,0%	1,5%	1,7%

Diagramm 2.1:**Patientenströme innerhalb der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Wiederkehrer-Patienten, nach einem stationären Krankenhausaufenthalt zunächst überwiegend wieder im Krankenhaus aufgenommen wurden (67%: Zweitkontakt und 54%: Drittkontakt). 17-32 % der Patienten wurden danach in der PIA weiterbehandelt, 14-16 % tagesklinisch.

Die Wiederkehrer-Patienten, die in einer Tagesklinik behandelt wurden, gingen im Zweitkontakt überwiegend in eine PIA, zu 29-30% nochmals in die TK und zu 15-19% ins Krankenhaus zu einem stationären Aufenthalt.

Wiederkehrer-Patienten, die zunächst ambulant behandelt wurden, blieben überwiegend in ambulanter Behandlung. Wechsel in andere Behandlungsformen betrug nur 7-12%.

Tabelle 2.4: Wanderungsbewegung der Patienten innerhalb der Fachklinik exemplarisch bezogen auf den ersten Kontakt im Jahr 2012 und den darauffolgenden 2. und 3. Kontakt

	Anzahl 2012	Wiederkehrer (1)	davon KH im 2. Kontakt	davon TK im 2. Kontakt	davon PIA im 2. Kontakt
1. Kontakt: KH	1419	30%	67%	16%	17%
1. Kontakt: TK	102	51%	15%	29%	56%
1. Kontakt: PIA	1455	78%	8%	4%	88%
	Anzahl 2012	Wiederkehrer (2)	davon KH im 3. Kontakt	davon TK im 3. Kontakt	davon PIA im 3. Kontakt
2. Kontakt: KH	383	54%	54%	14%	32%
2. Kontakt: TK	124	54%	19%	30%	51%
2. Kontakt: PIA	1100	83%	5%	2%	93%

*(KH=Krankenhaus, TK=Tagesklinik, PIA = Institutsambulanz)

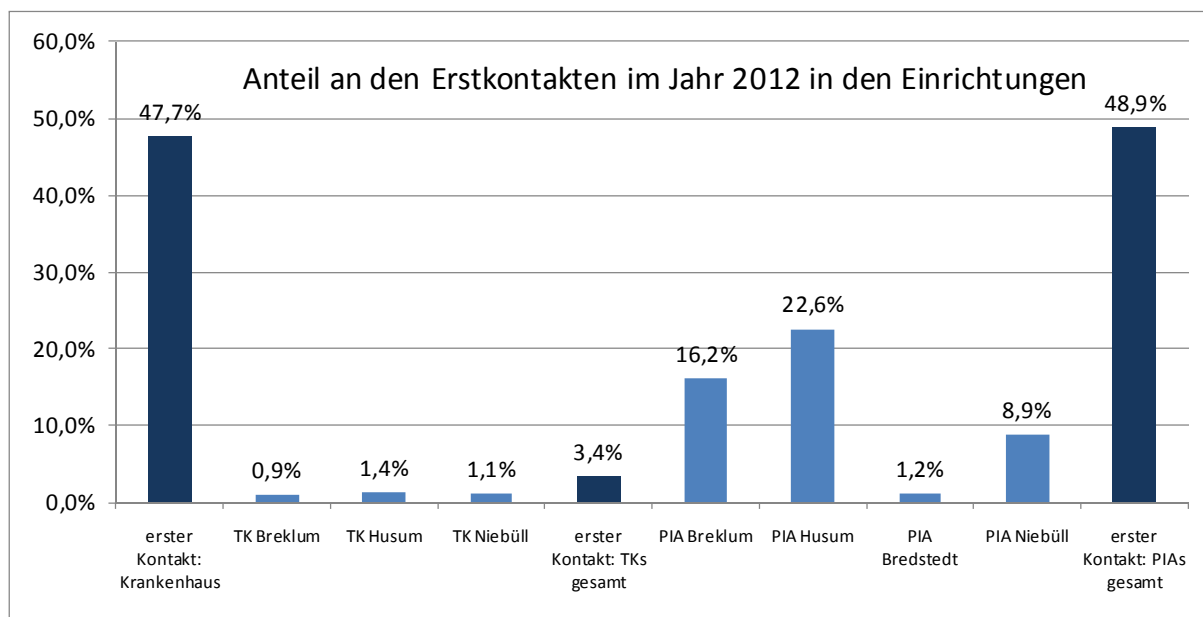


Abbildung 2.3: Anteil der Einrichtungen an den Erstkontakten der Patienten bezogen auf das Jahr 2012

Tabelle 2.5: Wanderungsbewegung der behandelten Personen in den einzelnen Einrichtungen der Fachklinik exemplarisch bezogen auf den ersten Kontakt im Jahr 2012 und den darauffolgenden 2. Kontakt

2012	1. Kontakt im Jahr 2012	% von n=2976	KH im 2. Kontakt	% von n= 1. Kontakt	TK im 2. Kontakt	% von n= 1. Kontakt	PIA im 2. Kontakt	% von n= 1. Kontakt
Krankenhaus	1419	47,7%	281	19,8%	67	4,7%	73	5,1%
TK Mitte	28	0,9%	4	14,3%	1	3,6%	9	32,1%
TK Husum	41	1,4%	2	4,9%	6	14,6%	6	14,6%
TK Niebüll	33	1,1%	2	6,1%	8	24,2%	14	42,4%
TK Gesamt	102	3,4%	8	7,8%	15	14,7%	29	28,4%
PIA Breklum	481	16,2%	42	8,7%	6	1,2%	352	73,2%
PIA Husum	674	22,6%	34	5,0%	23	3,4%	455	67,5%
PIA Bredstedt	35	1,2%	2	5,7%	0	0,0%	24	68,6%
PIA Niebüll	265	8,9%	16	6,0%	13	4,9%	167	63,0%
PIAs gesamt	1455	48,9%	94	6,5%	42	2,9%	998	68,6%

2.2.2. Diagnosebezogene Analyse

In dem betrachteten Zeitraum entwickelten sich die prozentualen Anteile der Patienten in den Diagnoseklassen* F10-F19, F20-F29, F30-F39 und F40-F49 unterschiedlich.

Während der Anteil der abhängigkeitskranken Patienten (F10-F19) im Jahr 2008 mit 35% noch die größte Gruppe war, sank dieser Anteil bis 2012 auf 28% ab. Dagegen stieg der Anteil der Patienten in der Diagnoseklasse F30-F39 von 31% auf 37% und in der Klasse F40-F49 von 11% auf 14% an. Der Anteil der Patienten in der Diagnoseklasse F20-F29 sank leicht von 11% auf 10% ab.

Diesen relativen Anteilen standen erhebliche absolute Veränderungen der Patientenzahlen gegenüber. So sank die Anzahl der Patienten in der Diagnoseklasse F10-F19 kontinuierlich um 15% in dem Zeitraum von 2008 bis 2012, während die Anzahl der Patienten in der Diagnoseklasse F30-F39 um 27% und in der Klasse F40-F49 um 37% anstieg (Tabelle 2.6).

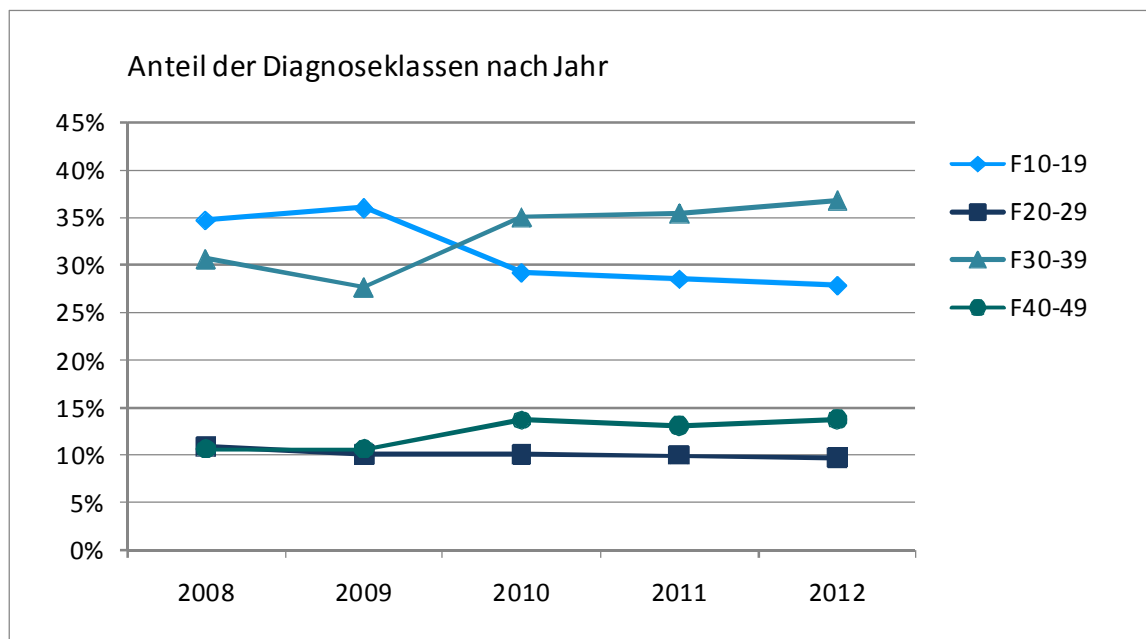


Abbildung 2.4: Prozentuale Anteile der Patienten in den Diagnoseklassen* F10-F19, F20-F29, F30-F39 und F40-F49 in den Jahren 2008 bis 2012

*ICD-Gruppen:

F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39: Affektive Störungen

F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Sonstige: F50-F99, sehr variable Gruppe, hier nicht einbezogen

F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (wegen geringer Fallzahlen hier nicht einbezogen)

Tabelle 2.6: Absolute Zahlen und prozentuale Anteile der Patienten in den Diagnoseklassen F10-F19, F20-F29, F30-F39 und F40-F49 in den Jahren 2008 bis 2012

ICD-Gruppe	2008	2009	2010	2011	2012	Gesamt	2008 vs. 2012
F10-19	976	967	905	916	828	4592	-15%
F20-29	307	269	312	320	290	1498	-6%
F30-39	862	743	1088	1140	1097	4930	27%
F40-49	299	285	425	422	410	1841	37%
alle Diagnosen (F00-F99)	2811	2683	3102	3214	2976	14786	6%
ICD-Gruppe	2008	2009	2010	2011	2012	Gesamt	
F10-19	35%	36%	29%	29%	28%	31%	
F20-29	11%	10%	10%	10%	10%	10%	
F30-39	31%	28%	35%	35%	37%	33%	
F40-49	11%	11%	14%	13%	14%	12%	

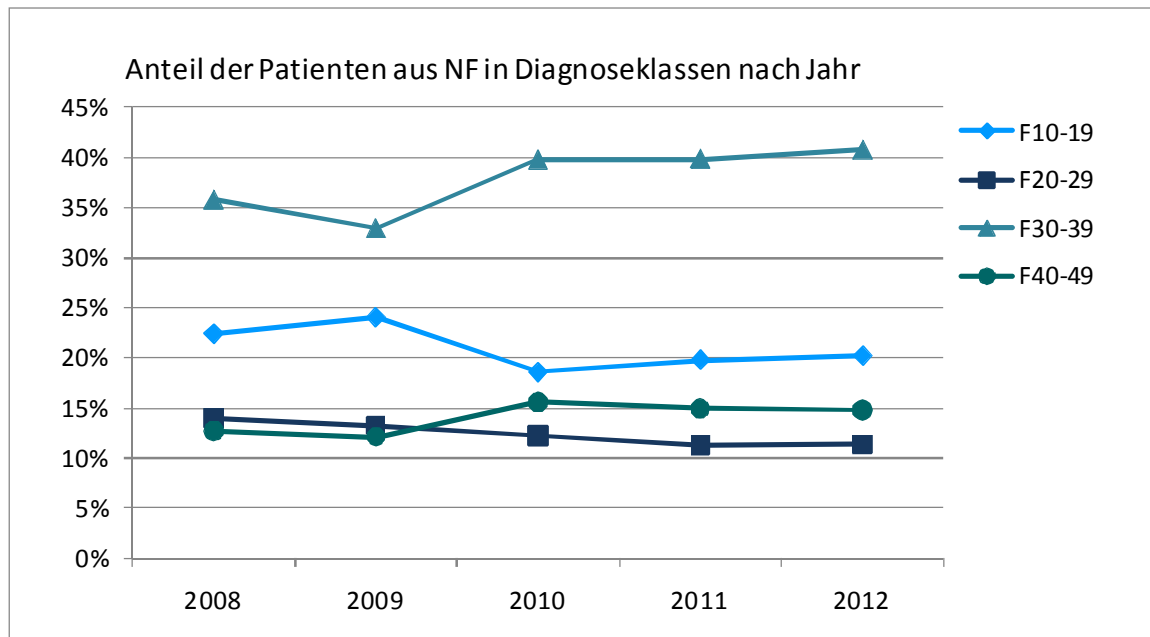


Abbildung 2.5: Prozentuale Anteile der Patienten aus dem Kreis Nordfriesland in den Diagnoseklassen F10-F19, F20-F29, F30-F39 und F40-F49 in den Jahren 2008 bis 2012

Betrachtet man nur die Patienten aus dem Kreis Nordfriesland, so stellt die Diagnoseklasse F30-F39 mit 36% im Jahr 2008 die größte Patientengruppe dar. Die Klasse F10-F19 hat nur einen Anteil von 22% an den Patienten aus Nordfriesland (Abbildung 2.5). Die Entwicklung der Anteile in den Jahren 2008 bis 2012 ist auf unterschiedlichem Niveau ähnlich wie die Darstellung aller Patienten unabhängig von der Region: Mit Zunahmen der Anteile in den Diagnoseklassen F30-F39 und F40-F49 und relativen Abnahmen in den Klassen F10-F19 und F20-F29.

Dieser relativen Betrachtung standen jedoch reale Zunahmen der absoluten Zahlen gegenüber, in allen Klassen außer F20-F29 (Tab. 2.7): Die Anzahl der Patienten aus Nordfriesland nahm in den Klassen F10-F19 um 9%, F30-F39 um 38% und F40-F49 um 42% zu. In allen Diagnoseklassen insgesamt stieg die Anzahl der Patienten aus Nordfriesland um 21% an. Diesem standen Abnahmen der Patientenzahlen von außerhalb Nordfrieslands gegenüber, insbesondere in der Diagnoseklasse F10-F19 (von 55% auf 43%) (Tab. 2.8). Es verblieb jedoch ein Anstieg der insgesamt behandelten Patienten, unabhängig von der Region, von 6% zwischen 2008 und 2012.

Tabelle 2.7: Absolute Anzahlen und prozentuale Anteile der Patienten aus Nordfriesland in den Diagnoseklassen F10-F19, F20-F29, F30-F39 und F40-F49 in den Jahren 2008 bis 2012

ICD-Gruppe: nur NF	2008	2009	2010	2011	2012	Gesamt	2008 vs. 2012
F10-19	429	437	422	494	469	2251	9%
F20-29	267	241	277	282	264	1331	-1%
F30-39	686	600	905	995	947	4133	38%
F40-49	243	221	355	374	344	1537	42%
alle Diagnosen (F00-F99)	1916	1819	2274	2496	2322	10827	21%
ICD-Gruppe: nur NF	2008	2009	2010	2011	2012	Gesamt	
F10-19	22%	24%	19%	20%	20%	21%	
F20-29	14%	13%	12%	11%	11%	12%	
F30-39	36%	33%	40%	40%	41%	38%	
F40-49	13%	12%	16%	15%	15%	14%	

Tabelle 2.8: Anzahl der Patienten von außerhalb des Kreises Nordfriesland in den Diagnoseklassen F10-F19, F20-F29, F30-F39 und F40-F49 in den Jahren 2009, 2011 und 2012 sowie die prozentualen Anteile* an allen Patienten nach Jahr

nur: Au- ßerhalb NF	F10-19	F10-19	F20-29	F20-29	F30-39	F30-39	F40-49	F40-49	alle Diag- nosen	alle Diag- nosen
2009	530	55%	28	10%	143	19%	64	22%	864	32%
2011	422	46%	38	12%	145	13%	48	11%	718	22%
2012	359	43%	26	9%	150	14%	66	16%	654	22%

* bezogen auf Gesamtzahlen aus Tab. 2.6.

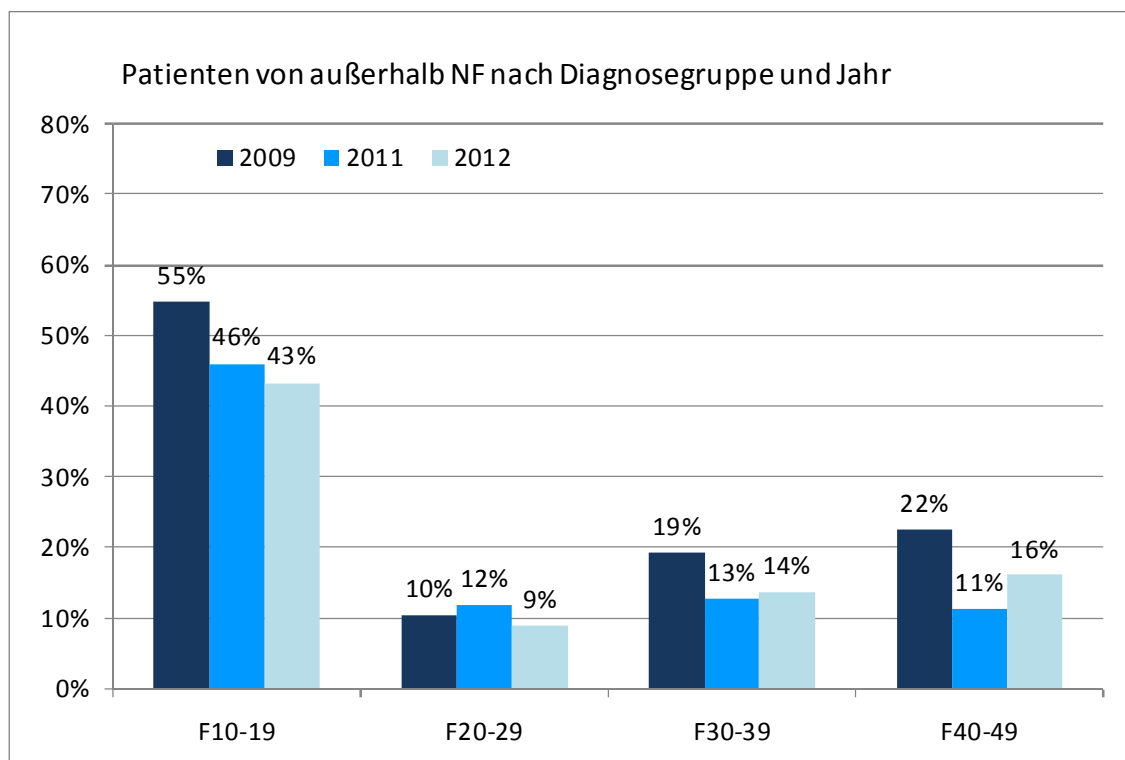


Abbildung 2.6: Prozentuale Anteile der Patienten von außerhalb des Kreises Nordfriesland in den Diagnoseklassen* F10-F19, F20-F29, F30-F39 und F40-F49 in den Jahren 2009, 2011 und 2012

2.2.3 Analyse nach Alter

Das mittlere Alter der Patienten der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik veränderte sich in den Jahren 2008 bis 2012 kaum (Tab. 2.9.). Die Patienten waren im Jahr 2008 im Mittel 43,5 und im Jahr 2012 44,1 Jahre alt. Die männlichen Patienten waren im Mittel mit 41,8 Jahren etwas jünger als die weiblichen Patienten (45,2 Jahre).

Betrachtet man jedoch die Altersverteilung in Altersklassen, so wird eine Verschiebung des Altersgipfels zwischen 2008 und 2012 deutlich und zwar von der Klasse der 30-44-jährigen in die Klasse der 45-64-jährigen. Dies ist nicht unabhängig von den Diagnoseklassen zu betrachten, deren Anteile sich in demselben Zeitraum ebenfalls verändert haben und die Verschiebung zumindest zum Teil verursachen: Da der Anteil der Patienten in der Diagnoseklasse F30-F39 anstieg und diese Patienten eher etwas älter sind als die abhängigkeitskranken Patienten, deren Anteil abnahm (s. Kap. 2.2.2 und Tab. 2.10.).

Tabelle 2.9: Mittleres Alter der Patienten der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik in den Jahren 2008 bis 2012

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	Gesamt
Alter (Mittelwert)	43,5	44,1	44,0	44,4	44,1	44,0
Männer: Alter (Mittelwert)	41,8	42,4	42,0	42,5	42,1	42,2
Frauen: Alter (Mittelwert)	45,2	46,0	45,8	46,1	45,9	45,8
N (gesamt)	2811	2683	3102	3214	2976	14786

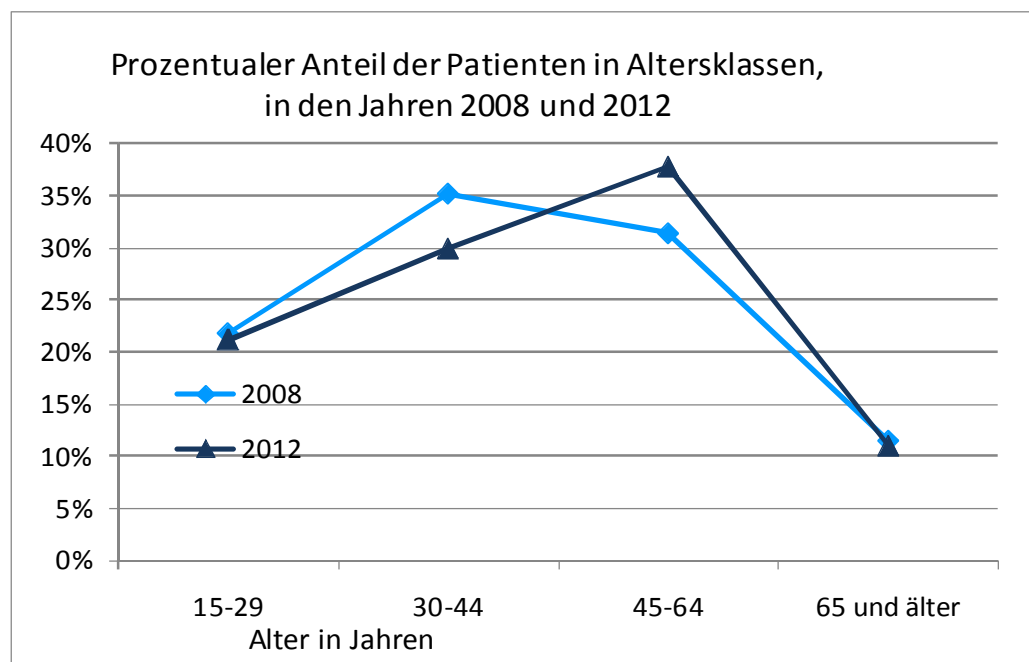


Abbildung 2.7: Prozentualer Anteil der Patienten in Altersklassen in den Jahren 2008 und 2012

Tabelle 2.10: Anzahlen und prozentualer Anteil der Patienten in Altersklassen in den Jahren 2008 und 2012

Altersklasse*	2008	2009	2010	2011	2012
15-29	613	583	676	669	631
30-44	990	869	954	959	891
45-64	883	885	1134	1226	1125
65 und älter	324	345	335	358	328
Altersklasse	2008	2009	2010	2011	2012
15-29	22%	22%	22%	21%	21%
30-44	35%	32%	31%	30%	30%
45-64	31%	33%	37%	38%	38%
65 und älter	12%	13%	11%	11%	11%

* unter 15 Jahren waren <10 Patienten, dieses sind hier aus Datenschutzgründen nicht gesondert aufgeführt

Tabelle 2.11: Anzahlen und prozentualer Anteil der Patienten in Altersklassen nach Diagnoseklassen

Altersklasse	F10-19	F20-29	F30-39	F40-49	alle Diagnosen
< 15*	<10	<10	<10	<10	<10
15-29	1077	216	806	517	3172
30-44	1708	532	1341	553	4663
45-64	1587	554	2045	611	5253
65 und älter	220	196	735	155	1690
<i>Gesamt</i>	<i>4592</i>	<i>1498</i>	<i>4930</i>	<i>1841</i>	<i>14786</i>
Altersklasse	F10-19	F20-29	F30-39	F40-49	alle Diagnosen
15-29	23%	14%	16%	28%	21%
30-44	37%	36%	27%	30%	32%
45-64	35%	37%	41%	33%	36%
65 und älter	5%	13%	15%	8%	11%

* die Zahlen aus der Altersklasse <15 waren zu klein, um einbezogen zu werden, sie sind aber in der Gesamtzahl enthalten.

2.2.4 Prognose der Patientenzahlen aufgrund der demographischen Entwicklung

Zusammenfassung aus der Sonderauswertung: Prognostizierte Veränderungen der Patientenzahlen in den Diagnoseklassen ICD-10 F00-F99 für die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik für die Jahre 2015, 2020 und 2025, von Anke Bauer und Heike Walter (Stand 4.2012, Referenzen siehe unten).

Fakten (vgl. Quellen und Referenzen)

1. Die demographische Entwicklung in Nordfriesland führt zu einer Veränderung der Anteile der Bevölkerung in allen Altersklassen, mit einer Zunahme der Bevölkerung in den höheren Altersklassen und einer Abnahme in den jüngeren Altersklassen.
2. Die Zahl der Fälle, die aufgrund psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig gemeldet werden, steigt seit dem Jahr 2000 kontinuierlich an, mit einer Rate von im Mittel 8% alle 2 Jahre.
3. Die Zahl der Fälle, die aufgrund psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig gemeldet werden, ist ebenfalls abhängig von der Altersklasse, die betrachtet wird. Eine höhere Zunahme wird in den höheren Altersklassen ab 45 Jahren beobachtet (ca. 7-8 % alle 2 Jahre seit dem Jahr 2000) und eine geringere Zunahme wird in den jüngeren Altersklassen beobachtet (ca. 4-5 % alle 2 Jahre seit dem Jahr 2000).

Eine Prognose zu den Veränderungen der Patientenzahlen in den Diagnoseklassen ICD10 F00-F99 aufgrund der veränderten Altersstrukturen in Nordfriesland muss alle Punkte 1-3 mit einbeziehen.

Ergebnisse:

1. Die Patientenzahlen der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik werden allein aufgrund der demographischen Entwicklung bis zum Jahr 2020 um etwa 4% ansteigen. Der Anstieg beträgt in der Altersklasse der 45-<65-jährigen ca. 23%, während die Altersklasse der 15-<45-jährigen um ca. 16% abnimmt (Abb. 2.8).
2. Wird neben der demographischen Entwicklung zusätzlich eine weiter steigende Inzidenz einbezogen, ist bis zum Jahr 2020 (selbst bei konservativer Schätzung) ein Anstieg von etwa 10% zu erwarten. Der Anstieg beträgt in der Altersklasse der 45 - <65-jährigen 32%, während die Patientenzahlen in der Altersklasse der 15 - <45-jährigen um 12% abnehmen (Abb. 2.9).
3. Der Anstieg der Inzidenz betrifft vor allem die Diagnosegruppen F10-F19 (Abhängigkeitserkrankungen) und F30-F39 (Affektive Störungen). Beide Gruppen sind unter den Patienten der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik besonders stark vertreten.
4. Der Anstieg der Inzidenz betrifft vor allem die Altersgruppe der 45 -<65-jährigen, die auch aufgrund der demographischen Entwicklung an Stärke gewinnt. Bei der Diagnosegruppe F30-F39 (Affektive Störungen) sind zusätzlich die jüngeren Altersklassen von einer Zunahme betroffen.
5. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik muss sich auf einen Anstieg der Patientenzahlen und vor allem der älteren Patienten (65 Jahre und älter) einstellen (bis 2015 +12%, bis 2020: +20%), die besondere Anforderungen an Einrichtung und Therapie stellen (vgl. Bundesmodellprojekt "Sucht im Alter").

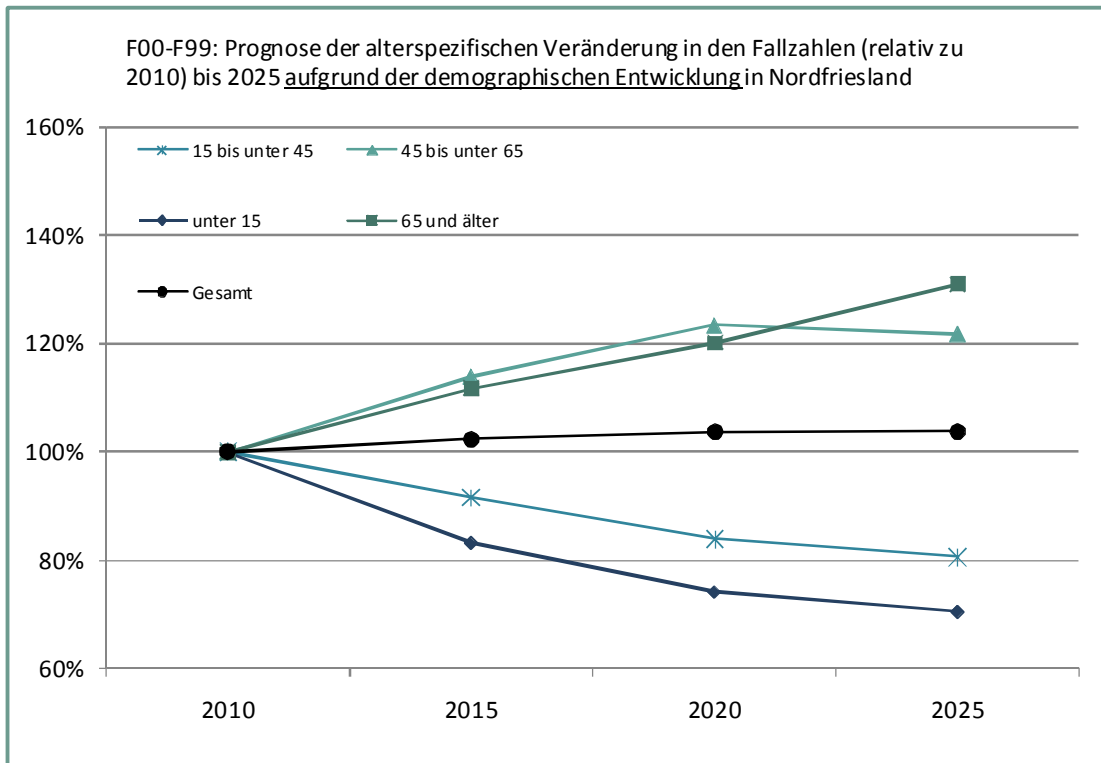


Abbildung 2.8: F00-F99: Prognose der altersspezifischen Veränderung in den Fallzahlen (relativ zu 2010) in Nordfriesland bis 2025 aufgrund der demographischen Entwicklung

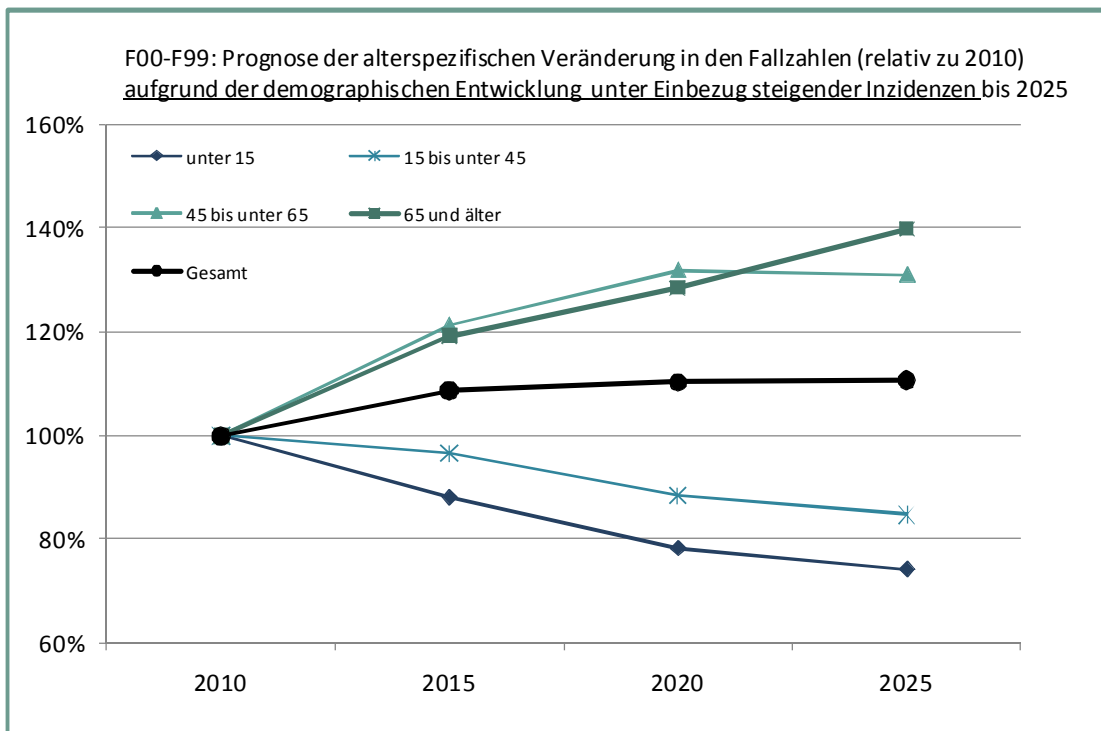


Abbildung 2.9: F00-F99: Prognose der altersspezifischen Veränderung in den Fallzahlen (relativ zu 2010) in Nordfriesland bis 2025 aufgrund der demographischen Entwicklung und steigender Inzidenzen (konservativ kalkuliert für die Altersklassen bis 44 Jahren mit 5% / 5 Jahre und für die Altersklassen ab 45 Jahren mit 7,5% / 5 Jahre)

Quellen und Referenzen:

1. Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Statistik informiert, Nr. III/2011
2. Statistisches Landesamt Nord: Statistisches Jahrbuch Schleswig-Holstein 2010/2011
3. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes SH: Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierte medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland (2010)
4. Kreis Nordfriesland: Gestaltung der sozialer Systeme auf dem Hintergrund des demograph. Wandels (Heft 2) (2010)
5. Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Bevölkerung der Gemeinden in Schleswig-Holstein (2007, 2008, 2009, 2010)
6. Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen und Kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins bis 2025 (21.04.2011)
7. Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Krankenhausdiagnosestatistik 2005-2008
8. GBE (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstat. Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD 10 (Region Schleswig-Holstein) www.gbe-bund.de
9. GBE des Bundes: Arbeitsunfähigkeit bei AOK-Pflichtmitgliedern ohne Rentner (Arbeitsunfähigkeitsfälle je 10.000 Mitglieder, Arbeitsunfähigkeitstage je 10.000 Mitglieder, Tage je Fall). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Hauptgruppen (ICD10)(2000-2010)
10. GBE des Bundes: Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen AOK-Mitgliedern. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Hauptgruppen (ICD10) (2000-2010)
11. AOK Bundesverband (2011): Zahlen und Fakten 2010-2011. Berlin (www.aok-bv.de)
12. BPTK(Bundestherapeutenkammer) (2011): BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen - Keine Frage des Alters. Berlin (www.bptk.de)

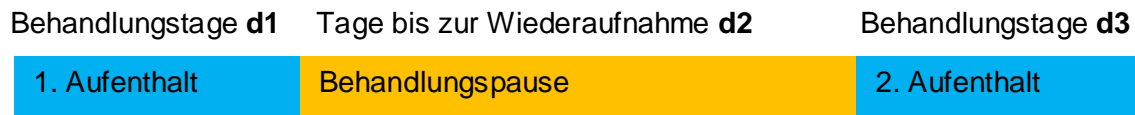
2.2.5. Ergebnisse zu Behandlungstagen und Tagen bis zur Wiederaufnahme

Einer der Gründe für die Einführung des RPB (Regionales Psychriatriebudget) (vgl. Kapitel 1.1 und 1.6) ist, dass innerhalb des Budgets die Wahl der Behandlungsform für den Patienten flexibel und individuell angepasst möglich ist. Die Patienten können bedarfsgerecht vollstationär, teilstationär oder ambulant versorgt werden. Die Wahl der Behandlungsform wird nicht durch starre Sektorengrenzen oder ökonomische Überlegungen beeinflusst.

Der Leistungserbringer hat im RPB Vorteile, wenn er die Patienten so gut behandelt, dass sie möglichst lange ohne weitere Leistungen auskommen. Gleichzeitig wird ein Zurückfahren der stationären Aufnahmen zugunsten der teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten angestrebt.

Dabei soll die Qualität der Behandlung mindestens konstant bleiben. Anzeichen dafür, dass im RPB untertherapiert bzw. zu niedrigschwellig behandelt wird, wären, dass Wiederaufnahmequoten im stationären Bereich steigen oder die "Tage bis zur Wiederaufnahme" in die stationäre Behandlung verringert werden.

Konkret ist dies messbar in der Quote der "Wiederkehrer" im Krankenhaus (d.h. Patienten, die innerhalb eines Jahres wiederholt aufgrund schwerer Rückfälle stationär aufgenommen werden müssen) sowie der "Tage bis zur Wiederaufnahme" dieser Wiederkehrer. Um die Konstanz dieses "Qualitätsaspektes der Behandlung" zu überprüfen, wurden die folgenden Variablen ausgewertet:



- Anzahl der Patienten im KH =n1 (ohne vorstationäre Aufnahmen, ohne Kurzentlassungen übers Wochenende)
- Behandlungstage =d1: Behandlungstage beim 1. Aufenthalt in einem Jahr (KH)
- Wiederaufnahme (KH) =n2: Anzahl der Patienten mit 2. Aufenthalt (KH)
- Tage bis zur Wiederaufnahme =d2: Tage zwischen der Entlassung nach dem 1. Aufenthalt und der Wiederaufnahme zum 2. Aufenthalt (KH)
- Behandlungstage =d3: Behandlungstage beim 2. Aufenthalt in einem Jahr (KH)

Als weiterer Parameter wurde die Anzahl der Behandlungstage (d1) korreliert mit den Tagen bis zur Wiederaufnahme (d2). Eine signifikante Korrelation würde bedeuten, dass die Anzahl der Behandlungstage im ersten Aufenthalt die Zeit bis zur Wiederaufnahme beeinflusst. Mit dem Statistikprogramm SPSS wurde zu diesem Zweck der Korrelationsfaktor nach *Spearman* berechnet und als **R1** bezeichnet (=Korrelation zwischen d1 und d2). Die Verteilung der Behandlungstage (d1) war deutlich linksschief, so dass eine Berechnung der *Pearson*-Korrelation nicht infrage kam.

Als **R2** wurde die Korrelation zwischen der Anzahl der Behandlungstage im ersten Aufenthalt (d1) und der Anzahl der Aufenthalte (alle Einrichtungen) in dem Jahr insgesamt berechnet. So wurde überprüft, ob ggf. längere Behandlungszeiten im ersten Aufenthalt dazu führen, dass weitere Aufenthalte vermieden werden können.

Korrelationsfaktoren nehmen Werte zwischen 0 und 1 an. Je näher der Wert bei 1 liegt, desto stärker ist der Zusammenhang der beiden Faktoren. Ein p-Wert $\leq 0,05$ kennzeichnet eine Korrelation als signifikant. Eine positive und signifikante Korrelation würde darauf hindeuten, dass zu kurz therapiert wird, dies zu Lasten der Behandlungsqualität geht und in kürzeren Zeiten bis zu Wiederaufnahme resultiert.

Desweiteren wurde ausgewertet, ob die Anzahl der Behandlungstage und die Zeit bis zur Wiederaufnahme von weiteren Faktoren abhängig ist, wie Alter und Diagnosegruppe.

Mehr Aufenthalte konnten nicht berücksichtigt werden, da die Anzahl der Patienten mit drei oder mehr Aufenthalten zu niedrig für eine stratifizierte Auswertung war.

Bei der Analyse ist weiterhin zu berücksichtigen, dass die Wiederkehrer in den Tageskliniken oder Ambulanzen hier nicht sinnvoll einbezogen werden können, da ja die ambulante und tagesklinische Behandlung bevorzugt werden soll und eine Aufnahme in diesen Bereich erwünscht ist, wenn dadurch stationäre Aufenthalte verkürzt oder verhindert werden können.

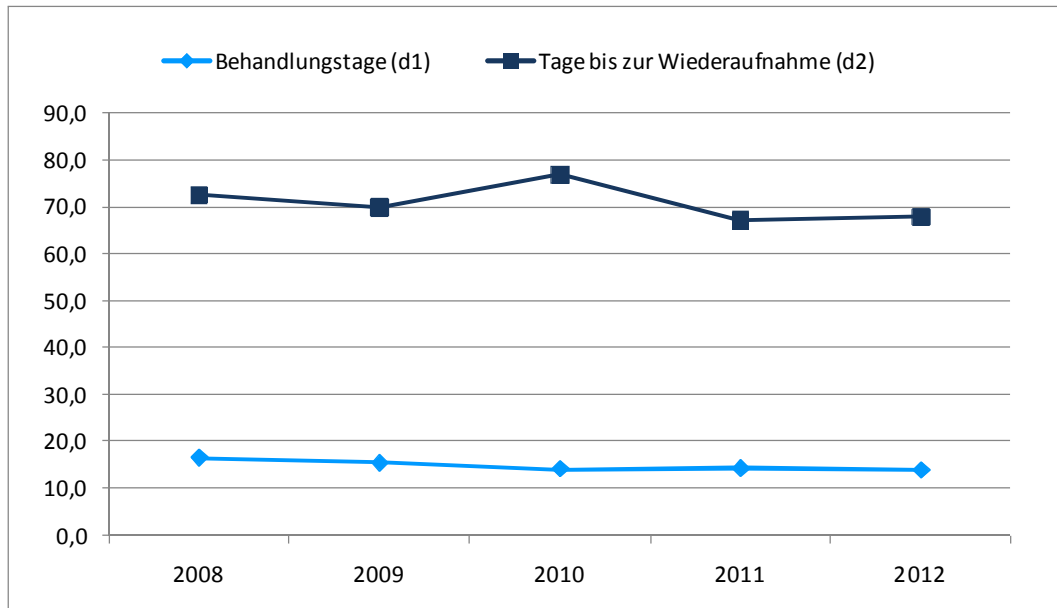


Abbildung 2.10: Entwicklung der Anzahl der Behandlungstage (d1) und der Tage bis zur Wiederaufnahme (d2) im Regionalen Psychriatriebudget von 2008 bis 2012 (nur KH-Patienten)

Die Anzahl der Behandlungstage im 1. Aufenthalt (nur KH-Patienten) sank kontinuierlich seit 2008 ab, von 16,6 Tagen (2008) auf 13,8 im Jahr 2012. Gleichzeitig sank der Anteil der Wiederkehrer von 18,1% auf 16,3% (2010) bis 16,8% (2012).

Die Anzahl der "Tage bis zur Wiederaufnahme" unterlag deutlich stärkeren Schwankungen mit Werten zwischen 77,0 (2010) und 67,1 (2011). Daher wurden zusätzlich die Mittelwerte von 2008-2009 (vor Beginn der Veränderungen im RPB) und 2010-2012 (nach Einsetzen der Veränderungen im RPB) berechnet. Die daraus erzeugten Mittelwerte von 71,2 (2008/09) und 70,7 (2010/11/12) zeigten allenfalls einen sehr geringen Abfall der Zeiten bis zur Wiederaufnahme. Der statistische Vergleich zwischen diesen Zeiträumen ergab keine signifikante Veränderung bei den "Tagen bis zur Wiederaufnahme" ($p=0,498$, $n=597 / 675$, Mann-Whitney-Wilcoxon-Test für nicht-normalverteilte Stichproben, nur Wiederkehrer im KH).

Werden die Anzahl der "Behandlungstage d1" mit den "Tage bis zur Wiederaufnahme d2" oder der Anzahl der Aufenthalte insgesamt korreliert, so ergaben sich nur sehr geringe Korrelationskoeffizienten zwischen 0,177 (2009) und 0,018 (2012), die unabhängig von dem Erhebungsjahr schwankten (Abb. 2.11). Korrelationskoeffizienten nehmen Werte zwischen 0 und 1 an. Werte von $\leq 0,2$ sind als niedrig, von 0,3-0,5 als mittel und erst $>0,5$ als hoch einzustufen.

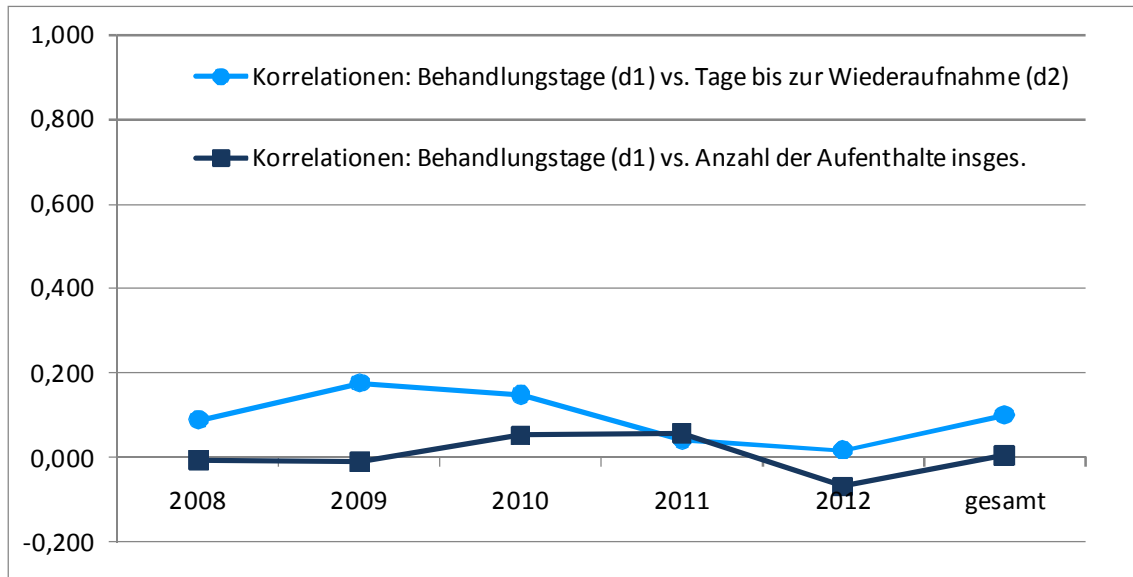


Abbildung 2.11: Entwicklung der Anzahl der Behandlungstage (d1) und der Tage bis zur Wiederaufnahme (d2) im Regionalen Psychriatriebudget von 2008 bis 2012 (nur KH-Patienten)

Tabelle 2.12: Korrelationen der Anzahl der Behandlungstage (d1) und der Tage bis zur Wiederaufnahme (d2) im Regionalen Psychriatriebudget von 2008 bis 2012 (nur KH-Patienten)

Korrelationen: Behandlungstage (d1) vs. Tage bis zur Wiederaufnahme (d2)	2008	2009	2010	2011	2012
Korrelationskoeffizient nach Spearman (0 bis 1, 1=100% Korrelation)	0,090	0,177	0,149	0,042	0,018
Statistische Signifikanz? (bei $p \leq 0,05$, zweiseitig)	0,124	0,002	0,022	0,536	0,792
N (Anzahl einbezogener Datensätze)	294	303	237	220	218
Korrelationen: Behandlungstage (d1) vs. Anzahl der Aufenthalte insges.	2008	2009	2010	2011	2012
Korrelationskoeffizient nach Spearman (0 bis 1, 1=100% Korrelation)	-0,005	-0,011	0,053	0,059	-0,068
Statistische Signifikanz? (bei $p \leq 0,05$, zweiseitig)	0,834	0,664	0,044	0,029	0,014
N (Anzahl einbezogener Datensätze)	1623	1665	1458	1344	1299

Einige Korrelationen waren aufgrund der hohen einbezogenen Fallzahl schon bei sehr niedrigen Korrelationen signifikant mit $p \leq 0,05$ bzw. wechselnd (positive und negative Korrelationen bspw. in den Jahren 2011 und 2012). Dies bedeutet einen allenfalls geringen Einfluss der Anzahl der Behandlungstage auf die Tage bis zur Wiederaufnahme.

Sehr viel höher war der Einfluss der Diagnosegruppe (ICD) und des Alters auf die "Tage bis zur Wiederaufnahme" (d2). Da sich insbesondere die Zusammensetzung der ICD-Gruppen im RPB so veränderten, dass Patientengruppen mit von vornherein mehr "Behandlungstagen d1" und kürzeren "Tagen bis zur Wiederaufnahme d2" anteilmäßig (bspw. ICD-Gruppe F30-F39) zunahm, wird der Effekt der Umstrukturierungen im RPB dadurch deutlich überlagert.

Patienten in der ICD-Gruppe F00-F09 hatten die kürzeste Behandlungsdauer im 1. und im 2. Aufenthalt (d1 u. d3). Zusammen mit der Diagnosegruppe F20-29 hatten sie die kürzesten "Zeiten bis zur Wiederaufnahme". Der Anteil der Wiederkehrer lag jedoch nur bei 12,5%.

Patienten in der ICD-Gruppe F10-F19 hatten ebenfalls kurze Behandlungsdauern im 1. und im 2. Aufenthalt, jedoch mit Abstand die längsten "Zeiten bis zur Wiederaufnahme". Gleichzeitig nahm diese zahlenmäßig sehr große Gruppe um 15% zwischen 2008 und 2012 ab (vgl. Kap. 2.2.2). Der Anteil an allen Patienten nahm von 2008 bis 2012 von 35 auf 28% ab. Diese Gruppe hatte allerdings mit 20,4% den größten Anteil an Wiederkehrern.

Patienten in der ICD-Gruppe F20-29 hatten im Vergleich lange Behandlungsdauern im 1. und im 2. Aufenthalt und gleichzeitig kurze "Zeiten bis zur Wiederaufnahme". Der Anteil an Wiederkehrern lag ebenfalls hoch bei 18,1%. Der Anteil an allen Patienten war von 2008 bis 2012 relativ konstant und lag bei 10-11% (vgl. Kap. 2.2.2).

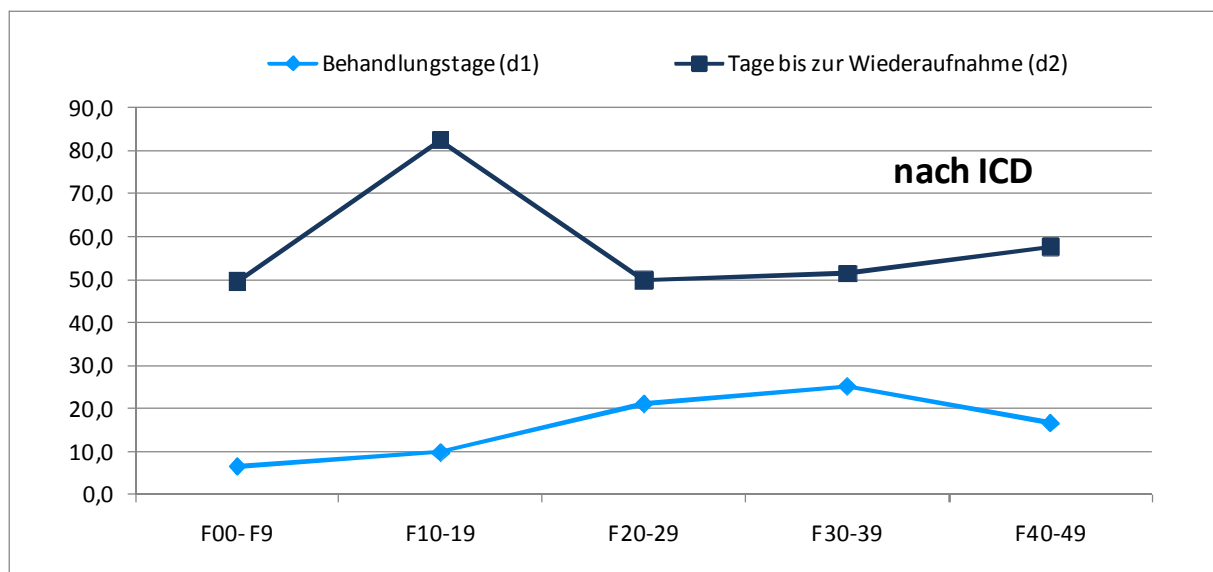


Abbildung 2.12: Entwicklung der Anzahl der Behandlungstage (d1) und der Tage bis zur Wiederaufnahme (d2) im Regionalen Psychriatriebudget von 2008 bis 2012 nach ICD-Gruppe (nur KH-Patienten)

Tabelle 2.13: Entwicklung der Anzahl der Behandlungstage bei Krankenhauspatienten und der Tage bis zur Wiederaufnahme (d2) im Regionalen Psychriatriebudget von 2008 bis 2012.

Nach Jahr	2008	2009	2010	2011	2012
Patienten im KH (n1)**	1623	1665	1458	1344	1299
Behandlungstage 1. Aufenthalt (d1)	16,6	15,4	14,1	14,2	13,8
Wiederaufnahme (KH) (n)	294	303	237	220	218
Tage bis zur Wiederaufnahme (d2)	72,5	69,9	77,0	67,1	67,9
Behandlungstage 2. Aufenthalt (d3)	15,5	15,4	15,1	12,5	13,2
% Wiederkehrer	18,1%	18,2%	16,3%	16,4%	16,8%
Nach ICD-Gruppe* (2008-2012)	F00- F09	F10-19	F20-29	F30-39	F40-49
Patienten im KH (n1)**	321	3901	480	1646	630
Behandlungstage (d1)	6,6	9,8	21,0	25,1	16,6
Wiederaufnahme (KH) (n)	40	796	87	220	66
Tage bis zur Wiederaufnahme (d2)	49,5	82,4	49,8	51,4	57,6
Behandlungstage (d3)	6,6	9,3	22,7	28,6	21,4
% Wiederkehrer	12,5%	20,4%	18,1%	13,4%	10,5%
Nach Altersklasse (2008-2012)	< 15 Jah- ren	15-29 Jah- re	30-44 Jah- re	45-64 Jah- re	>=65 Jahre
Patienten im KH (n1)**	nn	1780	2407	2305	897
Behandlungstage (d1)	nn	15,4	14,5	15,9	12,5
Wiederaufnahme (KH) (n)	nn	270	461	426	115
Tage bis zur Wiederaufnahme (d2)	nn	69,2	75,0	70,9	59,3
Behandlungstage (d3)	nn	15,5	13,8	14,7	13,8
% Wiederkehrer	nn	15,2%	19,2%	18,5%	12,8%

** Anzahl der Patienten im KH =n1: hier ohne vorstationäre Aufnahmen, ohne Kurzentlassungen übers Wochenende

***ICD-Gruppen:**

F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
 F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
 F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
 F30-F39: Affektive Störungen
 F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 Sonstige: F50-F99, sehr variable Gruppe, hier nicht einbezogen

Die Patienten in der ICD-Gruppe F30-39 lösten im Verlauf des RPB die Gruppe in der ICD-Klasse F10-19 als größte Gruppe ab. Der Anteil an allen Patienten stieg von 31% (2008) auf 37% (2012). Bezogen auf die absoluten Zahlen bedeutete dies eine Zunahme von 862 auf 1097 Patienten pro Jahr (+27%) (vgl. Kap. 2.2.2). Sie hatten im Vergleich die längsten Behandlungsdauern im 1. und im 2. Aufenthalt und ebenfalls relativ kurze "Zeiten bis zur Wiederaufnahme" ($d_2=51,4$). Der Anteil an Wiederkehrern lag allerdings vergleichsweise niedrig mit 13,4%.

Patienten in der ICD-Gruppe F40-49 lagen bei den Behandlungsdauern im 1. und im 2. Aufenthalt im Mittelfeld bei gleichzeitig mittleren "Zeiten bis zur Wiederaufnahme". Der Anteil an Wiederkehrern lag eher niedrig bei 10,5%. Der Anteil an allen Patienten nahm von 2008 bis 2012 von 11% auf 14% zu. Bezogen auf die absoluten Zahlen bedeutete dies eine Zunahme 299 auf 410 Patienten in dieser Diagnoseklasse pro Jahr (+37%) (vgl. Kap. 2.2.2).

Bei der Auswertung nach Altersklassen fiel insbesondere die Gruppe der älteren Patienten (≥ 65 Jahre) auf: Bei eher kurzen Behandlungsdauern d_1 von 12,5 Tagen wiesen sie die kürzesten "Zeiten bis zur Wiederaufnahme" auf. Der 2. Aufenthalt war mit im Mittel 13,8 Tagen im Mittel etwas länger als der erste Aufenthalt. Dies war bei allen anderen Altersklassen andersherum. Gleichzeitig war der Anteil der Wiederkehrer unter den älteren Patienten mit 12,8% niedriger als in allen anderen Altersklassen.

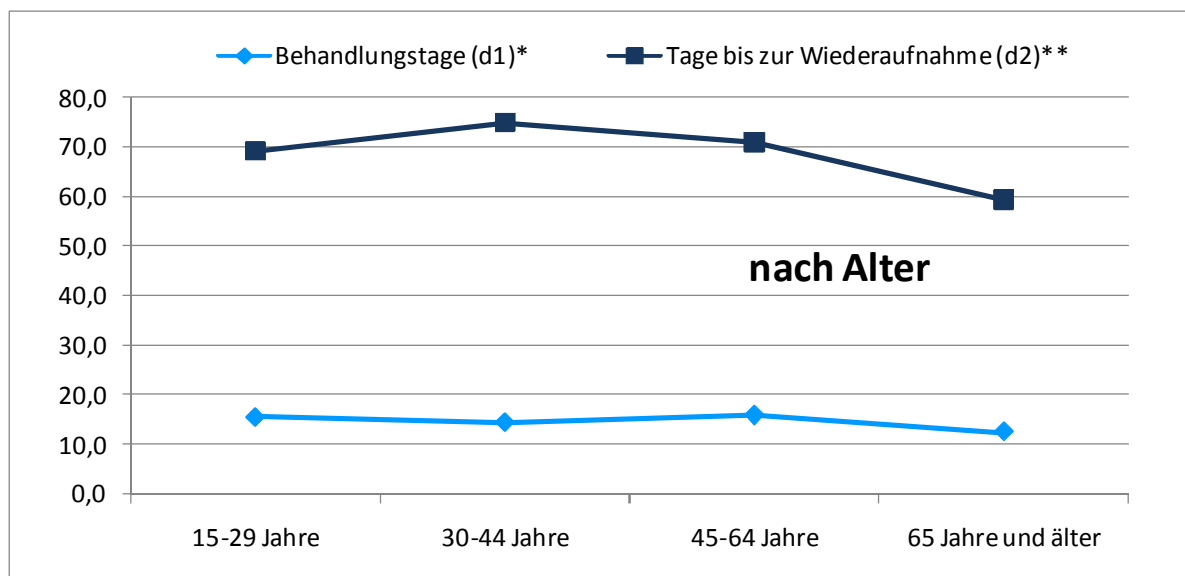


Abbildung 2.13: Anzahl der Behandlungstage (d_1) und der Tage bis zur Wiederaufnahme (d_2) nach Altersklasse (nur KH-Patienten, 2008-2012)

2.2.6 Ergebnisse der räumlichen Auswertung

Die räumliche Auswertung der Patienten der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik wurde auf der Basis der Postleitzahlen (PLZ) des Wohnortes in dem Jahr der Behandlung durchgeführt. Die Zuordnung der PLZ zu den verwendeten Bezirken befindet sich auf der vorletzten Seite dieses Berichts. Die Auswertungen liegen für die Rohdaten (tatsächlich behandelte Personen), prozentuale Anteile (bezogen auf die Gesamtzahl der behandelten Personen pro Jahr) und standardisiert vor (bezogen auf 1000 Einwohner des Amtes/Bezirk, nur für Nordfriesland). Vergleichbar z.B. hinsichtlich der Beurteilung einer möglichen Unterversorgung sind nur die standardisierten Werte bezogen auf 1000 Einwohner. Für die Karten wurden jeweils die Rohdaten aus dem mittleren Jahr 2010 herangezogen.

Die Anzahl der Patienten, die ihren Wohnsitz außerhalb Nordfrieslands haben ist vergleichsweise hoch und lag zu Beginn des RPB 2008 bei 32%. Die Karten (S. 46ff) zeigen, dass die Menschen aus ganz Schleswig-Holstein und sogar bundesweit zu der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik kommen. Zum Vergleich können die Werte des Kreises Steinburg, welcher bereits vor Nordfriesland das RPB einführt, herangezogen werden: 16% Patienten kommen dort von außerhalb des Kreises. In den Jahren bis 2012 wurde der Anteil der Patienten, die ihren Wohnsitz außerhalb Nordfrieslands haben, gesenkt. Er ist jedoch immer noch deutlich höher als in Steinburg. Da gleichzeitig die Anzahl der behandelten Personen gestiegen ist, fand offensichtlich eine Verschiebung der Nutzung der Ressourcen zugunsten der Bevölkerung in NF statt.

Dieses wird durch die Abbildung 2.15 verdeutlicht: Im Vergleich der Jahre 2008 und 2012 wurden aus fast allen Bezirken Nordfrieslands im Jahr 2012 mehr Personen behandelt (Ausnahme: Bredstedt / Breklum). Der Anstieg war dort besonders hoch, wo dezentral neue Einrichtungen (TK und PIA) eröffnet wurden (Niebüll +46%, Südtondern +21%, Inseln und Halligen: +30%). Dagegen sanken die Zahlen in dem traditionell gut versorgten Bezirk Bredstedt / Breklum etwas ab.

Verbesserungen in den Randlagen wie den Ämtern Viöl oder Eiderstedt wirkten sich erst zeitverzögert ab 2011 aus (2012 vs. 2008: +22% und +14%).

Die schon im Jahr 2006 mit einer TK und PIA versorgten Ämter Husum (+32%) und Nordsee - Treene (20%) legten bei der Anzahl der behandelten Personen ebenfalls noch zu.

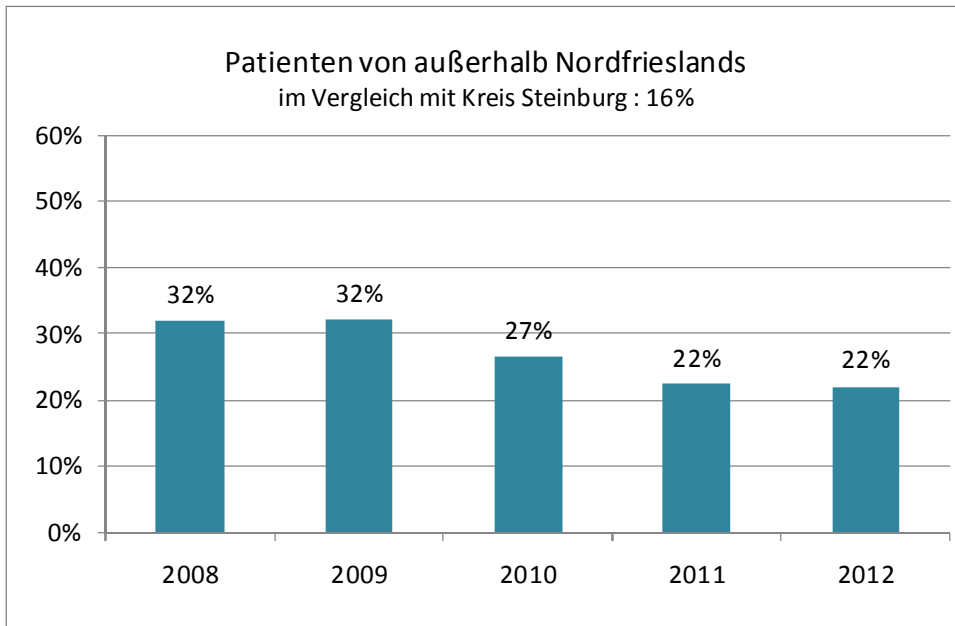


Abbildung 2.14: Prozentualer Anteil der Patienten, die ihren Wohnsitz außerhalb Nordfrieslands haben, nach dem Jahr der Behandlung

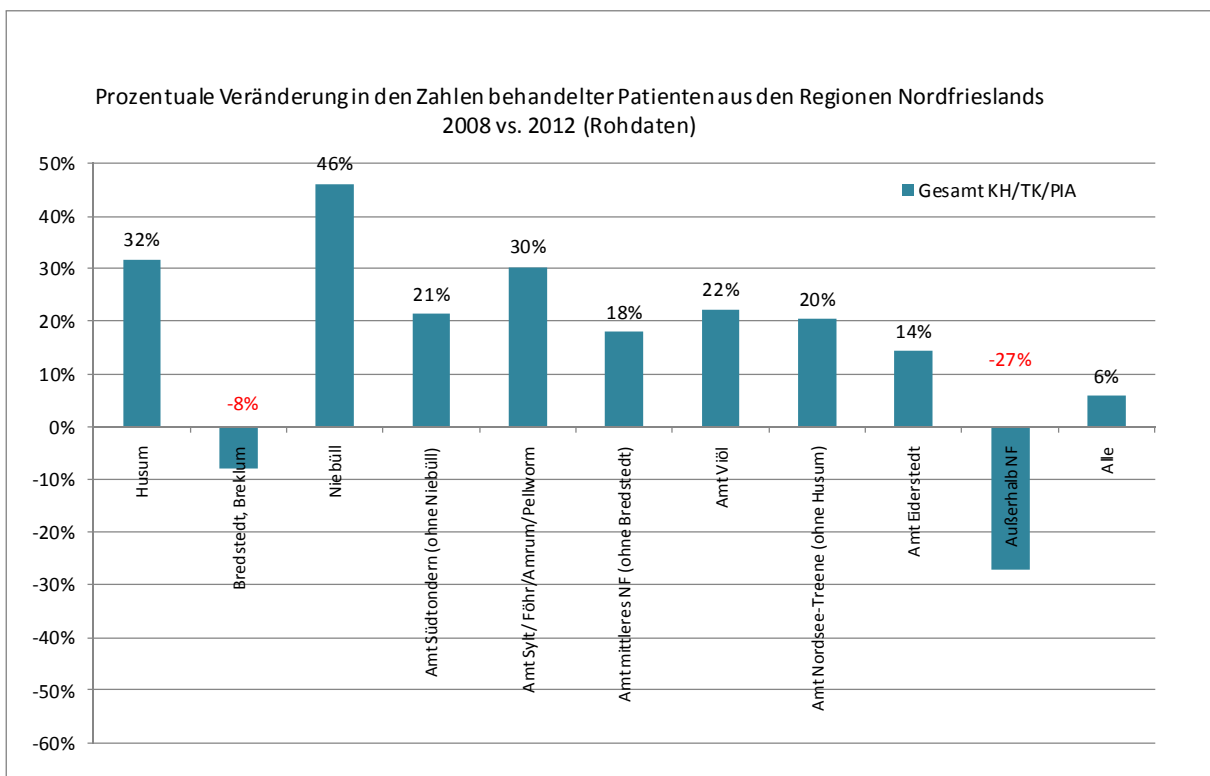


Abbildung 2.15: Prozentuale Veränderungen bei der Anzahl der behandelten Personen in den Jahren 2008 vs. 2012 nach Postleitzahl-Bezirk (Städte und Ämter) des Wohnortes (Basis: Rohdaten aus Tab.2.14)

Tabelle 2.14: Anzahl der behandelten Personen in den Jahren 2008 bis 2012 nach Postleitzahl-Bezirk (Städte und Ämter) des Wohnortes (Rohdaten)

Stadt / Amt	2008	2009	2010	2011	2012	% Veränd. 2008 vs. 2012
Husum	476	392	518	609	627	32%
Bredstedt, Breklum	293	272	296	309	270	-8%
Niebüll	128	149	216	246	187	46%
Amt Südtondern (ohne Niebüll)	285	282	364	399	346	21%
Amt Sylt/ Föhr/ Amrum/ Pellworm	182	214	244	244	237	30%
Amt mittleres NF (ohne Bredstedt und Breklum)	144	130	165	180	170	18%
Amt Viöl	54	62	58	84	66	22%
Amt Nordsee-Treene (ohne Husum)	236	211	286	292	284	20%
Amt Eiderstedt	118	107	127	133	135	14%
Außerhalb NF*	895	864	828	718	654	-27%
Alle	2811	2683	3102	3214	2976	6%

* incl. n=16 fehlender Angaben

Tabelle 2.15: Prozentualer Anteil der Anzahl der behandelten Personen in den Jahren 2008 bis 2012 in den Postleitzahl-Bezirken (Städte und Ämter) des Wohnortes bezogen auf die insgesamt behandelten Personen des Jahres.

Stadt / Amt	2008 (n=2811)	2009 (n=2685)	2010 (n=3103)	2011 (n=3214)	2012 (n=2976)
Husum	17%	15%	17%	19%	21%
Bredstedt, Breklum	10%	10%	10%	10%	9%
Niebüll	5%	6%	7%	8%	6%
Amt Südtondern (ohne Niebüll)	10%	11%	12%	12%	12%
Amt Sylt/ Föhr/ Amrum/ Pellworm	6%	8%	8%	8%	8%
Amt mittleres NF (ohne Bredstedt, Breklum)	5%	5%	5%	6%	6%
Amt Viöl	2%	2%	2%	3%	2%
Amt Nordsee-Treene (ohne Husum)	8%	8%	9%	9%	10%
Amt Eiderstedt	4%	4%	4%	4%	5%
Außerhalb NF*	32%	32%	27%	22%	22%

* incl. n=16 fehlender Angaben

Hinweise für die Ursachen des hohen Anteils von Patienten, die ihren Wohnsitz außerhalb Nordfrieslands haben, gibt die stratifizierte Auswertung nach Diagnosegruppen. Während die (Haupt-)Diagnosegruppen F20-29, F30-39 und F40-49, ähnlich wie in dem Kreis Steinburg, Anteile zwischen 10% und 20% an Patienten von außerhalb aufweisen, so liegt der Anteil an Patienten mit einer Hauptdiagnose F10-19 (Abhängigkeitserkrankungen) bspw. im Jahr 2009 bei über 50% und verursacht dadurch den hohen Wert insgesamt.

Dieses Resultat hat wiederum vermutlich zwei Gründe: Zum einen ist aus den Karten (S. 46ff.) ersichtlich, dass von überall dort, wo die Fachkliniken Nordfriesland (FKLNF) Einrichtungen für abhängigkeitskranke Menschen betreiben (Schleswig, Tarp, Kiel), vermehrt Patienten zu der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik kommen. Zum anderen bieten die FKLNF neben der Entzugsbehandlung auch die anschließende Entwöhnung (Rehabilitation) an. Die Rehabilitation ist nicht Teil des RPB, hat jedoch Auswirkungen auf den Wohnort der behandelten Patienten, da schon seit vielen Jahren "traditionell" Zuweiser aus ganz Schleswig-Holstein, sowie auch aus den angrenzenden Bundesländern und Berlin, Patienten zu den FKLNF überweisen, die häufig vor der Rehabilitation zur Entzugsbehandlung in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik behandelt werden.

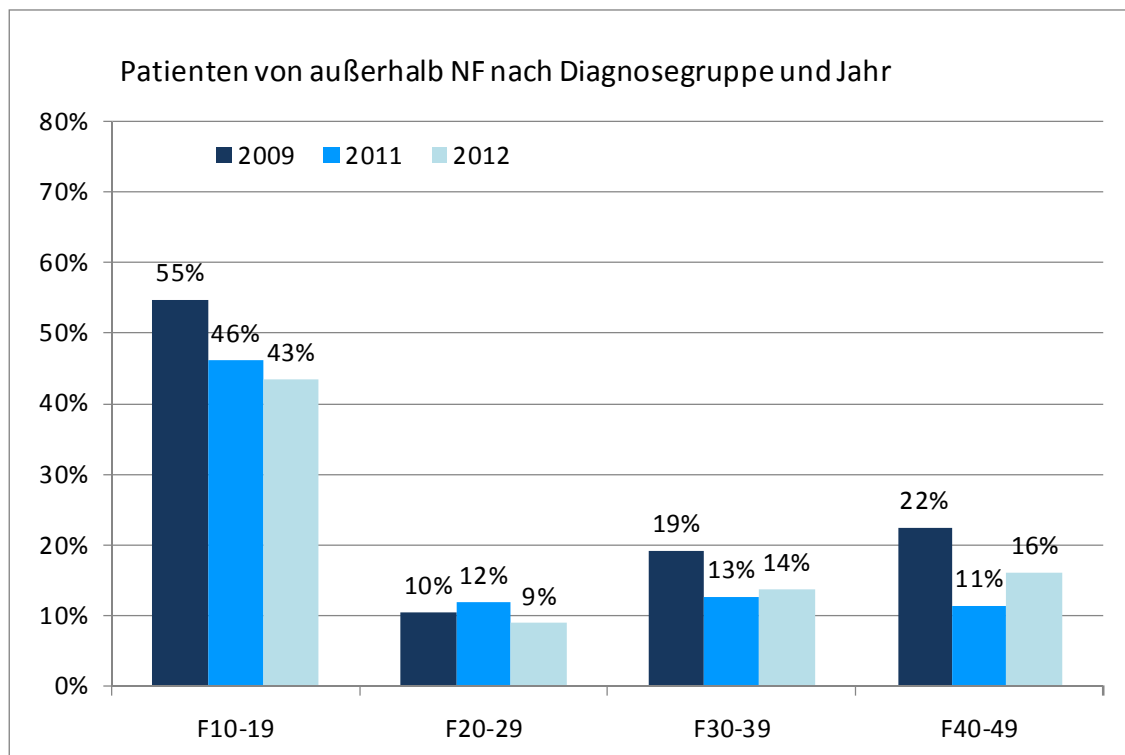


Abbildung 2.16: Prozentualer Anteil der Patienten, die ihren Wohnsitz außerhalb NF haben, nach Diagnosegruppe und Jahr (vgl. Tab 2.18)

Die Anzahl der aus Nordfriesland behandelten Personen bezogen auf 1000 Einwohner (E)* lag im Jahr 2008 bei 11,6 und in den Jahren 2010-12 im Mittel bei 14,4 (dies sind auf die Bevölkerung bezogene Daten= standardisierte und vergleichbare Daten).

Der Versorgungsgrad ist dabei ganz unterschiedlich: Bredstedt, Breklum und Husum liegen ab 2010 mit Werten von 20 bis 35 Patienten /1000 Einwohnern deutlich über dem Mittelwert für Nordfriesland insgesamt (=14-15 Patienten /1000 Einwohner). Niebüll lag im Jahr 2008 noch unterhalb des Mittelwertes und ab dem Jahr 2010 darüber. Südtondern lag zu allen Zeiten etwas unter dem Mittelwert, während die Inseln und Halligen von 2008 bis 2012 zwar zulegten, aber immer noch zu den Schlusslichtern gehören (vgl. Abb. 2.17).

Hierzu sind auch die Ämter Eiderstedt und Viöl zu zählen. Im Gegensatz zu den Inseln und Halligen werden jedoch hier von der Bevölkerung mutmaßlich auch Angebote der angrenzenden Kreise Dithmarschen und Schleswig/Flensburg in Anspruch genommen, so dass nicht bekannt ist, ob es sich hier tatsächlich um unterversorgte Gebiete handelt.

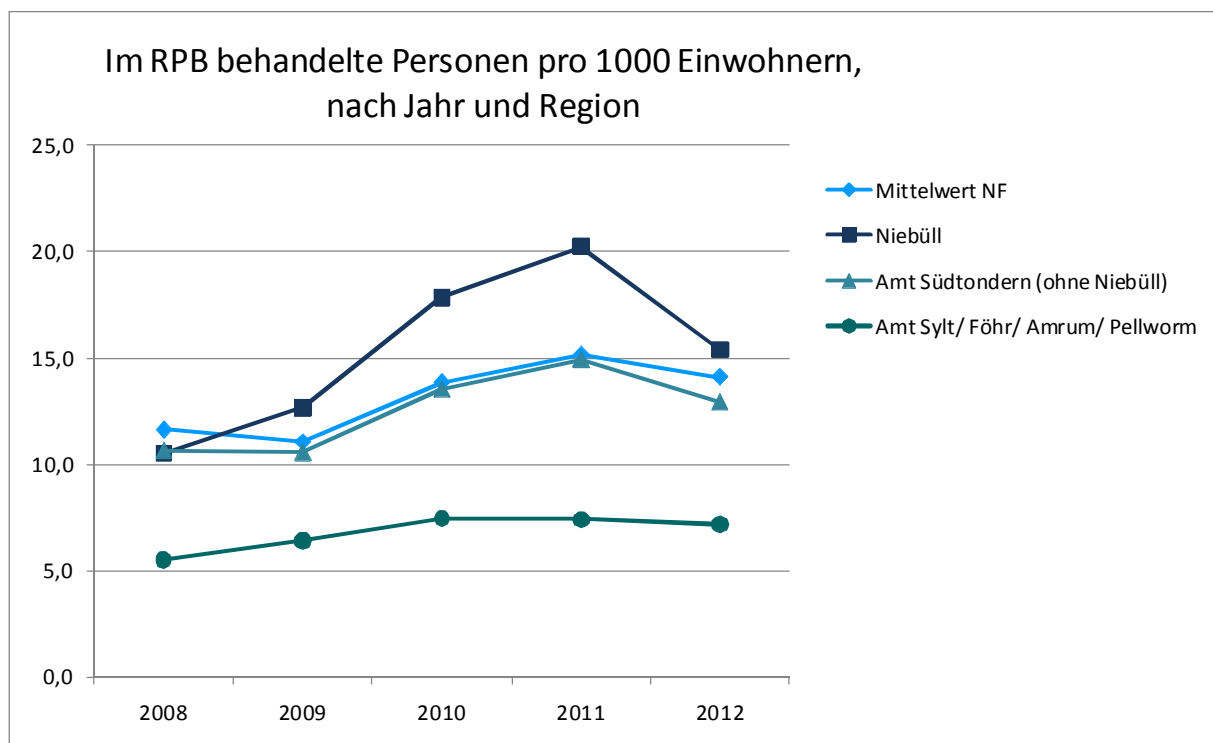


Abbildung 2.17: Anzahl der behandelten Personen bezogen auf 1000 Einwohner (E) in den Jahren 2008 bis 2012 nach ausgewählten Postleitzahl-Bezirken des Wohnortes

Tabelle 2.16: Mittlere Anzahl der behandelten Personen in den Jahren 2008 bis 2012 nach Postleitzahl-Bezirk des Wohnortes bezogen auf 1000 Einwohner (E)*.

Stadt / Amt	2008 / 1000 E	2009 / 1000 E	2010 / 1000 E	2011 / 1000 E	2012 / 1000 E	% mittlere Veränderung 2008 vs. 2010/11/12
Husum	19,9	16,4	21,6	25,4	26,2	23%
Bredstedt, Breklum	32,6	30,2	32,9	34,3	30,0	0%
Niebüll	10,5	12,3	17,8	20,2	15,4	69%
Amt Südtondern (ohne Niebüll)	10,7	10,5	13,6	14,9	12,9	30%
Amt Sylt/ Föhr/ Amrum/ Pellworm	5,5	6,5	7,4	7,4	7,2	33%
Amt mittleres NF (ohne Bredstedt, Breklum)	13,3	12,0	15,2	16,6	15,7	19%
Amt Viöl	6,4	7,3	6,9	9,9	7,8	28%
Amt Nordsee-Treene (ohne Husum)	9,5	8,5	11,6	11,8	11,5	22%
Amt Eiderstedt	7,4	6,7	8,0	8,4	8,5	12%
Mittelwert Regionen	12,9	12,3	15,0	16,6	15,0	21%
Mittelwert Gesamt-NF	11,6	11,0	13,8	15,2	14,1	23%

* Die verwendeten Bevölkerungszahlen entstammen der amtlichen Statistik des Statistischen Landesamtes Nord aus dem Jahr 2012 (Gemeindebezogen): s.u.

** Der Mittelwert "Regionen" wurde aus der Summe der Werte der neun Bezirken berechnet (Summe/9), aufgrund der Gewichtung durch die Bevölkerungszahlen ergeben sich geringfügig andere Werte, als wenn die Summe aller Fälle auf die gesamte Bevölkerung des Kreises bezogen würde (=Mittelwert Gesamt-NF).

Tabelle 2.17: Bevölkerung in Nordfriesland, zusammengefasst nach Postleitzahl-Bezirk des Wohnortes (Quelle: Stat. Landesamt Nord, 2013)

Bevölkerung in Nordfriesland nach Amt (Quelle: Stat. Landesamt Nord)	Bevölkerung männlich	Bevölkerung weiblich	Bevölkerung gesamt
Husum	11517	12429	23946
Bredstedt, Breklum	4363	4634	8997
Niebüll	5849	6303	12152
Amt Südtondern (ohne Niebüll)	13287	13450	26737
Amt Sylt/ Föhr/ Amrum/ Pellworm	16089	16808	32897
Amt mittleres NF (ohne Bredstedt, Breklum)	5408	5412	10820
Amt Viöl	4266	4189	8455
Amt Nordsee-Treene (ohne Husum)	12279	12470	24749
Amt Eiderstedt	7674	8201	15875
Summe NF	80732	83896	164628

Die Tabellen 2.18 und 2.19 enthalten die Anzahl der behandelten Personen in den Bezirken Nordfrieslands bzw. von außerhalb Nordfrieslands nach Art der Hauptdiagnose sowie nach der Einrichtungsart innerhalb der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik (hier aus Platzgründen ohne Daten aus dem Jahr 2008).

So kommen ca. 80% der Patienten der Husumer TK und PIA aus den Bezirken Husum, Nordsee-Treene und Eiderstedt. Entsprechend stammen >80% der Patienten der Niebüller TK und PIA aus den Bezirken Niebüll, Südtondern und den Inseln und Halligen. Beide nehmen demnach, wie geplant, eine wichtige Stellung als dezentrale und regionale Versorgungseinrichtung ein. Nur wenige Patienten kommen von außerhalb Nordfrieslands (z.T. auch Urlauber).

Das Einzugsgebiet des Krankenhauses (KH=vollstationäre Behandlung) ist innerhalb Nordfrieslands deutlich breiter gefächert und als überregional anzusehen. 34% der Patienten des Krankenhauses hatten im Jahr 2012 ihren Wohnort außerhalb von NF. Dies waren insbesondere Patienten mit einer Hauptdiagnose F10-19 (Abhängigkeitserkrankungen).

Die PIA Breklum behandelte dagegen im Jahr 2012 überwiegend Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, diese wohnten nur zu 8% außerhalb Nordfrieslands. Das Einzugsgebiet der PIA Breklum erstreckt sich ebenfalls auf ganz Nordfriesland. Nur 45% der Patienten kamen im Jahr 2012 aus der unmittelbaren Umgebung wie Breklum/Bredstedt oder dem Amt „Mittleres NF“. Die PIA Breklum ist im Jahr 2013 nach Riddorf umgezogen und wurde mit der PIA Bredstedt zusammengelegt. Sie wurden in PIA Riddorf umbenannt.

Das Einzugsgebiet der 2010 in Betrieb genommenen "TK Mitte" in Breklum ist breiter gefächert als das der anderen Tageskliniken, der größere Anteil der Patienten kommt aus der Mitte Nordfrieslands, Husum und Südtondern.

Abschließend folgen im Anschluss Tabellen und Kartierungen der räumlichen Auswertung.

Die TK Mitte wurde aufgrund zu geringer Fallzahlen (<300) nicht in die Kartierung einbezogen. Die Daten der TK und PIA in Husum und Niebüll wurden aus demselben Grund zusammen ausgewertet.

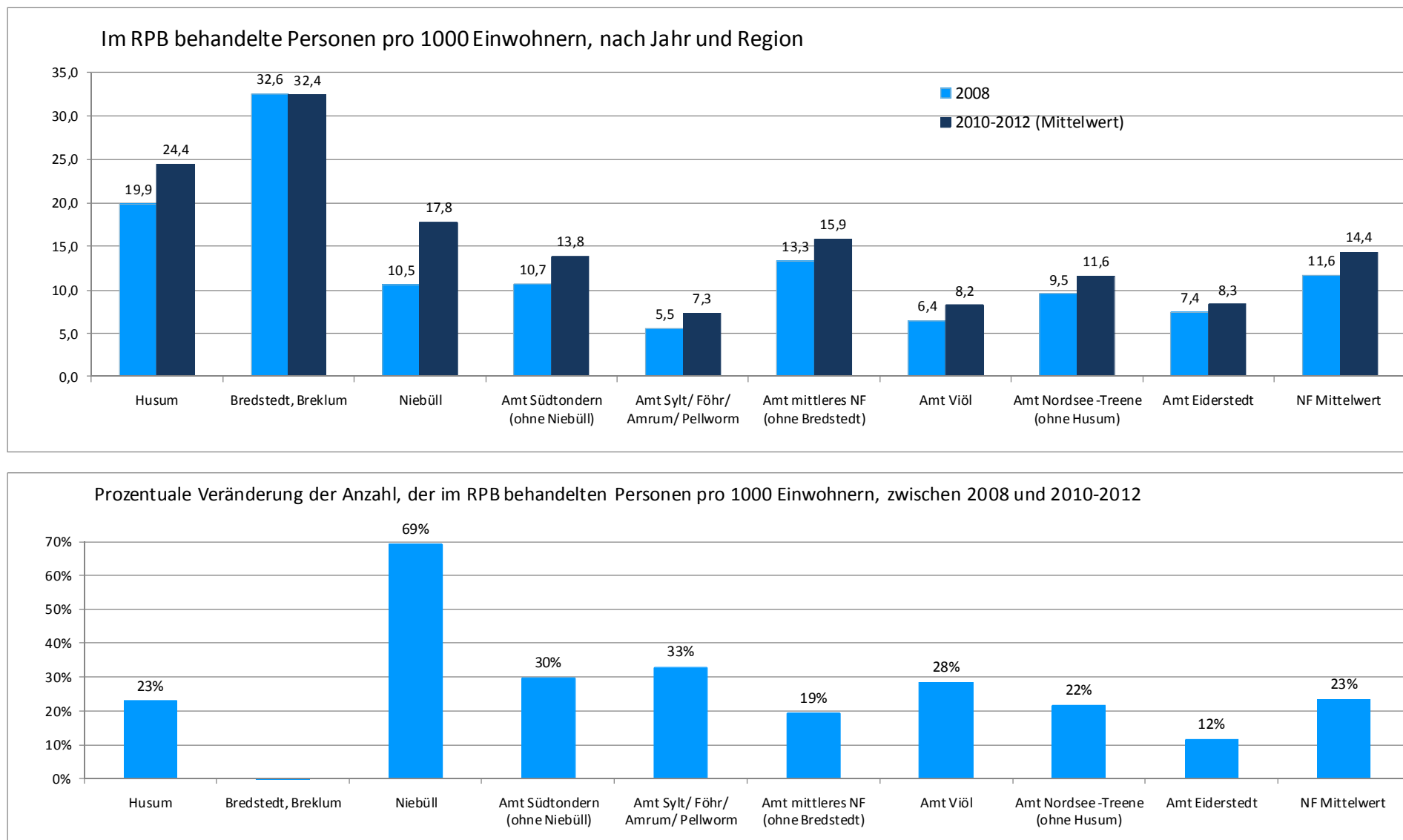


Abbildung 2.18 a (oben) und b (unten): Anzahl der behandelten Personen in den Jahren 2008 und 2010-2012 nach Postleitzahl-Bezirk des Wohnortes in Nordfriesland, jeweils bezogen auf 1000 Einwohner (a) und die prozentuale Veränderung seit 2008 (b)

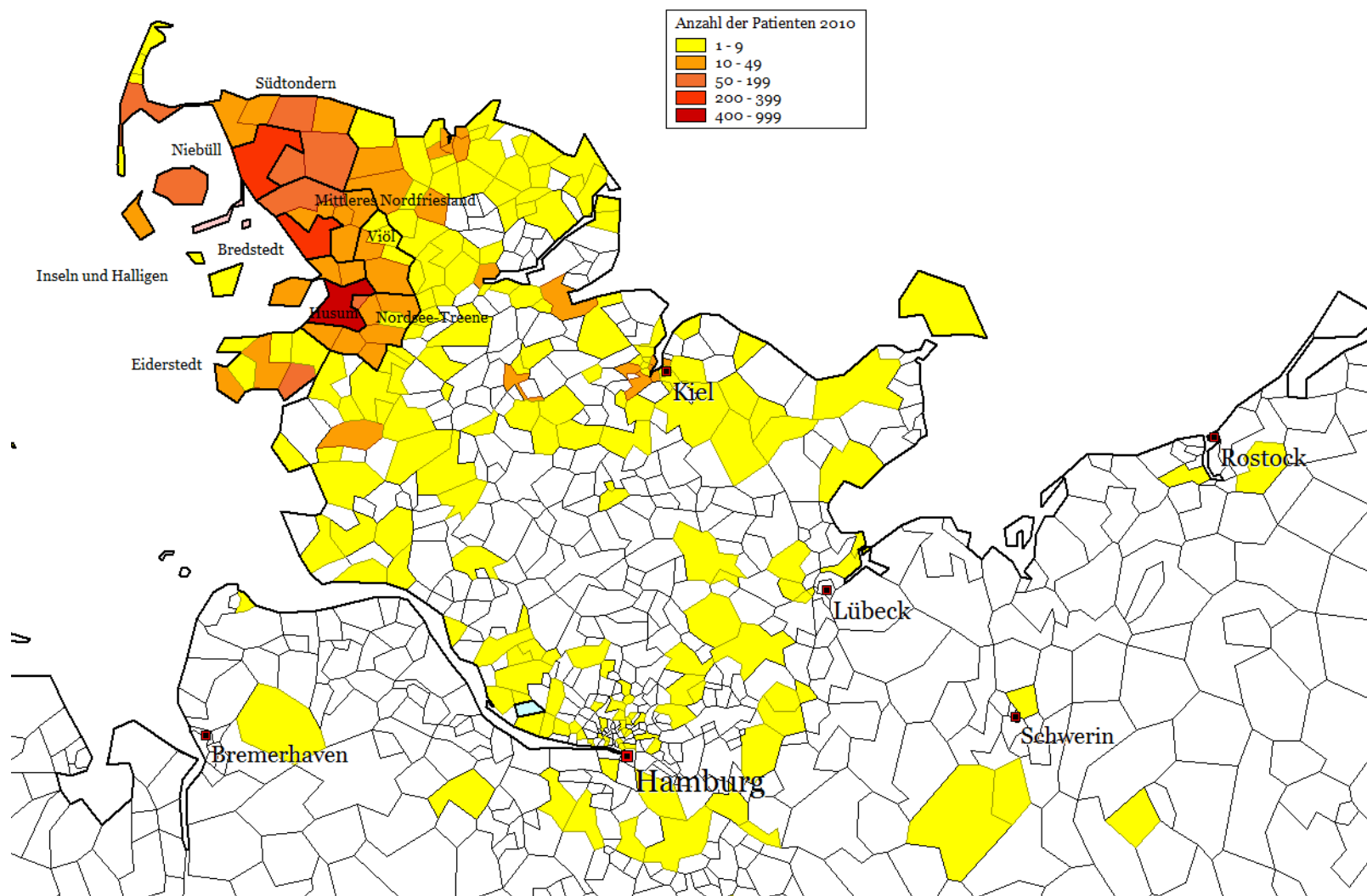
Tabelle 2.18: Prozentualer Anteil der behandelten Personen im RPB in den Jahren 2009 bis 2012 nach Diagnosegruppe und nach Postleitzahl-Bezirk des Wohnortes bezogen auf die Gesamtzahl der behandelten Personen in dieser Diagnosegruppe in dem Jahr

Stadt / Amt:	ICD-Gruppe	2009	2010	2011	2012	ICD-Gruppe	2009	2010	2011	2012
Husum	F10-19	10%	9%	13%	13%	F20-29	19%	25%	29%	30%
Bredstedt, Breklum	F10-19	7%	7%	9%	9%	F20-29	22%	21%	18%	20%
Niebüll	F10-19	3%	4%	4%	5%	F20-29	7%	6%	8%	4%
Amt Südtondern (ohne Niebüll)	F10-19	6%	8%	8%	8%	F20-29	10%	9%	8%	11%
Amt Sylt/ Föhr/Amrum/Pellworm	F10-19	7%	8%	7%	7%	F20-29	11%	9%	9%	10%
Amt mittleres NF (ohne Bredstedt, Breklum)	F10-19	2%	3%	4%	4%	F20-29	7%	7%	5%	5%
Amt Viöl	F10-19	2%	1%	2%	1%	F20-29	3%	3%	3%	2%
Amt Nordsee-Treene (ohne Husum)	F10-19	4%	5%	4%	5%	F20-29	6%	6%	4%	5%
Amt Eiderstedt	F10-19	3%	3%	3%	4%	F20-29	5%	3%	3%	3%
Außerhalb NF	F10-19	55%	53%	46%	43%	F20-29	10%	11%	12%	9%
Von n=	F10-19	967	905	916	828	F20-29	269	312	320	290
Stadt / Amt:	ICD-Gruppe	2009	2010	2011	2012	ICD-Gruppe	2009	2010	2011	2012
Husum	F30-39	16%	18%	19%	20%	F40-49	17%	21%	22%	26%
Bredstedt, Breklum	F30-39	10%	9%	9%	6%	F40-49	8%	6%	6%	8%
Niebüll	F30-39	7%	9%	9%	8%	F40-49	7%	9%	9%	7%
Amt Südtondern (ohne Niebüll)	F30-39	13%	12%	15%	15%	F40-49	15%	16%	20%	12%
Amt Sylt/ Föhr/Amrum/Pellworm	F30-39	9%	8%	9%	9%	F40-49	8%	8%	7%	6%
Amt mittleres NF (ohne Bredstedt, Breklum)	F30-39	7%	7%	6%	7%	F40-49	4%	5%	5%	5%
Amt Viöl	F30-39	3%	3%	4%	3%	F40-49	1%	1%	3%	3%
Amt Nordsee-Treene (ohne Husum)	F30-39	11%	13%	13%	13%	F40-49	11%	12%	12%	13%
Amt Eiderstedt	F30-39	4%	5%	5%	6%	F40-49	6%	5%	4%	4%
Außerhalb NF	F30-39	19%	17%	13%	14%	F40-49	22%	16%	11%	16%
Von n=	F30-39	743	1088	1140	1097	F40-49	285	425	422	410

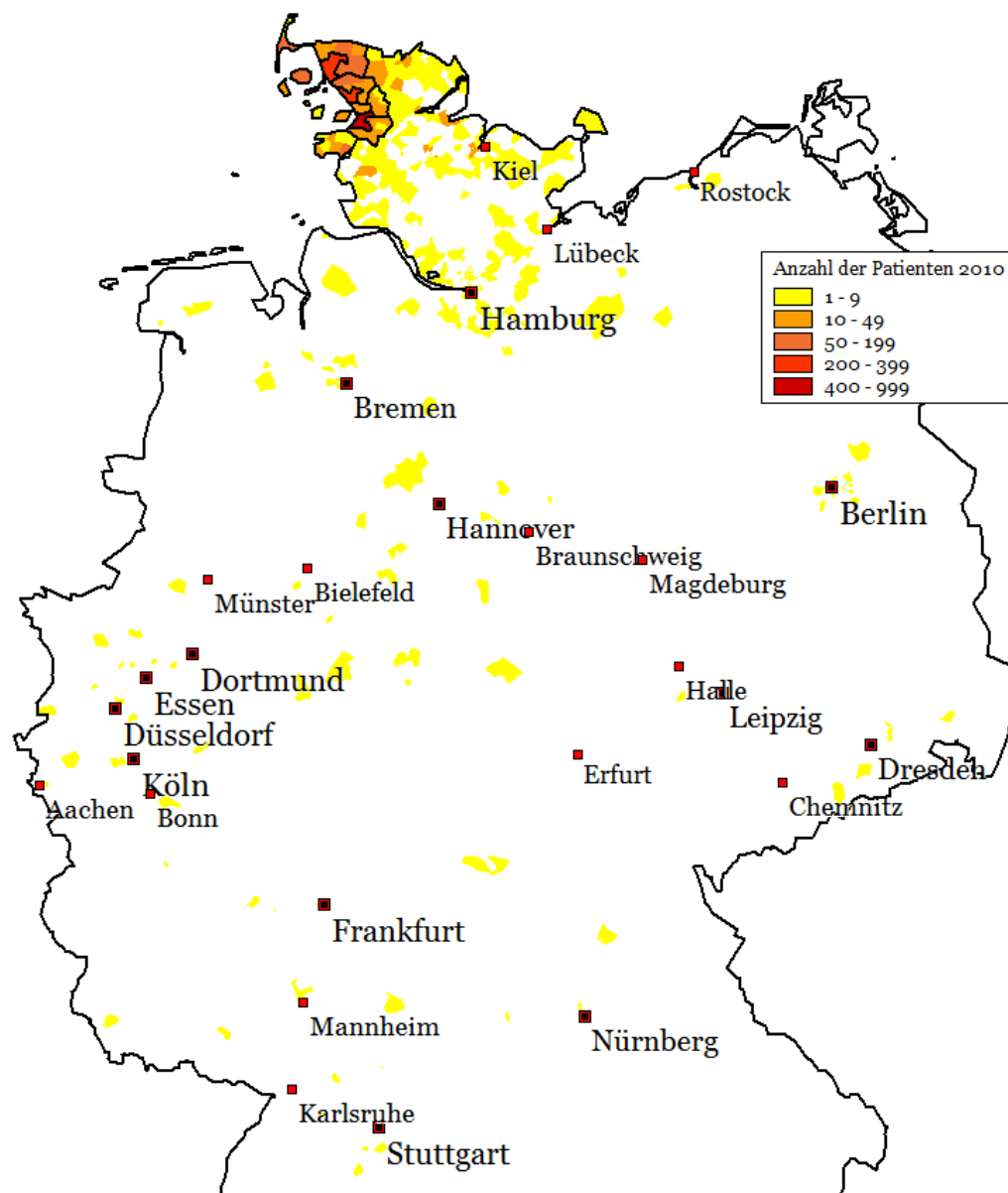
Tabelle 2.19: Einzugsgebiet der Einrichtungen der Fachklinik in den Jahren 2010 und 2012 nach Postleitzahl-Bezirk des Wohnortes (Anzahl und prozentualer Anteil der behandelten Personen, Fallzahlen "<10" sind aus Datenschutzgründen nicht dargestellt)

Stadt / Amt:	2010	KH	%	TK Husum	%	PIA Husum	%	TK Mitte	%	PIA Brekum	%	TK Niebüll	%	PIA Niebüll	%
Husum	214	12%	33	41%	275	48%	24	18%	84	13%	<10	<10	<10	<10	
Bredstedt, Breklum	123	7%	<10	<10	12	2%	28	20%	201	31%	<10	<10	18	4%	
Niebüll	104	6%	<10	<10	<10	<10	10	7%	31	5%	24	30%	116	27%	
Amt Südtondern (ohne Niebüll)	193	11%	<10	<10	<10	<10	25	18%	63	10%	38	48%	163	38%	
Amt Sylt/ Föhr/ Amrum/Pellworm	170	10%	<10	<10	<10	<10	<10	<10	13	2%	<10	<10	77	18%	
Amt mittleres NF (ohne Bredstedt, Breklum)	59	3%	<10	<10	13	2%	17	12%	94	14%	<10	<10	15	3%	
Amt Viöl	25	1%	<10	<10	27	5%	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	
Amt Nordsee-Treene (ohne Husum)	104	6%	22	27%	139	24%	12	9%	46	7%	<10	<10	<10	<10	
Amt Eiderstedt	68	4%	10	12%	54	9%	<10	<10	15	2%	<10	<10	<10	<10	
Außerhalb NF	684	39%	<10	5%	38	7%	13	9%	100	15%	<10	<10	27	6%	
Alle	1744		81		570		137		655		80		430		
Stadt / Amt	2012	KH	%	TK Husum	%	PIA Husum	%	TK Mitte	%	PIA Brekum	%	TK Niebüll	%	PIA Niebüll	%
Husum	235	15%	49	45%	369	51%	17	15%	71	13%	<10	<10	<10	<10	
Bredstedt, Breklum	118	7%	<10	<10	13	2%	22	19%	173	32%	<10	<10	<10	<10	
Niebüll	95	6%	<10	<10	<10	<10	<10	<10	22	4%	21	27%	80	26%	
Amt Südtondern (ohne Niebüll)	168	11%	<10	<10	<10	<10	23	20%	67	12%	37	48%	131	42%	
Amt Sylt/ Föhr/ Amrum/Pellworm	161	10%	<10	<10	<10	<10	<10	<10	14	3%	13	17%	78	25%	
Amt mittleres NF (ohne Bredstedt, Breklum)	66	4%	<10	<10	14	2%	16	14%	90	16%	<10	<10	<10	<10	
Amt Viöl	28	2%	<10	<10	29	4%	<10	<10	11	2%	<10	<10	<10	<10	
Amt Nordsee-Treene (ohne Husum)	107	7%	27	25%	154	21%	11	10%	43	8%	<10	<10	<10	<10	
Amt Eiderstedt	77	5%	10	9%	57	8%	<10	<10	12	2%	<10	<10	<10	<10	
Außerhalb NF	538	34%	11	10%	72	10%	<10	<10	46	8%	<10	<10	<10	<10	
Alle	1593		108		728		113		549		77		312		

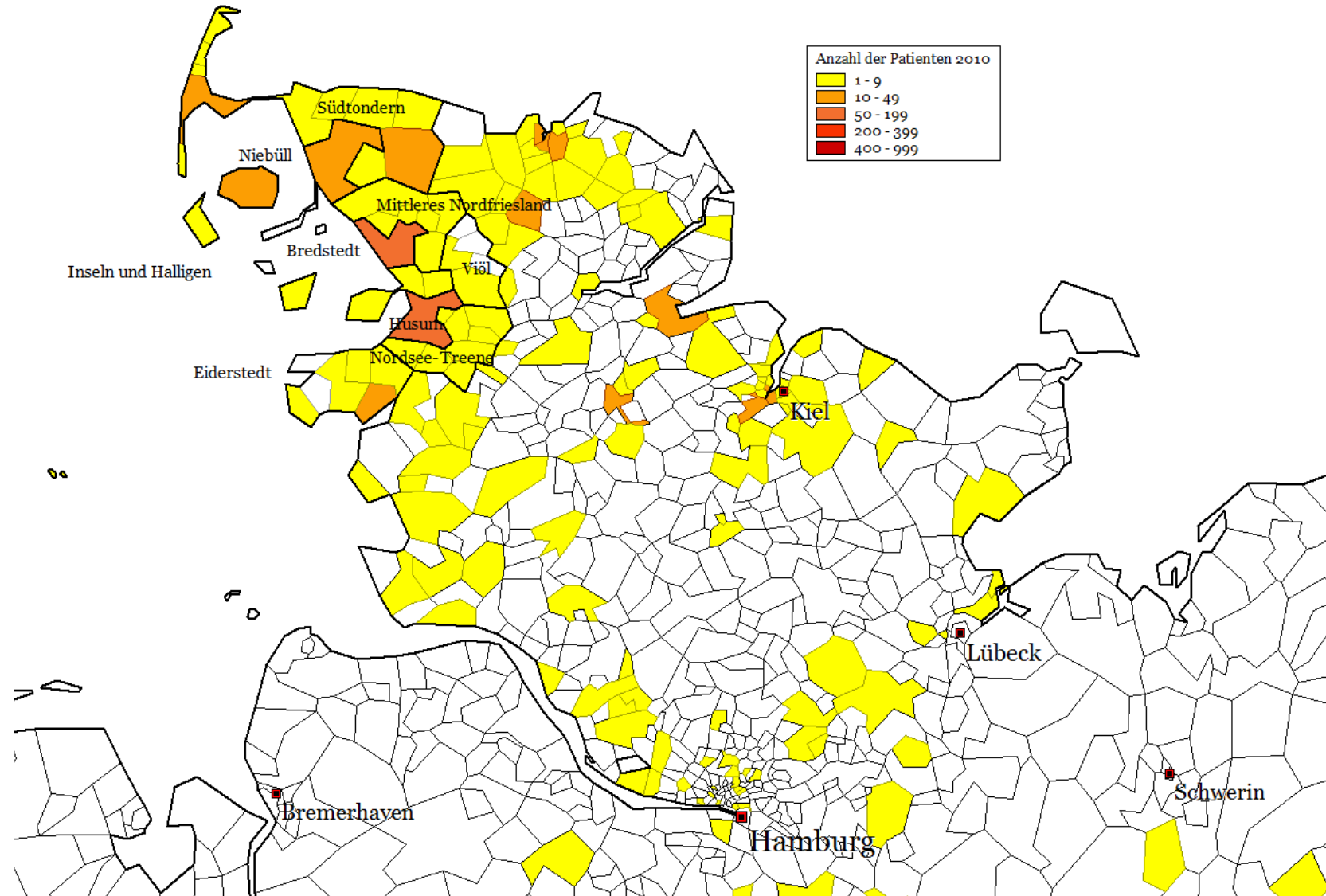
Karte 1: Anzahl der Patienten der Fachklinik nach PLZ kartiert (2010): **Schleswig-Holstein und angrenzende Kreise** (Rohdaten)



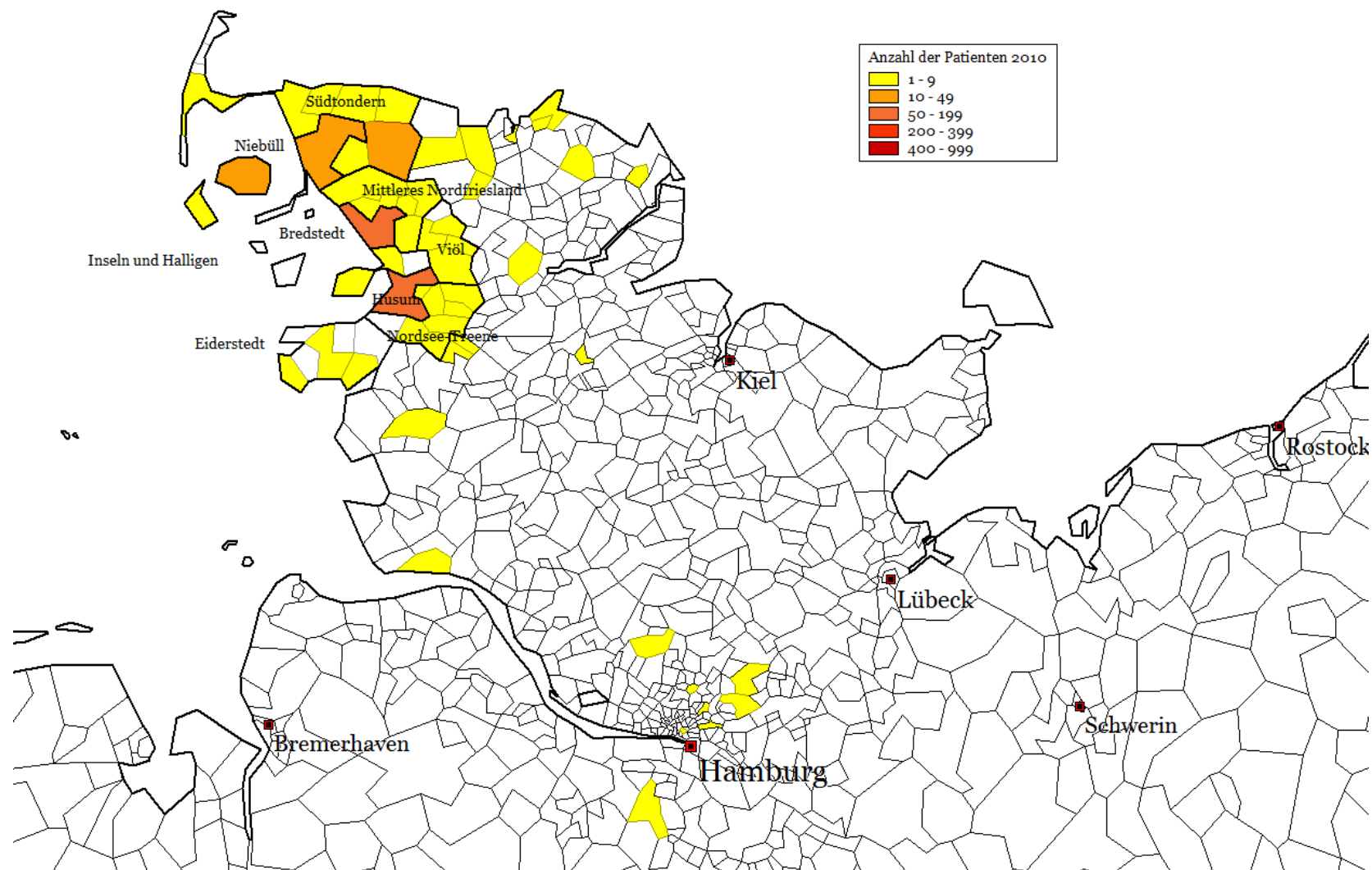
Karte 1.1: Anzahl der Patienten der Fachklinik nach PLZ kartiert (2010): **Bundesweit** (Rohdaten)



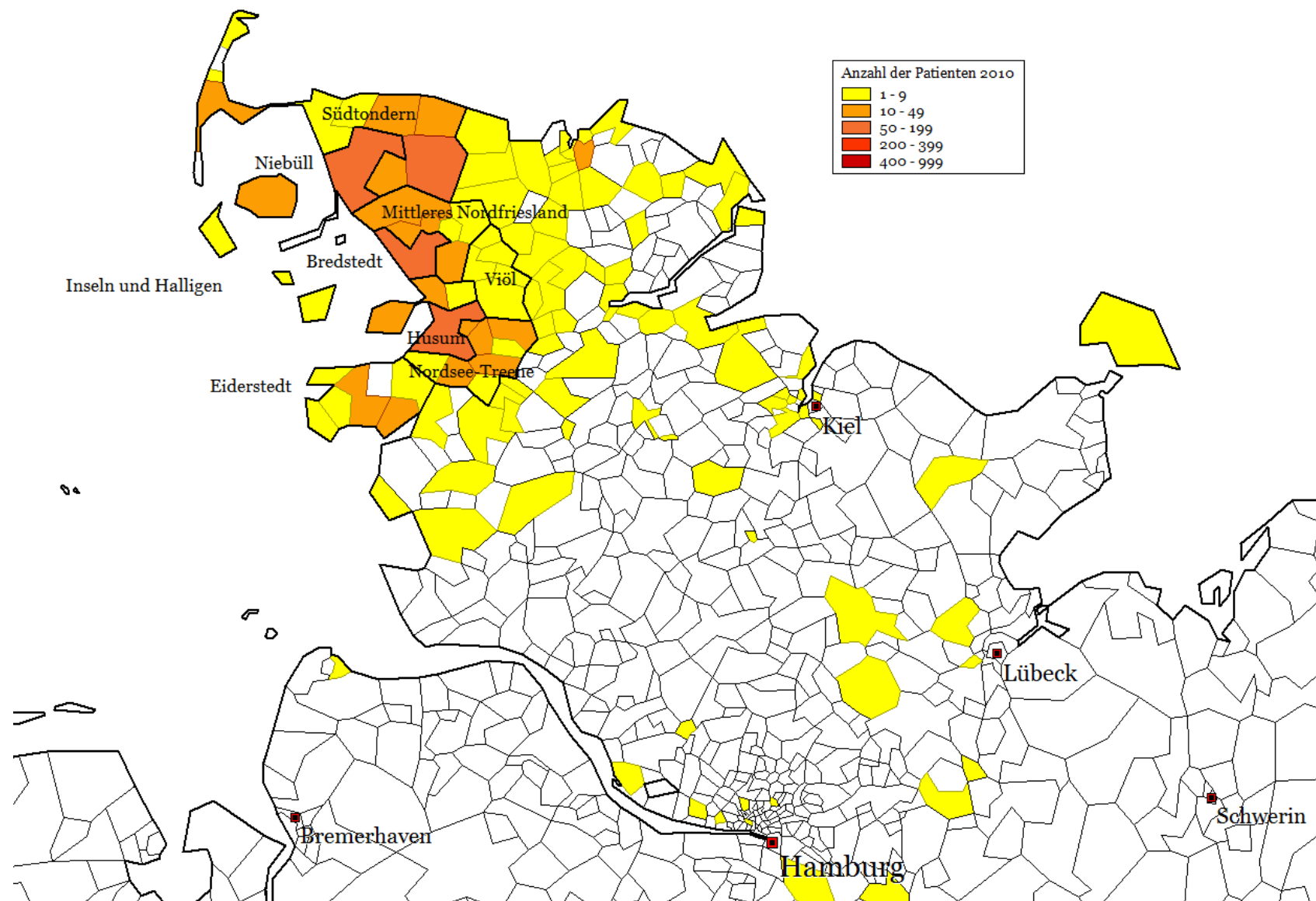
Karte 2: **Diagnosegruppe F10-19: Anzahl der Patienten nach PLZ kartiert (2010): Schleswig-Holstein und angrenzende Kreise (Rohdaten)**



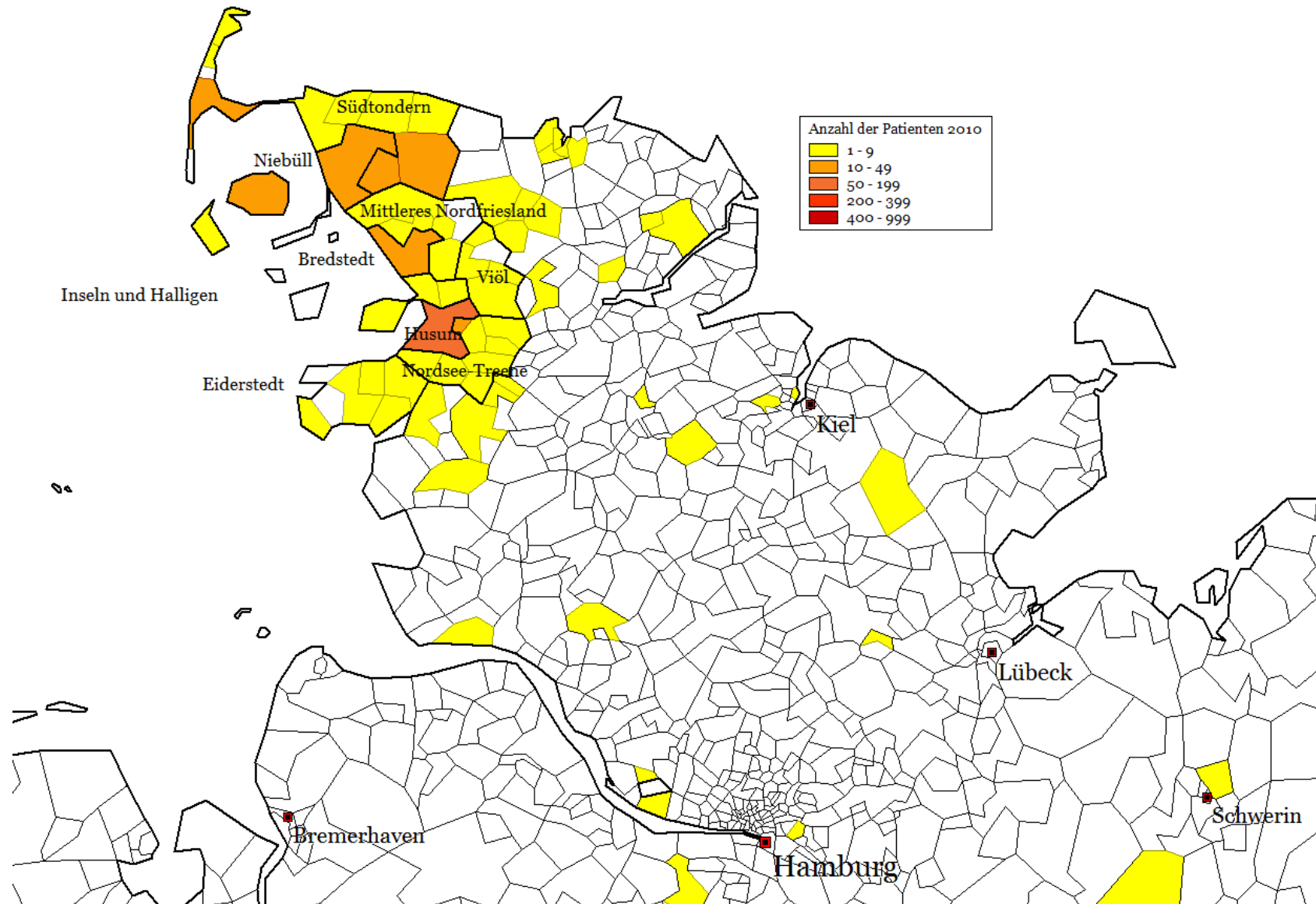
Karte 3: **Diagnosegruppe F20-29: Anzahl der Patienten nach PLZ kartiert (2010): Schleswig-Holstein und angrenzende Kreise (Rohdaten)**



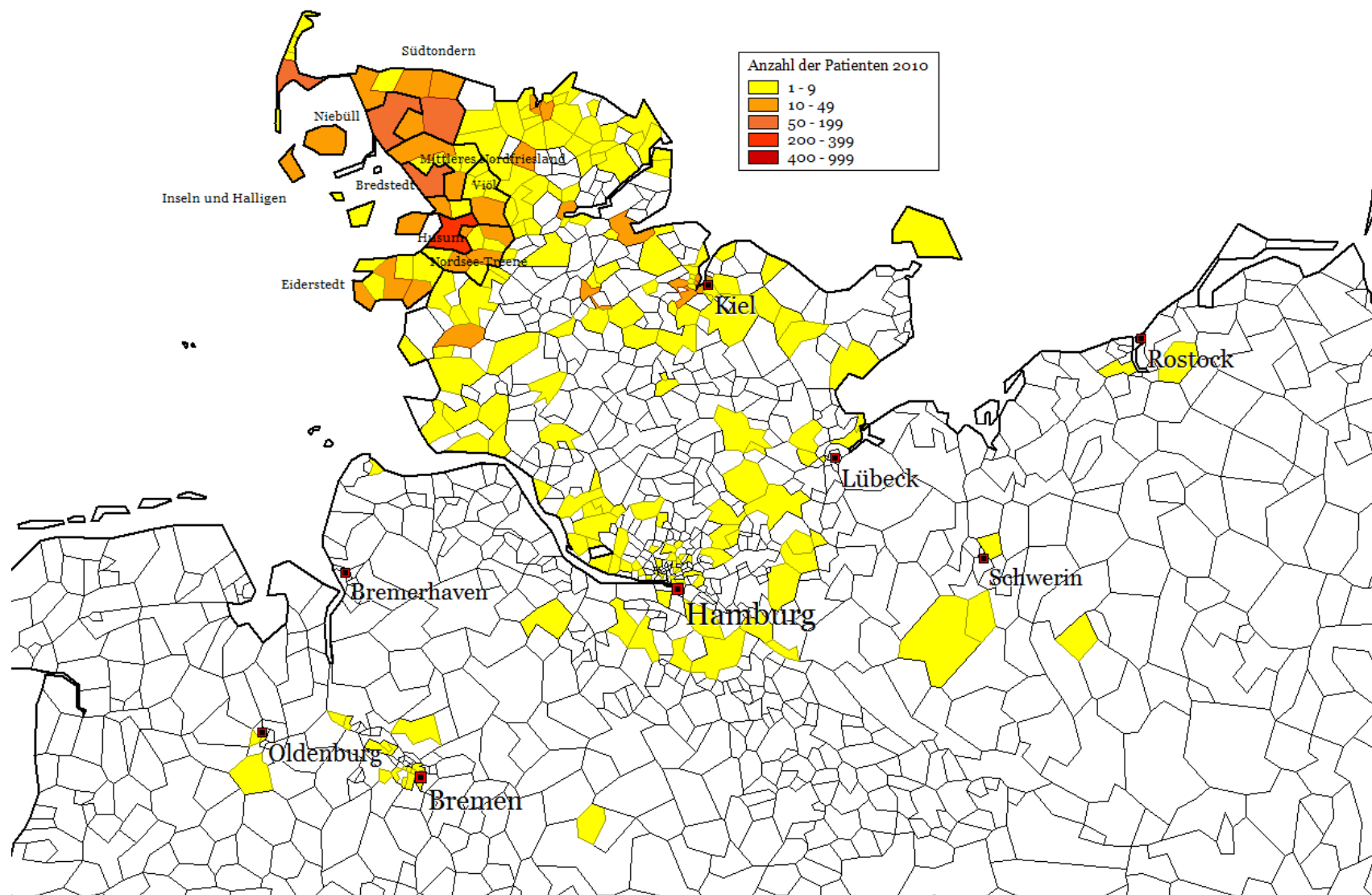
Karte 4: **Diagnosegruppe F30-39: Anzahl der Patienten nach PLZ kartiert (2010): Schleswig-Holstein und angrenzende Kreise (Rohdaten)**



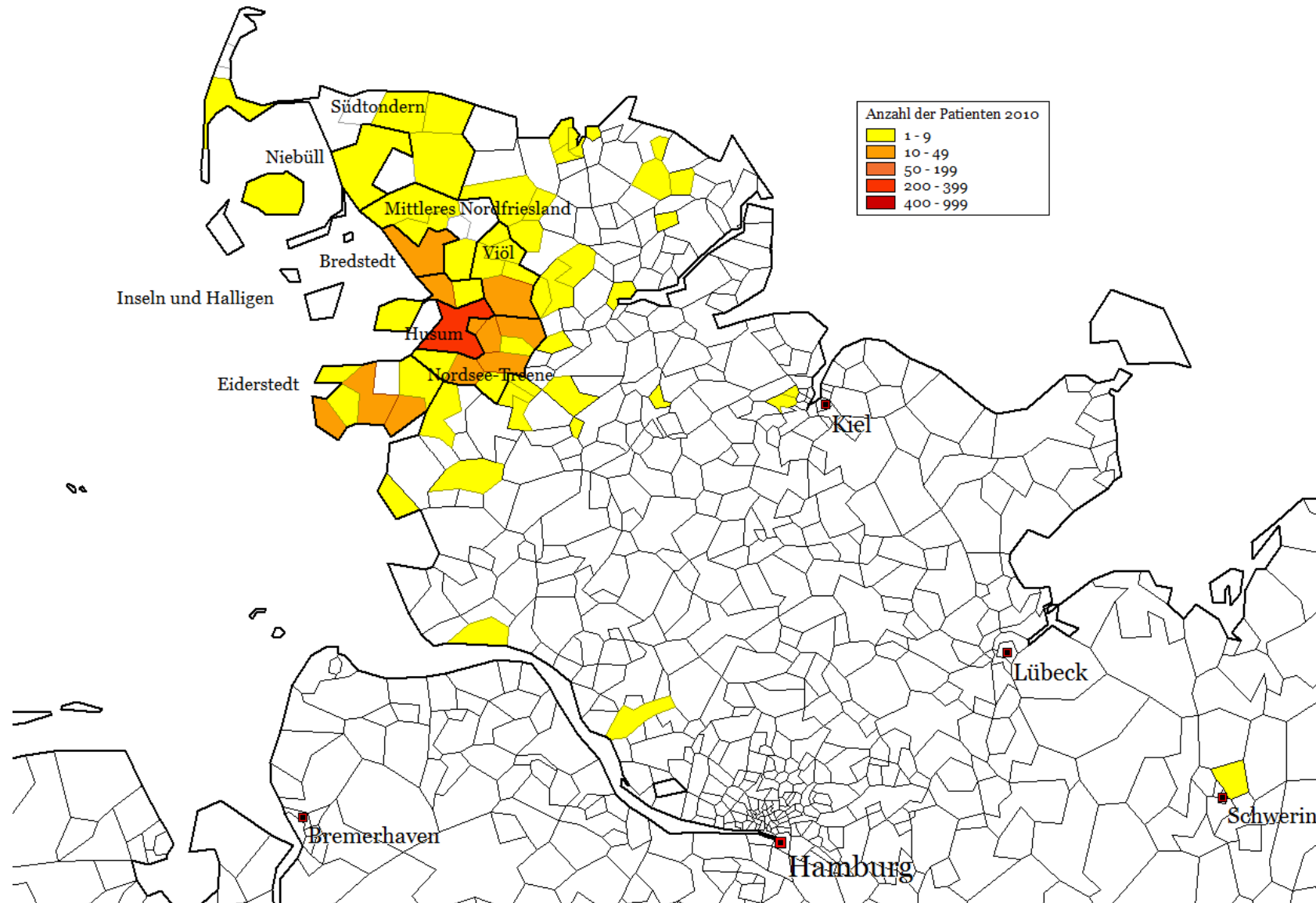
Karte 5: **Diagnosegruppe F40-49: Anzahl der Patienten nach PLZ kartiert (2010): Schleswig-Holstein und angrenzende Kreise (Rohdaten)**



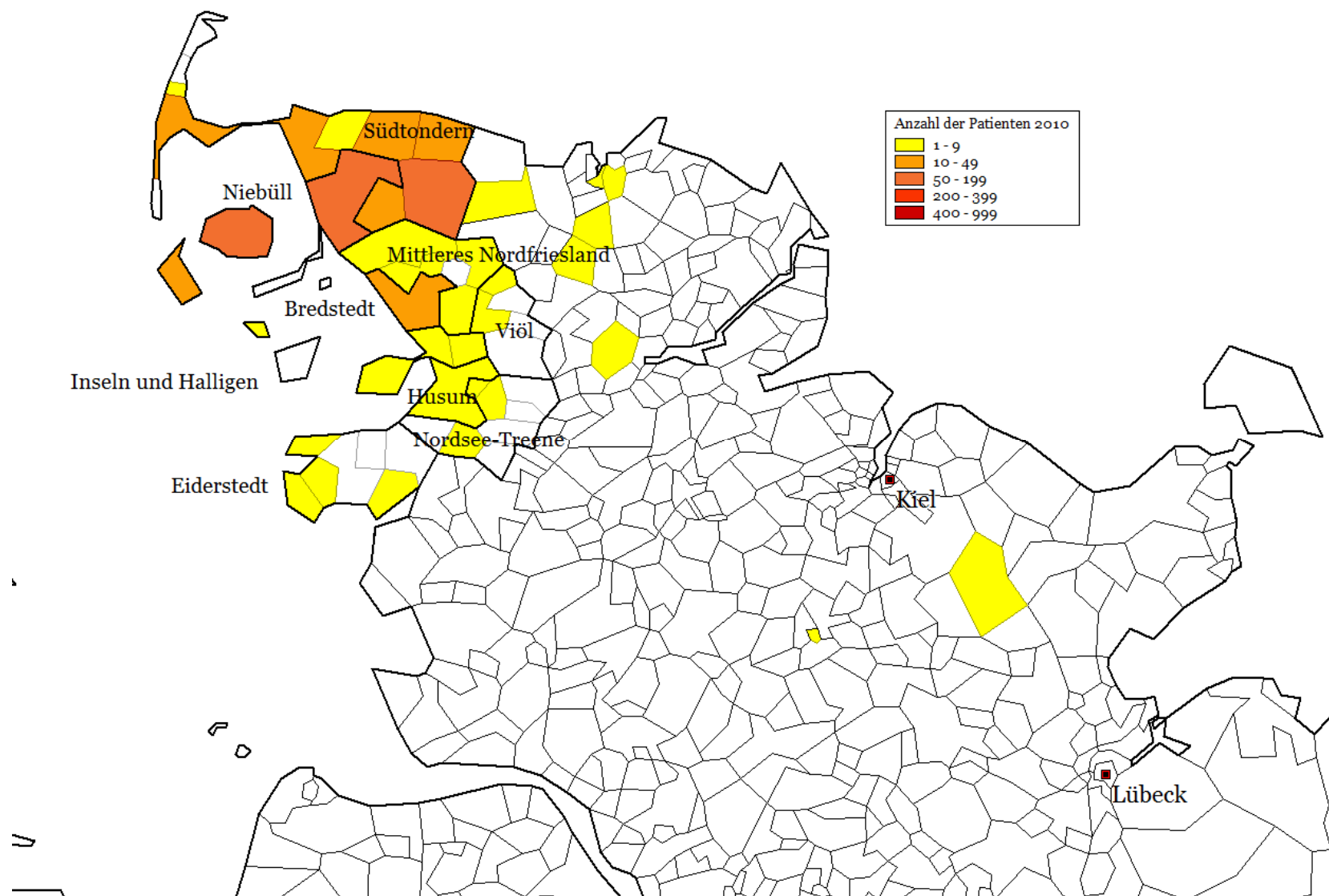
Karte 6: **Einzugsgebiet des Krankenhauses (vollstationär): Anzahl der Patienten nach PLZ kartiert (2010): Schleswig-Holstein und angrenzende Kreise (Rohdaten)**



Karte 7: Einzugsgebiet der Tagesklinik und PIA Husum (teilstationär und ambulant): Anzahl der Patienten nach PLZ kartiert (2010): Schleswig-Holstein und angrenzende Kreise (Rohdaten)



Karte 8: Einzugsgebiet der Tagesklinik und PIA Niebüll (teilstationär und ambulant): Anzahl der Patienten nach PLZ kartiert (2010): Schleswig-Holstein und angrenzende Kreise (Rohdaten)



Karte 9: **Einzugsgebiet der PIA Breklum (ambulant, ab 2013: PIA Riddorf): Anzahl der Patienten nach PLZ kartiert (2010): Schleswig-Holstein und angrenzende Kreise (Rohdaten)**

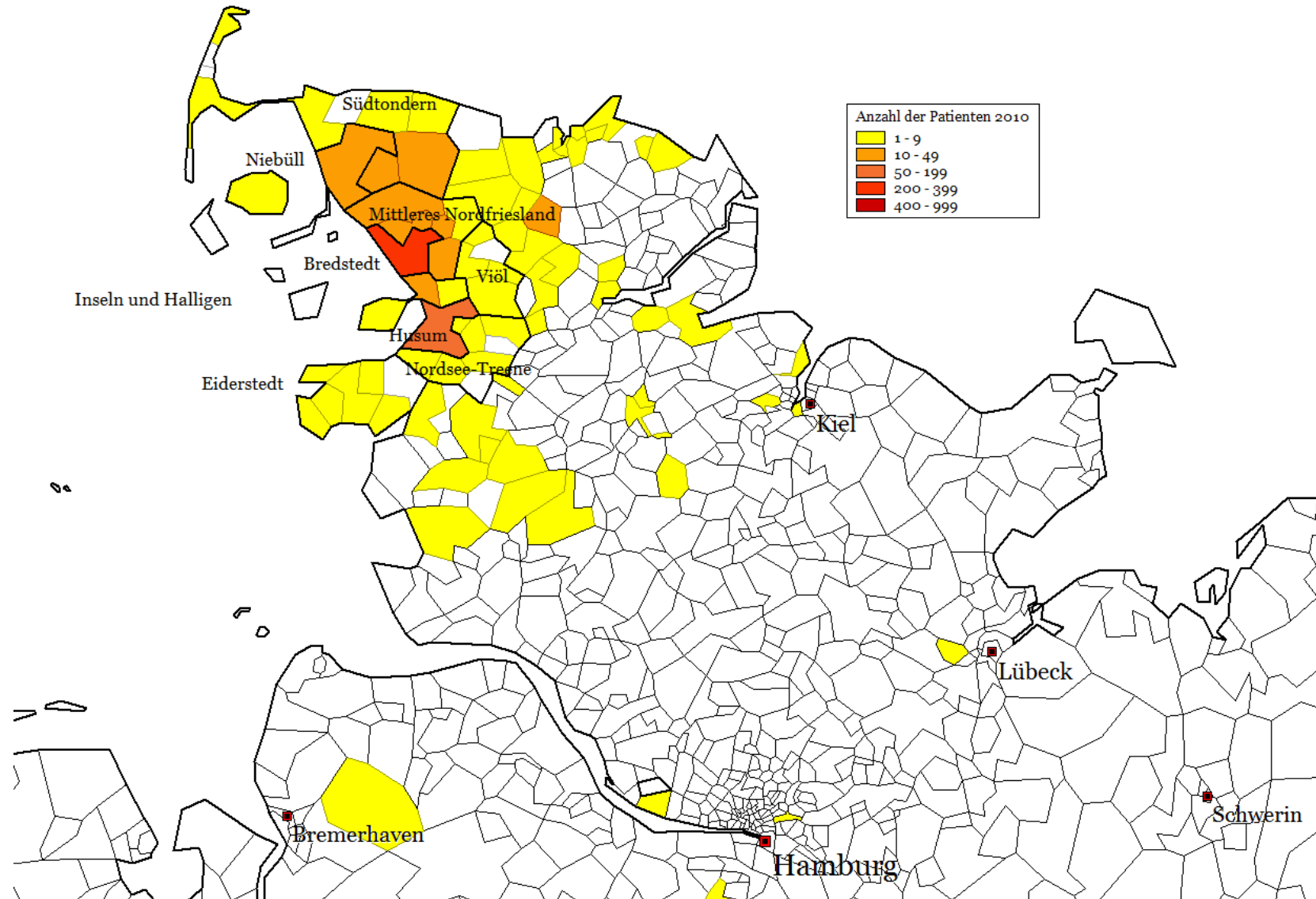


Tabelle 2.20: PLZ-Zuordnung zu den Bezirken:

Kodierung: 1	2	3	4	5	6	7	8	9
Husum	Bredstedt, Brekum	Niebüll	Amt Südtondern (ohne Niebüll)	Amt Sylt/ Föhr/ Amrum/ Pellworm	Amt mittleres NF (ohne Bredstedt, Brekum)	Amt Viöl	Amt Nordsee- Treene (ohne Husum)	Amt Eiderstedt
25813 25875 inkl. umgeben- der Orte mit dieser PLZ	25821 inkl. umgeben- der Orte mit dieser PLZ	25899 inkl. umgeben- der Orte mit dieser PLZ	25917 25920 25923 25924 25926 25927 25488	25838 25846 25849 25859 25863 25869 25938 25946 25992 25996 25997 25999	25842 25852 25853 25858 25862	25850 25855 25864 25884 25885	25837 25840 25845 25856 25860 25866 25872 25873 25876 25878 25887 25889	25826 25832 25836 25870 25881 25882

3. Weiterführende Literatur und Referenzen:

Aaltonen J (2009): Bedürfnisangepasste Behandlung – Erfahrungen aus Finnland (Background, main results and recommendations of the finnish need-adapted approaches in the treatment of severe mental health disorders. Vortrag auf dem Fachkongress des Forum für Gesundheitswirtschaft am 19.-20.2.2009 in Hannover.

Deister A, Roick C, Zeichner D, Ziegler B. (2005): Kein Anreiz zur Fallzahlausweitung. Deutsches Ärzteblatt 102(38):A2532-2534.

Deister A, Forster H-J (2008): Das Regionale Psychiatrie-Budget im Kreis Steinburg. Erfahrungen aus einem Modellprojekt. APK Tagungsband 2008.

Deister A (2011): Vom Fall zum Menschen - Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. Das Gesundheitswesen: Online-Artikel:10.1055/s-0030-1270493

Deister A (2012): Ab jetzt wird alles besser? Auswirkungen des neuen Psychiatrieentgeltgesetzes. WIDO Wissenschaftliches Institut der AOK. G+G Wissenschaft: 12, Heft 3: 16-23.

Deister A (2013). Der Weg zu einem Modellprojekt nachdem neuen Entgeltgesetz § 64 b SGB V. Gangbare Wege - Praktische Umsetzung in Itzehoe. Vortrag auf: Forum Gesundheitswirtschaft e.v. 2013.

Ehlers F, Ammenwerth R, Eichstädter R et al. (2001): Ist- und Schwachstellenanalyse. Unterstützung der Organisation des Behandlungsprozesses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Schriftenreihe des Universitätsklinikum Heidelberg.

Engelmann I (2009). Psychiatrie - Wandel, Herausforderungen, Perspektiven. Tagungsbericht des Fachkongresses des Forum für Gesundheitswirtschaft am 19.-20.2.2009 in Hannover.

Jungbauer J (2008): Organisationskulturen und-subkulturen: Eien Herausforderung für das Kooperationsmanagement am Beispiel der Psychiatrie. In: Deller U & Krockauer R (Hrsg.) Kooperationsmanagement – Führung in Gesundheits- und Sozialdiensten. Opladen Barbara Budrich Verlag.

König H-H, Heider D, Rechlin T, Hoffmann P, Birker T, Heinrich S, Brettschneider C, Hierholzer C, Riedel-Heller S, Roick C (2013). Wie wirkt das Regionale Psychiatriebudget (RPB) in einer Region mit initial niedriger Bettenmessziffer? Psychiatrische Praxis: Online-Artikel: 10.1055/s-0033-1343186

Roick C, Deister A, Zeichner D, Birker T, König H-H, Angermeyer MC (2005): Das Regionale Psychiatrie-Budget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. Psychiatrische Praxis 32:1-8.

Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Heider D, Schomerus G, Angermeyer MC, König H-H (2008): Das Regionale Psychiatrie-Budget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatrische Praxis 35:279-285

Schmid P, Steinert T, Borbé R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. Psychiatrische Praxis: Online-Artikel: DOI: 10.1055/s-0033-1343192.

Wilms B (2013): Der Weg zum Modellprojekt nach §64b SGB. Erfahrungen und Ausblicke aus Nordhausen. Vortrag auf: Forum Gesundheitswirtschaft e.v. 2013.