

Psychiatrische Tagesklinik – Fehlende Behandlungsaufnahmen und vorzeitige Behandlungsbeendigung

Christian Simhandl und Barbara König

Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin,
Landeskrankenhaus Thermenregion Neunkirchen

Schlüsselwörter:

Psychiatrische Tagesklinik – fehlende Behandlungsaufnahme – vorzeitige Behandlungsbeendigung – Erreichbarkeit

Key words:

psychiatric day hospital – missing treatment start – early drop outs – reachability

Psychiatrische Tagesklinik – Fehlende Behandlungsaufnahme und vorzeitige Behandlungsbeendigung

Anliegen: Behandlungsabbrüche stellen in teilstationären Settings oft ein Problem dar. Es werden PatientInnenbeschreibung, Gründe für fehlende Behandlungsaufnahme und vorzeitige Behandlungsbeendigung dargestellt. **Methodik:** Alle für die Tagesklinik zur Aufnahme geplanten PatientInnen eines Jahres wurden nach einem Informationsgespräch vor ihrer Aufnahme, bei Absage des Behandlungsantritts und bei vorzeitiger Behandlungsbeendigung befragt. **Ergebnisse:** Die Gruppe der Abbrecher/nicht Erschienenen unterscheidet sich nicht bezüglich sozialer Daten, Diagnostik, Schweregrad, Entfernung oder Transportmöglichkeiten von jenen, die das Angebot der Tagesklinik in Anspruch nehmen. Der einzige signifikante Unterschied war die erhöhte Häufigkeit von zu-

sätzlichen somatischen Diagnosen bei den nicht zur Aufnahme gekommenen PatientInnen. **Schlussfolgerung:** Ausführliche Information, Aufklärung und strenge Indikationsstellung vor der Aufnahme, trägt nach unserer Auffassung zu niedrigen Abbruchraten bei. Transferierungsmöglichkeiten an eine Station und gleichzeitige Behandlung somatischer Erkrankungen erscheinen uns wichtig, diesbezüglich hat sich die räumliche Nähe unserer Tagesklinik zu einer psychiatrischen Abteilung innerhalb eines Allgemeinkrankenhauses bewährt.

Psychiatric day hospital – missing treatment start and early drop outs

Objective: Early drop outs are a common problem in day hospital treatment. In this article special focus is given to patient description and to reasons for rejecting the programme after entrance evaluation and informed consent for the programme and early drop outs within 7 days. **Research design:** The data of all consecutive patients of the first year were collected before admission, absent treatment start and early drop out. **Results:** There were no differences found between the group of early drop outs and rejecters and the other patients who participated to the programme as planned regarding social data, diagnostic, severity, distance or feasibility of transportation. The only difference we could find in our data was that the rejecters group had significant more

somatic diagnosis. **Conclusion:** We spend lot of time and personal resources on informed consent and selection before admission, which may be one reason for the low drop out rate. The possibilities of transfer to the inpatient unit or to somatic wards are necessary. In our experience it is helpful for treatment in a day hospital to cooperate with and be nearby a psychiatric department at a general hospital.

1. Einleitung

Im Jahr 2003 wurde im Rahmen der Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich im Landeskrankenhaus Thermenregion Neunkirchen (ca. 60km südlich von Wien) die Tagesklinik als Teil der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin außerhalb des Krankenhauses (7 Gehminuten entfernt) eröffnet. Die Tagesklinik in Neunkirchen dient der Versorgung psychiatrischer PatientInnen aus einem Einzugsgebiet von etwa 200.000 Menschen [5, 1, 7]. Um dem Versorgungsbedarf der Region gerecht zu werden, entschloss sich das Team neben einem Angebot für PatientInnen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auch ein spezifisches Betreuungskonzept für PatientInnen mit affektiven Erkrankungen anzubieten (Depressionen, Manien, Angststörungen, Alkoholkrankheit mit Grunderkrankung affektive Störung) [8, 6]. Der österreichische Psychiatrie-

plan sieht vor, dass PatientInnen aus der diagnostischen Gruppe F1 von anderen spezialisierten Institutionen versorgt werden.

In der Literatur finden sich vermehrt Hinweise bezüglich der Problematik von häufigen Behandlungsabbrüchen in Tageskliniken. Die Zahlen variieren von 28,5% bis zu 54% [2, 4, 9], als Prädiktoren werden von verschiedenen Autoren das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit, Alter unter 30 Jahren und Mehrfachaufnahmen genannt. Garlipp et.al. [3] untersuchten im Jahr 1998 alle Behandlungsabbrüche in der Tagesklinik der medizinischen Hochschule Hannover und fanden 12,3% Behandlungsabbrüche ohne Rücksprache mit dem therapeutischen Team. Wurden allerdings alle vorzeitigen Therapiebeendigungen erfasst (incl. Transferierungen), so ergab sich eine Zahl von 52,3%. Die Autoren regen daher eine differenzierte Betrachtung von vorzeitigen Therapiebeendigungen an. Als häufigste Gründe von vorzeitiger Therapiebeendigung nennen sie Überforderung, andere Erwartungen an die Therapie, Konflikte mit MitpatientInnen. In der Beurteilung durch das Team wurden mangelnde Indikation zur Weiterbetreuung im tagesklinischen Setting und Non-Compliance genannt. Bezüglich Alter, Geschlecht und Diagnosegruppen konnten die Autoren keine Unterschiede zwischen PatientInnen mit vorzeitigen und PatientInnen mit regulären Therapiebeendigungen finden [3].

Aufgrund dieser Ergebnisse wurden in der Tagesklinik Neunkirchen im ersten Jahr alle geplanten PatientInnenaufnahmen erfasst. Besonderes Augenmerk legten wir auf vorzeitige Behandlungsbeendigungen, Unterbrechungen der Behandlung und auf PatientInnen mit fehlendem Behandlungsantritt. (Begriffsklärung siehe unten)

2. Methodik

2.1. Beschreibung der Tagesklinik und der Rahmenbedingungen

Die Tagesklinik ist Teil der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin des Landesklonikums Thermenregion Neunkirchen und wurde im Mai 2003 in Betrieb genommen. Die Leitung der Tagesklinik erfolgt durch eine FachärztIn für Psychiatrie. Das multiprofessionelle Team setzt sich aus einer weiteren ÄrztIn in Ausbildung zum Facharzt, zwei diplomierten psychiatrischen Pflegepersonen, einer klinischen Psychologin, zwei Ergotherapeutinnen, einer Sozialarbeiterin und einer Körpertherapeutin zusammen. Derzeit stehen 15 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Tagesklinik ist täglich an Werktagen von 07.30-16.00 Uhr geöffnet, in dieser Zeit besteht für die PatientInnen eine Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden täglich.

Das Betreuungsangebot der Tagesklinik richtet sich an PatientInnen mit affektiven Erkrankungen und an PatientInnen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. PatientInnen werden entweder von niedergelassenen Fachärzten oder von der Abteilung selbst zugewiesen. In beiden Fällen erfolgt zusätzlich ein ausführliches Informationsgespräch über die Ziele und Möglichkeiten der tagesklinischen Behandlung. Kontraindikationen für eine Aufnahme stellen die Notwendigkeit einer stationären Betreuung aufgrund der Schwere der psychiatrischen Symptomatik, akute Suizidalität, eine schwere Abhängigkeitserkrankung, Persönlichkeitsstörungen als Hauptdiagnose, eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, verminderte körperliche Belastbarkeit bzw. dringend behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen, fehlende Möglichkeit die tägliche An- und Abreise zu bewältigen und nicht gesicherter Betreuungsbedarf an Abenden und Wochenenden dar.

Angeboten werden: Ärztliche Visite, detaillierte psychiatrische Diagnostik (z.B.: klinisch-psychologische Diagnostik, Lifechart), Behandlung und

Krankheitsaufklärung, psychoedukative und psychotherapeutische Gruppen (5h/Wo), Ergotherapeutisches Arbeiten (mind.5h/Wo), Themenzentrierte Gruppen: kognitive Gruppe, Kochgruppe, Entspannungsgruppe, Soziales Kompetenztraining (zusammen 5h/Wo), Bewegungsgruppe, Qi Gong (4h/Wo), Angehörigengespräche und Sozialarbeit.

2.2. Datenerhebung

Die Daten aller im Zeitraum von 01.05.2003 bis 30.04.2004 an der Tagesklinik aufgenommenen PatientInnen wurden erfasst. Die Daten wurden in eine eigens für die Abteilung entwickelte Datenbank eingetragen und mit SPSS.13.0 ausgewertet.

Die PatientInnengruppen wurden mittels deskriptiver Statistik beschrieben und bezüglich Unterschieden in den erhobenen Daten mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson untersucht. Sie wurden nach PatientInnen mit längerer Behandlung, PatientInnen mit vorzeitigem Behandlungsabbruch und PatientInnen mit fehlendem Behandlungsantritt gruppiert und die Gruppen einzeln als auch zusammengefasst in PatientInnen mit Behandlungsantritt vs. ohne Behandlungsantritt bzw. in PatientInnen mit regulärem Aufenthalt vs. PatientInnen mit vorzeitigem Behandlungsabbruch und fehlendem Behandlungsantritt verglichen. Orientiert an den Vorschlägen zur Erfassung und differenzierten Einteilung von Beendigungen einer tagesklinischen Behandlung nach Garlipp et. al. haben wir folgende Punkte erfasst: Zeitpunkt der Beendigung, Art der Beendigung, Beurteilung der Beendigung, Gründe des Patienten, Gründe des Behandlungsteams.

2.3. Begriffsklärung

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug in diesem ersten Jahr 3,46 Wochen (inkl. Wochenende). Als vorzeitige Behandlungsbeendigungen definierten wir Aufenthalte mit einer Dauer von 7 Tagen oder weniger.

Unterbrechungen der Behandlung definierten wir mit mehr als 4 Tage Abwesenheit von der Tagesklinik (Feiertage ausgeschlossen).

PatientInnen mit fehlendem Behandlungsantritt sind Personen, die trotz vorherigem detaillierten Informationsgesprächs, dem Erfüllen der oben genannten Aufnahmekriterien und einem gemeinsam vereinbarten Aufnahme-termin, diesen nicht wahrgenommen haben.

3. Ergebnisse

3.1. PatientInnenbeschreibung

Im Zeitraum des ersten Jahres des Betriebes der Tagesklinik wurden von 162 PatientInnen die Daten erfasst. 22 (13,6%) kamen trotz Zustimmung nicht zur Aufnahme, in 15 (9,3%) Fällen kam es zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch (auch Transferierungen).

Von den 140 PatientInnen mit Behandlungsantritt waren 22 (15,7%) im Untersuchungszeitraum zweimal aufgenommen, 3 (2,1%) PatientInnen

hatten im Untersuchungszeitraum drei Aufenthalte.

Die folgende Statistik beschreibt die Gesamtgruppe der PatientInnen (n=162) mit besonderem Betrachtungsschwerpunkt auf die Gruppe der vorzeitigen Abbrüche (n=15) und der fehlenden Behandlungsantritte (n=22)

Von den untersuchten 162 Personen waren 42% Männer und 58% Frauen.

Bezüglich der Sozialdaten konnten wir keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen, zwischen PatientInnen mit Behandlungs-

| | | Behandlung n=125 | vorzeitiges Ende n=15 | fehlender Antritt n=22 | Gesamtgruppe n=162 | |
|--------------------|--|---------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------|
| | | Prozent | Prozent | Prozent | Prozent | Signifikanz |
| Geschlecht | weiblich | 56,0 | 73,3 | 59,1 | 58,0 | |
| | männlich | 44,0 | 26,7 | 40,9 | 42,0 | p=0,221 |
| Alter zur Aufnahme | bis 30 Jahre | 16,8 | 13,3 | 18,2 | 16,7 | |
| | 31 bis 40 Jahre | 27,2 | 6,7 | 18,2 | 24,1 | |
| | 41 bis 50 Jahre | 24,8 | 33,3 | 36,4 | 27,2 | |
| | älter als 50 Jahre | 31,2 | 46,7 | 27,3 | 23,1 | p=0,322 |
| Familienstand | geschieden | 12,0 | 13,3 | 22,7 | 13,6 | |
| | Lebensgemeinschaft | 10,4 | 0,0 | 0,0 | 8,0 | |
| | ledig | 36,0 | 33,3 | 22,7 | 34,5 | |
| | verheiratet | 36,0 | 46,7 | 50,0 | 38,3 | |
| | verwitwet | 5,6 | 6,7 | 4,5 | 5,6 | p=0,208. |
| Wohnsituation | alleine | 29,6 | 26,7 | 27,3 | 29,0 | |
| | mit Familie | 50,4 | 33,3 | 45,5 | 48,1 | |
| | mit Partner | 18,4 | 26,7 | 18,2 | 20,4 | |
| | Sonstiges (betreutes Wohnen) | 1,6 | 0,0 | 9,1 | 2,5 | p=0,340. |
| Arbeitsstatus | berufstätig | 20 | 26,7 | 9,1 | 19,1 | |
| | arbeitslos | 37,6 | 46,7 | 27,3 | 37,0 | |
| | Pension | 18,4 | 6,7 | 27,3 | 18,5 | |
| | Haushalt | 10,4 | 6,7 | 9,1 | 9,9 | |
| | Sonstige (Schüler, Alterspension, Student) | 13,6 | 13,3 | 27,3 | 15,4 | p=0,739. |

Tabelle 1: Sozialdaten n=162

antritt vs. ohne Behandlungsantritt und auch nicht zwischen PatientInnen mit „regulärer“ Behandlungsdauer (> 1Wo) vs. PatientInnen mit vorzeitigem Behandlungsende und fehlendem Behandlungsantritt finden.

3.2. Psychiatrische Anamnese

Bei 39,5% der Untersuchten war die Familienanamnese positiv bezüglich psychiatrischer Erkrankungen, das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des Auftretens erster Krankheitssymptome betrug 33 Jahre (Mittelwert: 33,04, Median: 31).

3,1% der Untersuchten hatten keine Krankheitsepisode vor der Indexepisode, 24,1% hatten eine Vorepisode, 16,7% hatten 2 Episoden, 16,7% hatten 3 Episoden, 9,9% hatten 4 Episoden, 9,9% hatten 5 Episoden und 19,8% hatten mehr als 5 Episoden vor ihrem ersten Tagesklinikaufenthalt.

Auch in der psychiatrischen Anamnese konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

3.3. Aufnahmedaten

Bezüglich der Aufnahmedaten und der Empfehlung zur tagesklinischen Behandlung durch die Station (unmittelbar oder mit einigen Tagen bis Wochen Unterbrechung nach einem stationären Aufenthalt) oder durch einen niedergelassenen FA ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, zwischen PatientInnen mit Behandlungsantritt vs. ohne Behandlungsantritt und auch nicht zwischen PatientInnen mit „regulärer“ Behandlungsdauer (> 1Wo) vs. PatientInnen mit vorzeitigem Behandlungsende und fehlendem Behandlungsantritt.

3.4. Transport

In einer ländlichen Region stellt vor allem die An- und Abreise bei tagesklinischer Betreuung einen wichtigen Einflussfaktor dar. Daher wurden auch genau die Transportfaktoren und die Entfernung erfasst.

Auch bezüglich der An- und Abreisebedingungen konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

3.5. Vergleiche in unterschiedlichen Gruppierungen

Wie oben bereits erwähnt, habe wir bei der Auswertung alle Gruppen einzeln miteinander verglichen und die unterschiedlichen Gruppierungen (PatientInnen mit Behandlungsantritt vs. ohne Behandlungsantritt, PatientInnen mit „regulärer“ Behandlungsdauer (> 1Wo) vs. PatientInnen mit vorzeitigem Behandlungsende und fehlendem Behandlungsantritt) verglichen.

In allen diesen Berechnungen konnte nur ein Bereich mit einem statistisch signifikanten Unterschied gefunden werden: Die an der Tagesklinik zu Aufnahme gekommenen PatientInnen hatten weniger zusätzliche somatische Diagnosen als die PatientInnen, die trotz fixer Planung nicht zur Behandlung erschienen sind (p=0,035). Dieses Ergebnis wurde durch einen signifikanten

| | | Behandlung n=125 | vorzeitiges Ende n=15 | fehlender Antritt n=22 | Gesamtgruppe n=162 | |
|--|----------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------|
| | | Prozent | Prozent | Prozent | Prozent | Signifikanz |
| psychiatrische Familienanamnese | positiv | 40,8 | 26,7 | 40,9 | 39,5 | |
| | negativ | 47,2 | 66,7 | 54,5 | 50,0 | |
| | unbekannt | 12,0 | 6,7 | 4,5 | 10,5 | p=0,321 |
| Alter bei ersten Krankheitssymptomen | vor 20. Lebensjahr | 23,2 | 20,0 | 18,2 | 22,2 | |
| | zwischen 21 und 30 | 27,2 | 20,0 | 22,7 | 25,9 | |
| | zwischen 31 und 40 | 29,2 | 6,7 | 31,8 | 19,8 | |
| | zwischen 41 und 50 | 18,4 | 40,0 | 13,6 | 19,8 | |
| | nach dem 50. Lebensjahr | 12 | 13,3 | 13,6 | 12,3 | p=0,961 |
| Krankheitsepisoden vor der Indexepisode | 0 bis 1 Episode | 28,2 | 26,7 | 18,2 | 27,2 | |
| | 2-3 Episoden | 31,2 | 40,0 | 40,9 | 33,3 | |
| | 4-5 Episoden | 20,0 | 6,7 | 27,3 | 19,8 | |
| | mehr als 5 Episoden | 20,0 | 26,7 | 13,6 | 19,8 | p=0,724 |

Tabelle 2: Psychiatrische Anamnese n=162

| | | Behandlung n=125 | vorzeitiges Ende n=15 | fehlender Antritt n=22 | Gesamtgruppe n=162 | |
|----------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------|
| | | Prozent | Prozent | Prozent | Prozent | Signifikanz |
| Suizidversuche | keine | 72,0 | 80,0 | 77,3 | 74,6 | |
| | ein Suizidversuch | 12,8 | 6,7 | 18,2 | 13,0 | |
| | zwei Suizidversuche | 7,2 | 6,7 | 4,5 | 6,2 | |
| | mehr als 2 Suizidversuche | 8,0 | 6,7 | 0,0 | 6,2 | p=0,913 |
| Episode bei Aufnahme | depressive Episode | 56,0 | 53,4 | 59,1 | 56,2 | |
| | Schizophrenie | 12,8 | 13,3 | 18,2 | 13,6 | |
| | schizoaffektiv | 11,2 | 13,3 | 9,1 | 11,1 | |
| | manische Episode | 5,6 | 6,6 | 0,0 | 4,9 | |
| | psychotische Episode | 5,6 | 6,7 | 13,6 | 6,8 | |
| | Mischbild | 0,0 | 6,7 | 0,0 | 4,3 | |
| | Angststörung | 3,2 | 0,0 | 0,0 | 2,5 | |
| | Rapid Cycling | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | p=0,912 |
| Zuweisung durch Station | ja | 76,8 | 73,3 | 81,8 | 22,8 | |
| | nein | 23,2 | 26,7 | 18,2 | 77,2 | p=0,116 |

Tabelle 3: *Aufnahmedaten n=162*

| | | Behandlung n=125 | vorzeitiges Ende n=15 | fehlender Antritt n=22 | Gesamtgruppe n=162 | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------|
| | | Prozent | Prozent | Prozent | Prozent | Signifikanz |
| Entfernung | weniger als 10km | 33,6 | 33,3 | 22,7 | 32,3 | |
| | 10-20km | 33,6 | 40,0 | 36,4 | 34,8 | |
| | 20-30km | 13,6 | 20,0 | 13,6 | 14,3 | |
| | 30-40km | 8,0 | 6,7 | 4,5 | 7,5 | |
| | 40-50km | 4,8 | 0,0 | 13,6 | 5,6 | |
| | weiter als 50km | 6,4 | 0,0 | 4,5 | 5,6 | p=0,820 |
| Selbständigkeit der Anreise | selbstständig | 83,2 | 86,7 | 68,2 | 82,1 | |
| | Unterstützung durch Angehörige | 12,8 | 6,7 | 22,7 | 13,5 | |
| | sonstige Hilfen (Transportdienste) | 4 | 6,7 | 4,5 | 4,4 | p=0,410 |
| Transportmittel | Auto | 57,6% | 46,7 | 59,1 | 57,2 | |
| | Bahn | 18,4% | 13,3 | 27,3 | 18,9 | |
| | Bus | 14,4% | 20,0 | 4,5 | 13,8 | |
| | zu Fuß | 4,8% | 20,0 | 0,0 | 5,7 | |
| | sonstige (Fahrrad, Mofa) | 4,8% | 0,0 | 4,5 | 4,4 | p=0,880 |

Tabelle 4: *Entfernung und Transportmittel n=162*

| | | Behandlung n=125 | vorzeitiges Ende n=15 | fehlender Antritt n=22 | Gesamtgruppe n=162 | |
|-------------------------|------|---------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------|
| | | Prozent | Prozent | Prozent | Prozent | Signifikanz |
| somatische Erkrankungen | nein | 36,8 | 20 | 13,6 | 32,1 | p=0,035 |
| | ja | 63,2 | 80 | 86,4 | 67,9 | |

Tabelle 5: Somatische Erkrankungen n=162

Unterschied zwischen den nicht zur Aufnahme erschienenen PatientInnen und den länger als eine Woche in Behandlung verbliebenen PatientInnen erklärt ($p=0,034$). Die PatientInnen, die vorzeitig die Behandlung beendet hatten zeigten keine Unterschiede zu den längerfristig in Behandlung verbliebenen und zu den PatientInnen ohne Behandlungsantritt.

In allen anderen erhobenen Bereichen fanden sich weder zwischen den einzelnen Gruppen noch bei Zusammenfassung der Gruppen nach verschiedenen Gesichtspunkten signifikante Unterschiede.

3.5.1. Vorzeitiges Behandlungsende innerhalb von einer Woche (n=15)

Gründe für den Behandlungsabbruch innerhalb einer Woche sind in 66,7% der Fälle von Seiten der PatientInnen angeführt worden, bei 33,3% wurde von Seiten des Teams das tagesklinische Betreuungsangebot als nicht optimal eingestuft. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Gruppe betrug 3,2 Tage.

Die Art der Beendigung erfolgte in 13,3% von Seite der PatientInnen ohne vorherige Ankündigung,

in 40% der Fälle unmittelbar nach Ankündigung der PatientInnen, in 13,3% 1-3 Tage nach Ankündigung des PatientInnen, und in 33,4% unmittelbar nach Ankündigung des Teams.

In 20% der Fälle wurde das vorzeitige Behandlungsende in gegenseitigem Einverständnis beschlossen, in weiteren 20% gegen den Wunsch der PatientInnen von Seite des Teams empfohlen.

In 46,7% kam es zu einer vorzeitigen Beendigung durch die PatientInnen ge-

gen die Empfehlung des Teams und in 13,3% blieben die PatientInnen ohne Absprache mit dem Team der tagesklinischen Betreuung fern.

3.5.2. Unterbrechungsgründe bei längerem Aufenthalt

Bei den über einen längeren Zeitraum aufgenommenen PatientInnen der Tagesklinik gab es Unterbrechungen innerhalb einer Behandlungsperiode, d. h. dass innerhalb einer Behandlungsphase an der Tagesklinik die PatientInnen aus unterschiedlichen Gründen für mehr als 4 durchgehende Tage nicht am Betreuungsangebot der Tagesklinik teilnehmen konnten. Ausgeschlossen werden Unterbrechungen aufgrund von Feiertagen (wie z.B.: Weihnachten, etc.). Bei 20 Personen (16%) kam es zu einer Unterbrechung des Aufenthaltes an der Tagesklinik während der vorgesehenen Behandlungszeit.

In 15% der Fälle erfolgte die Unterbrechung nach bereits vorher getroffener Vereinbarung, in 35% unmittelbar nach Ankündigung durch die PatientInnen, in 10% 1-3 Tage nach Ankündigung der PatientInnen und in 40% der Fälle unmittelbar nach Ankündigung des Teams.

In 90% der Unterbrechungen wurde diese als im gegenseitigen Einverständnis beurteilt, in 10% erfolgte die Unterbrechung gegen die Erwartung der PatientInnen nach Empfehlung des Teams.

Gründe für die Unterbrechungen von Seite der PatientInnen war in 5% Überforderung der PatientInnen, in 10% settingbezogene Gründe, wie z.B.: Anreiseproblematik. In 35% war eine Verschlechterung des psychopathologischen Status Grund für eine Unterbrechung, in 50% fanden sich andere

Gründe, in den meisten Fällen eine Abwesenheit von einigen Tagen auf Grund einer körperlichen Erkrankung (z.B.: Grippler Infekt).

Von Seite des Teams wurde in 40% der Fälle die Indikationsstellung für eine tagesklinische Behandlung zu diesem Zeitpunkt verneint (Verschlechterung des psychopathologischen Status oder der körperlichen Gesundheit).

Alle oben genannten Personen wurden nach der Unterbrechung wieder in der Tagesklinik aufgenommen und weiterbehandelt.

3.5.3. Geplante PatientInnen ohne Aufnahme (n=22)

In der Gruppe der PatientInnen, die für eine Aufnahme in die Tagesklinik nach Information und informed consent vorgesehen waren, wo es aber zu keiner Aufnahme kam, wurden die Gründe für das Scheitern der Aufnahme in 72,7% von Seiten der PatientInnen angegeben, in 27,3 der Fälle befand das Tagesklinik-Team eine Aufnahme nicht für sinnvoll.

Von Seite der PatientInnen wurde eine geplante Aufnahme in 25% der Fälle aufgrund settingbezogener Gründe (z.B.: Anreise zu aufwendig) und in weiteren 25% aufgrund anderer organisatorischer Probleme (z.B.: mangelnde Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Pflege erkrankter Angehöriger) abgesagt. Bei der Hälfte der Fälle wurde die Absage der Aufnahme mit dem Entschluss unser Angebot nicht in Anspruch zu nehmen begründet.

Von Seite des Teams wurde immer im gegenseitigen Einverständnis nach Absprache mit den PatientInnen eine Aufnahme als nicht sinnvoll erachtet. In 2 Fällen kam es zu einer Verschlechter-

nung der kognitiven bzw. körperlichen Belastbarkeit, die bei einer Aufnahme in unser tagesklinisches Setting aus Sicht des Teams zu einer Überforderung geführt hätte. Eine weitere Person konnte aufgrund einer vorher in diesem Ausmaß nicht bekannten Höhenangst unserer Räume im 2. Stock nicht für längere Zeit betreten. In weiteren 2 Fällen konnten trotz Bemühungen unseres Teams und der PatientInnen settingsbezogene Probleme nicht gelöst werden (z.B.: Anfahrt). Eine Person hatte ein so gut organisiertes extramurales Setting, dass aus Sicht des Teams eine Indikationsstellung für eine tagesklinische Behandlung nicht mehr gegeben war.

4. Diskussion

Beim Vergleich der einzelnen beschriebenen Gruppen miteinander bezüglich verschiedener Faktoren, wie z. B.: familiäre Situation, soziale Situation, Diagnose, etc. konnten unser Ergebnisse keine nennenswerten Unterschiede zeigen. Ebenso fanden wir keine signifikanten Unterschiede bezüglich Entfernung, Anfahrtsmöglichkeiten oder das Vorhandensein eines entsprechenden Transportmittels.

Nur ein Faktor erbrachte ein signifikantes Ergebnis: das Vorhandensein von zusätzlichen somatischen Diagnosen trat signifikant häufiger bei PatientInnen mit fehlendem Behandlungsantritt auf als bei PatientInnen mit Behandlungsantritt (längerfristige Aufnahme und vorzeitiges Behandlungsende).

Aufgrund der in unserer Untersuchung erfassten eher homogenen PatientInnengruppen, die sich auf zwei große diagnostische Gruppen (schizophrene Erkrankungen, affektive Erkrankungen) beziehen, ist die Vergleichbarkeit mit anderen Studien bezüglich Behandlungsabbrüchen in Tageskliniken nur begrenzt möglich. Über den in anderen Studien [2, 3, 9] erwähnten häufigen Behandlungsabbruch bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen können wir keinerlei Aussagen treffen, da das Vor-

liegen einer Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose eine Kontraindikation für die Aufnahme an unsere Tagesklinik darstellt. Garlipp et al. [3] beschreiben, dass neben Persönlichkeitsstörung auch affektive Störungen in ihrer Untersuchungsgruppe vermehrt unter den Abbrechern vertreten waren, diese Ergebnisse waren aber nicht signifikant. In unserer PatientInnengruppe waren keine Hinweise bezüglich einer größeren Zahl von affektiven Erkrankungen in der Gruppe der vorzeitigen Abbrüche oder fehlenden Behandlungsantritten zu finden.

Nur etwa 1/6 der PatientInnen waren unter 30 Jahren bei der Aufnahme in unserer Tagesklinik. Wir können daher bezüglich der in der Untersuchung von Schulz et al. [9] beschriebenen erhöhten Abbruchrate bei Personen unter 30 Jahren, nicht auf ausreichend große PatientInnengruppe zurückgreifen um diesbezüglich eine Aussagen zu machen. In unserer Untersuchung bestand auch tendenziell kein Zusammenhang zwischen Alter der PatientInnen und Behandlungsabbrüchen.

Chang [2] beschrieb Mehrfachaufnahmen als Prädiktor für Behandlungsabbrüche, auch diesbezüglich fanden wir, keine Zusammenhänge. Allerdings ist hier kritisch anzumerken, dass aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums es zwar möglich war Voraufenthalte in einem stationären Setting zu erfassen, wir aber in diesem ersten Jahr nur wenig PatientInnen mit mehreren Aufenthalten in unserer Tagesklinik hatten, sodass wir bezüglich Voraufenthalten in unserer Tagesklinik noch keine Aussagen treffen können.

Garlipp et al. [3] fanden in ihrer Untersuchung bei 52,3% der PatientInnen eine vorzeitige Beendigung der Therapie, Therapieabbrüche im engeren Sinn, d. h. ohne Absprache mit dem Betreuungsteam in 12,3% der Fälle. Ohne Absprache mit dem Betreuungsteam brachen nur 1,4% unserer PatientInnen die Betreuung ab. Bezüglich der Abbrüche gegen die Empfehlung des Teams erhalten wir entsprechend den von Garlipp et al. [3] gefundenen Ergebnissen einen Anteil von etwa 10%.

Dem Informationsgespräch, welches dem Aufnahmegespräch vorangeht, wird von unserer Seite zeitmäßig, wie auch personalmäßig ein großer Stellenwert beigemessen, was die Ausfallsrate möglicherweise positiv beeinflusst.

Bei den Gründen für einen Abbruch bzw. das Fernbleiben von der Tagesklinik fällt auf, dass bei 20-30% (je nach Gruppe) die Organisation der selbständigen Anreise und der Betreuung von Kindern bzw. pflegebedürftiger Angehöriger als Abbruchs- bzw. Aufnahme verhindernde Gründe genannt wurden. Nach unseren Ergebnissen erscheint die Verfügbarkeit einer adäquaten Transportmöglichkeit besonders wichtig zu sein. Auch PatientInnen näher 10 km sind auf Grund mangelnder öffentlicher Verkehrsverbindungen im ländlichen Bereich oder Kleinstädten auf eine Transportmöglichkeit mit einem Auto angewiesen.

Wir sehen sowohl beim Faktor Transportmittel, wie auch beim Faktor Kinderbetreuung, wie sich in der Alltagsarbeit gezeigt hat, einen klaren Ansatzpunkt zur Verbesserung der strukturellen Unterstützung der PatientInnen. Die Möglichkeit der Transferierung, bzw. Rücktransferierung an die Station wie auch die Möglichkeit somatische Erkrankungen zu behandeln erscheint uns sehr wichtig. Die Erfahrungen mit den PatientInnen die länger an der Tagesklinik verblieben, aber ihren Aufenthalt unterbrechen mussten, zeigen dass sowohl psychiatrische Krisen als auch somatische Erkrankungen durch engmaschige Zusammenarbeit mit Angehörigen und Station managebar sind. Die räumliche Nähe zu einer psychiatrischen Abteilung innerhalb eines Allgemeinkrankenhauses hat sich aus unseren Erfahrungen sowohl für eine nötige Transferierung in den stationären Bereich, wie auch für diagnostische Abklärung somatischer Beschwerden bewährt.

Danksagungen

Das Projekt wurde gemeinsam mit der Gesellschaft für Depressions- und Angstforschung entwickelt und von dieser inhaltlich betreut. Die Realisierung wurde durch Eigenmittel, einen unrestricted educational grant der Pfizer Austria und Geldern vom Nögus (Niederösterreich Gesundheit und Soziales) unterstützt.

Literatur

- [1] Beschluss der niederösterreichischen Landesregierung vom 28. Oktober 1997, Amt der niederösterreichischen Landesregierung, Gruppe Gesundheit und Soziales – Abteilung Sanitätsrecht und Krankenanstalten (GS4)
- [2] Chang G. Patient characteristics in unplanned discharge from day hospital. *International Journal Part Hosp.* 1988; 3: 225-235.
- [3] Garlipp P., Seidler KP., Amini K., Machleidt W., Haltenhof H. Behandlungsabbruch in der psychiatrischen Tagesklinik, Plädoyer für eine differenzierte Betrachtungsweise. *Psychiatrische Praxis* 2001; 28: 262-266.
- [4] Gillis K., Russel V., Busby K. Factors associated with unplanned discharge from psychiatric day treatment programs. *Gen. Hosp Psychiatry* 1997; 19: 355-361.
- [5] Katschnig H., Boissl W., Eichberger G., Etzendorfer E., Fischer P., Friedl R., Marksteiner A., Tatzler E., Wancata J., Windhaber J. Der niederösterreichische Psychiatrieplan 1995, NÖ Schriften 87 – Wissenschaft, Amt der NÖ Landesregierung, Landesamtsdirektion.
- [6] Katschnig H., Denk P., Scherer M. Österreichischer Psychiatriebericht 2004, Analysen und Daten zur psychiatrischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien 2004
- [7] Katschnig H., Denk P., Weibold B. Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995 – Kurzfassung, Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien 2003
- [8] Katschnig H., Ladinser E., Scherer M., Sonneck G., Wancata J. Österreichischer Psychiatriebericht 2001, Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Republik Österreich, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2001
- [9] Schulz H., Lang K., Lotz-Rambaldi W., Bürger W., Koch U. Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger. *Psychotherapie Psychosomatische Medizinische Psychologie* 1999; 49: 326-336.

Ao. Univ.-Prof. Primarius
 Dr. Christian Simhandl
 Abteilung für Psychiatrie und
 psychotherapeutische Medizin
 Landesklinikum Thermenregion
 Neunkirchen
 office.psychiatrie@neunkirchen.lknoe.at