

Heavy User stationärer psychiatrischer Behandlung: Vergleich nach Diagnosegruppen

Hans Rittmannsberger · Anke Sulzbacher · Christian Foff · Thomas Zaubmüller

Eingegangen: 9. Januar 2014 / Angenommen: 24. Mai 2014 / Online publiziert: 30. Juli 2014
© Springer-Verlag Wien 2014

Zusammenfassung

Fragestellung Quantitative und qualitative Erfassung von Patienten mit starker Inanspruchnahme („heavy user“ – HU) stationärer psychiatrischer Behandlung.

Methode Screening zur Erfassung von Patienten mit ≥ 3 Voraufenthalten oder ≥ 100 Tagen Aufenthalt pro Jahr.

Ergebnisse Im Rekrutierungszeitraum von 9 Monaten kamen 1217 Personen zur Aufnahme, wovon 132 (10,8%) als HU identifiziert wurden. HU hatten am häufigsten eine Diagnose aus der Gruppe F2 (43%), gefolgt von F1 (21%). Innerhalb der Diagnosegruppen kamen HU am häufigsten in der Gruppe F6 (33%) vor, gefolgt von F2 (21%). Nur 8% waren aktuell erwerbstätig, 73% hatten eine Invaliditätspension, wobei Patienten mit einer Diagnose aus F2 am schlechtesten abschnitten. HU hatten seltener eine Partnerschaft als andere Patienten (29 vs 47%), lebten häufiger alleine (59 vs 34%) und in betreuten Verhältnissen (17 vs 7%). Sie wurden wesentlich häufiger nach dem Unterbringungsgesetz behandelt als andere Patienten (50,5 vs 30,7%, $p < 0,0005$). Nur 5% wurden von einem niedergelassenen Arzt zugewiesen, fast die Hälfte (47%) kamen ohne Zuweisung in die Klinik. Die Nutzung ambulanter Angebote vor der Indexaufnahme war niedrig, 37% hatten keinen Arzt im Monat vor der Aufnahme aufgesucht. Im Jahr nach der Indexaufnahme wurden mehr als 80% der HU neuerlich aufgenommen, wobei Patienten der Gruppen F1 und F2 das intensivste Nutzungsverhalten zeigten.

Schlussfolgerungen HU weisen in diesem Kollektiv ein persistentes Nutzungsverhalten auf. Möglichkeiten zur Reduktion desselben werden diskutiert.

Schlüsselwörter Frequent user · Heavy user · Starke Inanspruchnahme · Stationäre psychiatrische Versorgung

Heavy users of inpatient services: a comparison of diagnostic subgroups

Summary

Objective Quantitative and qualitative assessment of heavy users (HU) of psychiatric inpatient treatment.

Methods Screening over 9 months for patients with ≥ 3 admissions or ≥ 100 days of treatment during 1 year prior to index admission.

Results During the recruiting period 1217 persons were treated of whom 132 (10.8%) fulfilled HU criteria. Patients belonged most often to the diagnostic group F2 (43%), followed by F1 (21%) and F3 (17%). HU were most common within the diagnostic group F6 (33%), next to F2 (21%), F1 (9%) and F3 (6%). HU had signs of more severe illness compared to the other patients: only 8% held a job and 73% were on a disablement pension, patients with a diagnosis of F2 faring worst. HU were treated more frequently involuntarily (50.5 vs 30.7%). An office-based physician referred only 5% of the patients and almost half attended the clinic without any referral. HU participated only to a modest degree in community-based treatments and 37% attended no doctor in the month prior to admission. During the year following the index admission more than 80% of HU were admitted again and were hospitalized almost as many days as before the index admission. Patients with a diagnosis of F1 and F2 showed the greatest persistence of heavy use behavior.

Conclusions This sample of HU show a persistent pattern of use of psychiatric inpatient treatment. Strategies to improve the situation are discussed.

Keywords Frequent user · Heavy user · Psychiatric inpatient treatment

Prim. Univ. Prof. Dr. H. Rittmannsberger (✉) · A. Sulzbacher · Dr. C. Foff · Dr. T. Zaubmüller
Psychiatrie I, LNK Wagner-Jauregg,
Wagner-Jauregg-Weg 15,
4020 Linz, Österreich
E-Mail: hans.rittmannsberger@gespag.at

Einleitung

Patienten mit starker Inanspruchnahme, „Heavy-User“ (HU), oft auch als „Frequent-User“ oder „Drehtürpatienten“ bezeichnet, sind eine Personengruppe, die seit der Umgestaltung der psychiatrischen Dienste im Sinne der Entinstitutionalisierung, Dezentralisierung und Gemeindenähe große Bedeutung gewonnen hat.

HU bedürfen in vieler Hinsicht besonderer Aufmerksamkeit. Zumeist handelt es sich um Menschen, die

- schwerere psychische Erkrankungen (vor allem Schizophrenie, bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Komorbidität mit Substanz-bezogenen Störungen) haben,
- geringere soziale Ressourcen (Partnerschaft, soziales Netzwerk, Beziehungen) haben und die Klinik oft auch diesbezüglich kompensatorisch nutzen,
- geringere Motivation oder Fähigkeiten haben, von den gegebenen Behandlungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wobei Noncompliance und fehlende Krankheitseinsicht besonders häufig zu finden sind,
- oft aus bedrohlichen Situationen mit Selbst- und Fremdgefährdung, unter Polizeieinsatz und gegen ihren Willen nach dem Unterbringungsgesetz (UBG) zur Aufnahme kommen [1-5].

Die starke Inanspruchnahme (heavy use - HU) hat viele negative Implikationen: Sie führt zu hohen Kosten, und auch gut ausgebaute Versorgungsstrukturen sind überfordert [6, 7]; die Patienten erfahren einen besonderen Prozess der Sozialisation, der ihre Einbindung in Behandlungsstrukturen weiter erschwert [8-10]; die behandelnden Teams erleben sich als insuffizient und drohen auszubrennen, die therapeutische Beziehung zu den Patienten ist gefährdet [8, 7, 11].

Obwohl HU ein weitverbreitetes Phänomen ist, ist der Forschungsstand darüber unbefriedigend [11, 12]. Es gibt keine allgemeinverbindlichen Definitionen und die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen sind in vielen Aspekten kontrovers. Kritisch ist angemerkt worden, dass es wohl nicht richtig wäre, HU als eine homogene Gruppe zu betrachten, dass es aber wenig Untersuchungen gibt, die eine Differenzierung vornehmen [3, 6]. Man muss auch davon ausgehen, dass jede Untersuchung in hohem Ausmaß von den Besonderheiten des lokalen Versorgungssystems geprägt ist. Bestimmende Merkmale des Versorgungssystems können in dieser Hinsicht sein:

- die Anzahl der verfügbaren psychiatrischen Betten,
- die stationären Ressourcen außerhalb der Psychiatrie (in psychosomatischen Abteilungen, Rehabilitationskliniken, nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen, ...),
- die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Fachärzte, psychosoziale Dienste, Ambulanzen, nachgehende Betreuung, usw.,

- die Möglichkeiten für betreutes Wohnen in verschiedener Betreuungsintensität,
- die Anzahl unversorgter Patienten in der Gemeinde und das Ausmaß der Toleranz dafür.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Situation von HU in unserem Versorgungssystem quantitativ und qualitativ zu erfassen. Dies soll die Voraussetzungen dafür schaffen, Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation zu finden. Da nicht anzunehmen ist, dass HU eine homogene Gruppe darstellen, erschien uns eine Stratifizierung nach Diagnosegruppen sinnvoll [3, 13, 14].

Methodik

Die Abteilung

Die Abteilung Psychiatrie 1 der Oberösterreichischen Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg (LNK) ist für die Stadt Linz (189.000 Einwohner), Hauptstadt des Bundeslandes Oberösterreich, zuständig. Die Abteilung verfügt über 115 Betten (0,61/1000 Einwohner) und 12 tagesklinische Plätze.

Durchführung der Untersuchung

Im Zeitraum von Februar bis Ende Oktober 2009 (=Rekrutierungszeitraum) wurde für jeden Patienten, der auf der Abteilung Psychiatrie 1 aufgenommen wurde, erhoben, wie oft und wie lange er oder sie in den 365 Tagen vor der aktuellen Aufnahme in der Klinik hospitalisiert war. Da die LNK der alleinige Anbieter stationärer psychiatrischer Leistungen im Raum Linz ist, konnte dies aus der Dokumentation der LNK erfolgen. Als Kriterien für HU wurden mindestens 3 stationäre Aufnahmen - ohne Indexhospitalisierung - (Frequenzkriterium) oder mehr als 100 stationäre Behandlungstage (Dauerkriterium) im Jahr vor der Indexepisode definiert. Vergleiche wurden hergestellt mit der Gruppe der anderen, während des Rekrutierungszeitraumes aufgenommenen Patienten, die das HU-Kriterium nicht erfüllten („Non-HU“). Sozialdaten wurden der Basisdokumentation der Klinik entnommen, wobei diese Dokumentation für alle HU und für 770 (63,3%) der übrigen Patienten vorlag.

Darüber hinaus wurden alle HU durch eine geschulte Mitarbeiterin mittels eines Fragebogens befragt. Erhoben wurden dabei Sozialdaten, die in der Basisdokumentation nicht enthalten waren, sowie Daten zur Nutzung ambulanter Dienste vor der Aufnahme.

Als Instrumente wurden zur globalen Erfassung der Schwere und der Veränderung der Erkrankung die Clinical Global Impression Scale (Severity und Improvement) (CGI) [15], für die soziale Anpassung die Personal and Social Performance Scale (PSP) [16] und die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) [17], sowie für die Krankheitseinsicht eine modifizierte Version des Schedule for Assessment of Insight (SAI) [18] verwenden-

det. Die Compliance mit der Störungs-relevanten Medikation wurde für den letzten Monat vor der Aufnahme durch den behandelnden Arzt eingeschätzt und die eingenommene Medikation als prozentueller Anteil der verordneten Medikation erfasst. Die Zufriedenheit mit der außerstationären und stationären Behandlung wurde mit einer 5-teiligen Likert-Skala (1=völlig zufrieden, 5=überhaupt nicht zufrieden) erfasst. Bei der Entlassung wurden nochmals GAF, CGI und SAI und die Einschätzung der Compliance durchgeführt. Die Ratings wurden von den behandelnden Fachärzten durchgeführt. Ab der Entlassung der HU wurden für ein Jahr die weiteren stationären Aufnahmen erfasst.

Statistik

Zum Vergleich der HU mit Non-HU wurde für nominale Variablen Chi-Quadrat-Tests mit Kontinuitätskorrektur, für kontinuierliche Variablen Mann-Whitney-*U* Test verwendet. Für Vergleiche der 4 Diagnosegruppen untereinander wurde für kontinuierliche Variablen eine univariate ANOVA mit post-hoc Analyse nach Scheffé verwendet, mit einem globalen Signifikanzniveau von α gleich 0,05, 0,01 bzw. 0,001. Für nominale Variablen wurden Chi-Quadrat Tests mit Koninuitätskorrektur verwendet, wobei als Korrektur für multiples Testen ein lokaler α -Wert von 0,01 bzw. 0,001 verwendet wurde, was einer Bonferroni-Korrektur von einem globalen α -Wert von 0,06 bzw. 0,006 entspricht. Vergleiche von wiederholten Messwerten (Aufnahme - Entlassung; 1 Jahr vor Indexaufnahme - 1 Jahr nach Indexaufnahme) bei einer Person wurden mit *t*-Tests für gepaarte Stichproben, bzw. Wilcoxon Signed Rank Test (bei fehlender Normalverteilung) vorgenommen.

Ergebnisse

Aufnahmen und Personen im Rekrutierungszeitraum

Im 9-monatigen Rekrutierungszeitraum wurden 1812 Aufnahmen von insgesamt 1.217 Personen registriert, wovon 132 (10,8%) als HU identifiziert wurden. Diese hatten im Jahr vor der Indexaufnahme durchschnittlich 3,95 Aufnahmen (Range 1-19) zu verzeichnen und in Summe 64,5 Tage (Range 3-324) im Spital verbracht. Nur 7 Patienten (5,3%) wurden alleine wegen des Dauerkriteriums in die Untersuchung eingeschlossen, d. h. hatten weniger als 3 Aufnahmen im Jahr vor der Indexepisode zu verzeichnen. 21 (15,9%) Personen verweigerten Teile des Interviews, so dass von ihnen keine kompletten Datensätze vorliegen.

Charakteristika der HU im Vergleich mit den übrigen Patienten („Non-HU“) (Tab. 1)

Im Rekrutierungszeitraum entfielen 487 (26,9%) der 1812 Aufnahmen und 6.878 (22,1%) der insgesamt 31.149 Behandlungstage auf HU. Die Dauer der Indexaufnahme war bei HU und den übrigen Patienten fast identisch, jedoch kamen HU wesentlich häufiger nach dem UBG zur Aufnahme.

Das Durchschnittsalter lag bei rund 42 Jahren, in beiden Gruppen überwogen Frauen. Bei den HU war die kumulative Aufenthaltsdauer im Jahr vor der Indexaufnahme bei den Frauen deutlich länger als bei den Män-

Tab. 1 Charakteristika der HU ($N=132$) verglichen mit den übrigen Patienten (Non-HU; $N_{max}=1085$)

	HU	Non-HU	<i>p</i>
Alter [a (SD)]	41,7 (13,4)	42,0 (13,5)	ns
Weibliches Geschlecht [N (%)]	79 (59,8)	554 (51,1)	ns
Anzahl Voraufnahmen (Lebenszeit)	8,0 (13,6)	2,6 (6,4)	<0,0005 ^a
Aufenthaltsdauer Indexaufnahme	18,8 (23,6)	18,4 (17,7)	ns
Indexaufnahme nach UBG [N (%)]	63 (47,7)	326 (30,1)	<0,0005 ^b
Diagnose [N (%)]			<0,0005 ^b
F0	5 (3,8)	19 (1,8)	
F1	28 (21,2)	282 (26,0)	
F2	57 (43,2)	207 (19,1)	
F3	23 (17,4)	364 (33,5)	
F4-5	2 (1,5)	132 (12,2)	
F6	16 (12,1)	32 (2,9)	
F7	1 (0,8)	11 (1,0)	
Partnerschaft [N (%)]	38 (29,5)	266 (47,1)	<0,0005 ^b
Lebt alleine [N (%)]	78 (59,1)	216 (33,9)	<0,0005 ^b
Bildung: Weiterführende Schule [N (%)]	65 (52,8)	222 (42,4)	0,05 ^b
Einkommen Erwerbstätigkeit [N (%)]	11 (8,3)	159 (27,3)	<0,0005 ^b
Einkommen Pension [N (%)]	96 (72,7)	218 (34,2)	<0,0005 ^b
Betreutes Wohnen (Institutionen + Wohnbetreuung) [N (%)]	22 (16,7)	46 (7,2)	0,001 ^b
Wohnungslos [N (%)]	12 (9,1)	36 (5,6)	ns
Zuweisung Indexaufnahme [N (%)]			
Zuweisung durch Amts-/Polizeiarzt	19 (13,6)	62 (9,7)	ns
Zuweisung durch niedergelassenen Arzt	7 (5,3)	133 (20,8)	<0,0005 ^b
Zuweisung durch anderes Krankenhaus	26 (19,7)	74 (11,6)	0,02 ^b
Ohne Zuweisung	62 (47,0)	252 (39,5)	ns

^aMann-Whitney-*U* Test
^bChi-Quadrat mit Kontinuitätskorrektur

nern (77,1 vs 45,6 Tage, $p < 0,0005$, Mann-Whitney- U Test), sodass insgesamt 71,6% der konsumierten Tage im Jahr vor der Indexaufnahme auf Frauen entfielen.

HU wiesen gegenüber Non-HU signifikant häufiger eine höhere Schulbildung auf, jedoch standen nur 8% in einem Arbeitsverhältnis, während mehr als 70% eine Invaliditätspension bezogen. Sie hatten seltener eine Partnerschaft, lebten häufiger alleine oder in betreuten Verhältnissen.

Der Anteil der Patienten, die ohne Zuweisung zur Aufnahme kamen, war in beiden Gruppen hoch. HU wurden seltener (nur 5%) durch einen niedergelassenen Arzt und häufiger durch ein anderes Krankenhaus eingewiesen. Hochsignifikant häufiger wurden HU nach dem Unterbringungsbeschluss gegen ihren Willen aufgenommen.

Charakteristika der HU nach Diagnosen

Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die Diagnosegruppen mit geringer Patientenzahl in dieser Auswertung nicht inkludiert: F0 (5 Patienten), F4 und F5 (2 Patienten) und F7 (1 Patient). In der Diagnosegruppe F2 fanden sich 57 Patienten (21% der Patienten der Diagnosegruppe F2/43% der HU), in F1 28 Patienten (9%/21%), in F3 23 Patienten (6%/17%) und in F6 16 Patienten (33%/12%). Tabelle 2 stellt die gesammelten Daten dar. Die Diagnosegruppen sind dabei nach Größe geordnet.

Im Folgenden sollen die charakteristischen Merkmale der einzelnen Diagnosegruppen hervorgehoben werden.

F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen)

Dies ist die zahlenmäßig größte Gruppe und fast die Hälfte aller Spitaltage im Jahr vor der Indexaufnahme entfällt auf sie. Überwiegend handelte es sich um Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie (58%) oder einer schizoaffektiven Störung (37%), wobei bei letzteren manische und gemischte Episoden überwogen (80%). Sie weisen die längste Krankheitsdauer, die geringste Erwerbstätigkeit (kein einziger Patient ist erwerbstätig!) und die höchste Rate von Invaliditätspensionen (fast 90%) auf. Ihre soziale Funktionsfähigkeit gemessen am GAF und ihre Krankheitseinsicht bei Aufnahme und Entlassung werden am schlechtesten eingeschätzt. Von allen Gruppen weisen sie die deutlichste Verbesserung des Zustandes zwischen Aufnahme und Entlassung auf (CGI, GAF, Compliance).

Im Jahr nach der Indexaufnahme verzeichnen sie pro Person die meisten Tage unfreiwilliger Behandlung nach dem UBG: bezogen auf die Gesamtgruppe der HU im Jahr nach der Indexepisode entfallen auf sie 55% aller Spitaltage und 70% der Tage nach dem UBG.

F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen)

Diese Gruppe besteht überwiegend aus Alkoholabhängigen (82%). Es ist dies die einzige Gruppe, in der Männer

überwiegen. Die kumulative Aufenthaltsdauer vor der Indexepisode ist nur halb so lang wie die der anderen Gruppen. Die Compliance bei Aufnahme wird am niedrigsten eingeschätzt. Sie erhalten die wenigsten Empfehlungen für Nachbehandlung im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem, auch am wenigsten oft zu Psychotherapie, hingegen wird bei zwei Drittel der Patienten eine alkoholspezifische Behandlung empfohlen. Im Jahr nach der Indexepisode zeigen diese Patienten die geringste Änderung ihres HU-Verhalten und verbringen als einzige Diagnosegruppe mehr Tage im Spital als im Jahr davor. Trotzdem sind diese Patienten hochzufrieden mit der Behandlung in der Klinik (1,2 auf einer 5-teiligen Likert-Skala, 1 = völlig zufrieden).

F3 (affektive Störungen)

Die meisten dieser Patienten (82%) hatte die Diagnose einer unipolar depressiven Störung. Sie haben den höchsten Anteil von Erwerbstätigen (17% und werden bezüglich Compliance und sozialem Funktionsniveau besser bewertet als die Patienten der Gruppe F2. Sie weisen die längste Aufenthaltsdauer bei der Indexaufnahme auf. Im Jahr nach der Indexaufnahme sinken sowohl die Anzahl der Aufnahmen als auch die kumulative Hospitalisierungsdauer signifikant ab.

F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)

Bei dieser Diagnosegruppe handelt es sich ausschließlich um Frauen, zu 60% mit Borderlinestörungen (F60.31). Sie sind signifikant jünger als die anderen, haben eine kürzere Erkrankungsdauer, aber die längste kumulative Aufenthaltsdauer im Jahr vor der Indexepisode. Sie haben weniger oft eine Invaliditätspension und waren vor der Indexaufnahme häufiger in psychotherapeutischer Behandlung. Die Erkrankung und die soziale Beeinträchtigung wird weniger schwer und die Compliance besser eingeschätzt als bei anderen Diagnosen. Sie erhalten am häufigsten eine Empfehlung zur Psychotherapie. Die Besserung zwischen Aufnahme und Entlassung wird am geringsten eingeschätzt.

Diskussion

Das verwendete Kriterium für HU orientiert sich an ein in der Literatur häufig verwendetes Maß für die Häufigkeit der Aufnahmen (≥ 3 Aufnahmen/Jahr) [3, 19–21], kombiniert mit einem Kriterium für die kumulative Dauer (≥ 100 Tage/Jahr), um auch sehr lange Aufenthalt erfassen zu können. Mit diesen vergleichsweise strengen Kriterien fanden wir bei unseren Patienten rund 11% HU. Unsere Untersuchung zeigt auch, dass der Status eines HU bemerkenswert stabil ist: nur 25 (19%) der Patienten kommen in dem der Indexaufnahme folgenden Jahr nicht mehr zur Aufnahme. Jene, die neuerlich zur Aufnahme kommen, verzeichnen gleich viele Aufnahmen pro Person wie vor der Indexepisode und die Zahl der

Tab. 2 HU nach Diagnosegruppen (% beziehen sich auf den Anteil in der Diagnosegruppe, außer wenn anders angegeben)

	F2	F1	F3	F6	alle	<i>p</i>
<i>Indexepisode</i>						
Alter [a (SD)]	42,2 (12,2)	44,2 (7,2)	45,5 (18,1)	32,3 (11,6)	41,7 (13,4)	C*, E*, F*
Geschlecht weiblich [N (%)]	33 (57,9)	10 (35,7)	15 (65,2)	16 (100)	79 (59,8)	C ^{††} , E ^{†††}
Krankheitsdauer [a (SD)]	15,9 (8,6)	12,5 (7,3)	10,2 (10,0)	6,9 (8,8)	13,1 (9,1)	C*
Zusatzdiagnose F1 [N (%)]	10 (18,9)	n.a.	4 (17,4)	0		ns
Aufenthaltsdauer Indexepisode [d (SD)]	20,9 (26,7)	14,3 (18,9)	26,7 (23,6)	13,3 (20,7)	18,8 (23,6)	ns
Anhaltung nach UBG Indexepisode [N (%)]	39 (68,4)	16 (57,1)	9 (39,1)	8 (53,3)	77 (58,8)	ns
Tage UBG Indexepisode [d (SD)]	11,1 (21,5)	1,1 (1,4)	6,4 (16,9)	7,4 (21,7)	7,3 (17,8)	ns
Partnerschaft [N (%)]	13 (23,2)	12 (44,4)	5 (21,7)	5 (31,3)	35 (28,7)	ns
Bildung: weiterführende Schule [N (%)]	26 (50)	15 (55,6)	14 (60,9)	8 (57,1)	63 (54,3)	ns
Einkommen Erwerbstätigkeit	0	4 (14,3)	4 (17,4)	2 (12,5)	10 (8,1)	A ^{††} , B ^{††}
Einkommen Pension	50 (87,7)	20 (71,4)	14 (60,9)	7 (43,8)	91 (73,4)	B ^{††} , C ^{†††}
Aufnahme ohne Zuweisung	26 (45,6)	16 (57,1)	10 (43,5)	6 (37,5)	58 (46,8)	ns
<i>Vor Indexepisode</i>						
N Aufnahmen letztes a [N (SD)]	3,8 (1,8)	4,0 (1,6)	3,4 (0,9)	5,8 (4,7)	4,0 (2,5)	C*, F**
Aufenthaltsdauer/Person letztes a [d (SD)]	73,0 (52,3)	33,9 (20,7)	76,6 (44,1)	82,8 (75,7)	64,41 (51,3)	A**, D*, E*,
Spitalstage/Diagnosegruppe letztes a [d (% von Spitalstage)]	4158 (48,9)	949 (11,2)	1762 (20,7)	1324 (15,6)	8502	
<i>Kontakte im letzten Monat</i>						
Praktischer Arzt [N (%)]	18 (34,6)	13 (52,0)	15 (68,2)	10 (66,7)	60 (49,6)	ns
Facharzt [N (%)]	23 (44,2)	8 (32,0)	7 (31,8)	8 (53,3)	46 (38,0)	ns
kein Arzt [N (%)]	24 (46,2)	8 (32,0)	7 (31,8)	3 (20,0)	45 (37,2)	ns
Psychotherapie [N (%)]	8 (15,4)	2 (8,0)	8 (36,4)	9 (60,0)	29 (24,0)	C ^{††} , E ^{†††}
keine psychosoziale Betreuung [N (%)]	29 (55,8)	21 (84,0)	15 (68,2)	9 (60,0)	78 (65,5)	ns
<i>Bei Aufnahme Indexepisode</i>						
CGI-S ≥ 6 (schwer-schwerst krank) [N (%)]	29 (56,9)	15 (62,5)	11 (50,0)	2 (16,7)	62 (53,9)	ns
GAF	34,6 (11,8)	46,6 (13,8)	43,0 (10,7)	48,5 (8,7)	40,0 (12,7)	A**, C*
Compliance [% (SD)]	43,6 (38,7)	34,2 (36,7)	66,4 (36,8)	85,0 (26,0)	50,1 (39,6)	C**, D*, E**
Einsicht (SAI: Min 0, Max 6)	3,1 (1,9)	4,6 (1,3)	5,0 (1,6)	5,0 (0,9)	4,0 (1,8)	A**, B***, C**
<i>PSP: Beeinträchtigungen ausgeprägt-äußerst schwerwiegend</i>						
Sozial nützliche Aktivitäten [N (%)]	41 (77,4)	19 (76)	16 (69,6)	4 (36,4)	86 (72,3)	ns
Soziale Beziehungen [N (%)]	39 (73,6)	12 (48)	13 (56,5)	7 (63,6)	76 (63,9)	ns
Selbstpflege [N (%)]	15 (28,3)	7 (28)	4 (17,4)	0	26 (23,2)	ns
Aggression [N (%)]	13 (24,5)	4 (16)	2 (8,7)	4 (36,4)	23 (20,5)	ns
<i>Bei Entlassung Indexepisode</i>						
CGI-S ≥ 6 (schwer-schwerst krank) [N (%)]	7 (14,0)	6 (22,2)	5 (22,7)	2 (16,7)	24 (20,3)	ns
CGI-I ≥ 4 = keine Verbesserung [N (%)]	3 (6,4)	1 (4,2)	5 (23,8)	3 (25,0)	13 (12)	ns
GAF	44,5 (12,9)	50,3 (16,0)	49,1 (16,6)	53,4 (12,4)	47,4 (14,4)	ns
Compliance [% (SD)]	90,7 (18,3)	75,8 (40,1)	95,5 (17,1)	94,6 (9,1)	88,2 (25,1)	ns
Einsicht (SAI: Min 0, Max 6)	3,6 (1,9)	4,3 (1,2)	5,1 (1,6)	4,9 (1,3)	4,2 (1,8)	B**
Entlassungsmodus vorzeitig [N (%)]	14 (27,5)	7 (25,9)	4 (17,4)	0	25 (22,1)	ns
Zufriedenheit psychosoziale Beratungsstelle	2,5 (1,5)	2,6 (1,6)	1,7 (1,0)	2,5 (2,4)	2,4 (1,5)	ns
Zufriedenheit Wohnbetreuung	2,7 (1,7)	2,7 (1,5)	1,0 (0)	2,0 (1,7)	2,3 (1,6)	ns
Zufriedenheit praktischer Arzt	1,8 (1,1)	1,5 (0,9)	1,3 (0,8)	1,6 (0,9)	1,6 (1,0)	ns
Zufriedenheit Facharzt	2,0 (1,3)	1,7 (1,2)	1,5 (0,8)	2,1 (1,6)	1,9 (1,3)	ns
Zufriedenheit Klinik	1,8 (1,0)	1,2 (0,5)	1,8 (1,0)	2,5 (1,5)	1,8 (1,1)	E**
<i>Therapieempfehlungen bei Entlassung</i>						
PSB [N (%)]	14 (27,5)	1 (3,7)	4 (17,4)	1 (8,3)	20 (16,7)	ns

Tab. 2 (Fortsetzung)

	F2	F1	F3	F6	alle	ρ
Wohnen [N (%)]	24 (47,1)	0	10 (43,5)	6 (50)	45 (37,5)	A ⁺⁺⁺ , D ⁺⁺⁺ , E ⁺⁺⁺
Arbeit [N (%)]	0	0	3 (13)	1 (8,3)	5 (4,2)	ns
Tagesstruktur [N (%)]	5 (9,8)	0	2 (8,7)	2 (16,7)	9 (7,5)	ns
Facharzt [N (%)]	41 (80,4)	15 (55,6)	17 (73,9)	10 (83,3)	88 (73,3)	ns
Psychotherapie [N (%)]	10 (19,6)	1 (3,7)	10 (43,5)	10 (83,3)	32 (26,7)	C ⁺⁺⁺ , D ⁺⁺ , E ⁺⁺⁺
<i>Differenz Aufnahme-Entlassung</i>						
CGI-S: Aufnahme – Entlassung	-1,1 (1,19) ⁺⁺⁺	-1,0 (1,25) ⁺⁺	-0,9 (0,99) ⁺⁺⁺	-0,36 (0,92)	-0,9 (1,1)	ns
GAF: Aufnahme – Entlassung	9,8 (14,3) ⁺⁺⁺	5,5 (13,9)	7,1 (18,6)	5,4 (11,7)	8,0 (14,7)	ns
Compliance: Aufnahme – Entlassung	46,4 (40,1) ⁺⁺⁺	39,6 (35,6) ⁺⁺⁺	26,2 (40,6) ⁺⁺⁺	10,9 (23,9)	37,3 (39,0)	C*
Einsicht (SAI): Aufnahme – Entlassung	0,4 (1,1) ⁺	-0,2 (1,1)	0,1 (1,5)	-0,2 (1,0)	0,2 (1,2)	ns
<i>1 Jahr nach Entlassung</i>						
Spitalstage/Diagnosegruppe/a [d (% von Spitalstage)]	3429 (55,0)	1187 (19,0)	919 (14,7)	699 (11,2)	6234	
Anzahl Aufnahmen/Person: 1 a nach IE – 1 a vor IE	-0,8 (2,6) ⁺	-0,2 (3,2)	-1,4 (21,1) ⁺⁺	-1,9 (5,0)	-0,8 ⁺⁺	ns
Anzahl Spitalstage/Person: 1 a nach IE – 1 a vor IE	-12,8 (82,2)	8,5 (42,2)	-39,7 (59,8) ⁺⁺	-39,0 (52,7) ⁺⁺	-16,1 ⁺⁺	D ^{**} , E ^{**}
Keine Aufnahme [N (%)]	11 (19,3)	3 (10,7)	6 (26,1)	4 (25,0)	25 (18,9)	ns
<i>Patienten mit Wiederaufnahmen</i>						
Anzahl Wiederaufnahmen [N (SD)]	3,7 (2,6)	4,2 (4,1)	2,6 (1,6)	5,3 (3,4)	3,9 (3,1)	ns
Tage Hospitalisierung/aufgen. Person [d (SD)]	74,5 (62,9)	47,5 (55,3)	50,0 (50,8)	58,3 (50,9)	59,6 (57,3)	ns
davon Tage UBG/aufgen. Person [d (SD)]	29,5 (36,0)	11,5 (30,5)	1,0 (1,5)	25,6 (27,4)	19,0 (31,4)	B*
Gruppenvergleiche: A: F2 vs F1; B: F2 vs F3; C: F2 vs F6; D: F1 vs F3; E: F1 vs F6; F: F3 vs F6 Hervorhebung signifikanter Ergebnisse: <i>kursiv</i> : sig. Unterschied zu 1 Gruppe; fett : sig. Unterschied zu 2 Gruppen; fett : sig. Unterschied zu 3 Gruppen Globales Signifikanzniveau bei der Post-hoc-Analyse nach Scheffe: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ Lokales Signifikanzniveau bei der Bonferronikorrektur für die Chiquadrat-Tests: ⁺ $p < 0,01$; ⁺⁺ $p < 0,001$ Signifikanzniveau für den t-Test für gepaarte Stichproben (bzw. Wilcoxon Signed Rank Test): ⁺ $p < 0,05$; ⁺⁺ $p < 0,01$; ⁺⁺⁺ $p < 0,001$; ⁺⁺⁺⁺ $p < 0,0005$						

pro Person durchschnittlich in der Klinik verbrachten Tage sinkt nur unwesentlich ab (von 64,4 Tagen auf 59,6).

Die klinische Erfahrung legt nahe, HU nach Diagnosen getrennt zu betrachten. Bei weitem am größten ist die Gruppe F2, wo 43 % aller HU zu finden sind, gefolgt von F1 (21 %). Betrachtet man den Anteil von HU an der Gesamtzahl der Patienten jeder Diagnosegruppe, so findet man HU am häufigsten in der Diagnosegruppe F6 (33 %), gefolgt von F2 (21 %). Diese Verteilung der Patienten stimmt gut mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen überein [2, 3, 21–23].

Im Vergleich mit den übrigen Patienten („Non-HU“) weisen HU eine etwas bessere Schulbildung auf, ansonsten sind ihre Voraussetzungen in alle anderen sozialen Merkmalen ungünstiger: nur bei 30 % besteht eine Partnerschaft, 60 % leben alleine, nur 8 % bezieht ein Einkommen durch Erwerbstätigkeit, fast drei Viertel haben eine Invaliditätspension. Wohnungslosigkeit (9 %) und Hafterfahrungen (3 %) sind etwas häufiger als bei den übrigen Patienten, allerdings kommt ihnen keinesfalls die überragende Bedeutung zu, wie sie vor allem in Untersuchungen in den USA gefunden wurde [1, 9, 20, 24, 25]. Mehr als 50 % werden nach CGI als schwer krank oder extrem schwer krank eingeschätzt, der Mittelwert

des GAF ist 40. Generell kommen HU nur ganz selten (5 %) mit einer Zuweisung durch den niedergelassenen Arzt zur Aufnahme, fast die Hälfte (47 %) kommen ohne Zuweisung. HU weisen im Rekrutierungszeitraum zu fast 50 % Aufnahmen nach dem Unterbringungsgesetz auf. Bemerkenswerter Weise werden von den HU, die ohne Einweisung zur Aufnahme kamen, mehr als die Hälfte (54 %) nach dem Unterbringungsgesetz behandelt. Dies kann einerseits dadurch erklärt werden, dass ein Teil dieser Patienten von der Exekutive bei „Gefahr in Verzug“ ohne Einweisung in die Klinik gebracht wird, andererseits sind viele Patienten, die selbständig kommen, in so schlechter Verfassung, dass es trotzdem zu einer Unterbringung kommt. Die sozialen Beziehungen nach dem PSP werden bei zwei Drittel der Patienten als stark beeinträchtigt eingeschätzt. Insgesamt ergibt sich das Bild von schwer erkrankten Personen, die unter prekären Verhältnissen leben. Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen [1, 3, 5, 20, 26, 27] war Komorbidität mit Substanzkonsum (F1 und F3 jeweils unter 20 %) nicht von großer Bedeutung, auch Probleme mit körperlichen Krankheiten spielten bei unseren Patienten keine dominierende Rolle. Komorbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen wurden nicht erhoben.

Die stationäre Behandlung scheint erfolgreich zu sein – nur bei 12 % wird keine Besserung (nach CGI-Improvement) festgestellt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer für die Indexaufnahme ist nicht geringer als die der übrigen Patienten, so dass die manchmal gemachte Beobachtung [1, 28], dass HU kürzer als andere Patienten behandelt werden, nicht zutrifft. Überraschend sind die Angaben zur Nutzung von Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten vor der Aufnahme: Während man meinen sollte, dass diese schwer kranken Personen, die schon im letzten Jahr oft und lange in der psychiatrischen Klinik gewesen sind, auch eine intensive ambulante Behandlung erfahren, legen unsere Daten nahe, dass dies eher nicht der Fall ist: Im Monat vor der Aufnahme haben fast 40 % keinen Arzt besucht, nur je ein Viertel war in einer Psychotherapie oder eine Beratungsstelle. Mehr als ein Viertel hatte überhaupt keine Form von Betreuung wahrgenommen. Das steht im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, die fanden, dass HU auch im außerstationären Bereich überdurchschnittlich viele Ressourcen verbrauchen [14, 29, 30]. Allerdings ist im Rahmen unserer Untersuchung kein direkter Vergleich mit dem Nutzungsverhalten der Non-HU möglich. Auch überrascht, dass diese schwer kranken und psychosozial benachteiligten Patienten nur sehr spärlich Empfehlungen für soziotherapeutische Angebote bekommen: nur bei 17 % wird eine Betreuung durch eine Beratungsstelle, bei 4 % eine Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation und bei 8 % eine tagesstrukturierende Maßnahme empfohlen. Diese Zurückhaltung liegt höchstwahrscheinlich in einer negativen Erwartung des Arztes begründet, wie z. B. dass die Patienten nicht hingehen möchten/werden, dass das Angebot für sie nicht geeignet ist oder dass in absehbarer Zeit keine Ressourcen zur Verfügung stehen. Kurz gesagt, wir vermuten, dass die Patienten wenige Empfehlungen erhalten, weil es keine passende Angebote für sie gibt.

So ist es auch nicht weiter überraschend, dass die wenigsten HU über das medizinische bzw. sozialpsychiatrische Versorgungssystem in die Klinik kommen: Fast die Hälfte kommen ohne ärztliche Einweisung zur Aufnahme, 20 % über andere Krankenhäuser (die sie wahrscheinlich meist ebenfalls ohne Einweisung aufgesucht haben), rund 15 % kommen vom Amts- oder Polizeiarzt und nur 5 % mit einer hausärztlichen Einweisung. Der Impuls zur Aufnahmen entspringt somit nicht einer sorgfältigen Überlegungen innerhalb eines ambulanten Betreuungssystems, sondern eher einer Notsituation, wobei die Patienten oder ihre Angehörigen in Eigeninitiative Hilfe in der psychiatrischen Klinik oder in anderen Krankenhäusern suchen.

Alles in allem weist unsere Untersuchung darauf hin, dass unter dieser Gruppe von HU viele Personen sind, die außerhalb der Klinik nicht ausreichend Betreuung finden oder diese nicht in Anspruch nehmen wollen und dies durch häufige stationäre Aufnahmen kompensiert wird. Dies korreliert mit Merkmalen der Situation in Oberösterreich: Während es ein recht gut ausgebautes sozialpsychiatrisches Angebot im Bereich Wohnen und Arbeit gibt, gibt es

1. in Oberösterreich, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, keine leistungsstarken psychosozialen Dienste, in denen auch fachärztliche psychiatrische Behandlung angeboten wird und die sich für „schwierige“ Patienten verantwortlich fühlen,
2. gibt es kein systematisiertes Angebot für Patienten mit geringer Behandlungsmotivation, wie etwa Assertive Community Treatment [31],
3. ist die Zahl niedergelassener Fachärzte, die in Österreich, verglichen etwa mit Deutschland oder der Schweiz, ohnehin sehr niedrig liegt, in Oberösterreich noch einmal besonders niedrig [32].
4. Dafür verfügt die Region Linz mit 0,61 Betten/1000 Einwohner verglichen mit anderen Regionen über eine relative große Anzahl von Betten.

Es scheint also, dass die Behandlung diese schwer kranken Patienten vornehmlich im Spital erfolgt. Dies ist durch die gegebenen Betten möglich, und weil dies möglich ist, fehlt wohl auch der Anreiz, außerhalb der Klinik besser für sie vorzusorgen. Gerade HU brauchen maßgeschneiderte psychosoziale Angebote unter Berücksichtigung des regionalen Versorgungssystems [13, 27]. Mögliche Maßnahmen, die Situation zu optimieren, wären

- Innerhalb der Klinik könnten längere Behandlungsdauern (bis zum Erreichen einer Stabilität) und optimierte Entlassungsplanung Strategien sein, die Zahl der HU zu vermindern [33]. Allerdings erscheint ersteres in Anbetracht des bestehenden Bettendrucks schwer durchführbar. Bemühungen HU besser in die außerstationäre Versorgung einzubinden, sollten über die bestehenden Kooperationen hinaus verstärkt werden. So wäre es sinnvoll, eine Plattform speziell zur Koordination der Behandlung von HU einzurichten.
- Auf jeden Fall wäre eine größere Anzahl von Fachärzten für Psychiatrie erforderlich – im Rahmen von Kassenverträgen, Ambulanzen oder Psychosozialen Diensten, aber jedenfalls ohne Zusatzkosten konsultierbar – und mit so viel zeitlichen Ressourcen ausgestattet, dass sie auch diese „difficult to treat“ Patienten suffizient behandeln können.

Diagnosenspezifisch lassen sich aus unseren Ergebnissen folgende Empfehlungen ableiten:

- Die zahlenmäßig größte Gruppe sind die Patienten mit Psychosen (F2). 70 % werden nach dem UBG aufgenommen, fast die Hälfte von ihnen war im Monat vor der Aufnahme bei keinem Arzt gewesen. Diese Patienten zeigen in einem hohen Ausmaß auch im Folgejahr HU-Verhalten. Sie können grundsätzlich von einer Behandlung stark profitieren (der GAF nimmt durch die stationäre Behandlung um 10 Punkte und das Rating der Compliance von 45 auf 90 % zu), die Bedingungen außerstationär reichen aber offenbar nicht aus, um sie in Behandlung zu halten. Maßnahmen, die dies verbessern können, wie intensivere Verwendung von Depotmedikation [34], Angebote zur ambulanten

Nachbetreuung durch die stationären Behandler [35]. Home treatment [30] oder Assertive Community Treatment [31] sollten in Betracht gezogen werden.

- Die Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (F1) sind kumulativ weniger als halb so lang hospitalisiert wie die der anderen Gruppen, haben am häufigsten eine Partnerschaft, den höchsten Anteil von Erwerbstätigkeit und einen relativ hohen GAF. Trotz dieser günstigen Merkmale zeigt sich bei ihnen aber im Jahr nach der Indexepisode die größte Persistenz des HU-Verhaltens und die Compliance wird bei der Entlassung am schlechtesten eingeschätzt. Hier zeigt sich auch ein prinzipielles Problem im Umgang mit HU: Während man von professioneller Seite geneigt ist, das Angebot der Klinik für insuffizient zu halten, sind die HU der Gruppe F1 mit der Behandlung in der Klinik hochzufrieden.

Diese Patienten sind meist für konventionelle Angebote der Suchtmedizin, wie stationäre Entwöhnungskuren, nicht erreichbar, sei es wegen mangelnder Motivation oder weil sie derartige Maßnahmen schon mehrfach erfolglos absolviert haben. Für sie könnten intensivere suchtbegleitende Maßnahmen sinnvoll sein (z. B. Trinkmengenreduktion) [36].

- Bei Patienten mit depressiven Störungen (F3) ist die Inanspruchnahme außerstationärer Hilfe höher als bei den beiden vorigen Gruppen, wobei der Schwerpunkt auf der Behandlung durch den praktischen Arzt liegt. Auffallend ist die geringe Anzahl von Personen mit einer Partnerschaft (22%). Ansätze zur Verbesserung könnten darin liegen, dass derart chronisch depressive Personen vermehrt beim Facharzt in Behandlung sein sollten. Weiters ist ein intensiveres Angebot von Psychotherapie, vor allem in Form von depressionsspezifischen Methoden, wie z. B. CBASP [37], zu wünschen, sowie eine Intensivierung des sozialen Netzwerkes, wie z. B. durch Laienbetreuung oder Selbsthilfegruppen.
- Die HU mit Persönlichkeitsstörungen (F6) haben die höchste Anzahl von Aufnahmen und die längste kumulative Aufenthaltsdauer im Jahr vor der Indexaufnahme. Erstaunlicherweise erweisen sie sich hier in vielen Belangen als „gesünder“ und „disziplinierter“ als die anderen Gruppen: Sie haben die dichteste Betreuung vor der Indexaufnahme, werden bezüglich der Schwere der Erkrankung, der Krankheitseinsicht und der Compliance deutlich besser eingeschätzt als die anderen Diagnosegruppen und weisen keine vorzeitigen Entlassungen auf. Trotzdem haben sie relativ viele Tagen nach dem UBG zu verzeichnen, sowohl während der Indexaufnahme, als im Jahr danach. Diese Daten könnten dahingehend interpretiert werden, dass das Charakteristikum dieser Gruppe in den krisenhaften Situationszuspitzungen liegt, dass die Patientinnen aber außerhalb dieser Krisen relativ gut funktionsfähig sind. Eine Intensivierung des außerstationären Therapieangebots könnte ermöglichen, die Aufenthalte noch mehr auf den Zweck kurzfristiger Krisenintervention zu reduzieren.

Stärken und Schwächen der Untersuchung

Zu den Stärken der Untersuchung ist zu zählen, dass sie prospektiv geplant worden ist und wir mit jedem HU ein Interview führen und standardisierte Instrumente anwenden konnten. Die Daten zu den HU sind vollständig (abgesehen von verweigerten Interviews) und auch die Angaben zu früheren und späteren Aufenthalten sind vollständig, da die Abteilung die einzige stationäre Einrichtung in der Region ist. Unseres Wissens gibt es bislang keine Untersuchung aus Österreich, die sich ähnlich ausführlich mit dem Thema HU beschäftigt hätte.

Als Schwächen sind anzuführen, dass es nicht möglich war, diese ausführliche Datenerhebung bei allen Patienten zu machen und somit die Vergleichbarkeit mit den Non-HU nur bei einem Teil der Variablen möglich war. Dazu kommt, dass die Basisdokumentation für die Non-HU nur bei 63% der Fälle vorlag. Die Verwendung standardisierter Instrumente musste auf kurze, einfach anzuwendend eingeschränkt werden. Die globale Erfassung der Compliance als geschätzter Prozentsatz der eingenommenen Medikation trägt dem Umstand Rechnung, dass jede retrospektive Erfassung von Compliance ungenau ist und auch durch eine differenziertere Erfassung nicht viel an Genauigkeit zu gewinnen wäre. Zur Erfassung der Nutzung außerstationärer Einrichtungen waren wir auf die retrospektiven Angaben der Patienten angewiesen. Als Diagnosen wurden die im klinischen Betrieb gestellten Diagnosen nach ICD-10 zurückgegriffen und Nebendiagnosen nicht berücksichtigt. Wie immer bei derartigen Untersuchungen sind die Daten stark von lokalen Versorgungsgegebenheiten bestimmt und damit nur eingeschränkt generalisierbar.

Konklusion

HU sind ein wahrscheinlich unvermeidbarer Folgeeffekt des aktuellen Versorgungsparadigmas. Unsere Untersuchung zeigt, dass das Ausmaß des Problems groß ist, auch bei Anlegung eines strengen Kriteriums für HU, und dass es deutliche Diagnosen-spezifische Unterschiede gibt. Auf dieser Grundlage sind mögliche Maßnahmen im Rahmen des lokalen Versorgungssystems zu diskutieren.

Ethik

Die Studie wurde der Ethikkommission des Landes Oberösterreich vorgelegt und von dieser festgestellt, dass kein Einwand gegen die Durchführung besteht.

Informed consent wurde von allen befragten Patienten eingeholt.

Interessenskonflikte

Hans Rittmannsberger, Anke Sulzbacher, Christian Foff und Thomas Zaunmüller erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Literatur

1. Geller J. In again, out again: preliminary evaluation of a state hospital's worst recidivists. *Hosp Community Psychiatry*. 1986;37:386-90.
2. Kent S, Yellowlees P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:347-50.
3. Roick C, Gärtner A, Heider D, Angermeyer CM. Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. *Psychiat Prax*. 2002;29:334-42.
4. Schanding D, Siomopoulos V, Godbole A, Smith M. Readmissions to a general hospital's psychiatric unit. *Hosp Community Psychiatry*. 1984;35:170-1.
5. Roick C, Heider D, Stengler-Wenzke K, Angermeyer CM. Analyse starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. *Psychiat Prax*. 2004;31:241-9.
6. Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M, Angermeyer CM. Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:744-51.
7. Weig W. Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt*. 2009;80:847-54.
8. Lamb HR. Young adult chronic patients: the new drifters. *Hosp Community Psychiatry*. 1982;33:465-8.
9. Pepper B, Kirshner MC, Ryglewicz H. The young adult chronic patient: overview of a population. *Hosp Community Psychiatry*. 1981;32:463-9.
10. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emerg Med J*. 2001;18:430-4.
11. Roick C. Heavy User: Geheimnisvolle Forschung. *Psychiat Prax*. 2002;29:331-3.
12. Katschnig H. Monitoring service utilization of persons with mental disorders - a case for mapping pathways of care. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011;20:7-13.
13. Kluge H, Becker T, Kallert T, Matschinger H, Angermeyer CM. Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste - eine Mehrebenenanalyse. *Psychiat Prax*. 2007;34:20-5.
14. Kapur K, Young AS, Murata D. Risk adjustment for high utilizers of public mental health care. *J Ment Health Policy Econ*. 2000;3:129-37.
15. National Institute of Mental Health. CGI. Clinical global impressions. In: Guy W, editor. EDCEU assessments in psychopharmacology. Rockville: EDCEU; 1970.
16. Juckel G, Schaub D, Fuchs N, Naumann U, Uhl I, Witthaus H, et al. Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008;104(1-3):287-93. doi:10.1016/j.schres.2008.04.037.
17. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV-TR. 4th ed, text revision. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
18. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993;150:873-9.
19. Richter D, Venzke A, Settelmayr J, Reker T. Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung - „Heavy User“ oder chronisch Kranke? *Psychiat Prax*. 2002;29:364-8.
20. Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldfinger SM, Hopkin JT. Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38:1112-4.
21. Vogel S, Huguélet P. Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:244-53.
22. Geller J. A report on the „worst“ state hospital recidivists in the US. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43:904-8.
23. Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, Hajak G. The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17'415 patients with 37'697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. *PLoS One*. 2013;8(10):e75612. doi:10.1371/journal.pone.0075612.
24. Casper ES, Donaldson B. Subgroups in the population of frequent users of inpatient services. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41:189-91.
25. Postrado LT, Lehman AF. Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 1995;46:1161-5.
26. Freyberger HJ, Ulrich I, Barnow S, Steinhart I. Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen - eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2008;76:106-13.
27. Roick C, Gärtner A, Heider D, Dietrich S, Angermeyer MC. Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *Int J Soc Psychiatry*. 2006;52(5):432-46. doi:10.1177/0020764006066824.
28. Carpenter MD, Mulligan JC, Bader IA, Meinzer AE. Multiple admissions to an urban psychiatric center: a comparative study. *Hosp Community Psychiatry*. 1985;36:1305-8.
29. Kent S, Fogarty M, Yellowlees P. A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatr Serv*. 1995;46:1247-53.
30. Stulz N, Bielinski D, Junghan UM, Hepp U. Stationärer Heavy Use und die Inanspruchnahme institutioneller ambulanter Dienste in einem Schweizerischen Versorgungssystem. *Psychiat Prax*. 2012;39(07):332-8. doi:10.1055/s-0032-1305231.
31. Stein JL, Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York: W. W. Norton; 1998.
32. Rittmannsberger H. Überbelag - eine Bestandsaufnahme. *Gemeindenähe Psychiatrie*. 2009;30:187-97.
33. Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res*. 2007;34(2):137-50. doi:10.1007/s-007-9055-5.
34. Hamann J, Mendel R, Heres S, Leucht S, Kissling W. How much more effective do depot antipsychotics have to be compared to oral antipsychotics before they are prescribed? *Eur Neuropsychopharmacol*. 2010;20(4):276-9.
35. Platz T, Senft B, Sauer schnig B, Cordruwisch E, Oberlercher H, Wagner W. Auf der Suche nach neuen Therapiestrategien: Heavy User und Risikofaktoren. *Neuropsychiatrie*. 2004;18:72-7.
36. van Amsterdam J, van den Brink W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol*. 2013;27:987-97.
37. McCullough JP. Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy - CBASP. München: Urban & Fischer; 2006.