

„Wenn sich die Türe dreht ...“

Personenspezifika und Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von
PsychiatriepatientInnen mit hoher Wiederaufnahmerate in ausgewählten
Bundesländern in Österreich

Mag. Martin Böhm *
Mag. Dominik Gruber Bakk *
MMag. Gernot Koren MAS *
wHR Prof. Univ.-Doz. Dr. Werner Schöny*
Florian Endel **

* pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, Abteilung Forschung
der pro mente austria
Kontakt: Lonstorferplatz 1, 4020 Linz; gernot.koren@promenteaustria.at

** Technische Universität Wien, Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung.....	4
1. Zielsetzung und Aufbau des Berichts.....	4
1.1. Ausgangslage und Problemstellung.....	5
2. Methodisches Vorgehen und Studiendesign.....	6
2.1. Datengrundlage und Datenqualität.....	7
2.1.1. GAP-DRG.....	7
2.2. Begriffliche Erklärungen.....	8
2.2.1. FoKo („Folgekosten-Datenbank“).....	8
2.2.2. MBDS („Minimal Basic Data Set“).....	8
2.2.3. PRIKRAF („Privatkrankenanstalten Finanzierungsfonds“).....	9
2.2.4. Andere Datenquellen.....	9
2.3. Datenbank – Technik.....	9
3. Datenlage und Stand der Heavy User-Forschung.....	11
3.1. Heavy User als Forschungsgegenstand.....	11
3.2. Operationalisierungskonzepte.....	15
3.3. Stand der Forschung / Zusammenfassung bisheriger empirischer Ergebnisse.....	16
4. Darstellung der Daten in Österreich anhand ausgewählter Bundesländer ohne Personalisierung.....	19
4.1. Einwohner der österreichischen Bevölkerung und der ausgewählten Bundesländer im Jahr 2006.....	23
4.2. Entlassungsarten in den ausgewählten Bundesländer im Jahr 2006.....	23
4.3. Entlassung mit F-Hauptdiagnose in den ausgewählten Bundesländer im Jahr 2006.....	24
4.4. Fazit: Darstellung der Daten in Österreich anhand ausgewählter Bundesländer ohne Personalisierung.....	25
5. ‚Potentielle‘ Heavy User.....	27
5.1. Personalisierung.....	27
5.2. Eigenschaften der ‚potentiellen‘ Heavy User.....	27
5.3. Entlassungsarten der ‚potentiellen‘ Heavy User.....	28
5.4. Wohnort und Kostenträger der ‚potentiellen‘ Heavy User.....	28

5.5.	Staatsbürgerschaft der ‚potentiellen‘ Heavy User.....	31
5.6.	Alter der ‚potentiellen‘ Heavy User.....	31
5.7.	Geschlecht der ‚potentiellen‘ Heavy User	35
5.8.	Alter und Geschlecht der ‚potentiellen‘ Heavy User	36
5.9.	Alter und durchschnittliche Belagstage der ‚potentiellen‘ Heavy User	40
5.10.	Anzahl der Aufenthalte und Aufenthaltsdauer der ‚potentiellen‘ Heavy User	41
5.11.	Fazit: ‚Potentielle‘ Heavy User	42
6.	‚Definierte‘ Heavy User	44
6.1.	Wohnort und Kostenträger der ‚definierten‘ Heavy User	44
6.2.	Staatsbürgerschaft der ‚definierten‘ Heavy User	47
6.3.	Untersuchungseigenschaften der Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User	47
6.3.1.	Krankenhaus.....	47
6.3.2.	Krankenstand.....	62
6.3.3.	Medikamente	63
7.	Diskussion	69
8.	Ausblick	73
9.	Literaturliste	77

0. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Personenspezifika und der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von PsychiatriepatientInnen mit hoher Wiederaufnahme, dem sogenannten Phänomen der „DrehtürpatientInnen“ oder der „Heavy User“. Im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde diese Studie vom Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie der Technischen Universität Wien in Zusammenarbeit mit pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, der Forschungsabteilung der pro mente austria, erstellt und durchgeführt.

1. Zielsetzung und Aufbau des Berichts

Ziel dieser Studie ist es, genaue Informationen über relevante Merkmale (personenbezogene und regional angebots-/leistungsbezogene) von den sogenannten Heavy Usern zu bekommen. Diese Erkenntnisse sollen Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Betreuung im ambulanten Bereich und allenfalls eine Verminderung stationärer Wiederaufnahmen liefern. Inhaltlich gliedert sich die Studie in sieben Kapitel. Nach dem ersten Kapitel Zielsetzung und Aufbau des Berichts, beschäftigt sich das zweite Kapitel mit dem methodischen Vorgehen und dem Studiendesign. Hier werden die Datengrundlage und Datenqualität sowie begriffliche Erklärungen dargelegt. Einen Überblick über die theoretische Grundlage zur Heavy User-Forschung gibt der dritte Abschnitt. Dieser stellt die Vielfalt verschiedener Begrifflichkeiten der Heavy User-Forschung im Hinblick auf die PatientInnen¹, die Abläufe und die Prozesse der Gesundheitsversorgung vor. Anschließend wird ein mögliches Operationalisierungskonzept der Heavy User-Forschung, das entlang medizinischer Leistungserbringungen angesiedelt ist, von Frick & Frick 2008 dargestellt. Den Abschluss des dritten Kapitels bildet eine kurze Zusammenfassung bisheriger empirischer Ergebnisse (Stand: März 2010). Das vierte Kapitel legt die Daten der ausgewählten Bundesländer dar. Im Anschluss daran werden im fünften Kapitel die Gruppe der ‚potentiellen‘ und im sechsten Kapitel die Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User untersucht. Unter der Annahme bestimmter Merkmale (siehe Punkt 5.2) wird die sogenannte Gruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User ausgewählt und in einem weiteren Schritt auf die Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User eingegrenzt (Merkmale unter Punkt 6). Im letzten Teil der vorliegenden Studie werden die Ergebnisse diskutiert und mögliche Handlungsoptionen für eine Verbesserung der Betreuung im ambulanten Bereich und bestenfalls eine

¹ In dieser Studie wurde auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise geachtet. Bei allen Abbildungen wurde dies - aufgrund der Lesbarkeit - jedoch nicht vollzogen. Beim Terminus Heavy User wurde ebenfalls auf die Berücksichtigung der weiblichen Schreibweise verzichtet, da dieser als englischer Fachbegriff verwendet wird.

Verminderung stationärer Wiederaufnahme genannt. Ebenso wird ein Ausblick auf weitere notwendige und mögliche Forschungsschwerpunkte im Bereich der Heavy User-Forschung gegeben.

1.1. Ausgangslage und Problemstellung

Die Thematisierung des Phänomens „Heavy User“ als Forschungsgegenstand ist mit der Hoffnung verbunden, einerseits eine Verbesserung der Behandlung von PatientInnen zu erreichen und Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen für die Erkrankten zu optimieren. Andererseits soll hinsichtlich der investierten Ressourcen eine optimale Abstimmung der Kosteneffektivität und -effizienz erreicht werden. Somit ergibt sich aus unterschiedlichen Perspektiven die Notwendigkeit einer Heavy User-Forschung.

Folgende Grundannahmen und Hypothesen wurden für diese Studie formuliert:

Grundannahme 1:

PatientInnen mit hohen Wiederaufnahmeraten in stationärer psychiatrischer Behandlung stellen eine Population mit besonderen Merkmalen (Diagnosen, Geschlecht, Alter etc.) dar.

Daraus abgeleitete Hypothese:

PatientInnen mit hoher Wiederaufnahmerate in stationärer psychiatrischer Behandlung lassen sich durch personenspezifische Merkmale aus dem vorhandenen Datensatz des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger darstellen.

Grundannahme 2:

PatientInnen mit hoher Wiederaufnahmerate in stationärer psychiatrischer Behandlung stellen eine Population mit spezifischen Verhaltensweisen in Bezug auf die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen sowie in Bezug auf die Inanspruchnahme pharmakologischer Behandlung dar.

Daraus abgeleitete Hypothese:

PatientInnen mit hoher Wiederaufnahmerate in stationär psychiatrischer Behandlung lassen sich durch personenspezifische Merkmale der ambulanten Leistungsanspruchnahme aus dem vorhandenen Datensatz des HV darstellen. Diese umfassen u. a. Zeitpunkte und Häufigkeiten von Arztkontakten nach stationärer Behandlung und Rezepteinlösungen für Psychopharmaka. Zusammenhänge

zwischen Leistungsanspruchnahme, Ausmaß der „Krankheitseinsicht“ und davon abgeleiteter Therapie-Compliance und Wiederaufnahmeraten werden angenommen.

2. Methodisches Vorgehen und Studiendesign

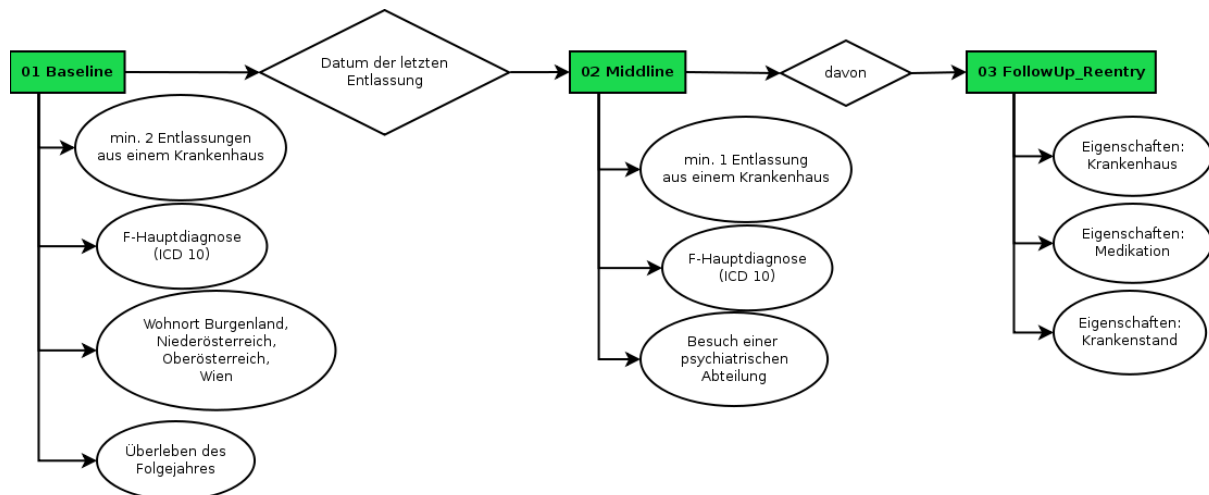
In der vorliegenden Studie wird anhand einer Grundgesamtheit, die alle Versicherten² ohne Alterseinschränkung mit den Wohnorten in den Bundesländern Oberösterreich, Niederösterreich, Burgenland und Wien im Untersuchungszeitraum von 2006 und 2007 beinhaltet, nach ‚potentiellen‘ Heavy Usern gesucht. Um den ‚potentiellen‘ Heavy User zu definieren und in einem abschließenden Schritt Kenntnis über spezifische Merkmale dieser Personengruppe zu gewinnen, wird die Studie in zwei Schritte unterteilt.

1. Anhand verschiedener Auswahlkriterien wird in einem ersten Schritt eine Gruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User festgelegt und als „*Baseline*“ bezeichnet (Abbildung 1). Sie umfasst insgesamt 7.414 Personen. Die Bestimmung der „*Baseline*“ basiert auf den MBDS-Daten (siehe Punkt 2). Es scheinen nur Personen auf a) deren Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Entlassung aus einem Krankenhaus (stationär oder ambulant) in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich, Wien oder Oberösterreich war und b) diese mindestens zwei Entlassungen im Jahr 2006 aus einem Krankenhaus mit einer F-Hauptdiagnose (ICD 10) hatten. Ebenso mussten c) diese Personen im Folgejahr 2007 noch leben, um der „*Baseline*“ zugerechnet zu werden.

2. In einem zweiten Schritt untersucht diese Studie, ob a) im Folgejahr 2007 eine weitere Entlassung mit einer F-Hauptdiagnose (ICD-10) und b) der Besuch einer psychiatrischen Abteilung registriert worden ist. Als Ausgangspunkt für die weitere Entlassung im Folgejahr wird das Datum der letzten Entlassung herangezogen, d.h. es kommen nur Personen in die Gruppe „*Middline*“, die im Folgejahr (ab dem Datum der letzten Entlassung) mindestens eine Entlassung aus einem Krankenhaus mit einer gestellten F-Hauptdiagnose (ICD 10) hatten. Von diesen 1.960 Personen werden in einem „*FollowUp_Reentry*“ die Eigenschaften: Krankenhaus, Medikation und Krankenstand detailliert betrachtet.

² nach ASVG, GSVG, BSVG und BKUVG.

Abbildung 1: Studiendesign



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

2.1. Datengrundlage und Datenqualität

2.1.1. GAP-DRG

Entwicklung & Geschichte

Ende Sommer 2008 wurden im HVB (Hauptverband der Sozialversicherungsträger) die ersten FoKo-Daten aus Textdateien in eine MySQL-Datenbank geladen. Dabei wurde für jeden Sozialversicherungsträger eine eigene Datenbank angelegt. Ein Teil dieser Sammlung kam bereits im Herbst 2008 an die TU Wien um den Zusammenhang zwischen Medikation (ATC) und Diagnose (ICD) festzustellen. Im Rahmen dieses Projekts fielen die ersten Probleme bezüglich Inhalt und Dokumentation auf. Aus diesem Grund wurden auch Methoden zur Feststellung der Datenqualität im ATC/ICD-Projekt integriert. Im Frühjahr 2009 begann die Migration der ursprünglichen MySQL-Datenbank in eine Oracle Umgebung des HVB. Auf der neuen Plattform kam es zu einer Vereinigung der einzelnen Quelldatenbanken. Des Weiteren wurden die Daten gesäubert und gemeinsame Eigenschaften (z.B. Personen, Vertragspartner etc.) zusammengeführt. Anschließend integrierten Techniker des HVB das „Minimal Basic Data Set“ des Bundesministeriums für Gesundheit in die Datenbank. In Folge kam es zu einer Verknüpfung und Personalisierung dieser Daten mit der bestehenden Basis. Aufgrund diverser Probleme mit technischer Umsetzung, Performance und Service im Rechenzentrum des HVB, wurde Ende 2009 beschlossen, die technische Betreuung der Datenbank der TU Wien zu überantworten. Dafür wurde im Vienna Scientific Cluster Hardware gemietet und eine erneute Migration vollzogen. Die Erstellung der Arbeitsumgebung und Dokumentation sowie das Umsetzen weiterer Datenmigrationen, Data Quality Assessment, Data Clearing etc. wird seit Frühjahr 2010 vom Statistik Institut der TU Wien und dem TU ZID im Auftrag des HVB umgesetzt.

Datenbanken - Inhalt

Im Mai 2010 bestand die Datenbasis aus zwei Quellen: FoKo und MBDS. Im Laufe des aktuellen Migrationsprozesses wurden PRIKRAF Daten eingearbeitet. Die Datenbank enthält personenbezogene (aber pseudonymisierte) Abrechnungsdaten des österreichischen Gesundheitssystems aus den Jahren 2006 und 2007. Bei der Zusammenstellung der Daten wurde eine Vollerfassung der gesamten Bevölkerung angestrebt.

2.2. Begriffliche Erklärungen

2.2.1. FoKo („Folgekosten-Datenbank“)

Die Folgekosten-Datenbank (FoKo) inklusive Auswertungstools wird von der ÖGKK verwaltet. Ein Auszug dieser Quelle stellt das Zentrum der GAP-DRG³ Datenbank dar. FoKo enthält Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger aller Versicherten nach ASVG, GSVG, BSVG und BKUVG. Diese entsprechen ca. 97% der österreichischen Bevölkerung. Die restlichen drei Prozent sind bei Sonderversicherungsträgern versichert. Daten von Krankenfürsorgeanstalten, Orden, Ärzten (außer Selbstversicherte) und Notaren stehen nicht zur Verfügung. Eine detaillierte Dokumentation wird in der (nicht öffentlich verfügbaren) FoKo-Wiki gesammelt. Gegenwärtig sind noch einige technische und inhaltliche Probleme in diesem Teil der Datenbank bekannt, sodass manche Informationen nur eingeschränkt verwendet werden können.

2.2.2. MBDS („Minimal Basic Data Set“)

Der „Minimal Basic Data Set“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) enthält alle Abrechnungsdaten von LKF-Krankenanstalten. Zu jedem Aufenthalt in einer Krankenanstalt sind einige Stammdaten der PatientInnen und vor allem eine komplette Erfassung der Diagnosen, der involvierten Abteilungen und erbrachten Leistungen verfügbar. Da diese Daten prinzipiell keinen Personenbezug enthalten, wurden die einzelnen Aufenthalte von der IT des HVB mit den entsprechenden Daten der FoKo-Datenbank verknüpft. Anzumerken ist, dass die Abkürzung „MBDS“ zwar in mehreren Dokumenten des BMG bzw. von Sozialversicherungsträgern verwendet wird, bis jetzt allerdings noch keine Definition gefunden werden konnte. Gegenwärtig wird davon ausgegangen, dass sich „MBDS“ von der ursprünglichen Bedeutung zu einem gebräuchlichen Eigennamen gewandelt hat. „LKF-Abrechnungsdaten“ wäre eine passendere Kurzbeschreibung. Die komplette Definition der Daten kann im RIS- (vgl. Bundeskanzleramt 2010) bzw. LKF- System (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010) gefunden werden. In der GAP-DRG-Datenbank steht nur ein Teil dieser Inhalte entsprechend dem Datenmodell zur Verfügung.

³ GAP-DRG = Grundlagenforschung für ambulante PatientInnenbezogene DRGs; "GAP" ist eine Kreation des HVB.

2.2.3. PRIKRAF („Privatkrankenanstalten Finanzierungsfonds“)

Daten des „Privatkrankenanstalten Finanzierungsfonds“ werden unter: <http://www.prikraf.at/> genauer behandelt. Diese Quelle ist derzeit noch nicht in die GAP-DRG-Datenbank integriert. Daher sind auch keine weiteren Details verfügbar.

2.2.4. Andere Datenquellen

Einige weitere Datenquellen wurden und werden in GAP-DRG eingepflegt oder in diesem Zusammenhang verwendet. Dazu gehören:

- MBDS-Matching
- PRIKRAF-Matching
- ATC-ICD Übersetzung
- Personenstammdaten
- Kodierungssysteme
- LKF-Stammdaten
- Honorarordnungen bzw. Metahonorarordnung
- Bevölkerungsdaten der Statistik Austria

2.3. Datenbank – Technik

Der erste Import in eine MySQL 5-Datenbank fand mittels PHP 5-Programmen und diversen GNU Tools auf einem OpenSUSE 9-Server statt. Auch das ATC-ICD Projekt verwendete eine, im Rechenzentrum der TU Wien gehostete, MySQL-Datenbank auf einem CentOS-Server. Bereits bei dieser Auswertung wurde die Statistik Umgebung „R“ verwendet. Nach der darauf folgenden Migration im HVB wurde ein Oracle 11g Enterprise Server mit den Erweiterungen „Data Mining“ und „Partitionierung“ auf einer unbekanntem Plattform verwendet. Für externe Mitarbeiter stand ein OpenSUSE-Desktop, welcher per X-Client über VPN und SSH genutzt werden sollte, zur Verfügung. Aufgrund von Performanceproblemen kam diese Arbeitsumgebung nie zum Einsatz. Als Notlösung wurde ein virtualisiertes Debian 5-System, welches sich per VPN und SSHTunnel mit der Datenbank im HVB verbinden konnte, entwickelt.

Bei der aktuellen (Mai 2010) Migration kam es erneut zu einem Plattformwechsel. Der neue Server verfügt über 16 CPUs, 40 GB Arbeitsspeicher und ein hochperformantes RAID 5 System. Als System wird Cent OS (eine Variante von Redhat Linux) und als Datenbankserver PostgreSQL 8.4 verwendet. Der Userzugriff erfolgt über eine XEN-virtualisierte CentOS-Umgebung mit GNOME-Desktop. In der vorhandenen Arbeitsumgebung werden vor allem der Datenbankclient PgAdmin 3, die freie Statistik-Software „R“ und Java-basierte Programme (wie z.B. SQirreL, Weka 3, etc.) eingesetzt.

Da diese neue Plattform komplett auf Open Source Software basiert, kann ein verbessertes Service und höhere Performance zu einem geringeren Preis geboten werden.

3. Datenlage und Stand der Heavy User-Forschung

Seit Jahrzehnten werden Reformbemühungen im Gesundheitssystem und gesundheitspolitische Debatten unter anderem durch das Phänomen des Heavy Users geprägt. Mit der Bezeichnung Heavy User wird die überdurchschnittliche Leistungsanspruchnahme des Gesundheitssystems durch eine Patientin oder einen Patienten bezeichnet. In Folge dieser Vielnutzung von stationären und ambulanten Angeboten gewinnt das Phänomen Heavy User auch in der psychiatrischen Versorgungsforschung immer mehr an Bedeutung, da einerseits die Qualität der psychiatrischen Behandlung optimiert und gesichert werden muss und andererseits die finanziellen Ressourcen begrenzt sind.

3.1. Heavy User als Forschungsgegenstand

Die Thematisierung des Heavy Users als Forschungsgegenstand in der psychiatrischen Versorgungsforschung ist, wie bereits eingangs erwähnt, einerseits mit der Hoffnung verbunden, Versorgungsprozesse im Gesundheitssystem für die Erkrankten zu optimieren und eine Verbesserung der Behandlung zu erreichen, also Qualität zu steigern. Andererseits wird hinsichtlich der Kosteneffektivität und -effizienz eine optimale Abstimmung der investierten Ressourcen ermöglicht. Der erste Grund ist für PatientInnen von Bedeutung, da davon ausgegangen werden muss, dass PatientInnen mit hoher Wiederaufnahmerate von dem Versorgungsangebot nicht so profitieren können wie NormalnutzerInnen. Für den Kostenträger ist der zweite Grund von Interesse, da es hier um die Reduktion der häufigen Inanspruchnahme durch den Heavy User geht (vgl. u.a. Frick & Frick 2008, 5; Freyberger et al. 2004, 4; Dielentheis & Priebe 2002, 187, Roick et al. 2002b, 334; Roick et al. 2002c, 343; Roick et al. 2003, 379; Spießl et al. 2002, 351; Huttner 2006, 37; Krautgartner et al. 2002, 356).

Bereits seit den 1970er Jahren beschäftigen sich Studien mit den Prädiktoren stationärer Wiederaufnahme und seit Anfang der 1980er Jahre befasst sich die psychiatrische Versorgungsforschung mit dem Phänomen der überdurchschnittlich starken Inanspruchnahme von stationärer Behandlung. Diese sogenannte Heavy User-Forschung bildet seither einen Schwerpunkt in der psychiatrischen Versorgungsforschung (vgl. Roick 2002a, 331; Huttner 2006, 37). Nach Huttner (2006, 37) reichen hier die Begriffe von „excessive“, „intensiv“ oder „increased use“ bis zu „revolving door patients“. Darüber hinaus sind Parallelen zwischen Heavy Users und „new chronic patients“, „chronic crisis patients“, „difficult to place psychiatric patients“ und „young adult chronics“ festzustellen.

Als Heavy User bezeichnet Roick et al. (2002b, 334)

„eine vergleichsweise kleine Gruppe von Patienten, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil der für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen konsumiert. Für die Psychiatrie wird geschätzt, dass 10-30% aller Patienten heavy user sind, die 50-80% der Ressourcen des Versorgungssystems in Anspruch nehmen.“

Eine sehr ausführliche Übersicht zur Vielfalt der Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit der Heavy User (HU)-Forschung genannt werden, wurde von Frick & Frick (2008, 8) geliefert:

- *„high utilizer (Lefevre, Reifler et al., 1999) (Kapur, Young et al., 2000) (Kluge, Kulke et al., 2002),*
- *high users (Goldman & Taube, 1988),*
- *frequent attenders (Jiwa, 2000) (Bergh, Baigi et al., 2006),*
- *frequent callers (Hildebrandt, Westfall et al., 2004),*
- *frequent users (Hunt, Weber et al., 2006),*
- *frequent visitors (Arfken, Zeman et al., 2002) (Arfken, Zeman et al., 2004)*
- *repeat users (Bobo, Hoge et al., 2004),*
- *„chronic“ oder sogar „worst“ recidivists (Hartwell, 1998) (Casper & Regan, 1993) (Geller, 1992),*
- *patients who make multiple visits (Chaput & Lebel, 2007),*
- *Patienten mit starker Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Kuhlmey, Winter et al., 2003) (Roick, Heider et al., 2002),*
- *„Schwierige“ Patienten (Weig & Cording, 1998),*
- *Problempatienten (Richter, Berger et al., 1999),*
- *„Systemsprenger“ (Freyberger, Ulrich et al., 2004),*
- *Drehtürpatienten (revolving door patients) (Lewis & Joyce, 1990) (Rabinowitz, Mark et al., 1995),*
- *Hochkostenfälle (Sommer & Biersack, 2006).“ (Frick & Frick 2008, 8)*

Neben dieser genannten sprachlichen Vielfalt an Begrifflichkeiten für Personen, die medizinische Hilfe überdurchschnittlich stark in Anspruch nehmen, werden in der Heavy User-Forschung auch Begriffe verwendet, wie „frequent repeater“ und „multiple recidivists“. In sprachlicher Hinsicht stellt diese Fülle an Begrifflichkeiten zwar einen Gewinn dar, jedoch nicht für die inhaltliche Präzision. Ebenso wird das Ziel, einen vollständigen Überblick über

den Stand der Forschung zu gewinnen, erschwert. Daher bezweifeln manche AutorInnen die Existenz der Heavy User als eigenständige PatientInnengruppe mit spezifischen Merkmalen (vgl. Roick et al. 2002a, 331).

Gemeinsam suggerieren diese Begriffe, dass die Ursachen der intensiven Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen bei den PatientInnen zu suchen sind, d.h. in den Eigenheiten der Krankheit oder aufgrund des durch die Persönlichkeit mitbestimmten Krankheitsverhaltens (vgl. Krautgartner et al. 2002, 356). In diesem Forschungskontext kommt es hiermit häufig zu despektierlichen Äußerungen über PatientInnen (u.a. „bed blockers“ von Harrison-Read, Lucas et al., 2002) (vgl. Frick & Frick 2008, 8). Die genauen Ursachen der erhöhten Inanspruchnahme sind jedoch noch unklar und werden deswegen von der Heavy User-Forschung untersucht. Ebenso könnten Probleme in bestimmten Bereichen des psychiatrischen Versorgungssystems, im sozialen Umfeld oder im Fehlen von finanziellen Anreizen für verschiedene Dienste liegen (vgl. Krautgartner et al. 2002, 356).

Begriffe, die auf Abläufe und Prozesse der Gesundheitsversorgung abzielen, wurden ebenso von Frick & Frick (2008) gesammelt und sollen an dieser Stelle kurz angeführt werden:

- longs séjours (Chapireau, 2005),
- frequent rehospitalization (Kent & Yellowlees, 1994),
- resource absorption (MacLean & Richman, 2001)
- long-term service use (Hoff & Rosenheck, 1998),
- overmet need (Lin, Goering et al., 1997),
- involuntary return to psychiatric emergency service (Segal, Akutsu et al., 1998),
- psychiatric emergency room recidivism (Dhossche & Ghani, 1998) (Kolbasovsky & Futterman, 2007),
- konsumierte Krankenhaustage (Krautgarnter, Scherer et al., 2002),
- Vielnutzung (Nordheim, Maaz et al., 2006)
- häufige Wiederaufnahmen (Richter, Venzke et al., 2002)
- Zwangseinweisungen (Christen & Christen, 2005) (vgl. Frick & Frick 2008, 8f.)

Aufgrund dieses Umfangs und der Vielfalt an Forschungsaktivität in der Heavy User-Forschung kann bislang eine Unterscheidung zwischen einem Heavy User gegenüber einer/m NormalnutzerIn nur quantitativ erfolgen, aber nicht qualitativ. So obliegt eine klare Abgrenzung und Definition, ab wann von einem Heavy User gesprochen werden kann, letztlich den AutorInnen. Aufgrund dieser Erkenntnislage nach 50 Jahren Forschung spricht Roick (2002) von einer „geheimnisvollen Forschung“ (vgl. Frick & Frick 2008, 7).

Auch Spießl et al. (2002, 353) führen die Vergleichbarkeit der Studien als eingeschränkt an, da überwiegend divergierende PatientInnengruppen in unterschiedlichen Settings evaluiert wurden. Nach Freyberger et al. (2008, 107) lag das Hauptaugenmerk bei den Untersuchungen „problematischer“ Gruppen auf der Gruppe der sogenannten „high utilizer“, also jener Gruppe, *„die das stationäre wie komplementäre Versorgungssystem überzufällig häufig und intensiv beanspruchen und damit beträchtliche direkte und indirekte Kosten verursachen.“* Bei Frauen handelte es sich häufig um Patientinnen mit affektiven Störungen, bei Männern hingegen um Patienten mit Suchterkrankungen, hier insbesondere Alkoholismus (Spießl et al. 2002, 353). Ebenso wurden Personen untersucht mit einer fehlenden psychosozialen Anbindung (z.B. durch Obdachlosigkeit) und PatientInnen, die sich aufgrund verschiedener Merkmale dem Gesundheitssystem entziehen (vgl. Freyberger et al. 2008, 107).

Als Kritik an der Heavy User-Forschung wird häufig der Vorwurf der Tautologie formuliert, d.h. es wird kritisiert, dass sie einen Zirkelschluss darstelle und man sich nicht wundern müsse, dass PatientInnen, die Versorgungsangebote stark in Anspruch nehmen, Heavy User sind, da man sie ja bereits vorher als solche definiert hat. Würden PatientInnen, die einmal als Heavy User bezeichnet wurden, immer Heavy User bleiben, dann wäre diese Kritik berechtigt. Viele Untersuchungen zeigen aber, dass dies nicht zwingend der Fall sein muss. Als zweiter Kritikpunkt wird der häufige Vorwurf der Stigmatisierung angeführt. Die deutsche Übersetzung „PatientInnen mit starker Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen“ klingt hingegen weniger stigmatisierend. Glaubt man Beobachtungen, so ist heavy use für die Betroffenen alles andere als ein Problem, jedoch aber für das behandelnde Personal und die Kostenträger (vgl. Roick 2002a, 332).

Für Frick & Frick (2008, 7f.) muss es deshalb in der Heavy User-Forschung darum gehen, *„die Bedeutung unterschiedlicher Aspekte von Inanspruchnahmeverhalten für die betroffenen PatientInnen zu verstehen, und die mit diesem Verhalten verbundenen Konsequenzen bei den PatientInnen und im Versorgungssystem abschätzen zu können.“* Es ist also nicht die primäre Aufgabe der Heavy User-Forschung qualitative Merkmalskonstellationen zu finden, um eine/n NormalnutzerIn von einem Heavy User abzugrenzen (vgl. Frick & Frick 2008, 7). Demnach muss es in der Heavy User-Forschung darum gehen, für PatientInnen alternative Versorgungsangebote, die denselben Zweck wie die bisher in Anspruch genommenen Dienste erfüllen, jedoch weniger auf eine Einrichtung fixiert und weniger kostenintensiv sind, zu konzipieren (vgl. Roick 2002a, 332).

„Eine solche Möglichkeit bietet sich in erster Linie bei Patienten, die medizinische Versorgung häufig aufgrund sozialer Probleme nutzen. Dagegen sind Interventionen bei Patienten, die Behandlungsangebote primär aufgrund einer akuten Verschlechterung ihres psychischen Zustands in Anspruch nehmen, eher schwierig. Hier könnte nur mit besseren Therapiekonzepten reagiert werden, die bislang jedoch nicht zur Verfügung stehen.“ (Roick 2002a, 332).

3.2. Operationalisierungskonzepte

In der Heavy User-Forschung herrschen eine große Heterogenität und eine Vielzahl an Operationalisierungskonzepten, verbunden mit einer hohen Anzahl von methodischen Ansätzen, vor, die auf unterschiedliche Leistungen des Versorgungssystems abzielen. Als Forschungsansatz wurde überwiegend der quantitative Ansatz gewählt. Auf der theoretischen konzeptionellen Ebene ist die Unterscheidung zwischen Krankheit und „disability“ notwendig, da Versorgungsprozesse in Gesundheitsverläufen und deren Therapieleistungen, im Gegensatz zu Behinderung („disability“), Prozesse der Zeit sind, d.h. eine Heavy User-Forschung kann nicht ohne eine zeitliche Dimension gedacht werden. Hier sind vor allem die *Kalenderzeit* (z.B. Welches Ausmaß an Therapie- und Versorgungsleistung wurde in welchem Zeitraum erbracht? Wie hoch war die Leistungserbringung pro Zeiteinheit?) und die *individuelle Lebenszeit* (z.B. In welchem Lebensalter erfolgte die erste Hospitalisierung? Welche Therapiemaßnahmen wurden in welchem Lebensalter eingesetzt?) zu nennen. Für bestimmte Krankheitsverläufe und deren nachgelagerten Versorgungsleistungen ist ebenso die *historische Zeit* zu berücksichtigen. Zumeist folgen Operationalisierungskonzepte in der Heavy User-Forschung den Angeboten und Leistungen des Versorgungssystems (vgl. Frick & Frick 2008, 43). Die wichtigsten Dimensionen für die Heavy User-Forschung sind entlang medizinischer Leistungserbringungen angesiedelt und benennen Frick & Frick (2008, 44) folgendermaßen:

- a) Anzahl von Hospitalisierungen bzw. Rehospitalisierungen,
- b) Verweildauer(n) im stationären Bereich,
- c) Anzahl und Dichte von Kontakten mit dem ambulanten Hilfesystem,
- d) Intensität / Qualität der durchgeführten Therapiemaßnahmen,
- e) und (im Zeichen der Ökonomisierung des medizinischen Handelns auch als übergreifendes Maß aller Leistungen) die Kosten pro Patient.

Werden diese genannten fünf Grunddimensionen für die Quantifizierung von Inanspruchnahmeverhalten als singuläre Dimensionen gemessen, dann können diese zur

Identifikation eines Heavy Users mit Cut-Off-Werten versehen werden (z.B. Nur wer mehr als drei stationäre Aufenthalte innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von 30 Monaten beansprucht, wird als Heavy User betrachtet.). Demgegenüber ist aber auch eine Definition eines Heavy Users durch die Verknüpfung mehrerer Leistungsdimensionen als lineare (z.B. Berechnung eines Gesamtscores über die unterschiedlichen Dimensionen – z.B. durch gewichtete oder ungewichtete Summenbildung.), konfigurale (z.B. als konjunktives „multiple-cutoff-Modell“, d.h. als Heavy User wird nur der gewertet, der/die bei allen genannten Dimensionen über einen Mindestwert Gesundheitsleistungen konsumiert.) oder disjunktive (z.B. wenn jemand bei einer der genannten Dimensionen einen bestimmten Cut-Off-Wert überschreitet) Verknüpfung möglich (vgl. Frick & Frick 2008, 43f.).

Als eine weitere Möglichkeit zur Operationalisierung und zur Identifikation von einem Heavy User wurden in der Heavy User-Forschung auch Merkmale des Krankheitsverlaufs wie spezifische Diagnosen (Hiller & Fichter, 2004), Schweregrad-Ratings bei Mehrfachdiagnosen (Kales, Blow et al., 1999) (Lefevre, Reifler et al., 1999), Verlaufsmerkmale einer Krankheit (z.B. Geschwindigkeit der Chronifizierung, Junghan & Brenner, 2006) oder Erfolglosigkeit von Therapiemaßnahmen (Guthrie, Moorey et al., 1999), herangezogen. Aufgrund der Vermischung von möglichen Ursachen und möglichen Wirkungen ist diese Form der Operationalisierung theoretisch wenig überzeugend (vgl. Frick & Frick 2008, 44).

3.3. Stand der Forschung / Zusammenfassung bisheriger empirischer Ergebnisse

Als gewichtige Faktoren für die Schwierigkeiten einer stabilisierenden Behandlung und Rehabilitation von Heavy Usern können nach Dammann (2007, 599) „*sekundärer Krankheitsgewinn, Hospitalismus, Verlust jeglicher sozialer Strukturen, problematisches familiäres Milieu, Komorbidität, ungenügende ambulante Behandlung, Medikamenten-Malcompliance, fehlende Tagesstrukturen etc.*“ genannt werden.

So leiden nach Hofmann et al. (1992) PatientInnen mit Mehrfachaufnahmen signifikant häufiger an Krankheiten mit ungünstigen Prognosen, und in deren Krankheitsverläufen sind vermehrt suizidale Krisen erkennbar. Die Krankheit trat außerdem früher im Leben auf. Soziodemographisch betrachtet ist in der genannten Untersuchung die Gruppe jünger, seltener verheiratet, die Teilnahme am Arbeitsmarkt geht vielfach verloren und PatientInnen mit Schizophrenie verlieren mit der Zunahme an Krankenhausaufenthalten ihre Selbständigkeit im Bereich Wohnen (vgl. Hofmann et al. 1992, 217). In einer Berner Studie (Hofmann et al. 1989) hingegen wird über eine relativ hohe Autonomie der chronischen PatientInnen bei breit gefächerten ambulanten Hilfen berichtet. Der hohe Verlust an

Selbständigkeit dürfte wohl aufgrund mangelnder ambulanter Hilfe zu Stande kommen. Nach Hofmann et al. (1992) erweisen sich Pflegschaften als wenig hilfreich, jedoch werden sie signifikant häufiger eingerichtet. Als unzureichend erscheint die therapeutische Betreuung. So erreichen die ambulanten Behandlungsangebote kaum die sogenannte Gruppe der Heavy User, und im stationären Bereich mangelt es an therapeutischer Kontinuität und fehlender Compliance. Beides bestimmt den Behandlungsverlauf, und eine langfristige therapeutische Behandlung wird erschwert. Zugleich verfehlen spezielle Therapieprogramme das Klientel, und vielfach führen die Anforderungen nach Motivation, Krankheitseinsicht und Compliance zum Ausschluss der Kränksten von speziellen Behandlungsmaßnahmen (vgl. Hofmann et al. 1992, 217, 222f.).

Ebenso zeigen Untersuchungen, dass die Versorgungsintensität neben den individuellen auch von den strukturellen Faktoren abhängt. So *„ist anzunehmen, dass die organisatorischen Strukturen der Dienste, die zur Verfügung stehenden Ressourcen, und das gesamte versorgungsstrukturelle Umfeld dazu beitragen, ob und in welchem Umfang ein Klient Hilfen [...] in Anspruch nimmt. Andererseits tragen individuelle Merkmale der Klienten zur Häufigkeit, Art und Intensität der geleisteten Hilfen bei.“* (Kluge 2002, 375)

Bei der von Kluge et al. (2007) durchgeführten Studie ist die Kontakthäufigkeit in den ländlichen Versorgungsregionen niedriger als in den Städten. Dieser Effekt dreht sich bei PatientInnen mit Schizophrenie um, denn für diese ist die mittlere Kontakthäufigkeit in den mittleren Regionen am Land häufiger (vgl. Kluge et al. 2007, 22). Auch bekommt die Gruppe der Heavy User in beiden untersuchten Einrichtungen mehr als die Hälfte der erbrachten Betreuungsstunden. Diese Leistungs- und Nutzungsintensität durch die Heavy User wird in zahlreichen Studien belegt (vgl. u.a. Roick et al. 2002b, 2002c, Spießl et al. 2002, Krautgartner et al. 2002, Kluge et al. 2002).

So „konsumierten“ 50% der PatientInnen *„nur 10% der insgesamt erbrachten stationären Behandlungstage, während andere 10% der Patienten fast 50% der Behandlungstage in Anspruch nahmen.“* (Spießl et al. 2002, 350)

Nach Spießl et al. (2002, 351) beanspruchen etwa 10-30% der PatientInnen insgesamt 50-80% der psychiatrischen Leistungen. Bei der Untersuchung von Krautgartner et al. (2002) war im Untersuchungszeitraum (1996 – 2000) ein Sechstel (17%) aller PatientInnen für 50% aller Krankenhaustage verantwortlich (vgl. Krautgartner et al. 2002, 355). Neben diesen genannten Leistungsintensitäten führt Kluge (2002) in seiner Untersuchung auch folgende Leistungsarten der genannten Gruppe an:

„So bekam diese Gruppe überdurchschnittlich viele Hilfen in den Leistungsarten Krisenintervention und Begleitung in kritischen Situationen, Sicherung und Koordination der Betreuung und medizinische Versorgung, Hilfen zu Tagesstrukturierung und Hilfen zur Freizeitgestaltung.“ (Kluge 2002, 378)

4. Darstellung der Daten in Österreich anhand ausgewählter Bundesländer ohne Personalisierung

Im folgenden Kapitel werden empirische Daten der ausgewählten Bundesländer ohne Personalisierung vorgestellt. Diese beinhalten u.a. soziodemographische Merkmale für die österreichische Bevölkerung sowie für die ausgewählten Bundesländer und Merkmale wie die Entlassungsarten aus den gewählten Bundesländern mit allen Diagnosegruppen bzw. Entlassungen mit einer F-Hauptdiagnose ohne Personalisierung im Jahr 2006.

Diese Studie untersucht eine bestimmte Bevölkerungsgruppe in den Bundesländern Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Burgenland. Es wird mit dem Datum der letzten Entlassung im Jahr 2006 aus einer Krankenanstalt aller Personen ohne Alterseinschränkung aus den gewählten Bundesländern mit mindestens zwei Aufenthalten mit F-Hauptdiagnosen im Jahr 2006 gesucht. Die Auswahl bzw. Zuordnung der Personen zu den gewählten Bundesländern erfolgt anhand des Postleitzahlenbereichs: So sind im Bundesland Salzburg mit dem Postleitzahlenbereich 5000 auch oberösterreichische Gemeinden inkludiert (Tabelle 1). Ebenso wird eine Gemeinde mit der Postleitzahl 7421 geografisch in der Steiermark verortet, jedoch aufgrund des Postleitzahlenbereichs (7000 für Burgenland) dem Burgenland zugerechnet und somit in die Untersuchungseinheit aufgenommen. Die Gemeinden mit den Postleitzahlen 8380 - 8385 liegen zwar geografisch im Bundesland Burgenland, jedoch werden sie aufgrund der Postleitzahl (8000 für die Steiermark) der Steiermark zugerechnet und somit nicht in die Untersuchung miteinbezogen.

Tabelle 1: Ausgewählte Bundesländer

PLZ-Bereich	Bundesland	Ausnahmen
1000	Wien	
2000	Niederösterreich	Burgenland: (nicht erforderlich)
3000	Niederösterreich	Oberösterreich: (nicht erforderlich)
4000	Oberösterreich	Niederösterreich: (nicht erforderlich)
5000	Salzburg	Oberösterreich: 5120-5145; 5211-5282; 5310; 5311; 5360
7000	Burgenland	Steiermark: 7421
8000	Steiermark	Burgenland: 8380-8385

Quelle: Österreichische Post Aktiengesellschaft 2010.

Bezüglich der entlassenden oder besuchten Abteilung wird kein Filter angewandt. Es werden Entlassungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose (ICD-10: Kapitel V F00-F99) entsprechend

dem ICD-10 Katalog des LKF 2010 (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) gewählt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Überblick: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Klassifikation	Diagnose
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
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2000, 199.

Bei der Erfassung der Personen aus den gewählten Bundesländern wurde folgendermaßen vorgegangen:

- Es wurden nur Personen mit gemeldetem Hauptwohnsitz in den zuvor genannten Bundesländern in die Untersuchung einbezogen, d.h. Pendler aus umliegenden Ländern, die nicht in den genannten Bundesländern wohnen, jedoch von ihren Dienstgebern angemeldet wurden, wurden nicht berücksichtigt.
- Doppelt und Mehrfachversicherte wurden in dieser Studie nur einmal gezählt, d.h. für dieses Projekt wurde die FoKo (Folgekosten)-Datenbank zentral pseudonymisiert und daher sollten die Sozialversicherungsnummern, die von den Sozialversicherungsträgern an Foko gemeldet wurden, bei allen Trägern gleich sein. Allerdings ist bekannt, dass die Daten teilweise fehlerhaft sind. Anhand des Bundeslandes Niederösterreich wird dies kurz ausgeführt.

Beispiel Niederösterreich:

In Niederösterreich gibt es 30.749 Personen ohne und 2.759 Personen mit mehrfachem Geschlecht. Auffällig ist dabei, dass vor allem die Gruppe mit unklarem Geschlecht bei deutlich mehr Versicherungen gemeldet ist (im Durchschnitt 7,2 vs. 4,7).

Tabelle 3: Messungen der Bevölkerung anhand der Foko-Datenbank

Männer	1.014.491	49,54%
Frauen	1.005.456	49,10%
Keine Geschlechtszuordnung möglich	30.749	1,50%
Summe (gerechnet)	2.050.696	
Gesamt (Messung)	2.047.937	
Differenz (gerechnet)	2.759	0,13%
Differenz (Messung) – mehrfaches Geschlecht	2.759	

Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Bevölkerung von Niederösterreich (Statistik Austria):

In der Datenbank der Statistik Austria (vgl. Statistik Austria o. J.) wurde die Bevölkerung von Niederösterreich aufgeteilt nach

- Quartal (Q1 2006 – Q1 2008)
- Geschlecht

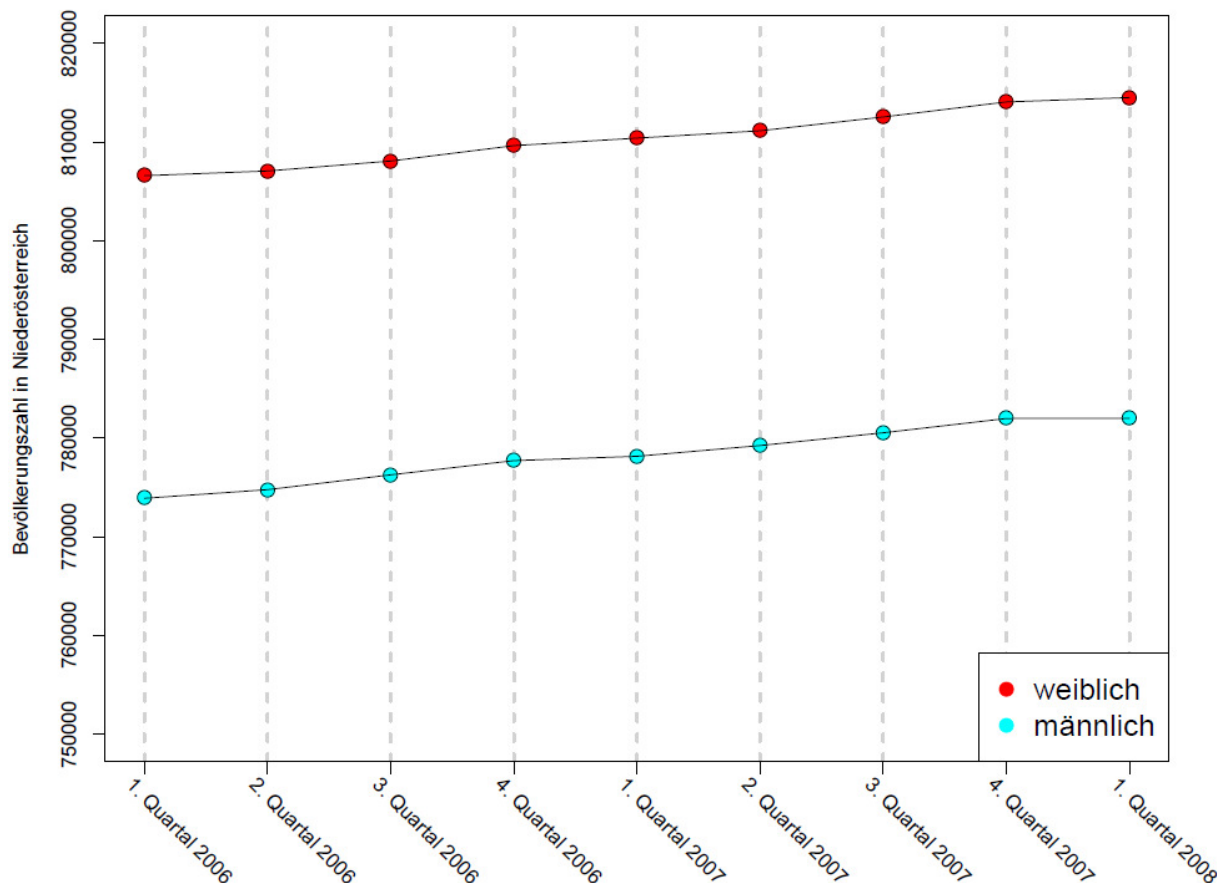
analysiert.

Tabelle 4: Bevölkerung von Niederösterreich (Statistik Austria) 2006 – 2008

Zeitpunkt	Männlich	Prozent	Weiblich	Prozent	Summe
1. Quartal 2006	773.901	48,97%	806.600	51,03%	1.580.501
2. Quartal 2006	774.776	48,98%	807.077	51,02%	1.581.853
3. Quartal 2006	776.279	49,00%	808.087	51,00%	1.584.366
4. Quartal 2006	777.719	49,42%	809.645	50,58%	1.587.364
1. Quartal 2007	778.158	49,00%	810.409	51,00%	1.588.567
2. Quartal 2007	778.158	48,96%	811.153	51,04%	1.589.311
3. Quartal 2007	778.158	48,72%	812.550	51,28%	1.590.708
4. Quartal 2007	778.158	48,87%	814.075	51,13%	1.592.233
1. Quartal 2008	778.158	48,86%	814.519	51,14%	1.592.677

Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Abbildung 2: Bevölkerung von Niederösterreich (Statistik Austria)



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Betrachtet man die Tabelle 3 und die Tabelle 4, wird eine Differenz von ca. 500.000 Personen zwischen den Zahlen der Statistik Austria und der Foko-Datenbank deutlich. Die zusätzlichen 500.000 Personen in der Datenbank der Sozialversicherungen kann nicht geklärt werden. Es ist allerdings zu sehen, dass im Vergleich zur Statistik Austria mehr Männer als Frauen auftreten. Dies gibt einen Hinweis auf Saisonarbeiter. In Niederösterreich sind im Zeitraum 2006/2007 407.061 der Personen in mindestens einem weiteren Bundesland gemeldet. Zusätzlich ist mit Saisonarbeitern, Touristen etc. zu rechnen. In Summe konnten dadurch die Diskrepanzen erklärt werden. Da die Berechnung der ‚potentiellen‘ Heavy User auf den MBDS-Daten basieren und bei jeder Entlassung der Wohnsitz (PLZ) der Person gespeichert wurde, erscheinen nur PatientInnen im Ergebnis auf, deren Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Entlassung tatsächlich in Niederösterreich war.

4.1. *Einwohner der österreichischen Bevölkerung und der ausgewählten Bundesländer im Jahr 2006*

Für das Jahr 2006 ergibt sich nach einer Probezählung der Statistik Austria (Stichtag 31.10.2006) folgende Bevölkerungsverteilung nach Geschlecht für die österreichische Bevölkerung (Tabelle 5). Der Prozentanteil der ausgewählten Bundesländer ergibt in Relation zur österreichischen Bevölkerung einen Wert von 59,56 Prozent und beträgt somit mehr als die Hälfte der Gesamtbevölkerung von Österreich.

Tabelle 5: Einwohner der österreichischen Bevölkerung und der ausgewählten Bundesländer

2006	Österreich		Ausgewählte Bundesländer (B, NÖ, OÖ, Wien)		
	absolut	relativ	absolut	relativ	relativ zu Ö
Männer	4.028.285	48,64%	2.395.998	48,57%	59,48%
Frauen	4.253.010	51,36%	2.536.703	51,43%	59,65%
Gesamt	8.281.295	100%	4.932.701	100%	59,56%

Quelle: Statistik Austria 2006.

Von den insgesamt 4.932.701 Personen in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich und Wien lebten um 140.705 mehr Frauen als Männer (Tabelle 6).

Tabelle 6: Bevölkerung der ausgewählten Bundesländer

	Männer	Frauen	Gesamt
Burgenland	137.030	143.052	280.082
Niederösterreich	777.466	810.185	1.587.651
Oberösterreich	687.905	715.857	1.403.762
Wien	793.597	867.609	1.661.206
Summe			4.932.701

Quelle: Statistik Austria 2006.

4.2. *Entlassungsarten in den ausgewählten Bundesländer im Jahr 2006*

Im Jahr 2006 wurden in den ausgewählten Bundesländern insgesamt 1.280.622 Entlassungen registriert. Da diese Auswertung noch auf den MBDS Daten basiert und daher noch nicht personalisiert ist, handelt es sich um alle Entlassungen aller Diagnosegruppen, d.h. einzelne Personen können des Öfteren aufgenommen respektive entlassen worden sein. Bei jeder Entlassung wurde der Wohnsitz der Person (Postleitzahl) gespeichert, und es

scheinen nur PatientInnen auf, deren Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Entlassung in einem der ausgewählten Bundesländer war. Bei allen Diagnosegruppen aus den gewählten Bundesländern im Jahr 2006 (Tabelle 7) wurden insgesamt 95,167 Prozent aus dem Krankenhaus entlassen. In ein anderes Krankenhaus wurden 2,536 Prozent der Personen verlegt.

Tabelle 7: Entlassungen aus den ausgewählten Bundesländern im Jahr 2006
(Alle Diagnosen, nicht personalisiert)

Anzahl der Entlassungen		Grund
Absolut	Relativ	
21.124	1,650%	Sterbefall
12	0,001%	Krankenhausinterne Verlegung vom Bereich der Rehabilitation und vom ausschließlichen Bereich der Pflege in den allgemeinen stationären Bereich (inkl. Intensivbereich)
163	0,013%	Krankenhausinterne Verlegung in den Bereich der Rehabilitation
1.218.731	95,167%	Entlassung aus dem Krankenhaus
97	0,008%	Verlegung in den ausschließlichen Bereich der Pflege
6.986	0,546%	Abschluss eines Aufenthaltes im halbstationären Bereich oder krankenhauserne Verlegung in den halbstationären Bereich
32.480	2,536%	Transfer in ein anderes Krankenhaus
1.029	0,080%	Kennzeichen für noch nicht abgeschlossene Aufenthalte von am Jahresende verbleibenden PatientInnen/-innen
1.280.622	Entlassungen (gesamt)	

Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

4.3. Entlassung mit F-Hauptdiagnose in den ausgewählten Bundesländer im Jahr 2006

Insgesamt wurden 49.214 Entlassungen mit F-Hauptdiagnosen aus dem Krankenhaus registriert (Tabelle 8), bei allen Diagnosegruppen hingegen waren es insgesamt 1.218.731 (Tabelle 7). Der Anteil der Entlassungen mit F-Hauptdiagnose aus dem Krankenhaus ist mit 84,297 Prozent um 10,87 Prozent (Tabelle 8) geringer als bei denen mit allen Diagnosegruppen. Mehr als 10 Prozent aller Entlassungen mit mindestens einer F-Hauptdiagnose (Tabelle 7) sind der Kategorie „Abschluss eines Aufenthaltes im halbstationären Bereich oder krankenhauserne Verlegung in den halbstationären Bereich“ zuzuordnen. Bei allen Diagnosegruppen (Tabelle 8) ist dieser Wert mit 0,546 Prozent um mehr als 10 Prozent geringer.

Tabelle 8: Entlassungen mit F-Hauptdiagnose, alle Aufenthalte mit mind. einer F-Hauptdiagnose; (inkl. Tageskliniken)

Anzahl der Entlassungen		Grund
Absolut	Relativ	
191	0,327%	Sterbefall
0	0,000%	Krankenhausinterne Verlegung vom Bereich der Rehabilitation und vom ausschließlichen Bereich der Pflege in den allgemeinen stationären Bereich (inkl. Intensivbereich)
13	0,022%	Krankenhausinterne Verlegung in den Bereich der Rehabilitation
49.214	84,297%	Entlassung aus dem Krankenhaus
4	0,007%	Verlegung in den ausschließlichen Bereich der Pflege
6.626	11,349%	Abschluss eines Aufenthaltes im halbstationären Bereich oder krankenhausinterne Verlegung in den halbstationären Bereich
2.107	3,609%	Transfer in ein anderes Krankenhaus
227	0,389%	Kennzeichen für noch nicht abgeschlossene Aufenthalte von am Jahresende verbleibenden PatientInnen/-innen
58.382	100%	Summe

Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

4.4. Fazit: Darstellung der Daten in Österreich anhand ausgewählter Bundesländer ohne Personalisierung

Dieses Kapitel stellt die Daten der für diese Untersuchung ausgewählten Bundesländer dar und beschreibt die Bestimmungskriterien des Heavy Users. Es handelt sich hierbei um Daten, die noch nicht personalisiert sind. Zu Beginn wird die Auswahl bzw. Zuordnung der jeweiligen Gemeinden/ Städte anhand der Postleitzahl zu den Bundesländern dargelegt und die Erhebung der Personen aus den gewählten Bundesländern wird exemplifiziert. Dies markiert somit die geographische Zuteilung der Heavy User zu den jeweiligen Bundesländern und dient der Definition des Heavy Users als ein wesentliches Bestimmungsmerkmal. Ebenso ist das Kriterium der Hauptdiagnose für diese Studie von großem Interesse. Hier sind vor allem die Entlassungen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: Kapitel V F00-F99) wesentlich. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Psychischen und Verhaltensstörungen. Am Beispiel Niederösterreich wird exemplarisch auf die Qualität und die Divergenz der Zahlen der Statistik Austria und der Foko-Datenbank eingegangen und somit die Diskrepanz zwischen diesen erläutert. Im Hinblick auf die Darstellung der österreichischen Bevölkerung und derjenigen aus den gewählten

Bundesländern ist festzuhalten, dass anhand der Daten der Statistik Austria insgesamt 8.281.295 im Jahr 2006 in Österreich und davon 59,56 Prozent in den gewählten Bundesländern lebten. Vergleicht man alle Entlassungen aller Diagnosegruppen mit den Entlassungen mit einer F-Hauptdiagnose im Jahr 2006, so fällt auf, dass der Anteil der Entlassungen aus dem Krankenhaus bei den Entlassungen mit einer F-Hauptdiagnose um 10,87 Prozent geringer ist als bei den Entlassungen aller Diagnosegruppen. Hingegen kehrt sich dieser Anteil beim Abschluss eines Aufenthaltes im halbstationären Bereich oder einer krankenhausesinternen Verlegung im halbstationären Bereich um. So sind 11,349 Prozent der Entlassungen mit einer F-Hauptdiagnose dieser Kategorie zuzuordnen. Bei der Personengruppe mit allen Diagnosen werden dadurch lediglich 0,546 Prozent der Beendigungen der Behandlung erklärt.

5. ‚Potentielle‘ Heavy User

In diesem Schritt der Untersuchung kommt es zu einer Festlegung einer Untersuchungsgruppe, der sogenannten Gruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User, mittels einer Personalisierung und einer Eingrenzung der PatientInnengruppe anhand bestimmter Eigenschaften. Im Folgenden werden diese detailliert ausgeführt.

5.1. Personalisierung

Zur Berechnung der ‚potentiellen‘ Heavy User werden die MBDS-Daten mit den Foko-Daten (Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger) verknüpft, da die Leistungsdaten aus den Krankenanstalten keine Personalisierung aufweisen. Durch diese inhaltliche Zusammenführung mit den Foko-Daten wird eine Personalisierung möglich. Es kommt jedoch zu Fehlern und Missing-Links, die auf der Datenqualität der Foko-Daten, fehlende Einträge aus den privaten Krankenanstalten (PRIKRAF) und systematischen Fehlern basieren. Ebenso sind Personen, die nicht sozialversichert sind, nicht enthalten (SozialhilfeempfängerInnen, Privatkrankenanstalten etc.). Der Fehleranteil beträgt in Summe ca. fünf Prozent.

5.2. Eigenschaften der ‚potentiellen‘ Heavy User

Die Daten für die Erhebung der ‚potentiellen‘ Heavy User beziehen sich auf die Untersuchungsdaten des Jahres 2006. Für diese Basiserhebung wurden folgende Kriterien gewählt:

1. Mindestens 2 Entlassungen im Jahr 2006,
2. mit einer F-Hauptdiagnose (auf Basis von ICD-10),
3. in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich oder Wien,
4. kein Ableben im Jahr nach der letzten Entlassung.

Die ersten drei Kriterien treffen insgesamt noch auf 7.852 Personen zu. Diese weisen im Durchschnitt 3,66 Entlassungen (mit F-Hauptdiagnose im Jahr 2006) auf. Im Vergleich dazu hatten alle 29.601 Personen (ohne der Einschränkung, dass mindestens 2 relevante Entlassungen im Jahr 2006 vorhanden sein müssen) im Durchschnitt 1,71 Entlassungen im Jahr. Werden aber alle Personen, welche innerhalb eines Jahres (365 Tage) nach der letzten Entlassung im Jahr 2006 verstarben, ausgeschlossen, bleiben noch 7.414 Personen

als ‚potentielle‘ Heavy User übrig. Von diesen 7.414 ‚potentiellen‘ Heavy Usern sind 3.394 (45,78 Prozent) Männer und 4.020 (54,22 Prozent) Frauen.

5.3. Entlassungsarten der ‚potentiellen‘ Heavy User

Von den ‚potentiellen‘ Heavy Usern wurden 79,15 Prozent aus dem Krankenhaus entlassen. Der Kategorie „Abschlusses eines Aufenthaltes im halbstationären Bereich oder krankenhauserne Verlegung in den halbstationären Bereich“ können knapp 20 Prozent (18,99 Prozent) zugewiesen werden.

Tabelle 9: Entlassungsarten der ‚potentiellen‘ Heavy User

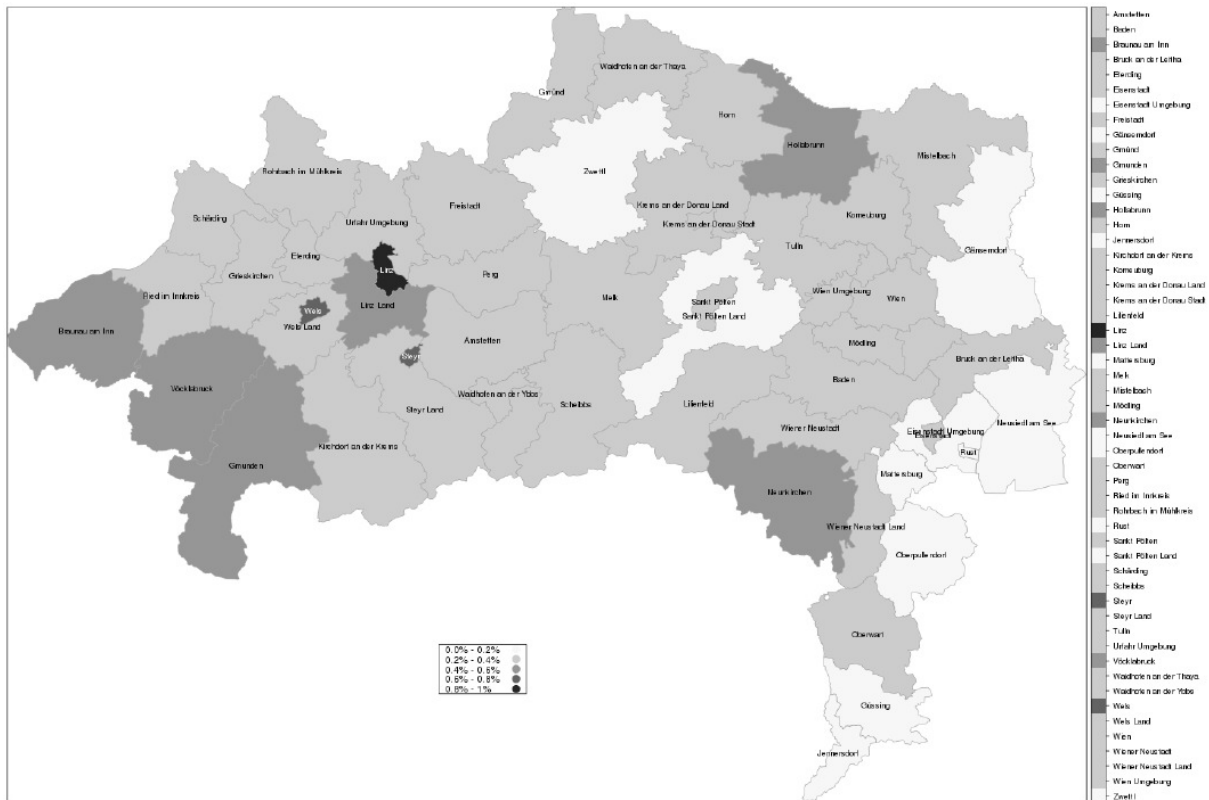
Anzahl	Anteil	Bezeichnung
5.868	79,15 %	Entlassung aus dem Krankenhaus
1	0,01 %	Krankenhausinterne Verlegung in den Bereichen der Rehabilitation
135	1,82 %	Transfer in ein anderes Krankenhaus
1.408	18,99 %	Abschluss eines Aufenthaltes im halbstationären Bereich oder krankenhauserne Verlegung in den halbstationären Bereich
2	0,03 %	Kennzeichen der Datensätze, die zum Zeitpunkt der Asylisierung dokumentarisch abgeschlossen werden
7.414	100 %	

Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

5.4. Wohnort und Kostenträger der ‚potentiellen‘ Heavy User

Die Bevölkerungsdaten der Statistik Austria zeigen (Abbildung 2), dass in der oberösterreichischen Landeshauptstadt Linz der Anteil derjenigen Bevölkerungsgruppe in den untersuchten Bundesländern nach den oben genannten Kriterien, im Verhältnis zur gesamten Wohnbevölkerung, mit 0,8 bis 1 Prozent am höchsten ist.

Abbildung 2: ‚Potentielle‘ Heavy User: relativer Anteil an der Bevölkerung



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

In Bezug auf die einzelnen Bundesländer ist Folgendes festzuhalten:

- Im Bundesland Oberösterreich ist diejenige Bevölkerungsgruppe, auf die diese Kriterien zutreffen, gegenüber den Bezirken in den untersuchten Bundesländern mit der Landeshauptstadt Linz mit 0,8 bis 1 Prozent am höchsten. Mit einem Anteil zwischen 0,6 bis 0,8 Prozent an ‚potentiellen‘ Heavy Usern in den Statutarstädten Wels und Steyr befinden sich auch die zweithöchsten Anteile dieser Gruppe in Oberösterreich. Insgesamt hat Oberösterreich 15 politische Bezirke und drei Statutarstädte. In den vier politischen Bezirken Braunau am Inn, Vöcklabruck, Gmunden und Linz Land beträgt der Prozentsatz der ‚potentiellen‘ Heavy User 0,4 bis 0,6 Prozent. Der Prozentsatz an ‚potentiellen‘ Heavy Usern in den anderen oberösterreichischen politischen Bezirken liegt zwischen 0,2 und 0,4 Prozent.
- Für das Bundesland Niederösterreich kann festgehalten werden, dass die politischen Bezirke Neunkirchen und Hollabrunn den höchsten Anteil an ‚potentiellen‘ Heavy Usern des Bundeslandes Niederösterreichs mit jeweils zwischen 0,4 und 0,6 Prozent aufweist. Der Anteil der ‚potentiellen‘ Heavy User beträgt in den Statutarstädten Krems, St. Pölten, Waidhofen an der Ybbs und Wiener Neustadt sowie in allen anderen politischen Bezirken (außer St. Pölten Land, Zwettl und Gänserndorf zwischen 0,0 bis 0,2 Prozent) 0,2 bis 0,4 Prozent.

- In Wien beträgt der relative Anteil der ‚potentiellen‘ Heavy User im Vergleich zur Gesamtbevölkerung zwischen 0,2 und 0,4 Prozent.
- Für das östlichste Bundesland Österreichs, das Burgenland, ergibt sich insgesamt ein sehr geringer Anteil ‚potentieller‘ Heavy User zur Gesamtbevölkerung. Der relative Anteil ‚potentieller‘ Heavy User zur Gesamtbevölkerung in Eisenstadt und Oberwart ist zwischen 0,2 und 0,4 Prozent. In allen anderen politischen Bezirken (außer in Freistadt Rust 0 Prozent) beträgt dieser Anteil 0,0 bis 0,2 Prozent.
- Wird die Verteilung der ‚potentiellen‘ Heavy User in Relation zur Gesamtbevölkerung betrachtet, so fällt auf, dass sich bei der Betrachtung der ausgewählten Bundesländer ein leichtes West-Ost Gefälle ergibt. So überwiegen im östlichsten Bundesland Burgenland die Regionen mit einer geringen Anzahl an ‚potentiellen‘ Heavy Usern im Gegensatz zum westlichsten Bundesland Oberösterreich (hier ist auch die einzige Region mit einem Anteil von 0,8 bis 1 Prozent ‚potentieller‘ Heavy User zur Gesamtbevölkerung zu verzeichnen). In Oberösterreich gibt es keine einzige Region mit einem Anteil geringer als 0,2 Prozent.

Nach der Aufteilung der PatientInnen anhand der Kostenträger (Tabelle 10) ergibt sich, dass mehr als ein Drittel (40,57 Prozent) der PatientInnen der Gebietskrankenkasse Oberösterreich zuzurechnen sind. Annähernd 90 Prozent der PatientInnen (89,43 Prozent) sind bei den Gebietskrankenkassen von Oberösterreich, Wien und Niederösterreich versichert.

Tabelle 10: Aufteilung nach Kostenträger

Kurzform	Kostenträger	Anzahl	Relative Anzahl
VEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	141	1,90 %
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	315	4,25 %
WGKK	Gebietskrankenkasse Wien	1.784	24,06 %
NoeGKK	Gebietskrankenkasse Niederösterreich	1.839	24,80 %
BGKK	Gebietskrankenkasse Burgenland	170	2,29 %
OoeGKK	Gebietskrankenkasse Oberösterreich	3.008	40,57 %
StGKK	Gebietskrankenkasse Steiermark	20	0,27 %
KGKK	Gebietskrankenkasse Kärnten	9	0,12 %
SGKK	Gebietskrankenkasse Salzburg	16	0,22 %
TGKK	Gebietskrankenkasse Tirol	7	0,09 %
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	54	0,73 %
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern	51	0,69 %
	Gesamt	7.414	100 %

Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

5.5. Staatsbürgerschaft der ‚potentiellen‘ Heavy User

Im Hinblick auf die Staatsbürgerschaft kann festgehalten werden, dass die Mehrheit (94,21 Prozent) der ‚potentiellen‘ Heavy User eine österreichische Staatsbürgerschaft besitzt (Tabelle 11). Insgesamt sind 97,31 Prozent der ‚potentiellen‘ Heavy User mit sechs Staatsbürgerschaften zu erklären, wovon der Anteil der österreichischen Staatsbürger bereits 94,21 Prozent beträgt und hingegen 0,76 Prozent eine türkische Staatsbürgerschaft besitzen und diese somit die zweithäufigste Staatsbürgerschaft der ‚potentiellen‘ Heavy User ist.

Tabelle 11: Staatsbürgerschaft TOP 6

Staatsbürgerschaft	Staat	absolut	relativ
A	Österreich	6.985	94,214 %
TR	Türkei	56	0,755 %
BIH	Bosnien und Herzegowina	49	0,661 %
SCG	Serbien und Montenegro	48	0,647 %
YU	eh. Jugoslawien	42	0,566 %
D	Deutschland	34	0,459 %
Andere		200	2,698 %
Gesamt		7.414	100 %

Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

5.6. Alter der ‚potentiellen‘ Heavy User

Um eine bessere Übersichtlichkeit und Orientierung zu ermöglichen, orientieren sich sämtliche altersrelevanten Daten und Graphiken in der hier vorliegenden Studie an der Einteilung in Tabelle 12. Das heißt, es werden die Daten anhand dieser Lebensphasen analysiert und interpretiert.

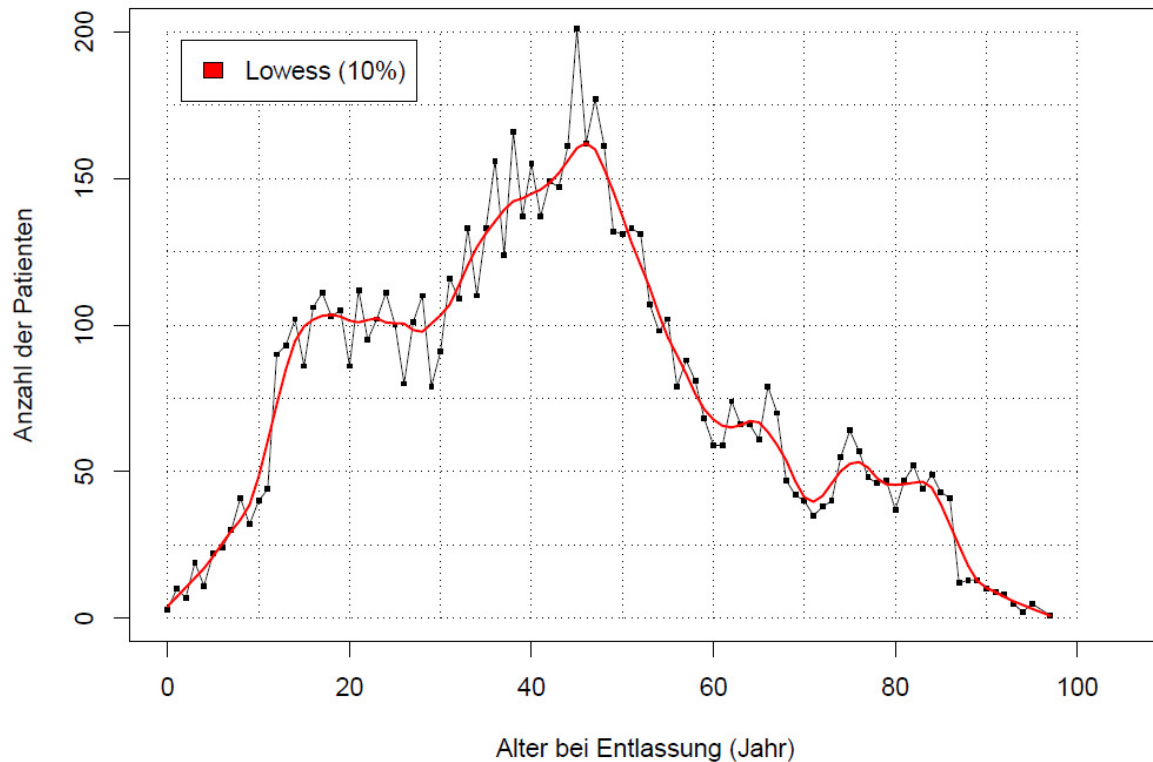
Tabelle 12: Altersdefinitionen für die Studie

Lebensphase	Alter
Kinder und Jugendliche	0 - 19 Jahre
Erwachsene	20 – 59 Jahre
Ältere Menschen	Ab 60 Jahre

Quelle: pro mente prævention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

Die Beschreibung der ‚potentiellen‘ Heavy User (n = 7.414) basiert auf dem Datum der zweiten Entlassung. Im Durchschnitt ist der ‚potentielle‘ Heavy User 42,7 Jahre alt. Abbildung 3 zeigt die Verteilung des Alters der ‚potentiellen‘ Heavy User.

Abbildung 3: Alter und Häufigkeit der ‚potentiellen‘ Heavy User



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass mehr als die Hälfte der ‚potentiellen‘ Heavy User zwischen 20 und 59 Jahre alt ist (Tabelle 13). Der Anteil der Erwachsenen beträgt in der Gruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User somit 65,43 Prozent. Bei den Kindern und Jugendlichen ist der Anteil an ‚potentiellen‘ Heavy Usern mit 14,55 Prozent am geringsten, wobei hier bemerkt werden muss, dass mit 12 Jahren die Anzahl der Entlassungen stark steigt und sich diese von 44 Entlassungen mit 11 Jahren auf 90 Entlassungen erhöht. Bei der Gruppe der älteren Menschen ist mit 75 Jahren eine Steigerung auf 64 stationäre Behandlungsabschlüsse zu bemerken. Im Alter von 83 Jahren ist die Zahl der Entlassungen stabil unter einem Niveau von 50 Entlassungen.

Tabelle 13: Entlassungen nach Lebensphasen der ‚potentiellen‘ Heavy User

Lebensphase	Absolut	Relativ
Kinder und Jugendliche (0 - 19 Jahre)	1.079	14,55 %
Erwachsene (20 – 59 Jahre)	4.851	65,43 %
Ältere Menschen (ab 60 Jahre)	1.484	20,01 %
Gesamt	7.414	100 %

Quelle: pro mente prævention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

Eine detailliertere Betrachtung ergibt sich anhand der Analyse der unterschiedlichen Lebensphasen:

1. Kinder und Jugendliche: Der Großteil der zweiten Entlassungen in dieser Gruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User (Tabelle 14) ist im Alter zwischen 10 und 19 Jahren (81,56 Prozent). Mehr als ein Sechstel (18,44 Prozent) der ‚potentiellen‘ Heavy User ist bereits der Lebensphase zwischen 0 und 9 Jahren zuzurechnen. Auffallend ist einerseits, dass bereits im 1. Lebensjahr ‚potentielle‘ Heavy User (0 Jahre) registriert werden und andererseits die Zunahme der Entlassungen von PatientInnen im Alter von 8 (41 Entlassungen) und 10 Jahren (40 Entlassungen). D.h. in diesem Alter kommt es im Gegensatz zu vier Jahre (22 Entlassungen) zu einer Verdoppelung der Entlassungen. Bereits zwei Jahre danach, im Alter von 12 Jahre, sind es 90 Entlassungen. Ab diesem Alter kommt es zu einer kontinuierlichen Steigerung der Entlassungen (Ausnahme 15 Jahre = 86 Entlassungen) bis zum 20 Lebensjahr (19 Jahre = 105 Entlassungen).

Tabelle 14: Entlassungen der Gruppe Kinder und Jugendliche der ‚potentiellen‘ Heavy User

Lebensphase	Entlassungen absolut	Entlassungen relativ	Entlassungen relativ zur Gesamtgruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User
0 – 9 Jahre	199	18,44 %	2,68 %
10 – 19 Jahre	880	81,56 %	11,87 %
Gesamt	1.079	100 %	14,55 %

Quelle: pro mente prævention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

2. Erwachsene: Mehr als die Hälfte der ‚potentiellen‘ Heavy User (65,43 Prozent) werden im Erwachsenenalter (Tabelle 15) zwischen 20 und 59 Jahre im Krankenhaus behandelt. Insgesamt entspricht dies 4.851 Entlassungen. Bei mehr als der Hälfte (58,89 Prozent) der ‚potentiellen‘ Heavy User in der Gruppe der Erwachsenen wurde die stationäre Behandlung im Alter zwischen 30 und 49 Jahren beendet. Von einem anfänglichen Niveau der Entlassungen von 86 im Alter von 20 Jahren schwanken

diese bis zum 33. Lebensjahr zwischen 112 (21 Jahre), 79 Entlassungen (29 Jahre) und 109 Entlassungen (32 Jahre oder 33. Lebensjahr). D. h. die Zahl der Entlassungen bleibt zwischen 20 Jahre und 32 Jahre weitgehend konstant mit mindestens 80 Entlassungen im Alter von 26 Jahren und maximal 116 Entlassungen mit 31 Jahren. Leichte Zunahmen der Entlassungen sind im Alter von 21, 24 und 28 Jahren zu verzeichnen. Im Alter von 33 Jahren gibt es einen deutlicheren Anstieg bei der Beendigung der stationären Aufenthalte. Mit diesem Alter werden 133 PatientInnen im Untersuchungszeitraum entlassen. Die Anzahl der Entlassungen nimmt ab diesem Alter, mit Ausnahme von kleinen Schwankungen, kontinuierlich zu und erreicht den Höhepunkt im Alter von 45 Jahren. Insgesamt werden 201 Entlassungen von PatientInnen mit 45 Jahren registriert. Die Zahl der Entlassungen von PatientInnen zwischen 45 und 48 Jahre bleibt relativ konstant zwischen 201 Entlassungen mit 45 Jahren und 161 Entlassungen mit 48 Jahren. Mit 49 Jahren kommt es bis zu 59 Jahre in einem Fünfjahresschritt zu einem Rückgang um jeweils ungefähr 30 Entlassungen (49 Jahre: 132 Entlassungen, 54 Jahre: 98 Entlassungen, 59 Jahre: 68 Entlassungen).

Tabelle 15: Entlassungen der Gruppe Erwachsene der ‚potentiellen‘ Heavy User

Lebensphase	Entlassungen absolut	Entlassungen relativ	Entlassungen relativ zur Gesamtgruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User
20 – 29 Jahre	976	20,12 %	13,16 %
30 – 39 Jahre	1.275	26,28 %	17,20 %
40 – 49 Jahre	1.582	32,61 %	21,34 %
50 – 59 Jahre	1.018	20,99 %	13,73 %
Gesamt	4.851	100 %	65,43 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

3. Ältere Menschen: Ein Fünftel der ‚potentiellen‘ Heavy User (20,01 Prozent) kann dieser Gruppe zugeordnet werden (Tabelle 16). Mit zunehmendem Alter werden weniger stationäre Behandlungen, respektive Beendigungen dieser, verzeichnet. So ist eine kontinuierliche Abnahme der Häufigkeit von Entlassungen mit leichten Schwankungen zu beobachten. Diese Schwankungen und Zunahmen von Entlassungen sind mit dem Alter von 62 Jahren (74 Entlassungen), 66 Jahren (79 Entlassungen), 75 Jahren (64 Entlassungen) und 82 Jahren (52 Entlassungen) zu verzeichnen. Werden im Alter von 86 Jahren noch 41 Entlassungen notiert, so verringert sich die Zahl der Entlassungen im Alter von 87 Jahren auf 12

Entlassungen. Mit 91 Jahren sind unter 10 Behandlungsabschlüsse aus dem Krankenhaus festzustellen. Der älteste ‚potentielle‘ Heavy User ist 97 Jahre alt.

Tabelle 16: Entlassungen der Gruppe Ältere Menschen der ‚potentiellen‘ Heavy User

Lebensphase	Entlassungen absolut	Entlassungen relativ	Entlassungen relativ zur Gesamtgruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User
60 – 69 Jahre	623	41,98 %	8,40 %
70 – 79 Jahre	470	31,67 %	6,34 %
80 – 89 Jahre	351	23,65 %	4,73 %
90 – 97 Jahre	40	2,70 %	0,54 %
Gesamt	1.484	100 %	20,01 %

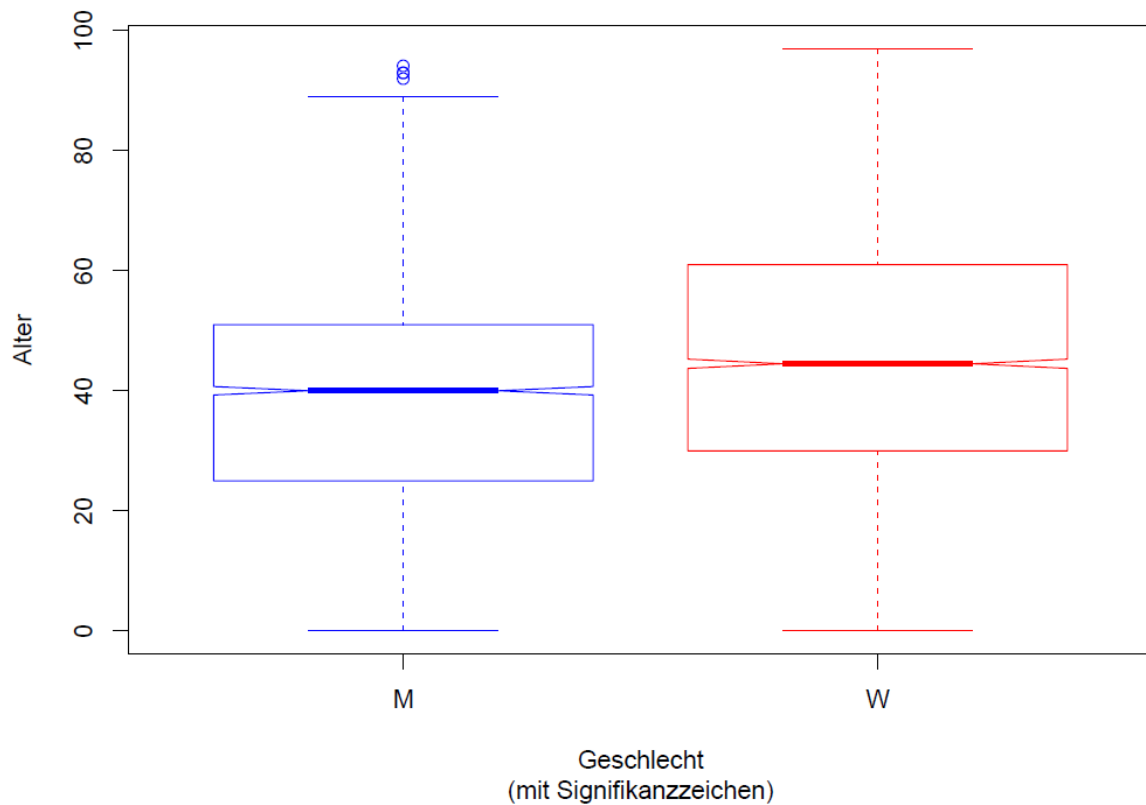
Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

5.7. Geschlecht der ‚potentiellen‘ Heavy User

Männer und Frauen unterscheiden sich im Hinblick auf die Variable ‚Alter‘ signifikant (Abbildung 4). Das untere Quartil (Beginn der Box) liegt bei den Männern bei 26 Jahren, d.h. die kleinsten 25 Prozent der Datenwerte sind kleiner oder gleich diesem Wert von 26 Jahren. Der Median (waagrechter Strich innerhalb der Box) liegt bei Männern bei 40 Jahren, somit sind 50 Prozent der Datenwerte kleiner oder gleich 40 Jahre bzw. sind die jüngsten 50 Prozent der ‚potentiellen‘ Heavy User maximal 40 Jahre alt. Das Minimum bei den Männern liegt bei 0 Jahren und das Maximum bei 94 Jahren.

Bei den Frauen liegt das unterste Quartil bei 31 Jahren und der Median beträgt 44,5 Jahre. 97 Jahren stellt bei Frauen das Maximum dar und das Minimum liegt bei 0 Jahren. Abbildung 4 zeigt, dass die Männer im Schnitt etwas jünger als die Frauen sind.

Abbildung 4: Altersverteilung pro Geschlechtsgruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User

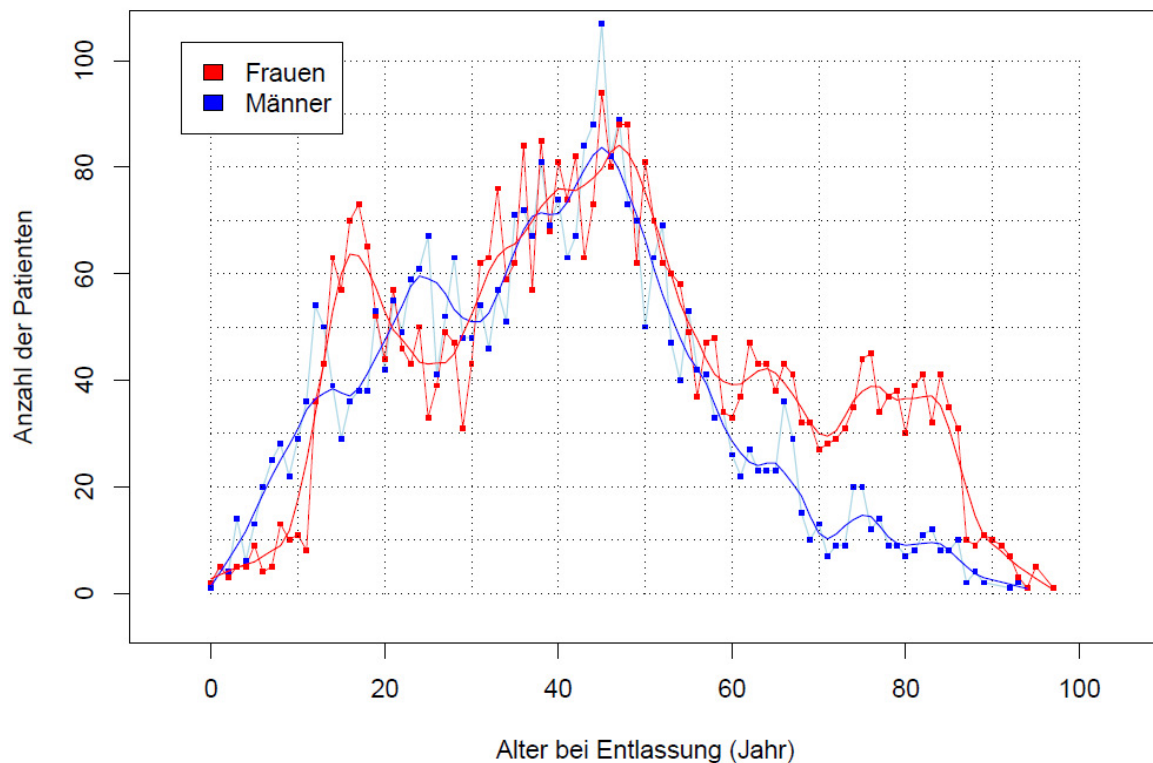


Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

5.8. *Alter und Geschlecht der ‚potentiellen‘ Heavy User*

Betrachtet man die Entlassungen geschlechtsspezifisch (Abbildung 5) so kann festgehalten werden, dass im mittleren Erwerbsalter die Zahl der Entlassungen der ‚potentiellen‘ Heavy User zunimmt. Den absoluten Höhepunkt erreichen Männer und Frauen mit 45 Jahren. Der Mittelwert (im Unterschied zum oben berechneten Median) liegt bei den männlichen ‚potentiellen‘ Heavy Usern bei 39,2 Jahren und bei den weiblichen ‚potentielle‘ Heavy Usern liegt dieser Wert bei 45,6 Jahren.

Abbildung 5: Alter und Häufigkeit pro Geschlechtsgruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Insgesamt sind mehr Frauen ‚potentielle‘ Heavy User als Männer (Tabelle 17). Bei beiden Geschlechtsgruppen befinden sich mehr als die Hälfte im Erwachsenenalter. Während die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen bei beiden Geschlechtern zur jeweiligen Geschlechtsgruppe im annähernd ähnlichen Verhältnis steht, ist der Unterschied bei älteren Menschen besonders auffällig. Bei weiblichen ‚potentiellen‘ Heavy Usern sind es hier noch 26,18 Prozent. Dieser Anteil ist hingegen bei den Männern mit 12,72 Prozent bereits in der Gruppe der männlichen ‚potentiellen‘ Heavy User wesentlich geringer (-13,46 Prozent).

Tabelle 17: Entlassungen nach Lebensphasen der ‚potentiellen‘ Heavy User - geschlechtsspezifisch

Lebensphase	Frauen	Männer
Kinder und Jugendliche (0 - 19 Jahre)	539 (13,41 %)	540 (15,91 %)
Erwachsene (20 – 59 Jahre)	2.429 (60,42 %)	2.422 (71,36 %)
Ältere Menschen (ab 60 Jahre)	1.052 (26,18 %)	432 (12,72 %)
Gesamt	4.020 (54,22 %)	3.394 (45,78 %)

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

Ein differenzierteres Bild ergibt sich bei der Betrachtung nach Altersgruppen.

1. Kinder und Jugendliche: Hier fällt auf, dass die Zahl der Entlassungen bei Patienten männlichen Geschlechts ab dem fünften Lebensjahr stärker als bei Patienten weiblichen Geschlechts ansteigt (Tabelle 18). Mit elf Jahren waren es viermal so viele Männer als Frauen (36:8) und mit zwölf Jahren wurden bei den Männern noch um 18 Entlassungen mehr als bei den Frauen registriert (54:36). Dieses Bild kehrt sich bei PatientInnen im Alter von 14 Jahren um (Entlassungen bei Männern: 39; bei Frauen: 63) und bleibt bis zum Alter von 19 Jahren relativ konstant. Der Höchststand der Entlassungen im Alter von 10 bis 20 Jahren ist bei Frauen im Alter von 17 Jahren (73 Entlassungen) und bei den Männern mit 12 Jahren (54 Entlassungen) festzustellen.

Tabelle 18: Entlassungen der Gruppe Kinder und Jugendliche der ‚potentiellen‘ Heavy User - geschlechtsspezifisch

Lebensphase	Entlassungen absolut / relativ		Entlassungen relativ zur Geschlechtsgruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0 – 9 Jahre	61 (30,65 %)	138 (69,35 %)	1,52 %	4,07 %
10 – 19 Jahre	478 (54,32 %)	402 (45,68 %)	11,89 %	11,84 %
Gesamt	539 (49,95 %)	540 (50,05 %)	13,41 %	15,91 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

2. Erwachsene: Im Alter von 20 bis 30 Jahren sind bei den Männern Schwankungen im Bereich zwischen 41 und 67 Entlassungen festzustellen. Bei den Frauen sind diese hingegen im Bereich von 31 bis 57 Entlassungen (Tabelle 19). Bis zum 45. Lebensjahr kommt es bei den Männern und Frauen zu einer kontinuierlichen Steigerung und die Höchstzahl der Entlassungen ist bei beiden Geschlechtern im Alter von 45 Jahren zu verzeichnen (Männer: 107; Frauen: 94). Ab diesem Zeitpunkt ist ein Rückgang der Entlassungen bei beiden Geschlechtern bis zum 60. Lebensjahr zu bemerken (Männer: 26; Frauen: 33).

Tabelle 19: Entlassungen der Gruppe Erwachsene der ‚potentiellen‘ Heavy User -
geschlechtsspezifisch

Lebensphase	Entlassungen absolut / relativ		Entlassungen relativ zur Geschlechtsgruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
20 – 29 Jahre	439 (44,98 %)	537 (55,02 %)	10,92 %	15,82 %
30 – 39 Jahre	659 (51,69 %)	616 (48,31 %)	16,39 %	18,15 %
40 – 49 Jahre	785 (49,62 %)	797 (50,38 %)	19,53 %	23,48 %
50 – 59 Jahre	546 (53,64 %)	472 (46,37 %)	13,58 %	13,91 %
Gesamt	2.429 (50,07 %)	2.422 (49,93 %)	60,42 %	71,36 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

3. Ältere Menschen: Ab dem 61. Lebensjahr ist festzustellen, dass die Zahl der Entlassungen bei den Männern kontinuierlich, mit vereinzelt Ausreißern im Alter von 62 (27 Entlassungen), 66 (36 Entlassungen) und 67 (29 Entlassungen) Jahren, abnimmt (Tabelle 20). Bei den Frauen bleibt die Zahl der Entlassungen mit einem Durchschnittswert von 34 Entlassungen zwischen 61 und 75 Jahren - im Gegensatz zu den Männern (19) - hoch. Wurden im Alter von 84 Jahren bei weiblichen Patientinnen insgesamt noch 41 Entlassungen registriert, so sind es bei den männlichen Patienten acht Entlassungen.

Tabelle 20: Entlassungen der Gruppe Ältere Menschen der ‚potentiellen‘ Heavy User -
geschlechtsspezifisch

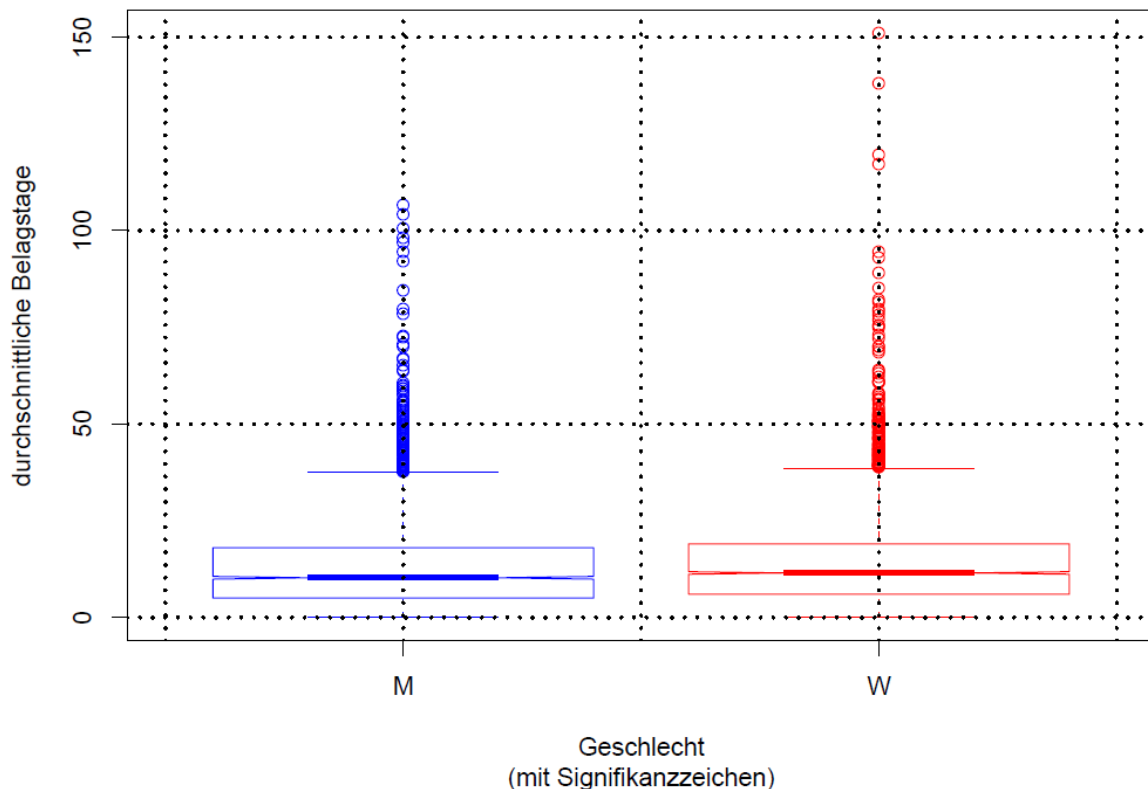
Lebensphase	Entlassungen absolut / relativ		Entlassungen relativ zur Geschlechtsgruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
60 – 69 Jahre	389 (62,44 %)	234 (37,56 %)	9,68 %	6,89 %
70 – 79 Jahre	348 (74,04 %)	122 (25,96 %)	8,66 %	3,59 %
80 – 89 Jahre	279 (79,49 %)	72 (20,51 %)	6,94 %	2,12 %
90 – 97 Jahre	36 (90 %)	4 (10 %)	0,90 %	0,12 %
Gesamt	1.052 (70,89 %)	432 (29,11 %)	26,18 %	12,72 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

5.9. Alter und durchschnittliche Belagstage der ‚potentiellen‘ Heavy User

Zwischen Männer und Frauen gibt es hinsichtlich der durchschnittlichen Belagstage (Abbildung 6) einen signifikanten Unterschied. Bei den Männern liegt der Zentralwert oder Median bei durchschnittlich 10,25 und bei Frauen bei 11,5 Belagstagen, d.h. die männlichen ‚potentiellen‘ Heavy User haben sich durchschnittlich kürzer im Krankenhaus aufgehalten als die weiblichen ‚potentiellen‘ Heavy User. Insgesamt sind 50 Prozent der Datenwerte kleiner oder gleich dem Zentralwert (waagrechter Strich innerhalb der Box). Bei den Männern liegt das untere Quartil (Beginn der Box), d.h. 25 Prozent der Datenwerte sind kleiner oder gleich diesem Wert, bei fünf und bei Frauen bei sechs Belagstagen. Das obere Quartil (Ende der Box) liegt bei Männern bei 18 Belagstagen und bei Frauen bei 19. Der kleinste Datenwert liegt bei Frauen als auch bei Männern bei null Belagstagen. Auffallend bei beiden Geschlechtern sind die Ausreißer, wobei hier bei den Frauen ein Ausreißer mit über 150 Belagstagen - bei den Männern leicht über 100 - zu bemerken ist.

Abbildung 6: Geschlechtsgruppe und durchschnittliche Belagstage der ‚potentiellen‘ Heavy User



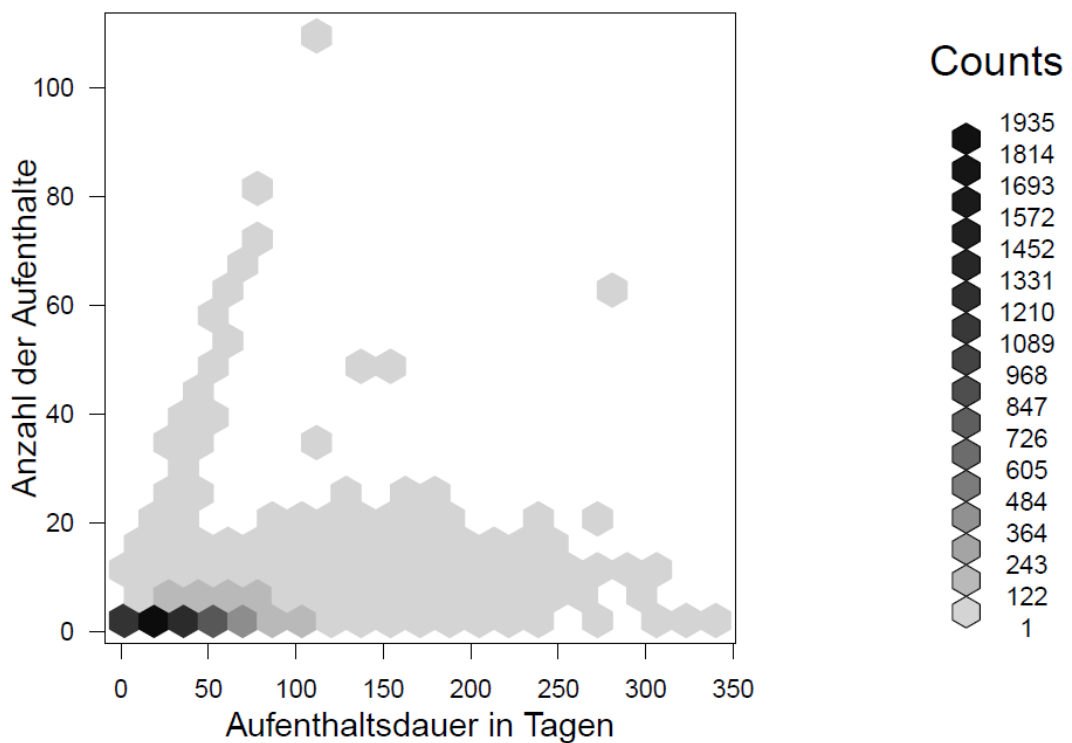
Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

5.10. Anzahl der Aufenthalte und Aufenthaltsdauer der ‚potentiellen‘ Heavy User

Bei der Betrachtung der Anzahl der Aufenthalte und der Aufenthaltsdauer der ‚potentiellen‘ Heavy User muss darauf hingewiesen werden, dass alle Personen, die einen Aufenthalt in der Tagesklinik hatten und diese auch wieder vor Mitternacht verlassen, mit null Belagstagen ausgewiesen wurden. Wurden PatientInnen jedoch nach Mitternacht entlassen (Stichpunkt: Mitternacht), so wird dies als ein Belagstag (Aufenthaltsdauer in Tagen) notiert. Somit enthält diese Graphik (Abbildung 7) auch TagesklinikpatientInnen. Im Hinblick auf die Anzahl und die Aufenthaltsdauer der ‚potentiellen‘ Heavy User können im Wesentlichen folgende Punkte festgehalten werden:

1. Die Mehrheit der ‚potentiellen‘ Heavy User hat wenige Aufenthaltstage (bis zu 75 Tagen).
2. Wenige Personen haben bis zu 20 Aufenthalte mit bis zu 250 Tagen.
3. Beim Großteil der ‚potentiellen‘ Heavy User ist eine geringe Anzahl von Aufenthalten und eine höhere Aufenthaltsdauer in Tagen zu verzeichnen, d.h. in der nachstehenden Graphik zeigt sich, dass sich die Heavy User-Dimensionen auch im Kontext der „Dauer“ des Aufenthalts widerspiegeln (vgl. 3. 2. Operationalisierungskonzepte Punkt b). Inwiefern es somit eine einstimmige Definition von einem Heavy User geben kann, wird im Anschluss noch diskutiert.
4. Der ‚potentielle‘ Heavy User hat mindestens zwei Aufenthalte von mindestens null Belagstagen. Die insgesamt 7.414 Personen kommen durchschnittlich 3,72 Mal in das Krankenhaus und verbringen dort durchschnittlich 41,8 Tage. Das Maximum liegt bei 110 Aufenthalten mit einer Aufenthaltsdauer von 340 Tagen.

Abbildung 7: Anzahl und Aufenthaltsdauer der ‚potentiellen‘ Heavy User



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

5.11. Fazit: ‚Potentielle‘ Heavy User

In diesem Kapitel wird der ‚potentielle‘ Heavy User definiert und analysiert. Wesentliche Schritte für eine Klassifizierung und Beschreibung eines ‚potentiellen‘ Heavy Users sind einerseits die Personalisierung der Leistungsdaten aus den Krankenhäusern und andererseits die Festlegung der Eigenschaftsmerkmale der ‚potentiellen‘ Heavy User. Die Personalisierung und Berechnung der ‚potentiellen‘ Heavy User wird durch eine inhaltliche Zusammenführung der MBDS-Daten mit den Foko-Daten ermöglicht. Der ‚potentiellen‘ Heavy Users wird bestimmt durch mindestens zwei Entlassungen im Jahr 2006 mit einer F-Hauptdiagnose (auf Basis ICD-10) in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich und Wien und dem Überleben des Folgejahres nach der letzten Entlassung. Interessant ist hierbei, dass bei den Entlassungsarten der ‚potentiellen‘ Heavy User bereits 18,99 Prozent aller Entlassung mit dem Abschluss eines Aufenthaltes im halbstationären Bereich oder krankenhauserne Verlegung in den halbstationären Bereich erklärt werden können. Bei den Entlassungen aller Aufenthalte mit mindestens einer F-Hauptdiagnose sind dies ohne Personalisierung 11,349 Prozent. Insgesamt werden 79,15 Prozent der ‚potentiellen‘ Heavy User aus dem Krankenhaus entlassen. Bei den Ergebnissen zum ‚potentiellen‘ Heavy User gilt es festzuhalten, dass im Verhältnis zur gesamten

Wohnbevölkerung die oberösterreichische Landeshauptstadt Linz mit 0,8 bis 1 Prozent den höchsten Anteil an ‚potentiellen‘ Heavy Usern aufweist. Betrachtet man die Verteilung der ‚potentiellen‘ Heavy User in den gewählten Bundesländern, so fällt ein leichtes West-Ost-Gefälle auf. Das heißt, dass im östlichsten Bundesland Burgenland die geringe Anzahl der ‚potentiellen‘ Heavy User im Gegensatz zum westlichsten Bundesland Oberösterreich überwiegt. Hinsichtlich der Kostenträger sind fast die Hälfte der ‚potentiellen‘ Heavy User (48,86 Prozent) den Gebietskrankenkassen Niederösterreich und Wien zuzurechnen. 40,57 Prozent der ‚potentiellen‘ Heavy User sind bei der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse versichert. Auch hier ist somit das westlichste Bundesland stark präsent.

Klassifiziert man den ‚potentiellen‘ Heavy User, so kann festgehalten werden, dass dieser im Durchschnitt 42,7 Jahre alt ist und die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt, wobei – geschlechtsspezifisch betrachtet – der Mann mit 39,2 Jahren jünger als die Frau mit 45,6 Jahren ist. Mehrheitlich nimmt der ‚potentielle‘ Heavy User eine geringe Anzahl von Aufenthalten mit einer höheren Aufenthaltsdauer in Anspruch. Insgesamt weist der durchschnittliche ‚potentielle‘ Heavy User mindestens zwei Aufenthalte von mindestens null Belagstagen auf und kommt 3,72 Mal in das Krankenhaus und verbringt dort durchschnittlich 41,8 Tage. Bei allen 7.414 Personen liegt das Maximum der Aufenthalte bei 110 und bei der Aufenthaltsdauer bei 340 Tagen.

6. ‚Definierte‘ Heavy User

Im folgenden Kapitel und nächsten Schritt wurde der ‚potentielle‘ Heavy User anhand von drei Merkmalen auf einen ‚definierten‘ Heavy User eingegrenzt.

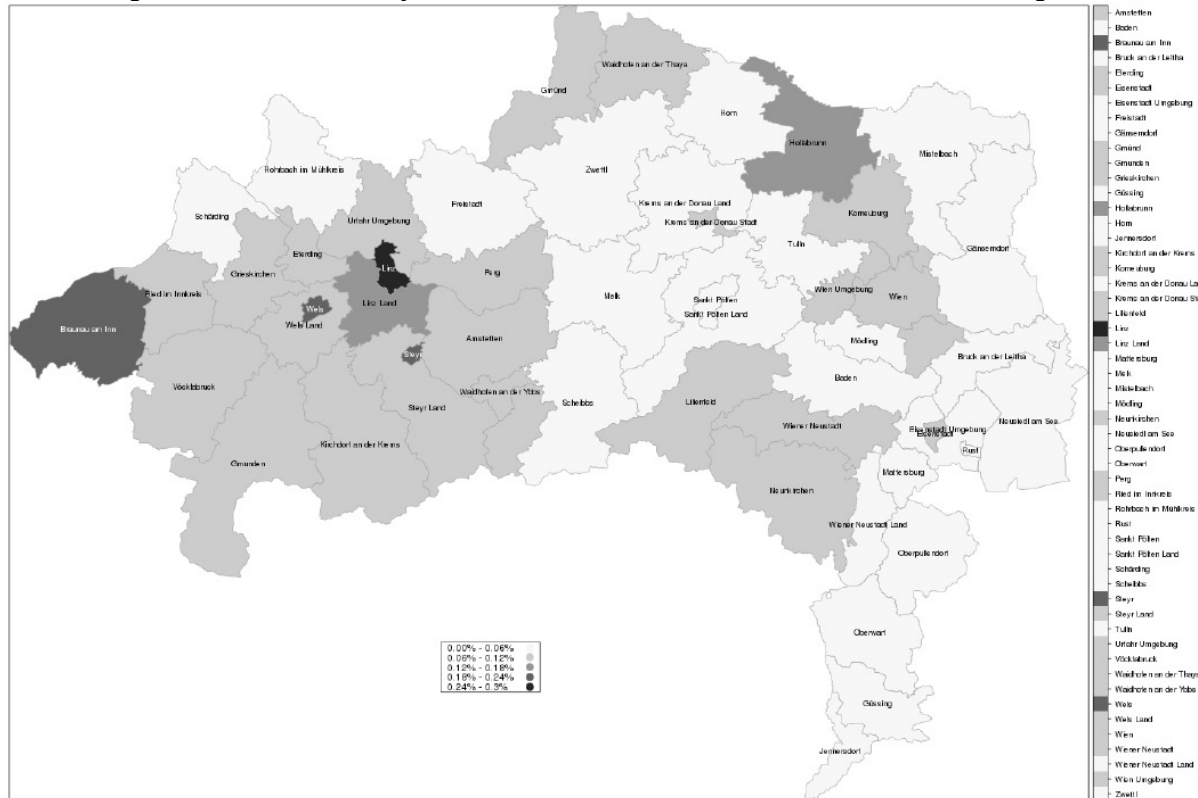
1. Mindestens eine Entlassung aus einem Krankenhaus im Jahr 2007,
2. mit einer F-Hauptdiagnose (ICD 10)
3. und dem Besuch einer psychiatrischen Abteilung.

Von insgesamt 7.414 Personen, die als ‚potentielle‘ Heavy User definiert wurden, verringert sich die Personenzahl aufgrund der oben genannten Eingrenzung auf 1.960 Personen, d.h. in dieser Gruppe sind nun alle Personen der ‚potentiellen‘ Heavy User enthalten, die innerhalb von 365 Tagen nach dem letzten Aufenthalt im Jahr 2006 mindestens eine Entlassung aus einem Krankenhaus mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose und zusätzlich den Besuch in einer Psychiatrie aufweisen. Diese Personengruppe wird hier als die Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User bezeichnet. Es handelt sich dabei um 902 Männer und 1.058 Frauen.

6.1. *Wohnort und Kostenträger der ‚definierten‘ Heavy User*

Bei der Verteilung nach dem Wohnort (Abbildung 8) der ‚definierten‘ Heavy User zeigt sich, dass die höchste Zahl der ‚definierten‘ Heavy User aus der Landeshauptstadt von Oberösterreich kommt. In Linz wohnen demnach zwischen 0,24 und 0,30 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User im Verhältnis zur gesamten Wohnbevölkerung.

Abbildung 8: ‚Definierte‘ Heavy User: relativer Anteil an der Gesamtbevölkerung Österreichs



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

In Bezug auf die einzelnen Bundesländer ist folgendes festzuhalten:

- Die für diese Studie untersuchte Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User ist in der Landeshauptstadt Oberösterreich, wie bereits erwähnt, am größten. Bei Betrachtung der vier untersuchten Bundesländer fällt auf, dass aus den Statutarstädten Wels und Steyr, sowie aus dem politischen Bezirk Braunau am Inn, mit 0,18 bis 0,24 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User im Verhältnis zur Wohnbevölkerung, ebenso die zweitgrößte Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User aus Oberösterreich kommt. Im Verhältnis zu den anderen Bundesländern ist der Anteil an ‚definierten‘ Heavy User mit der überwiegenden Mehrheit zwischen 0,06 und 0,12 Prozent eher hoch. Ausnahmen bilden die politischen Bezirke Schärding, Rohrbach im Mühlkreis und Freistadt. Hier ist der Anteil der ‚definierten‘ Heavy Usern mit 0 bis 0,06 Prozent gering.
- Für das Bundesland Niederösterreich lässt sich feststellen, dass der politische Bezirk Hollabrunn den höchsten Anteil an ‚definierten‘ Heavy Usern in Niederösterreich aufweist (zwischen 0,12 und 0,18 Prozent). Die politischen Bezirke Amstetten, Gmünd, Waidhofen an der Thaya, Korneuburg, Wien Umgebung, Neunkirchen, Lilienfeld und die Statutarstädte Wiener Neustadt, Krems an der Donau Stadt und Waidhofen an der Ybbs weisen jeweils zwischen 0,06 und 0,12 Prozent der

‚definierten‘ Heavy User im Verhältnis zur Wohnbevölkerung auf. Die anderen politischen Bezirke Zwettl, Horn, Krems an der Donau Land, Tulln, St. Pölten Land, Mödling, Baden, Mistelbach, Gänserndorf, Bruck an der Leitha, Scheibbs und Melk sowie die Statutarstadt St. Pölten Stadt haben jeweils einen geringen Anteil an ‚definierten‘ Heavy Usern. Dieser beträgt zwischen 0 und 0,06 Prozent an der Wohnbevölkerung.

- In Wien beträgt der Anteil der ‚definierten‘ Heavy User an der Gesamtbevölkerung zwischen 0,06 und 0,12 Prozent.
- Für Burgenland ergibt sich allgemein ein sehr geringer Anteil ‚definierter‘ Heavy User zur Gesamtbevölkerung, lediglich in Eisenstadt liegt dieser zwischen 0,06 und 0,12 Prozent. In allen übrigen Bezirken (in Rust wurden keine ‚definierten‘ Heavy User registriert) liegt der Anteil der ‚definierten‘ Heavy User zur Wohnbevölkerung zwischen 0 und 0,06 Prozent.

Hinsichtlich der Aufteilung nach Kostenträger (Tabelle 21) ist zu bemerken, dass mehr als ein Drittel der ‚definierten‘ Heavy User der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zugerechnet werden können. Das sind insgesamt 40,82 Prozent. 92,81 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User sind den Gebietskrankenkassen der untersuchten Bundesländer (Oberösterreich, Niederösterreich, Wien und Burgenland) zuzurechnen.

Tabelle 21: Aufteilung nach Kostenträger (‚definierte‘ Heavy User)

Kurzform	Kostenträger	Anzahl	Relative Anzahl
VEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	29	1,48 %
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	67	3,42 %
WGKK	Gebietskrankenkasse Wien	524	26,73 %
NoeGKK	Gebietskrankenkasse Niederösterreich	447	22,81 %
BGKK	Gebietskrankenkasse Burgenland	48	2,45 %
OoeGKK	Gebietskrankenkasse Oberösterreich	800	40,82 %
StGKK	Gebietskrankenkasse Steiermark	6	0,31 %
KGKK	Gebietskrankenkasse Kärnten	4	0,20 %
SGKK	Gebietskrankenkasse Salzburg	8	0,41 %
TGKK	Gebietskrankenkasse Tirol	2	0,10 %
VGKK	Gebietskrankenkasse Vorarlberg	1	0,05 %
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	12	0,61 %
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern	12	0,61 %
	Gesamt	1.960	100 %

Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

6.2. Staatsbürgerschaft der ‚definierten‘ Heavy User

Im Hinblick auf die Staatsbürgerschaft (Tabelle 22) lässt sich festhalten, dass die Mehrheit der ‚definierten‘ Heavy User eine österreichische Staatsbürgerschaft besitzt (94,64 Prozent). Wie Tabelle 15 zeigt, setzt sich die Gruppe der Heavy User v. a. aus sechs Nationen zusammen. Mit einem Prozentanteil von 1,17 Prozent steht die Gruppe mit einer serbischen Staatsbürgerschaft an zweiter Stelle der ‚definierten‘ Heavy User.

Tabelle 22: Staatsbürgerschaft der ‚definierten‘ Heavy User: TOP 6

Staatsbürgerschaft	Staat	absolut	relativ
A	Österreich	1.855	94,64 %
SRB	Serbien	23	1,17 %
HR	Kroatien	11	0,56 %
TR	Türkei	10	0,51 %
BIH	Bosnien und Herzegowina	9	0,46 %
D	Deutschland	8	0,41 %
Andere		44	2,24 %
Gesamt		1.960	100 %

Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

6.3. Untersuchungseigenschaften der Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User

Die Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User wird hinsichtlich der folgenden Variablen untersucht:

1. Krankenhaus,
2. Krankenstand und
3. Medikation.

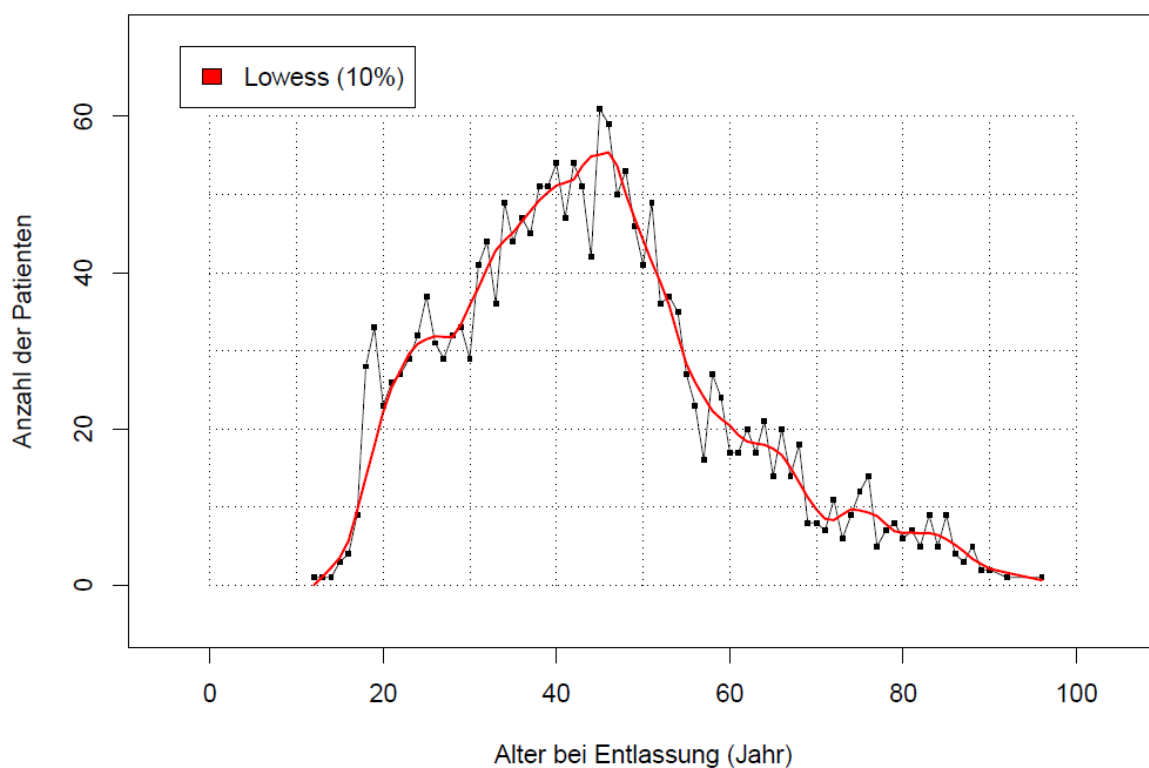
6.3.1. Krankenhaus

In der ersten Untersuchung wurden soziodemographische und krankenhausspezifische Daten der ‚definierten‘ Heavy User untersucht sowie das Alter und die geschlechtsspezifische Verteilung bei der ersten Entlassung im Folgejahr, die Altersverteilung pro Geschlechtsgruppe bei der ersten Entlassung im Folgejahr, Geschlechtsgruppe und durchschnittliche Belagstage bei der ersten Entlassung im Folgejahr, der Abstand in Wochen zum ersten Wiedereintritt im Krankenhaus (geschlechtsspezifisch), Anzahl und Aufenthaltsdauer und die F-Diagnose bei der ersten Entlassung im Folgejahr.

6.3.1.1. Alter der ‚definierten‘ Heavy User

Bei der Betrachtung des Alters und der Häufigkeit bei der ersten Entlassung im Folgejahr (Abbildung 9) werden die Daten an der bereits oben vorgenommenen Einteilung in Kindern und Jugendliche, Erwachsene und Ältere Menschen interpretiert. Eine detailliertere geschlechtsspezifische Betrachtung findet sich im Anschluss an die Abbildung: „Alter und Häufigkeit der ‚definierten‘ Heavy User pro Geschlechtsgruppe bei der ersten Entlassung im Folgejahr“. Die Beschreibung der ‚definierten‘ Heavy User ($n = 1.960$) basiert auf dem Datum der dritten Entlassung. Im Durchschnitt ist der ‚definierte‘ Heavy User bei der ersten Entlassung im Folgejahr 43,9 Jahre alt.

Abbildung 9: Alter und Häufigkeit bei der ersten Entlassung im Folgejahr



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Die Mehrheit der ‚definierten‘ Heavy User ist zwischen 20 und 59 Jahre alt. Insgesamt sind dies genau 80 Prozent⁴ (Tabelle 23). Bei den Kindern und Jugendlichen ist der Anteil an ‚definierten‘ Heavy Usern mit 4,08 Prozent auf einem eher niedrigen Niveau. In Summe wurden 312 ältere Menschen über 60 Jahre als ‚definierte‘ Heavy User gezählt. Dies entspricht einem Anteil von 15,92 Prozent dieser Gruppe.

⁴ Die Differenz zwischen Tabelle 23 und Tabelle 25 (80 Prozent vs. 80,02 Prozent) ergibt sich aufgrund der Rundung.

Tabelle 23: Entlassungen nach Lebensphasen der ‚definierten‘ Heavy User

Lebensphase	Absolut	Relativ
Kinder und Jugendliche (0 - 19 Jahre)	80	4,08 %
Erwachsene (20 – 59 Jahre)	1.568	80,00 %
Ältere Menschen (ab 60 Jahre)	312	15,92 %
Gesamt	1.960	100 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

Bezüglich des Alters kann folgendes festgehalten werden:

1. Kinder und Jugendliche: Bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen der ‚definierten‘ Heavy User ist die jüngste Person mit einer dritten Entlassung 12 Jahre alt. Auffallend in dieser Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User ist der leichte Anstieg mit 17 Jahren (9 Entlassungen) und die Steigerung mit 19 Jahren auf 33 Entlassungen (Tabelle 24).

Tabelle 24: Entlassungen der Gruppe der Kinder und Jugendlichen der ‚definierten‘ Heavy User

Lebensphase	Entlassungen absolut	Entlassungen relativ	Entlassungen relativ zur Gesamtgruppe der ‚definierten‘ Heavy User
0 – 9 Jahre	0	0 %	0 %
10 – 19 Jahre	80	100 %	4,08 %
Gesamt	80	100 %	4,08 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

Erwachsene: Vier Fünftel der ‚definierten‘ Heavy User werden im Erwachsenenalter zwischen 20 und 59 Jahren das dritte Mal aus dem Krankenhaus entlassen (Tabelle 25). Insgesamt waren dies 1.568 Entlassungen von 1.960 ‚definierten‘ Heavy Usern dieser Studie. Die Zahl der Entlassungen erreicht mit 45 Jahren (61 Entlassungen) ihren Höhepunkt. Interessant ist, dass innerhalb der Gruppe Erwachsene der ‚definierten‘ Heavy User bereits annähernd ein Fünftel (19,07 Prozent) zwischen 20 und 29 Jahre und mehr als die Hälfte (60,84 Prozent) zwischen 30 und 49 Jahre alt ist. Mit zunehmendem Alter sinkt die Zahl der dritten Entlassungen. So werden im Alter zwischen 50 und 59 Jahre innerhalb der Gruppe Erwachsene insgesamt 315 Entlassungen (20,09 Prozent) registriert.

Tabelle 25: Entlassungen der Gruppe der Erwachsenen der ‚definierten‘ Heavy User

Lebensphase	Entlassungen absolut	Entlassungen relativ	Entlassungen relativ zur Gesamtgruppe der ‚definierten‘ Heavy User
20 – 29 Jahre	299	19,07 %	15,26 %
30 – 39 Jahre	437	27,87 %	22,30 %
40 – 49 Jahre	517	32,97 %	26,39 %
50 – 59 Jahre	315	20,09 %	16,07 %
Gesamt	1.568	100 %	80,02 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

2. Ältere Menschen: Mehr als die Hälfte der älteren Menschen (53,21 Prozent), die zum dritten Mal entlassen wurden, sind zwischen 60 und 69 Jahren alt (Tabelle 26). Im Alter von 64 Jahren werden beispielsweise noch 21 Entlassungen vermerkt. Mehr als 80 Prozent (81,1 Prozent) der älteren Menschen der ‚definierten‘ Heavy User sind zwischen 60 und 79 Jahre alt. Insgesamt sind 15,92 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User dieser Gruppe zuzuordnen.

Tabelle 26: Entlassungen der Gruppe der Älteren Menschen der ‚definierten‘ Heavy User

Lebensphase	Entlassungen absolut	Entlassungen relativ	Entlassungen relativ zur Gesamtgruppe der ‚definierten‘ Heavy User
60 – 69 Jahre	166	53,21 %	8,47 %
70 – 79 Jahre	87	27,89 %	4,44 %
80 – 89 Jahre	55	17,63 %	2,81 %
90 – 96 Jahre	4	1,28 %	0,20 %
Gesamt	312	100 %	15,92 %

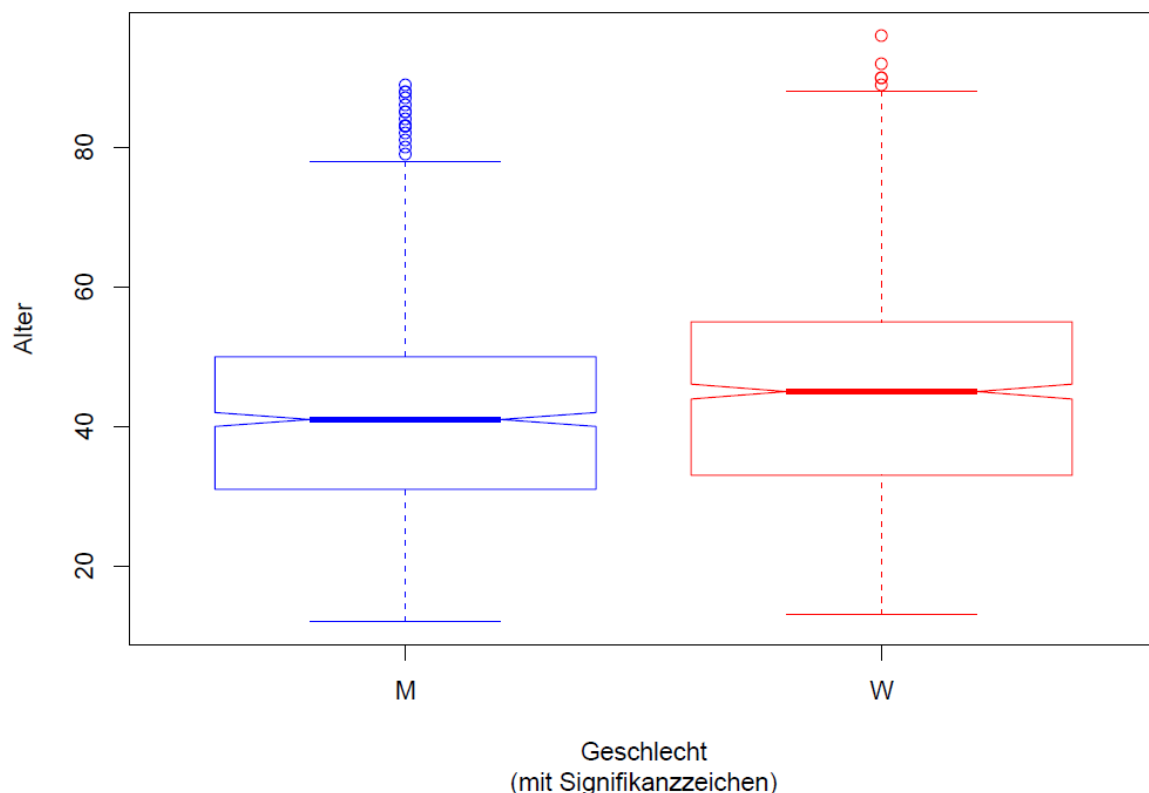
Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

6.3.1.2. Geschlecht der ‚definierten‘ Heavy User

Bei der Betrachtung der Altersverteilung pro Geschlechtsgruppe bei der ersten Entlassung im Folgejahr (Abbildung 10) ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern signifikant und der Median liegt bei den Frauen bei 45 Jahren und bei den Männern bei 41 Jahren. Interessant ist, dass bei beiden Geschlechtern keine Normalverteilung der Daten vorliegt, sondern diese asymmetrisch verteilt sind und sich der Großteil der Daten, die innerhalb der Box sind, bei beiden Geschlechtern im unteren Quartil befindet. Bei den Frauen ist diese Linksschiefe der Verteilung der Daten größer als bei den Männern, jedoch sind bei den Männern viele Ausreißer zu beobachten. Gegenüber den Patienten weiblichen Geschlechts ist das Maximum der Daten bei den Männern um zehn Jahre geringer, so liegt das Maximum

der Männer bei 78 Jahren und bei Frauen bei 88 Jahren. Die Männer sind bei der ersten Entlassung im Folgejahr jünger als die Frauen. 50 Prozent der Daten dehnen sich auf 19 Jahre aus (Quartilsabstand). Bei den Frauen erstrecken sich diese Daten auf 22 Jahre. Das obere Quartil, also die obere Begrenzung der Box, liegt bei den Männern bei 50 und bei den Frauen bei 55 Jahren. Mit 31 Jahren bei Männern und 33 Jahren bei Frauen (Beginn der Box) können in der jeweiligen Geschlechtergruppe 25 Prozent der Daten erklärt werden.

Abbildung 10: Altersverteilung pro Geschlechtsgruppe bei der ersten Entlassung im Folgejahr

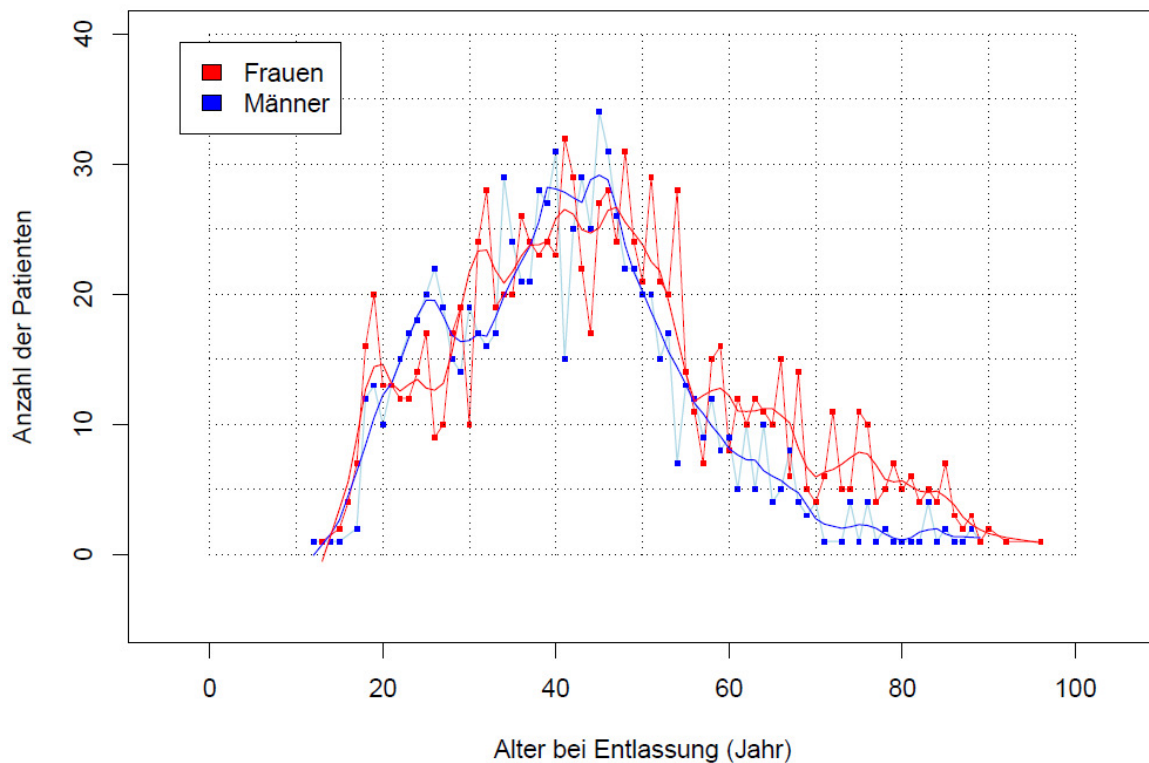


Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

6.3.1.3. Alter und Geschlecht der ‚definierten‘ Heavy User

Abbildung 11 zeigt die Altersverteilung der ‚definierten‘ Heavy User bei der ersten Entlassung im Folgejahr geschlechtsspezifisch. Hier kann festgehalten werden, dass bei Männern die Höchstzahl der Entlassungen mit 45 Jahren registriert wird. Bei den Frauen liegt dieser Wert bei 41 Jahren. Der jüngste ‚definierte‘ Heavy User ist zwölf Jahre alt und männlich. Der älteste ‚definierte‘ Heavy User ist hingegen weiblichen Geschlechts und 96 Jahre alt. Im Durchschnitt (Mittelwert) ist der weibliche ‚definierte‘ Heavy User 45,8 und der männliche ‚definierte‘ Heavy User 41,7 Jahre alt. Eine detaillierte Ausführung zu den verschiedenen Lebensphasen folgt im Anschluss an die Abbildung 11.

Abbildung 11: Alter und Häufigkeit pro Geschlechtsgruppe bei der ersten Entlassung im Folgejahr



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Bei der Betrachtung nach Alter und Häufigkeit pro Geschlechtsgruppe bei der ersten Entlassung im Folgejahr lässt sich für den ‚definierten‘ Heavy User geschlechtsspezifisch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensphasen festhalten, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen um die 40 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User im Erwachsenenalter zwischen 20 und 59 Jahre alt sind (Tabelle 27). Der geschlechtsspezifische Anteil ist in der Altersgruppe bei den Kindern und Jugendlichen bei zwei bis drei Prozent und deshalb kaum divergent. Jedoch ist der geschlechtsspezifische Unterschied bei älteren Menschen interessant: So ist der Anteil der weiblichen ‚definierten‘ Heavy User mit 10,97 Prozent um mehr als die Hälfte größer als dies innerhalb der Männer der Fall ist.

Tabelle 27: Entlassungen nach Lebensphasen der ‚definierten‘ Heavy User -
geschlechtsspezifisch

Lebensphase	Frauen	Männer
Kinder und Jugendliche (0 - 19 Jahre)	50 (2,55 %)	30 (1,53 %)
Erwachsene (20 – 59 Jahre)	793 (40,46 %)	775 (39,54 %)
Ältere Menschen (ab 60 Jahre)	215 (10,97 %)	97 (4,95 %)
Gesamt	1.058 (53,98 %)	902 (46,02 %)

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

Nach den verschiedenen Lebensphasen ergibt sich folgendes Bild:

1. Kinder und Jugendliche: In dieser Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User werden alle Entlassungen zwischen zehn und 19 Jahren registriert (Tabelle 28), wobei die jüngste mit zwölf Jahren notiert wird (siehe oben). Bei den Frauen kommt es im Alter von 13 Jahren zum ersten Abschluss einer Behandlung. Auffallend ist, dass im Alter von 18 Jahren sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen über zehn Entlassungen registriert werden (Männer zwölf; Frauen 16). Mehr als die Hälfte dieser sind bei den Frauen im Alter von 18 und 19 Jahren. Insgesamt sind das 36 Entlassungen (72 Prozent). In diesen zwei Jahren werden bei den Männern 25 Entlassungen verzeichnet, das sind 83,33 Prozent aller Entlassungen der Männer zwischen zehn und 19 Jahren.

Tabelle 28: Alter der Gruppe der Kinder und Jugendlichen der ‚definierten‘ Heavy User
geschlechtsspezifisch bei der ersten Entlassung im Folgejahr

Lebensphase	Entlassungen absolut / relativ		Entlassungen relativ zur Geschlechtsgruppe der ‚definierten‘ Heavy User	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0 – 9 Jahre	0 (0 %)	0 (0 %)	0 %	0 %
10 – 19 Jahre	50 (62,50 %)	30 (37,50 %)	4,73 %	3,33 %
Gesamt	50 (62,50 %)	30 (37,50 %)	4,73 %	3,33 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

2. Erwachsene: Im Alter von 20 bis 25 Jahren verdoppelt sich bei den Männern die Zahl der Entlassungen von zehn auf 20 Entlassungen und erreicht in der Altersgruppe von 20 bis 29 Jahren (Tabelle 29) mit 26 Jahren (22 Entlassungen) den Höhepunkt. Diese nimmt dann wieder leicht ab und steigert sich im Alter von 34 und 35 Jahren (29 und 24 Entlassungen). Der Höhepunkt der Männer ist im Alter von 45 Jahren erreicht (34

Entlassungen). Ab diesem Alter ist ein stetiger Rückgang der Entlassungszahlen mit leichten Schwankungen zu vermerken. So sind mit dem Alter von 59 Jahren bei den Männern acht Entlassungen zu registrieren. Mehr als die Hälfte der Entlassungen aus dem Krankenhaus in der Gruppe der erwachsenen ‚definierten‘ Heavy User finden im Alter zwischen 30 und 49 statt (60,84 Prozent). Bei den Frauen kommt es zwischen 20 und 29 Jahren ebenso, von anfangs 13 Entlassungen im Alter von 25 Jahren, zu einer Steigerung der Entlassungen auf 17 Entlassungen. Anschließend gibt es leichte Schwankungen bis zum Alter von 32 Jahren. Mit diesem Alter ist die Höchstzahl der Entlassungen (28 Entlassungen) in der Phase zwischen 30 und 39 Jahren zu verzeichnen. Der Höhepunkt der Entlassungen bei Frauen insgesamt liegt bei 41 Jahren (mit 32 Entlassungen). Ab diesem Zeitpunkt ist bis zum Alter von 44 Jahren ein leichter Rückgang zu bemerken. Mit 45 Jahren steigt die Zahl der Entlassungen kontinuierlich bis zum Alter von 47 Jahren und mit 48 Jahren ist mit 31 Entlassungen fast wieder die Höchstzahl der Entlassungen erreicht. Insgesamt sind 44,9 Prozent der Entlassungen der Frauen insgesamt im Alter zwischen 30 und 49 Jahren zu verzeichnen.

Tabelle 29: Alter der Gruppe der Erwachsenen ‚definierten‘ Heavy User geschlechtsspezifisch bei der ersten Entlassung im Folgejahr

Lebensphase	Entlassungen absolut / relativ		Entlassungen relativ zur Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
20 – 29 Jahre	136 (45,48 %)	163 (54,52 %)	12,85 %	18,07 %
30 – 39 Jahre	218 (49,89 %)	219 (50,11 %)	20,60 %	24,28 %
40 – 49 Jahre	257 (49,71 %)	260 (50,29 %)	24,29 %	28,82 %
50 – 59 Jahre	182 (57,78 %)	133 (42,22 %)	17,20 %	14,75 %
Gesamt	793 (50,57 %)	775 (49,43 %)	74,94 %	85,92 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

3. Ältere Menschen: Interessant in dieser Lebensphase ist, dass insgesamt mehr als zwei Drittel der ‚definierten‘ Heavy User zwischen 60 und 96 Jahren Frauen sind (siehe Tabelle 30). Bei den Männern ist ein kontinuierlicher Rückgang ab dem Alter von 64 Jahren mit zehn Entlassungen zu bemerken. Dieser Zeitpunkt ist bei den Frauen um zwölf Jahre später, mit einem Alter von 76 Jahren und zehn Entlassungen, zu verzeichnen. Waren im Alter zwischen 60 und 69 Jahren noch mehr als ein Drittel (37,95 Prozent) der älteren ‚definierten‘ Heavy User Männer, so sind dies im Alter zwischen 70 und 79 bereits nur mehr ca. ein Fünftel der älteren ‚definierten‘ Heavy User (21,84 Prozent). Mit dem Alter von 90 Jahren werden keine

Entlassungen mehr von Männern registriert. Die Mehrheit der Entlassungen in dieser Altersgruppe findet zwischen 60 und 69 Jahren statt.

Tabelle 30: Alter der Gruppe der Älteren Menschen der ‚definierte‘ Heavy User geschlechtsspezifisch bei der ersten Entlassung im Folgejahr

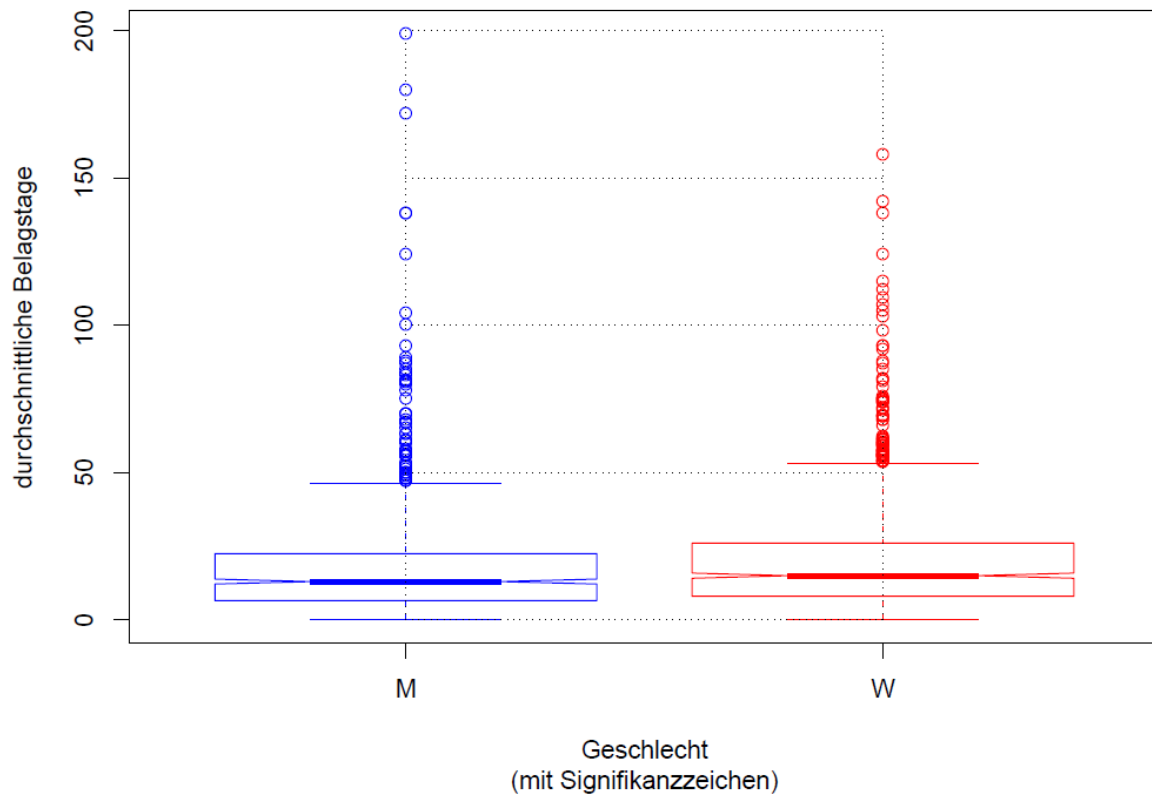
Lebensphase	Entlassungen absolut / relativ		Entlassungen relativ zur Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
60 – 69 Jahre	103 (62,05 %)	63 (37,95 %)	9,74 %	6,98 %
70 – 79 Jahre	68 (78,16 %)	19 (21,84 %)	6,43 %	2,11 %
80 – 89 Jahre	40 (72,73 %)	15 (27,27 %)	3,78 %	1,66 %
90 – 97 Jahre	4 (100 %)	0 (0 %)	0,38 %	0 %
Gesamt	215 (68,91 %)	97 (31,09 %)	20,33 %	10,75 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

6.3.1.4. Alter und durchschnittliche Belagstage der ‚definierten‘ Heavy User

Hinsichtlich der durchschnittlichen Belagstage pro Person bei der ersten Entlassung im Folgejahr (Abbildung 12) gibt es geschlechtsspezifisch keinen signifikanten Unterschied. Männer haben eine etwas geringere Anzahl von durchschnittlichen Belagstagen bei der ersten Entlassung im Folgejahr als Frauen. So liegt der Median bei den Männern bei 13 Belagstagen bei der ersten Entlassung im Folgejahr und bei Frauen bei 15. Das untere Quartil, also die 25 Prozent mit den niedrigsten Datenwerten, ist bei Männern bei 6,5 durchschnittlichen Belagstagen bei der ersten Entlassung im Folgejahr und bei Frauen bei 8. Das obere Quartil (Ende der Box bzw. die kleinsten 75 Prozent der Datenwerte sind kleiner oder gleich diesem Wert) liegt bei Männern bei 22,5 und bei Frauen bei 26 durchschnittlichen Belagstagen bei der ersten Entlassung im Folgejahr. Die größten Ausreißer bei den ‚definierten‘ Heavy Usern sind bei den Männern festzustellen.

Abbildung 12: Geschlechtsgruppe und durchschnittliche Belagstage bei der ersten Entlassung im Folgejahr

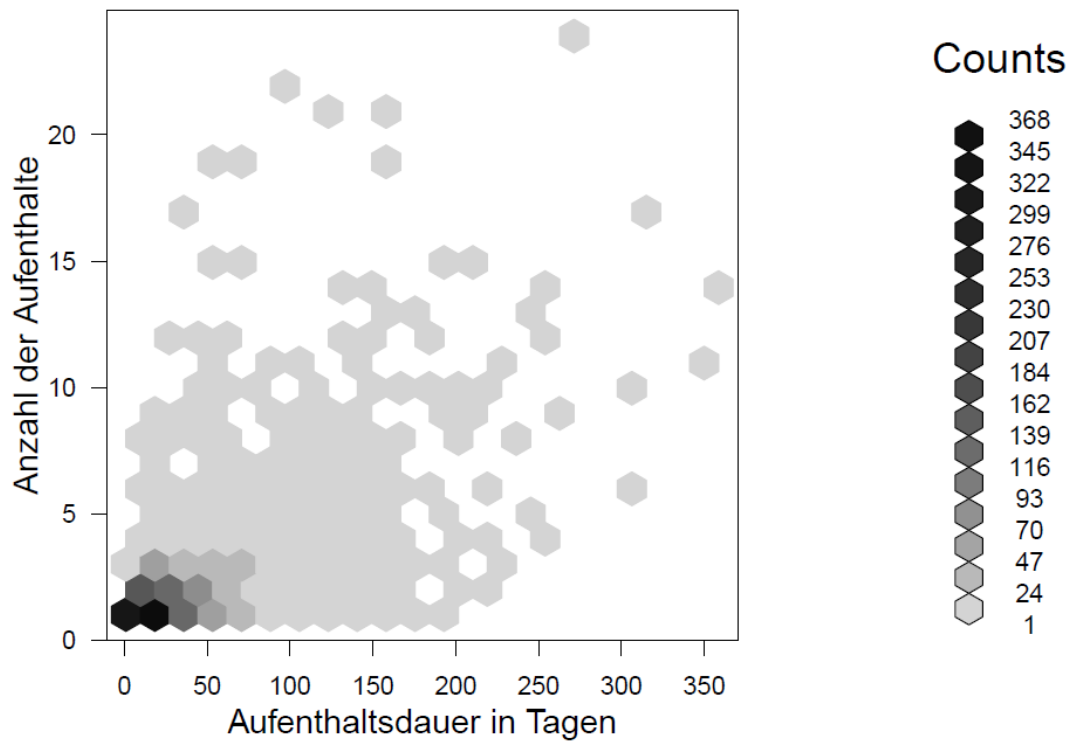


Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

6.3.1.5. Anzahl der Aufenthalte und Aufenthaltsdauer der ‚definierten‘ Heavy User

Bei der Betrachtung nach Anzahl der Aufenthalte und Aufenthaltsdauer in Tagen (Abbildung 13) kann festgehalten werden, dass die Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User mindestens einmal und maximal 24 Mal im Folgejahr in das Krankenhaus kommt (Abbildung 13, Y-Achse). Der Mittelwert der Anzahl der Aufenthalte liegt bei 2,43 Aufenthalten pro ‚definierten‘ Heavy User. Bei der Aufenthaltsdauer in Tagen wurden mindestens null und maximal 350 Aufenthaltstage registriert (Abbildung 13, X-Achse). Durchschnittlich konsumierte der ‚definierte‘ Heavy User 40,61 Belagstage (Aufenthaltsdauer in Tagen). Auffallend ist, dass der Großteil der ‚definierten‘ Heavy User im Bereich von drei Aufenthalten und mit einer Aufenthaltsdauer bis zu 80 Tagen gezählt werden kann. Innerhalb dieses Bereiches lässt sich Folgendes festhalten: Wenn eine Person im Folgejahr zum dritten Mal in das Krankenhaus kommt, dann ist sie meist kurz (einen Tag) im Krankenhaus.

Abbildung 13: Anzahl und Aufenthaltsdauer

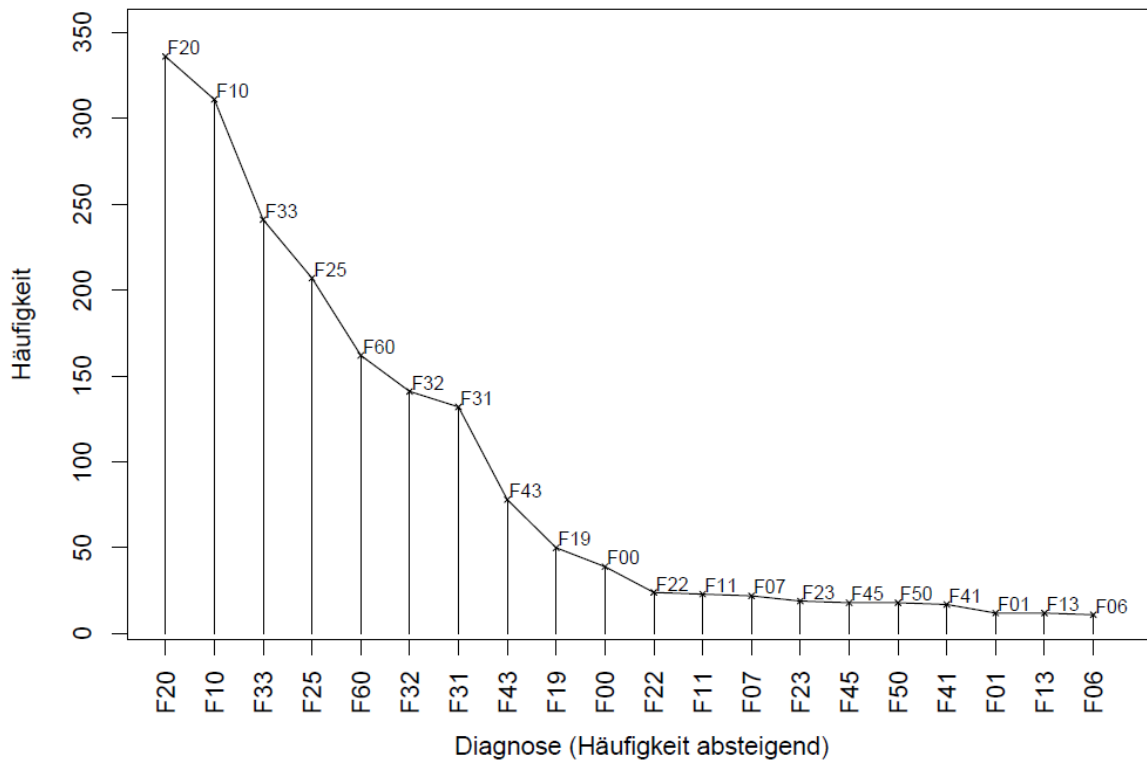


Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

6.3.1.6. Diagnosen der ‚definierten‘ Heavy User

Hinsichtlich der F-Diagnosen bei der ersten Entlassung im Folgejahr (Abbildung 14) werden die drei am häufigsten gestellten F-Diagnosen bei der ersten Entlassung im Folgejahr beschrieben.

Abbildung 14: F–Diagnose bei der ersten Entlassung im Folgejahr in absoluten Zahlen
(ICD-10 3–steller, Top 20)



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Die häufigste gestellte F-Diagnose bei der ersten Entlassung im Folgejahr bei der Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User ist „Schizophrenie“ (17,14 Prozent, Tabelle 31). An zweiter Stelle rangieren „Psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ mit 15,87 Prozent. Mit 12,30 Prozent ist die F-Diagnose „Rezidivierende depressive Störung“ an dritter Stelle bei der Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User.

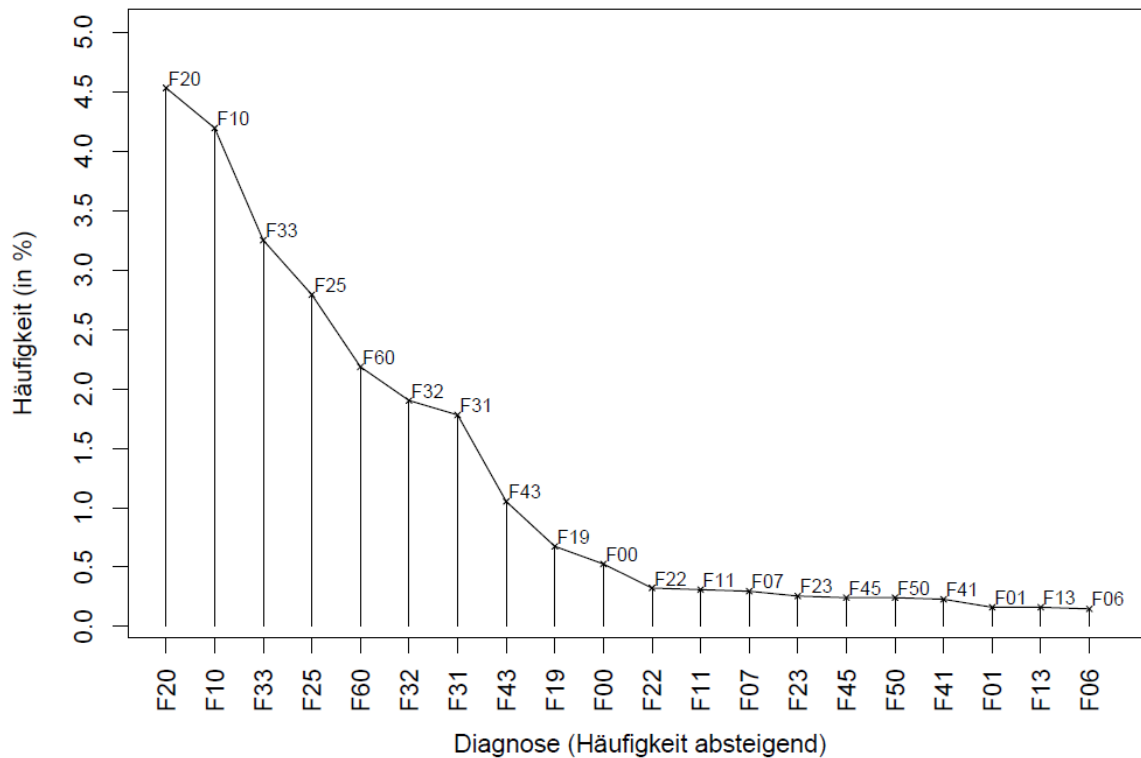
Tabelle 31: F–Diagnose bei der ersten Entlassung im Folgejahr (ICD-10, Top 5)

Klassifikation	Diagnose	Absolut	Relativ zur Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User
F 20	Schizophrenie	336	17,14 %
F 10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	311	15,87 %
F 33	Rezidivierende depressive Störung	241	12,30 %
F 25	Schizoaffektive Störungen	207	10,56 %
F 60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	162	8,27 %
	Andere	703	35,87 %
	Summe	1.960	100 %

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

Bei der Betrachtung der F-Diagnosen der ersten Entlassung im Folgejahr der ‚definierten‘ Heavy User im Verhältnis zur Gruppe der ‚potentiellen‘ Heavy User (Abbildung 15) weisen die drei am häufigsten gestellten Diagnosen folgende Werte auf: „Schizophrenie“ 4,53 Prozent, „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ 4,19 Prozent und „Rezidivierende depressive Störung“ 3,25 Prozent.

Abbildung 15: F–Diagnose bei der ersten Entlassung im Folgejahr (ICD-10 3–steller, Top 20)
– relativ



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Untergliedert man die F-Diagnosen bei der ersten Entlassung im Folgejahr in die jeweiligen Gruppen des Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99), wie in der Tabelle 32, dann wird ersichtlich, dass fast ein Drittel der ‚definierten‘ Heavy User der Gruppe F20-F29: „Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“ zuzuordnen ist.

Tabelle 32: F–Diagnose bei der ersten Entlassung im Folgejahr nach Gruppen

Klassifikation	Diagnose	Absolut	Relativ
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	99	5,05%
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	399	20,36%
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	595	30,36%
F30-F39	Affektive Störungen	524	26,73%
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	126	6,43%
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	18	0,92%
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	172	8,78%
F70-F79	Intelligenzminderung	20	1,02%
F80-F89	Entwicklungsstörungen	4	0,20%
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3	0,15%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0%
Gesamt		1.960	100%

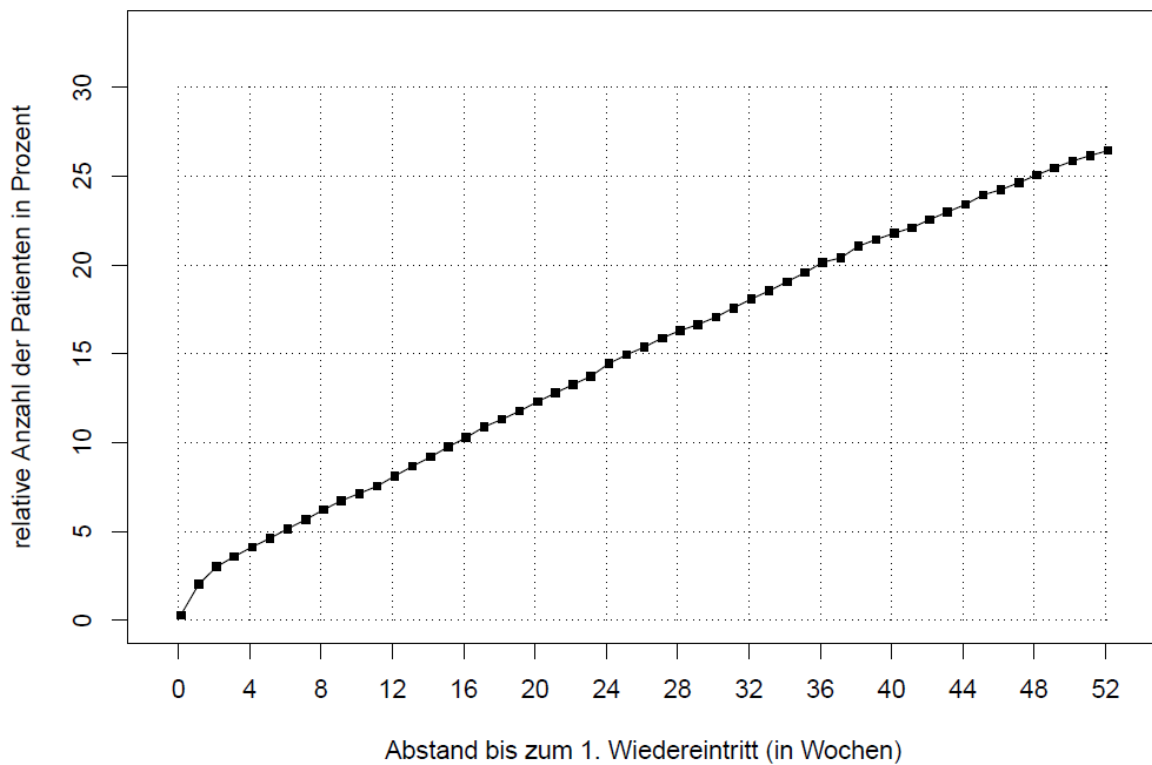
Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

6.3.1.7. Wiedereintritt der ‚definierten‘ Heavy User ins Krankenhaus

Dass der Wiedereintritt in das Krankenhaus relativ homogen im Sinne von „gleichverteilt“ passiert, lässt die vorliegende Graphik (Abbildung 16) erkennen. Somit gibt es keine signifikanten „Wiedereintritts-Momente“ der ‚definierten‘ Heavy User. Von den 1.960 Personen, die in dieser Studie als ‚definierte‘ Heavy User gelten, kommen - gemessen an der Anzahl der ‚potentiellen‘ Heavy User (7.414 Personen) - insgesamt 25 Prozent nach 48 Wochen wieder ins Krankenhaus. Hierbei handelt es sich um 1.854 Personen. Nach vier Monaten sind dies 755 Personen und nach neun Monaten bereits 1.487 Personen.

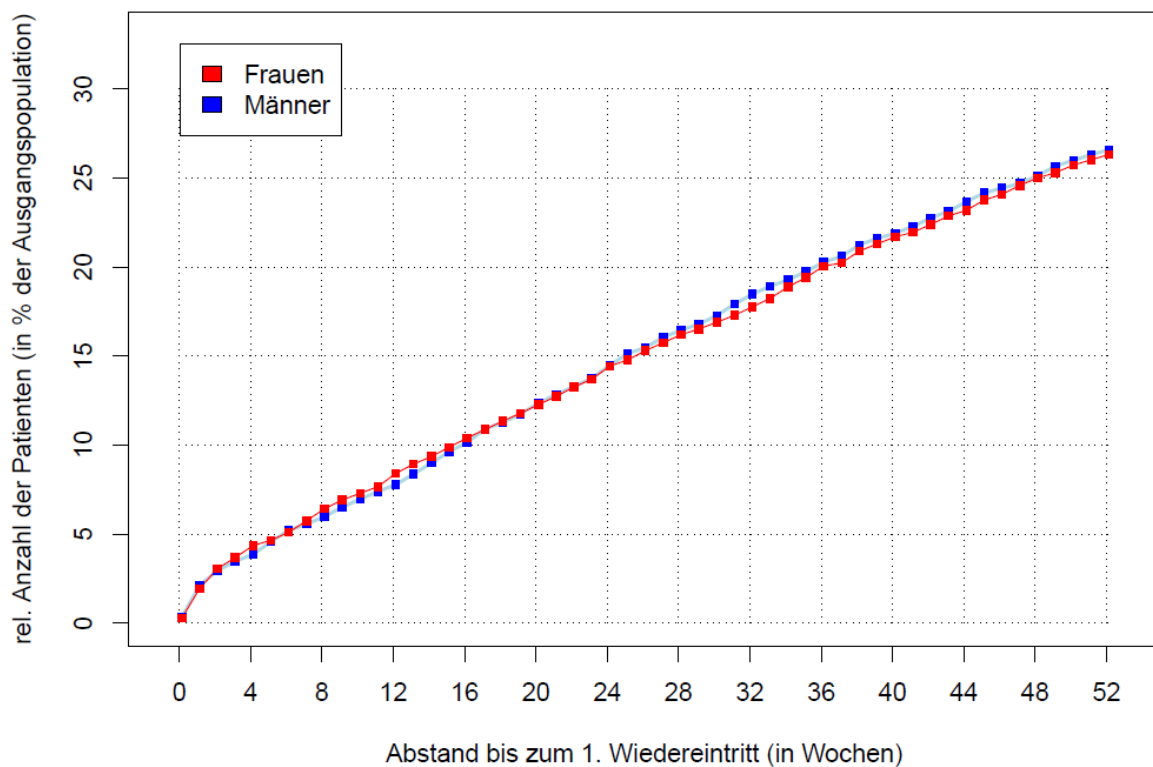
Es lässt sich festhalten, dass die ‚definierten‘ Heavy User nicht primär nach drei oder nach 48 Wochen wieder in das Krankenhaus kommen, sondern gleichverteilt über das Jahr – mit einer kleinen Erhöhung in der ersten Woche nach der letzten Entlassung. In Bezug auf das Geschlecht (Abbildung 17) sind keine Unterschiede festzustellen.

Abbildung 16: Abstand zum ersten Wiedereintritt ins Krankenhaus



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Abbildung 17: Abstand zum ersten Wiedereintritt ins Krankenhaus - geschlechtsspezifisch

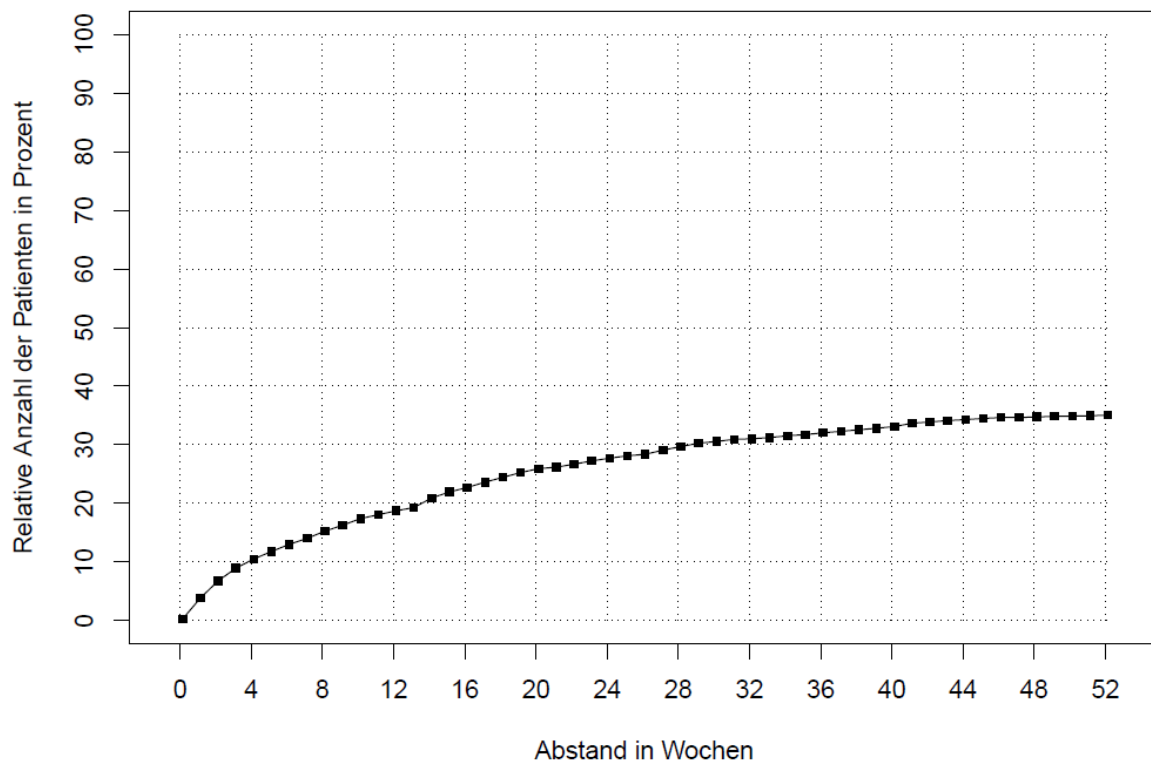


Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

6.3.2. Krankenstand

Von den ‚definierten‘ Heavy Usern gingen insgesamt 687 Personen innerhalb eines Jahres wieder in den Krankenstand (Abbildung 18). Das sind 35,05 Prozent der Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User und am Anteil der ‚potentiellen‘ Heavy User sind es 9,27 Prozent. Innerhalb von vier Wochen ließen sich 10,41 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User zum ersten Mal krank schreiben und nach sieben Monaten waren bereits annähernd 30 Prozent (29,64 Prozent) der ‚definierten‘ Heavy User einmal im Krankenstand.

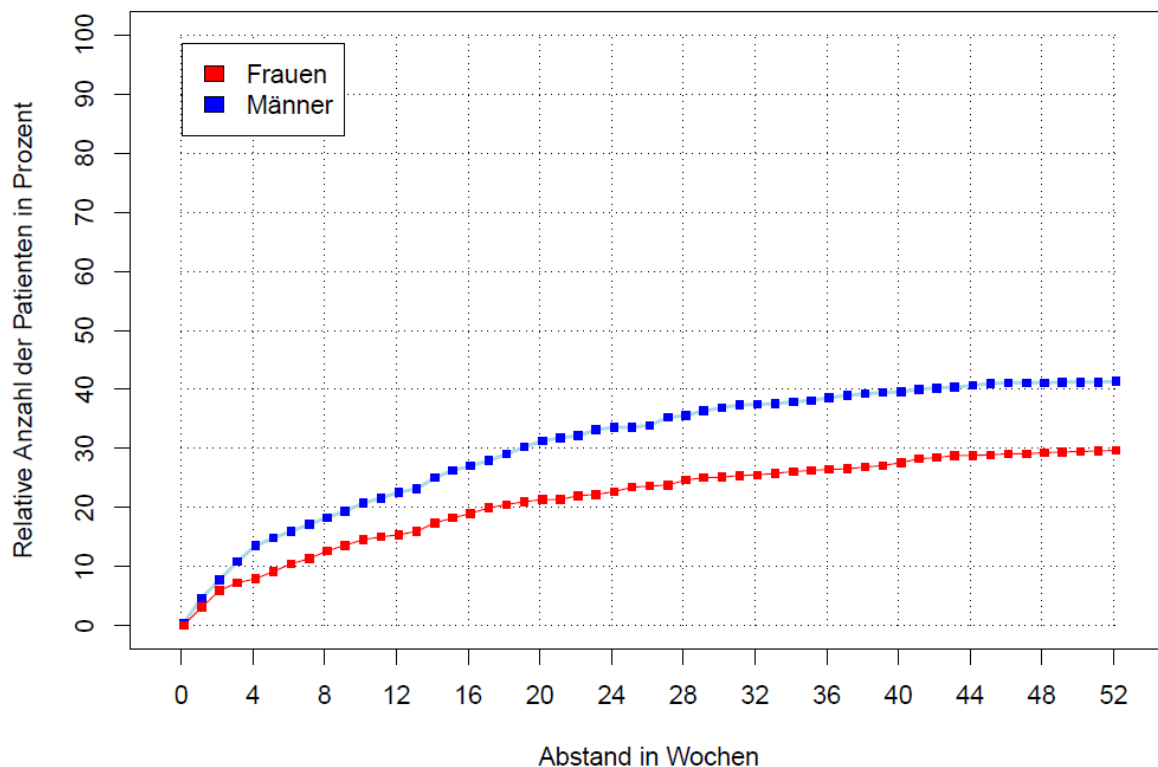
Abbildung 18: Abstand zum ersten Krankenstand



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Geschlechtsspezifisch (Abbildung 19) ist festzuhalten, dass Männer tendenziell früher in den Krankenstand gehen als Frauen. Innerhalb eines Jahres gingen 314 Frauen und 373 Männer zum ersten Mal in den Krankenstand. Bei den Frauen waren dies 29,68 Prozent der weiblich ‚definierten‘ Heavy User und innerhalb der Männer waren dies 41,35 Prozent. Nach vier Wochen gingen von den Frauen 7,75 Prozent und nach 28 Wochen 24,67 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User zum ersten Mal in den Krankenstand. Bei den Männern waren dies nach vier Wochen fast doppelt so viele, nämlich 13,3 Prozent und nach 28 Wochen 35,48 Prozent.

Abbildung 19: Abstand zum ersten Krankenstand – geschlechtsspezifisch



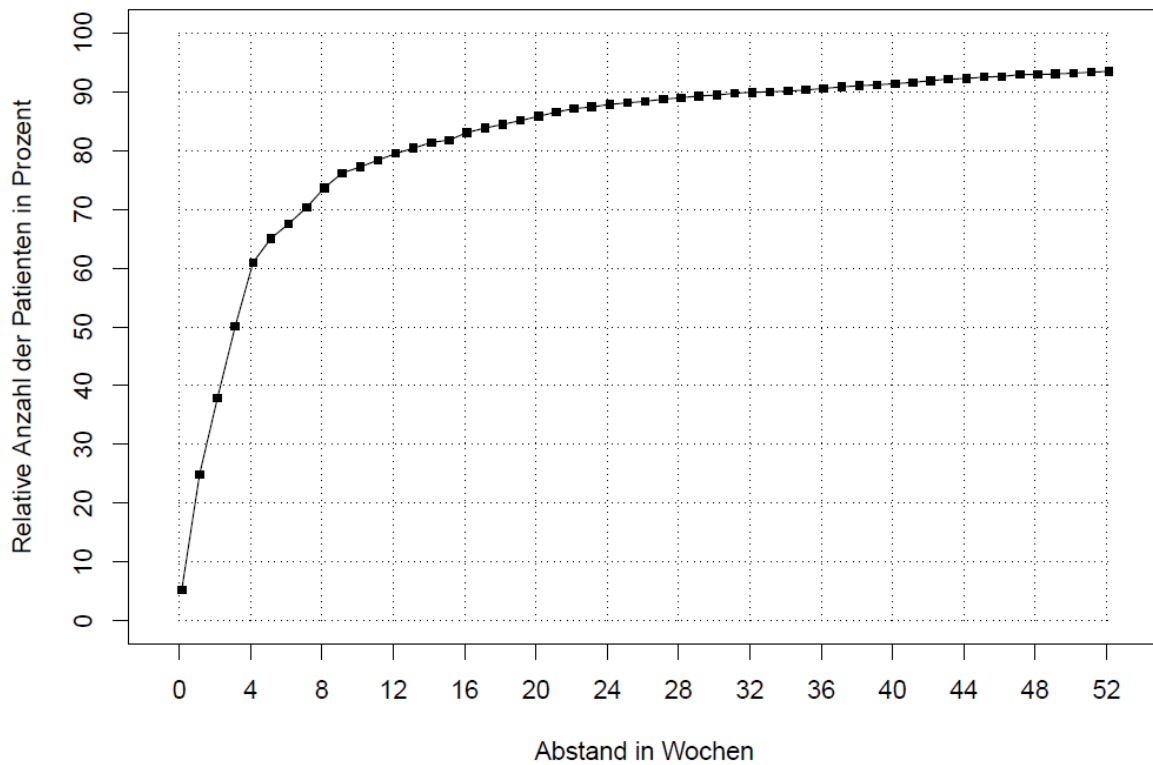
Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

6.3.3. Medikamente

Beim Abstand von der Entlassung zur ersten Rezepteinlösung (Abbildung 20) lässt sich feststellen, dass insgesamt 1.832 Personen der ‚definierten‘ Heavy User, das sind 93,47 Prozent von 1.960 Personen, ihr Rezept innerhalb eines Jahres einlösen. Bereits am Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus lösen 5,26 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User ein Rezept ein.

Innerhalb der ersten Woche sind dies 22,6 Prozent und innerhalb der ersten beiden Wochen 36,07 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User. Nach drei Wochen haben bereits annähernd 50 Prozent (48,83 Prozent) ein Rezept eingelöst und nach zwölf Wochen sind es 79,29 Prozent.

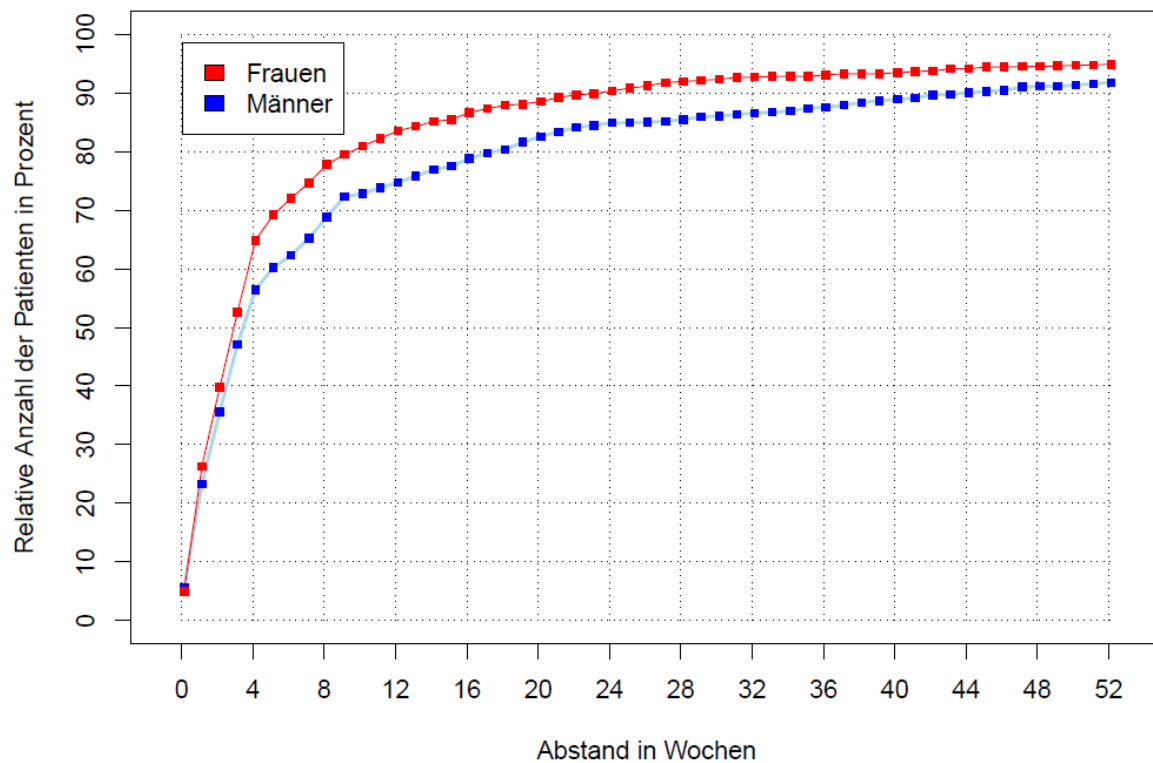
Abbildung 20: Abstand zur ersten Rezepteinlösung



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Geschlechtsspezifisch (Abbildung 21) lässt sich bei den ‚definierten‘ Heavy Usern festhalten, dass Frauen ihr Rezept tendenziell früher einlösen als Männer. Insgesamt lösen 94,9 Prozent der weiblichen ‚definierten‘ Heavy User ein Rezept innerhalb eines Jahres ein. Das sind 1.004 von insgesamt 1.058 Frauen. Nach acht Wochen wird ein Rezept bereits von 77,6 Prozent der weiblichen ‚definierten‘ Heavy User eingelöst. Bei den Männern lösen innerhalb eines Jahres 91,8 Prozent, das sind 828 von insgesamt 902 Männern der ‚definierten‘ Heavy User, ein Rezept ein. Nach acht Wochen wird von 68,74 Prozent der männlichen ‚definierten‘ Heavy User ein Rezept eingelöst, das sind im Verhältnis zu den Frauen fast zehn Prozent weniger, wobei sich diese „Schere“ innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr wieder „fast“ schließt.

Abbildung 21: Abstand zur ersten Rezepteinlösung – geschlechtsspezifisch



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Erläuterungen zur Einteilung der Medikamentengruppe:

Die Einteilung der Medikamentengruppe orientiert sich an das anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code). Hierbei handelt es sich um ein offiziell herausgegebenes, internationales Klassifikationssystem für Arzneistoffe, dessen Verwendung für internationale Untersuchungen zum Arzneimittelverbrauch erstmals 1981 von der WHO empfohlen wurde. Von der zentralen Koordinationsstelle WHO Collaborating Centre for Drug in Oslo wird das ATC-System seit 1982 jährlich überarbeitet und weiterentwickelt. Das erarbeitete Update wird einmal im Jahr veröffentlicht. Dieses Klassifikationsschema ermöglicht internationale und nationale Vergleiche bezüglich des Arzneimittelverbrauchs. Der siebenstellige ATC-Code unterteilt sich in fünf Ebenen. Auf der ersten Ebene wird den 14 anatomischen Hauptgruppen jeweils ein Buchstabe zugewiesen. Anschließend werden auf der zweiten Ebene mittels zwei Ziffern die therapeutischen Untergruppen zugeteilt. Auf der dritten Ebene wird mit Hilfe eines Buchstaben die therapeutische Untergruppe angegeben. Die vierte und fünfte Ebene bezieht sich auf die chemische Struktur der Arzneimittel. So wird auf der vierten Ebene die chemische Untergruppe mittels eines Buchstaben ausgewiesen und in der fünften Ebene wird der chemische Wirkstoff mit zwei Ziffern angegeben (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011).

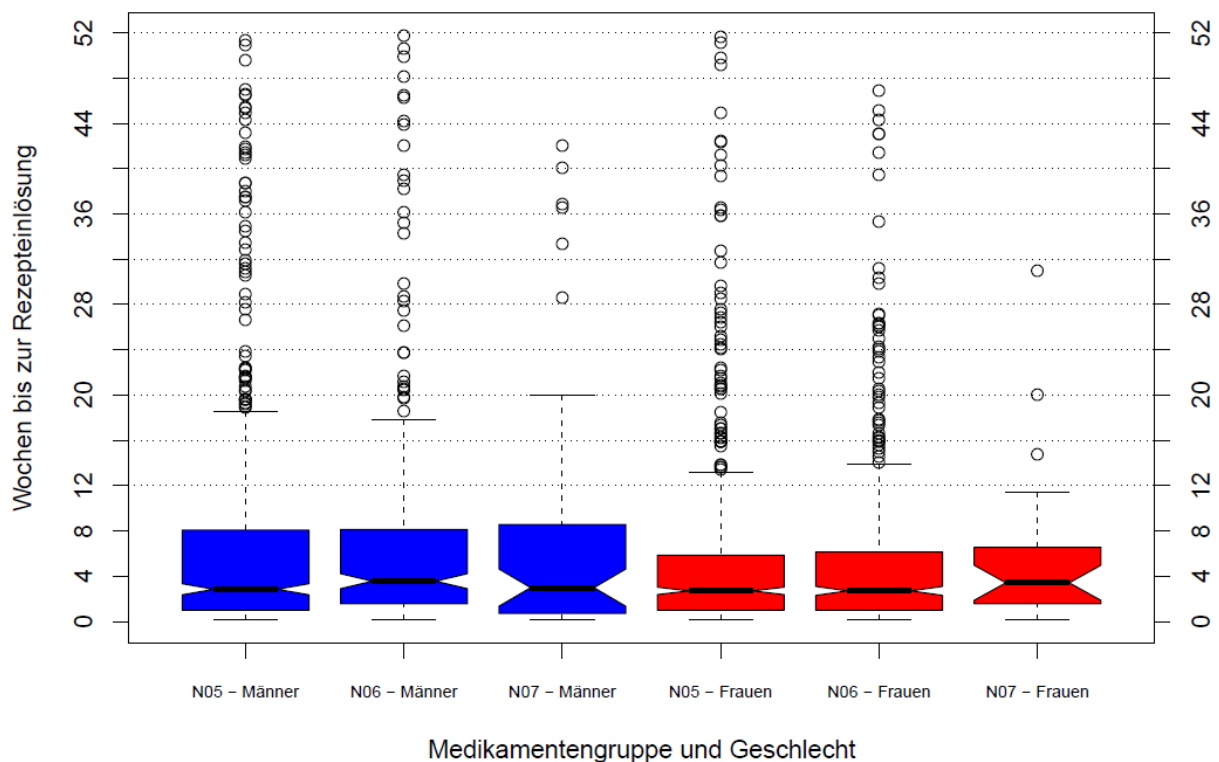
Wesentlich für diese Studie ist der ATC-N (Nervensystem) Code.

ATC N – Nervensystem:

- N01 – Anästhetika
- N02 – Analgetika
- N03 – Antiepileptika
- N04 – Antiparkinsonmittel
- N05 – Psycholeptika
- N06 – Psychoanaleptika
- N07 – Andere Mittel für das Nervensystem (vgl. Österreichische Schmerz Gesellschaft 2011).

Betrachtet man nun die Dauer der Rezepteinlösung geschlechtsspezifisch und nach den jeweiligen Medikamentengruppen (Abbildung 22), so kann auch hier grundsätzlich festgehalten werden, dass Frauen bei jeder Medikamentengruppe ihr Rezept früher als Männer einlösen.

Abbildung 22: Verteilung der Medikamente und Dauer bis zur Rezepteinlösung – geschlechtsspezifisch



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Bei genauerer Betrachtung der Kennwerte der einzelnen Boxplots (Tabelle 33) fällt auf, dass die Medikamentengruppe N05 (Psycholeptika) bei den Frauen am frühesten eingelöst wird. Bereits 75 Prozent der Frauen lösen ein Rezept dieser Medikamentengruppe spätestens nach 41 Tagen ein. Bei den Männern trifft dies bei dieser Medikamentengruppe nach 56,5 Tagen zu.

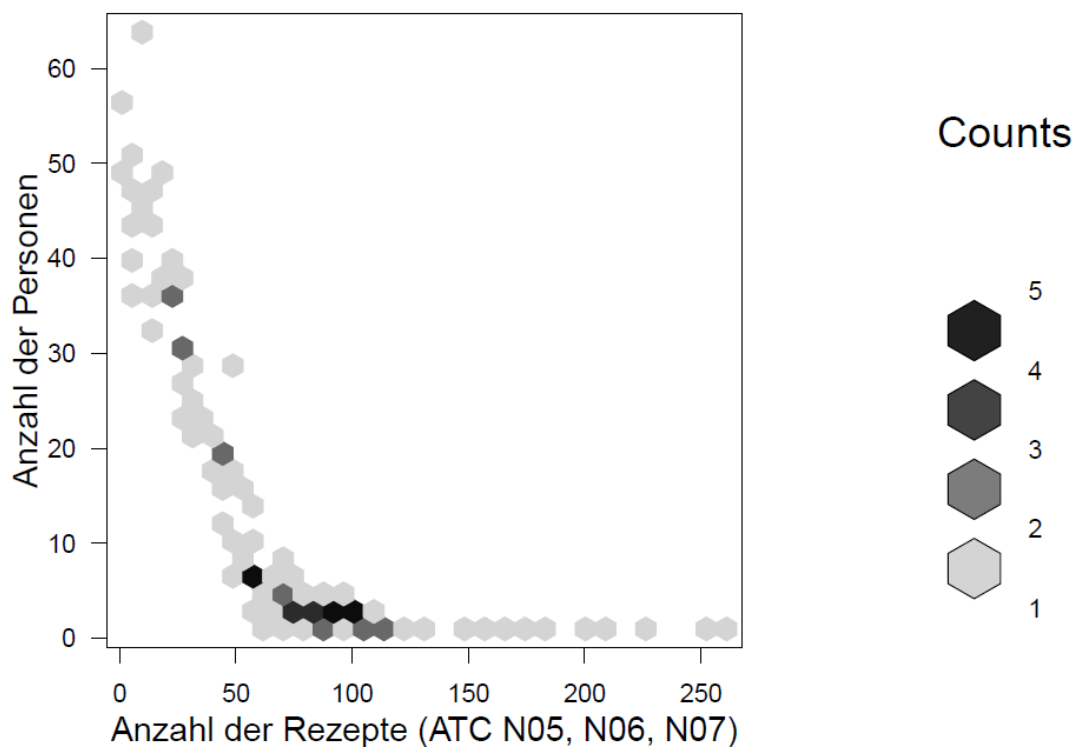
Tabelle 33: Kennwerte der Verteilung der Medikamente und Dauer bis zur Rezepteinlösung
– geschlechtsspezifisch

Medikamente/ Kennwerte in Tagen	Männer			Frauen		
	N05	N06	N07	N05	N06	N07
Minimum	1	1	1	1	1	1
Unteres Quartil (<= 25 %)	7	11	5	7	7	11
Median (<= 50 %)	20	25	21	19	19	24
Oberes Quartil (<= 75 %)	56,5	57	60	41	43	46
Maximum (ohne Ausreißer)	130	125	140	92	97	80
Quartilsabstand	49,5	46	55	34	36	35

Quelle: pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

Im Hinblick auf die Anzahl der eingelösten Rezepte (ATC N05, N06, N07) innerhalb des Folgejahres (Abbildung 23) lässt sich festhalten, dass von den insgesamt 1.960 ‚definierten‘ Heavy Usern 1.832 Personen (93,47 Prozent) ein Rezept innerhalb des Folgejahres einlösen. Im Durchschnitt löst der ‚definierte‘ Heavy User 27,69 Rezepte innerhalb eines Jahres ein. Die Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User löste somit innerhalb des Folgejahres insgesamt 50.736 Rezepte ein. Das Minimum liegt bei einem Rezept und das Maximum bei 261 Rezepten pro Person.

Abbildung 23: Anzahl der eingelösten Rezepte (ATC N05, N06, N07) innerhalb des Folgejahres



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

Hinsichtlich der Betrachtung nach Anzahl der Rezepte und der Personen (Tabelle 34) lässt sich festhalten, dass 87,3 Prozent der ‚definierten‘ Heavy User zwischen 0 – 50 Rezepte innerhalb des Folgejahres einlösen. 98,3 Prozent der insgesamt 1.832 Personen der ‚definierten‘ Heavy User erhalten bis zu 100 Rezepte innerhalb des Folgejahres. Zwei Personen lösten in diesem Zeitraum zwischen 251 und 300 Rezepte ein.

Tabelle 34: Anzahl der Rezepte und Personen der ‚definierten‘ Heavy User

Anzahl der Rezepte	Anzahl der Personen	Prozent	Kumulierte Prozent
0 – 50	1.599	87,3%	87,3%
51 – 100	202	11,0%	98,3%
101 – 150	20	1,1%	99,4%
151 – 200	7	0,4%	99,8%
201 – 250	2	0,1%	99,9%
251 – 300	2	0,1%	100%
Summe	1.832	100%	

Quelle: pro mente prævention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, pro mente austria 2011.

7. Diskussion

Die vorliegende Studie gibt einen Überblick über das Ausmaß und die Merkmale der Heavy User in den österreichischen Bundesländern Oberösterreich, Niederösterreich, Wien und Burgenland. Heavy User zeichnen sich durch einen erhöhten Konsum medizinischer Versorgungsleistungen aus. Die Gründe für die Vielnutzung dieser zur Verfügung stehenden medizinischen Ressourcen sind vielfältig und inhomogen (hierzu u.a. auch Roick et al. 2002a, 334). Unterschiede in der Inanspruchnahme dieser medizinischen Versorgungsleistungen können auf individueller und/oder struktureller Ebenen gesucht werden, d.h. die Intensität, Häufigkeit und Qualität der Inanspruchnahme dieser Leistungen unterliegen individuellen Merkmalen des Heavy Users (Diagnose, Geschlecht, Alter etc.) als auch strukturellen Gegebenheiten der Versorgungsleistung (Kontakthäufigkeit in ländlichen vs. städtischen Regionen, Betreuungsintensität etc.). Entlang medizinischer Leistungserbringungen sind die wichtigsten fünf Dimensionen für „heavy use“ in der Studie unter Operationalisierungskonzepten (Kapitel 3.2., Frick & Frick 2008) beschrieben und angeführt. Von den fünf genannten Dimensionen wurde auf die Anzahl der Hospitalisierungen bzw. Rehospitalisierungen fokussiert. Des Weiteren wurde die Verweildauer im stationären Bereich anhand der angeführten Einflussfaktoren statistisch untersucht und analysiert.

7.1. *Ergebnisse der ‚definierten‘ Heavy User*

An dieser Stelle sollen die zentralen Ergebnisse der deskriptiven Erhebung unter Berücksichtigung der individuellen und strukturellen Merkmale in allgemeiner Form nochmals zusammengefasst und dargestellt werden. Dabei wird ausschließlich auf die Merkmale der ‚definierten‘ Heavy User eingegangen. Die im Rahmen dieser Studie zugrunde gelegte Definition des Begriffes ‚definierter Heavy User‘ verlangt mindestens eine Entlassung aus einem Krankenhaus im Jahr 2007 mit einer F-Hauptdiagnose (ICD-10) und den Besuch einer psychiatrischen Abteilung zusätzlich zu den Bestimmungsmerkmalen des ‚potentiellen‘ Heavy Users.

Auf der Grundlage verschiedener Datensätze konnten in dieser Studie insgesamt 1.960 Personen als Heavy User (‚definierte‘ Heavy User) identifiziert werden. Das sind ca. 0,04 Prozent der Gesamtbevölkerung der oben genannten Bundesländer, wobei der relative Anteil an Heavy Usern in Oberösterreich – gefolgt von Niederösterreich, Wien und Burgenland – am höchsten ist. Besonders hervorzuheben ist die oberösterreichische Landeshauptstadt Linz, die den höchsten relativen Anteil an Heavy Usern aufweist. Die

Gründe für diese geographische Ballung bleiben leider unklar. Das Bundesland mit dem geringsten Anteil an Heavy Usern ist das Burgenland. Das bedeutet, dass in der vorliegenden Studie ein West-Ost-Gefälle festzustellen ist.

Die Gruppe der Heavy User besteht aus mehr Frauen als Männern (1.058 weiblich, 902 männlich). Dieser Unterschied erscheint schwer interpretierbar, zumal ein Review-Artikel von Roick et al. (2002b) berichtet, dass in bereits publizierten Studien sowohl ein signifikanter Überhang von Frauen als auch von Männern gefunden wurde. In der Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User zeigt sich hinsichtlich des Geschlechts ein signifikanter Geschlechtsunterschied. D. h. der männliche (41 Jahre) ist im Schnitt jünger als der weibliche Heavy User (45 Jahre).

Fast 95 Prozent der Heavy User besitzen die österreichische Staatsbürgerschaft. Zu Beginn des Jahres 2006 belief sich der Anteil von Menschen ohne österreichische Staatsbürgerschaft in den genannten Bundesländern auf 10,57 Prozent. Unter den Heavy Usern beträgt der Ausländeranteil⁵ jedoch nur 5,36 Prozent. Da davon auszugehen ist, dass die Prävalenzrate psychischer Erkrankungen unter AusländerInnen nicht von der der InländerInnen abweicht (vgl. Glaesmer et al. 2009), muss der relativ geringe Anteil an ‚definierten‘ Heavy Usern ohne österreichische Staatsbürgerschaft mit Hilfe anderer Einflussfaktoren erklärt werden. Möglicherweise fehlt es vielen MigrantInnen am notwendigen Wissen zur Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen. Auch Sprachbarrieren bzw. kulturgebundene Verständigungsprobleme und die damit zusammenhängenden Schwierigkeiten, Ängste und Frustrationen beim Versuch Unterstützung zu bekommen, können Gründe für den relativ kleinen Ausländeranteil in der Population der Heavy User sein (vgl. Koch et al. 2007; zusammenfassend Brucks 2004; Hartkamp 2004). Auch kann die Verunsicherung des Personals im Umgang mit ausländischen PatientInnen als möglicher Einflussfaktor nicht ausgeschlossen werden (vgl. z. B. Lindert et al. 2008).

Im Durchschnitt ist der ‚definierte‘ Heavy User dieser Studie im mittleren Erwerbsalter und 44 Jahre alt. Hier kommen andere Studien zu einem ähnlichen Ergebnis. So untersuchten Krautgartner et al. (2002) in einer Record-Linkage-Studie die Inanspruchnahme von Krankenhaustagen aller psychiatrischen stationären Einrichtungen in Niederösterreich mit dem Ergebnis, dass PatientInnen mit intensiver Inanspruchnahme von Krankenhaustagen im Durchschnitt 46 Jahre alt und 52,7 Prozent weiblichen Geschlechts sind. Kluge et al. (2002)

⁵ Der Terminus ‚Ausländer‘ bezieht sich auf all jene Menschen, die keine Staatsbürgerschaft vorweisen können. Als ‚Migranten‘ wird jene Gruppe von Menschen bezeichnet, die ihre Wurzeln im Ausland haben, womöglich aber im Besitz der Staatsbürgerschaft sind (z. B. MigrantInnen zweiter oder dritter Generation).

beifizern in ihrer Studie den high utilizer mit 48,3 Jahren und in der von Roick et al. (2004) durchgeführten Studie ist dieser mit 39 Jahren um sechs Jahre jünger als der/die NormalnutzerIn und mehrheitlich männlichen Geschlechts. Auch bei der von Richter et al. (2002, 366) durchgeführten Studie ist der Heavy User im mittleren Erwachsenenalter (44,46 Jahre).

Frauen sind bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus mit durchschnittlich 45,8 Jahren etwas älter als die Männer (mit durchschnittlich 41,7 Jahren). Auch sind Frauen im Schnitt länger in Behandlung als Männer; der weibliche Heavy User weist durchschnittlich 15 und der männliche 14 Belagstage bei der hier berücksichtigten dritten Krankenhausesentlassung auf. Insgesamt konsumierte der ‚definierte‘ Heavy User durchschnittlich 40,61 Belagstage pro Jahr. Der Durchschnitt der Krankenhausaufenthalte im Jahr 2007 in der Gruppe der Heavy User liegt bei 2,43 bei einem Maximum von 24 Besuchen.

Die häufigste Diagnose unter den Heavy Usern ist „Schizophrenie“ (F20, 17,14 Prozent), gefolgt von „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10, 15,87 Prozent) und „rezidivierende depressive Störungen“ (F33, 12,30 Prozent). Die Diagnosegruppen „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (F20-F29, 30,36 Prozent), „affektive Störungen“ (F30-F39, 26,73 Prozent) und „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10-F19, 20,36 Prozent) waren am häufigsten unter den Heavy Usern vertreten. Dieser Befund deckt sich weitgehend mit anderen Studien (vgl. Roick et al. 2002; Krautgartner et al. 2002). So berichten Roick et al. (2002a, 336) zusammenfassend, dass schizophrene sowie affektive Störungen in der Gruppe der Heavy User weit verbreitet sind. Substanzmissbrauch, z. B. durch Alkohol, wird jedoch in den meisten anderen Studien zur Heavy-User-Forschung lediglich als „Begleiterkrankung“ ausgewiesen, wobei diese komorbide Erscheinungen in vielen Fällen die Ursache für die wiederholte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen darstellt (vgl. ebd.).

Unabhängig von individuellen Schwankungen im Ausmaß der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen kann auf Ebene der aggregierten Daten (Makroebene) eine relativ konstante Belastung des Gesundheitssystems durch die Gruppe der Heavy User festgestellt werden. Ein Indiz dafür stellt die relativ gleichbleibende Verteilung der (Wieder-)Eintritte der Heavy User ins Krankenhaus in der vorliegenden Studie dar. Der ‚definierte‘ Heavy User löste innerhalb eines Jahres im Schnitt 27,69 Rezepte für Medikamente ein.

7.2. Limitationen der Studie

Im Rahmen der Interpretation der Ergebnisse dieser Studie müssen einige Limitationen in Kauf genommen werden:

(1) Zunächst ist zu erwähnen, dass es keine einheitliche Definition für den Ausdruck ‚Heavy User‘ gibt. So ziehen einige Autoren nur die Anzahl der Krankenhausaufenthalte als Kriterium für die Definition des Heavy Users heran; andere berücksichtigen hingegen auch die Dauer – d. h. die Anzahl der Behandlungstage. Ein weiteres Kriterium, das oftmals herangezogen wird, ist das der hohen Versorgungskosten eines Heavy Users (Roick et al., 2002a). Hier wird deutlich, dass die Definition des Ausdrucks ‚Heavy User‘ ein gewisses Maß an Willkür aufweist. Dies erschwert einerseits die Auswertung der zugrunde liegenden Daten, da je nach Definition auch die Stichprobe der untersuchten Personen variiert. Andererseits sind durch die unterschiedlichen Definitionen Vergleiche mit anderen Studien nur bedingt möglich.

(2) Die bisherigen Ergebnisse haben deskriptiven Charakter. Daher kann über die Ursachen für und Einflussfaktoren auf die Prävalenz und Verteilung der Heavy User und ihren Eigenschaften nur gemutmaßt werden. So deckt sich beispielsweise das Ergebnis, dass unter den Heavy Usern das Krankheitsbild der Schizophrenie weit verbreitet ist, mit anderen Studien. Die Diagnose Schizophrenie darf jedoch nicht ursächlich interpretiert werden, da hier die Basisrate zu berücksichtigen ist. Denn schizophrene PatientInnen werden generell im höheren Ausmaß stationär behandelt (vgl. auch Roick et al. 2002a). Ähnliche Basisrateneffekte sind auch bei einigen Geschlechtsunterschieden zu erwarten. Z. B. ist seit langem bekannt, dass Frauen weit häufiger an affektiven Störungen leiden als Männer (vgl. zusammenfassend Wittchen & Jacobi, 2006; Meller & Fichter, 2005). Daher erscheint es auch nicht verwunderlich, dass die vorliegende Studie einen höheren Anteil an weiblichen Heavy Usern ausweist.

(3) Im Rahmen der Heavy-User-Forschung ist die Personalisierung der Daten zwingend notwendig, da ansonsten z. B. die Häufigkeit der Wiedereintritte in ein Krankenhaus nicht personenbezogen analysiert werden können und damit die Identifikation der DrehtürpatientInnen nicht möglich ist. Diese Vorgehensweise birgt im Falle der vorliegenden Studie auch einen Nachteil, da relevante Vergleichsdaten (z. B. die Anzahl der Aufenthaltstage in der Statistik Austria) fallbezogen und nicht personenbezogen ausgewiesen sind. Daher ist der Vergleich mit Eigenschaften der „Normalbevölkerung“ in vielen Fällen schwierig.

(4) Des Weiteren weist die hier vorliegende Studie einige Besonderheiten auf, die die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt: Bei der Definition des Heavy User wurde der Fokus auf die Frequenz der (Re)Hospitalisierung gelegt. Andere Dimensionen bzw. Indikatoren blieben weitgehend unberücksichtigt (z. B. Anzahl und Dichte von Kontakten mit dem ambulanten Hilfesystem, Intensität / Qualität der durchgeführten Therapiemaßnahmen). Auch werden nur vier von neun der österreichischen Bundesländer untersucht. Somit können die Ergebnisse nicht auf die Gesamtbevölkerung Österreichs übertragen werden. Außerdem standen für die Auswertungen nur Daten der Krankenkassen und Krankenanstalten zur Verfügung. Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch die Gruppe der Heavy User, die nicht von den Krankenkassen aufgezeichnet werden, konnten leider nicht berücksichtigt werden. Es ist anzunehmen, dass dadurch einige DrehtürpatientInnen keinen Eingang in die Stichprobe der ‚definierten‘ Heavy User gefunden haben.

8. Ausblick

Zusammenfassend muss darauf hingewiesen werden, dass auf der Grundlage der vorliegenden Untersuchung nicht beurteilt werden kann, ob die konsumierten Leistungen der Heavy User gerechtfertigt bzw. ungerechtfertigt erscheinen. Ein Problem stellen die sog. DrehtürpatientInnen nur bei inadäquater Inanspruchnahme öffentlicher Leistungen dar. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Gruppe der Heavy User – relativ gesehen zu ihrer Anzahl – einen großen Anteil der Kosten im Gesundheitssystem verursachen (hierzu u. a. Frick & Frick 2010, Frick & Frick 2008, Dammann 2007, Richter et al. 2002, Spießl et al. 2002, Roick et al. 2004, Roick et al. 2003, Roick et al. 2002a, Roick et al. 2002b, Krautgartner 2002; Kuhl & Müller-Spahn 2006). Die Analyse dieser PatientInnengruppe erscheint daher geboten, auch um das Versorgungssystem besser auf die Situation der Heavy User abzustimmen. Hierfür würden sich qualitative Untersuchungen als günstig erweisen, zumal mit Hilfe quantitativer Analysen die Gruppe der Heavy User „nicht einfach durch bestimmte Merkmale charakterisiert werden kann“ (Kuhl & Müller-Spahn 2006, 27). Der in der Heavy User Forschung dominante quantitative Ansatz – Frick & Frick (2008, 43) finden in ihrer Heavy User Literaturanalyse lediglich zwei qualitative Forschungsansätze – scheint für eine detaillierte Kenntnisgrundlage der Nutzung psychiatrischer Versorgungsleistungen durch den Heavy User und deren individuellen Nutzungsrealitäten sowie subjektiver Handlungsweisen, kaum Ergebnisse bezüglich positiver Effekte der stationären sowie außerstationären Behandlung zu bieten. Qualitativ orientierte Studien könnten hier neue Erkenntnisse bringen.

Unabhängig von der methodologischen Ausrichtung stellt sich die Frage, auf welche Aspekte sich die Heavy-User-Forschung in Zukunft konzentrieren sollte. Prinzipiell lassen sich einzelnen Fragen zum Phänomen „Heavy User“ auf drei unterschiedlichen Analyse- und Beschreibungsebenen verorten:

- *Mikroebene* (individuelle Problemlage): Der Heavy-User und seine individuelle Problemlage, seine Merkmale, seine Bedürfnisse, seine Ressourcen;
- *Mesoebene*: (institutionelle Ebene): institutionelle Merkmale und Mechanismen zur Vermeidung bzw. Verstärkung des Phänomens „Heavy User“;
- *Makroebene*: Die gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Bedingungen und Folgen des heavy-using;

Grundsätzlich erscheint eine mehrdimensionale Betrachtungsweise des Heavy-User-Phänomens und eine Kombination quantitativer und qualitativer Methoden sinnvoll; zumal die bisherige Forschung gezeigt hat, dass die Erklärung durch individuelle Merkmale zu kurz greift. Hier besteht noch Forschungsbedarf, v. a. um einen effizienten Umgang mit Heavy Usern zu ermöglichen.

Aufbauend auf die hier vorliegenden deskriptiven Ergebnissen erscheint es sinnvoll – im Zuge von weiteren Untersuchungen – folgende Fragestellungen zu beforschen:

(1) In den vorliegenden Daten ist in der Verteilung der Heavy User ein West-Ost-Gefälle festzustellen. Durch eine Erweiterung der Studie auf die Bundesländer Steiermark, Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg könnte ein umfassenderer, österreichweiter Blick generiert werden.

(2) Eine wichtige Zielgruppe für das Thema Prävention sind seit jeher Kinder und Jugendliche. Die vorliegenden Daten zeigen einerseits einen erheblichen Anstieg in der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte ab der Jugendphase, insbesondere vom 19ten bis zum 28sten Lebensjahr. Andererseits sind signifikante geschlechtsspezifische Differenzen festzustellen. Diesbezüglich könnten durch weitere Erhebungen sowohl quantitativer als auch qualitativer Natur v. a. bezüglich „kritischer Phasen“ (z. B. Dynamik der Pubertät und Adoleszenz, Ein- und Ausschlüsse aus den verschiedenen sozialen Systemen) und im Längsschnitt zielgruppenspezifische Erkenntnisse gewonnen werden.

(3) Die vorliegende deskriptiv ausgerichtete Studie gibt einen Überblick über die Verteilung verschiedener Merkmale der Heavy User in quantitativer Hinsicht. Notwendigerweise – dazu ergänzend – bräuchte es qualitative Studien, um der sehr heterogenen Zielgruppe gerecht zu werden.

(4) Des Weiteren basiert diese Studie auf Sozialversicherungsdaten und fokussiert somit auf den Strukturlogiken des Gesundheitssystems. Eine Berücksichtigung von Daten aus dem ambulanten/außerstationären Bereich ist sinnvoll, um den gesamten Lebensverlauf und die Inanspruchnahme ambulanter/außerstationärer Leistungen abbilden zu können. Diese exemplarische Verknüpfung von Gesundheits- und Sozialdaten würde großen Aufschluss darüber geben, wie, wann und wo, welche Interventionen stattfinden, wirken und gesetzt werden sollten.

(5) Die Tatsache, dass im mittleren Erwerbsalter von ca. 45 Jahren die größte Häufung von Heavy Usern festzustellen ist, führt zu folgenden weiteren Fragestellungen: Verknüpfung bisheriger Heavy-User-Forschung auf Basis der hier vorliegenden deskriptiven Ergebnisse mit der Lebensverlaufsforschung, der Critical-Life-Event-Forschung und weiteren wichtigen Forschungsansätzen aus den Themenfeldern „soziale Ungleichheit“, „Armut“, „Migrationssoziologie“ und „Randgruppenforschung“.

(6) Gibt es noch zusätzliche als die in dieser Studie angeführte Indikatoren zur Früherkennung von ‚definierten‘ Heavy Usern (z. B. Rückschlüsse aufgrund von differenzierter Betrachtungsweise der Aufenthaltsdauer des ‚potentiellen‘ und ‚definierten‘ Heavy Users im stationären Bereich)? Es ist zwar der Weg vom potentiellen zum definierten Heavy User auf Basis des Studiendesigns vorgegeben – es ist aber nicht bekannt, wie dieses „heavy using“ auf individueller Ebene (sowohl auf persönlicher als auch auf sozialstruktureller Ebene) zustande kommt.

(7) Auf Basis der hier vorliegenden Daten gibt es einen klaren geographischen Zusammenhang zwischen der Dichte an stationären Angeboten (in den Städten, v. a. OÖ) und der Häufigkeit von Heavy Usern. Die Gründe für diesen signifikanten Zusammenhang sind ungeklärt – sollten aber in strukturierter Art und Weise geklärt werden. Neben dem bekannten Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“ ist es aber auch notwendig, das Thema „Stadt – Land“ bezüglich psychischer Gesundheit bzw. Krankheit mit einzubeziehen, Binnenmigrationsströme von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Stigma und soziale Ausgrenzung, Anonymität versus Bekanntheit im Gemeindeverbund und vieles weitere mehr zu thematisieren.

(8) Es ist aus dieser Studie nicht ersichtlich, wie der Weg vom ‚potentiellen‘ zum ‚definierten‘ Heavy User – außer auf Basis des Studiendesigns (Ein- und Ausschlusskriterien) – nachgezeichnet werden kann. Dieses „Nachzeichnen“ könnte sowohl auf Basis weiterer Indikatoren im Sinne der Dimensionen der Operationalisierungskonzepte aus der Heavy User-Forschung generiert werden als auch mithilfe eines stichprobenförmigen Vergleichs zwischen potentiellen und definierten Heavy Usern gemacht werden.

(9) Die hier vorliegenden Daten geben einen guten Überblick aus der Perspektive der Versorgungsforschung. In der alltäglichen Praxis der psychosozialen/sozialpsychiatrischen

Arbeit im ambulanten/außerstationären Kontext ist das Phänomen „Heavy User“ ein Thema, das in der letzten Zeit mit neuen, international anerkannten Konzepten und Ansätzen auf sehr wirksame Art und Weise entgegnet wurde (z. B. need adapted treatment, community assertive treatment u. ä.). Richtet man den Blick von der strukturellen Problemlage zur individuellen Lösungsoption, wäre es hier von großem Interesse, anhand von Pilotprojekten diese internationalen Erkenntnisse auch in Österreich umzusetzen.

(10) Abschließend sind noch einige Daten aus der Rezepteinlösung und der Diagnose-Verteilung (auf allen Ebenen also sowohl auf die einzelne Diagnose abgestellt als auch im Sinne von Diagnosegruppen, Wechselwirkungen verschiedenster Diagnosen und „neuere“ Entwicklungen in der Diagnose-Forschung) sinnvoll anhand von soziodemographischen Daten zu untersuchen.

9. Literaturliste

Arfken, C., L. Zeman, L. Yeager, E. Mischel & A. Amirsadri (2002). Frequent visitors to psychiatric emergency services: staff attitudes and temporal patterns. *J of Behavioral Health Services & Research* 29(4): 490-496.

Arfken, C., L. Zeman, L. Yeager, A. White, E. Mischel & A. Amirsadri (2004). Case-control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service. *Psychiatric Services* 55: 295-301.

Bergh, H., A. Baigi, B. Fridlund & B. Marklund (2006). Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health* 120: 229-236.

Bobo, W., C. Hoge, M. Messina, F. Pavlovic, D. Levandowski & T. Grieger (2004). Characteristics of repeat users of an inpatient psychiatry service at a large military tertiary care hospital. *Mil Med* 169(8): 648-653.

Brucks, U. (2004). Migration und psychische Erkrankung. Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland. *psychoneuro*, 30(4): 228-231.

Bundeskanzleramt: Rechtsinformationssystem (2010). Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Statistikverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, Fassung vom 06.07.2010, Wien. Downloadbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?> (6.07.2010).

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000). *DIAGNOSENSCHLÜSSEL ICD-10 BMSG 2001. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, BMSG-Version 2001 Band I: Systematisches Verzeichnis.* Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2010). *Das österreichische LKF-System.* Wien. Downloadbar unter: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/8/CH1164/CMS1098272734729/lkf-broschuere_bmg_2010_end.pdf (6.02.2011).

Casper, E. & J. Regan (1993). Reasons for admission among six profile subgroups of recidivists of inpatient services. *Can J Psychiatry* 38(10): 657-661.

Chapireau, F. (2005). Les nouveaux longs séjours en établissements de soins spécialisés en psychiatrie: résultats d'une enquête nationale sur un échantillon représentatif (1998 2000). *L'Encéphale* 31: 466-476.

Chaput, Y. & M. Lebel (2007). Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 58(3): 335-341.

Christen, S. & L. Christen (2005). Basisdaten Psychiatrie 2003 - Beschreibung der stationären Behandlungen psychischer Störungen in der Schweiz. Web-Publikation des Obsan. OBSAN. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Dhossche, D. & S. Ghani (1998). A study on recidivism in the psychiatric emergency room. *Ann Clin Psychiatry* 10(2): 59-67.

Dammann, G. (2007). Für eine „Neue Sozialpsychiatrie“: Aktuelle Brennpunkte und Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung im Spannungsfeld von integrativen und gesundheitsökonomischen Perspektiven. *Fortschr Neurol Psychiat* 75: 593-606.

Dielentheis, T. & S. Priebe (2002). PatientInnenmerkmale, Behandlungsdauer und Kosten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell. Eine Analyse über 23 Jahre. *Psychiat Prax* 29: 186-193.

Frick, U. & Frick, H. (2008). Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen: Vertiefungsstudie „Heavy User“ – Literaturanalyse. (Obsan Forschungsprotokoll 5), Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Downloadbar unter: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.Document.105425.pdf> , 2.02.2010.

Frick, U. & Frick, H. (2010). „Heavy Use“ in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Obsan Dossier 11). Neuchâtel: Schweizer Gesundheitsobservatorium. Downloadbar unter: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.Document.132209.pdf , (05.04.2011).

Freyberger, H., I. Ulrich, M. Dudeck, S. Barnow, K. Kleinwort & I. Steinhart (2004). Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur "Systemsprengerproblematik" in Mecklenburg-Vorpommern. Sozialpsychiatrische Informationen: Manuskriptfassung. Downloadbar unter: <http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/MPSystemsprengerPublikation2.pdf> , 28.01. 2010.

Freyberger, H., I. Ulrich, S. Barnow & I. Steinhart (2008). Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen – eine Untersuchung zur "Systemsprengerproblematik" in Mecklenburg-Vorpommern. *Fortschr Neurol Psychiat* 76: 106-113.

Geller, J. (1992). A report on the "worst" state hospital recidivists in the U.S. *Hospital & Community Psychiatry* 43(9): 904-908.

Glaesmer, H., U. Wittig, E. Brähler, A. Martin, R. Mewes & W. Rief (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax*, 36(1): 16-22.

Goldman, H. & C. Taube (1988). High users of outpatient mental health services II: Implications for practice and policy. *Am J Psychiatry* 145(1): 24-28.

Guthrie, E., J. Moorey, F. Margison, H. Barker, S. Palmer, G. McGrath, B. Tomenson & F. Creed (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry* 56: 519-526.

Harrison-Read, P., B. Lucas, P. Tyrer, J. Ray, K. Shipley, S. Simmonds, M. Knapp, A. Lowin, A. Patel & M. Hickman (2002). Heavy users of acute psychiatric beds: randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London borough. *Psychological Medicine* 32: 403-416.

Hartkamp, N. (2004). Psychiatrie und Migration: Forschungsperspektiven. *psychoneuro*, 30(2): 109-111.

Hartwell, S. (1998). Treatment-seeking patterns of chronic recidivists. *Qual Health Res* 8(4): 481-494.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2011). ATC-Code-Erklärung. Wien. Downloadbar unter:
http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow;jsessionid=C90BA82A27B34A8B37FBCAB9BB44BE8B.jbport_271_1a?p_pubid=642343&action=2&p_menuid=70129&p_tabid=5#pd935139 (15.03.2011)

Hildebrandt, D., J. Westfall, R. Nicholas, P. Smith & J. Stern (2004). Are frequent callers to family physicians high utilizers? *Ann Fam Med* 2: 546-548.

Hiller, W. & M. Fichter (2004). High utilizers of medical care. A crucial subgroup among somatizing patients. *J Psychosom Research* 56: 437-443.

Hoff, R. & R. Rosenheck (1998). Long-term patterns of service use and cost among patients with both psychiatric and substance abuse disorders. *Medical Care* 36(6): 835-843.

Hoffmann, H., T. Hubschmid (1989). Die soziale Abhängigkeit des LangzeitPatientInnen – Eine Untersuchung im sozialpsychiatrischen Ambulatorium. *Psychiat. Prax.* 16, 1-7.

Hofmann, W., Gougleris, G., Panzer, E., Tigiser, E., Warken, R., Zimmer, F.P. (1992). Mehrfachaufnahmen im psychiatrischen Krankenhaus – eine Untersuchung zur Situation so genannter „Drehtür-PatientInnen“. *Psychiat Prax*, 19, 217-224.

Hunt, K., E. Weber, J. Showstack, D. Colby & M. Callahan (2006). Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med* 48(1): 1-8.

Huttner, D. (2006). Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer PatientInnen. Analyse über einen Zeitraum von 9 Jahren. Dissertation, LMU München. Downloadbar unter:

http://edoc.ub.uni-muenchen.de/5026/1/Huttner_Dorothea.pdf, 2. 02. 2010.

Jiwa, M. (2000). Frequent attenders in general practice: an attempt to reduce attendance. *Family Practice* 17(3): 248-251.

Junghan, U. & H. Brenner (2006). Heavy use of acute in-patient psychiatric services: the challenge to translate a utilization pattern into service provision. *Acta Psychiatr Scand* 113(Suppl 429): 24-32.

Kales, H., F. Blow, L. Copeland, R. Bingham, E. Kammerer & A. Mellow (1999). Health care utilization by older patients with coexisting dementia and depression. *Am J Psychiatry* 156: 550-556.

Kapur, K., A. Young & D. Murata (2000). Risk adjustment for high utilizers of public mental health care. *J Mental Health Policy Econ* 3(129-137).

Kluge, H., C. Kulke, A. Waldmann, A. Werge-Reichenberger, A. Steffens, T. Kallert & T. Becker (2002). High utilizer in Sozialpsychiatrischen Diensten. *Psychiat Prax* 29: 374-380.

Kent, S. & P. Yellowlees (1994). Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital & Community Psychiatry* 45(4): 347-350.

Kluge, H., T. Becker, T. Kallert, H. Matschinger & M. Angermeyer (2007). Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste - eine Mehrebenenanalyse. *Psychiat Prax* 34: 20-25.

Kluge, H., C. Kulke, A. Waldmann, A. Werge-Reichenberger, A. Steffens, T. Kallert & T. Becker (2002). High utilizer in Sozialpsychiatrischen Diensten. *Psychiat Prax* 29: 374-380.

Koch, E., Norbert H. & M. Schouler-Ocak (2007). PatientInnen mit Migrationshintergrund – eine Umfrage zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung. *Psychiat Prax*, 34(7): 361-362.

Kolbasovsky, A. & R. Futterman (2007). Predicting psychiatric emergency room recidivism. *Manag Care Interface* 20(4): 33-38.

Krautgarnter, M., M. Scherer & H. Katschnig (2002). Psychiatrische Krankenhaustage: Wer konsumiert die meisten? Eine Record-Linkage Studie über fünf Jahre in einem österreichischen Bundesland. *Psychiat Prax* 29: 355-363.

Kuhl, H.-C. & Müller-Spahn, F. (2006). Psychiatrische Rehospitalisierungen in Basel-Stadt. Häufigkeit, Abstand und Einflussfaktoren. *Psychiatrie* 4: 27-32.

Kuhlmey, A., M. Winter, A. Maaz, W. Hofmann, J. Nordheim & C. Borchert (2003). Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens - Ein Beitrag zur altersspezifischen Versorgungsforschung. *Z Gerontol Geriat* 36: 233-240.

Lefevre, F., D. Reifler, P. Lee, M. Sbenghe, N. Nwadiaro, S. Verma & P. Yarnold (1999). Screening for undetected mental disorders in high utilizers of primary care services. *J Gen Intern Med* 14: 425-431.

Lewis, T. & P. Joyce (1990). The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. *Acta Psychiatr Scand* 82(2): 130-135.

Lin, E., P. Goering, A. Lesage & D. Streiner (1997). Epidemiologic assessment of overmet need in mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32: 355-362.

Lindert, J., S. Priebe, S. Penka, F. Napo, M. Schouler-Ocak & A. Heinz (2008). Versorgung psychisch kranker PatientInnen mit Migrationshintergrund. *Psychother Psych Med*, 58(3/04): 123-129.

MacLean, L. & A. Richman (2001). Resource absorption in a health service system. *Health Care Manag Science* 4(4): 337-345.

Meller, I. & M. M. Fichter (2005). Psychiatrische Epidemiologie. In: Möller, Hans-Jürgen, Laux, Gerd & Kapfhammer, Hans-Peter (2005). *Psychiatrie & Psychotherapie*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer, 49-68.

Nordheim, J., A. Maaz, M. Winter & A. Kuhlmei (2006). Vielnutzung von Krankenversicherungsleistungen im Alter - eine Analyse von Krankenhaus- und Arzneimitteldaten. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh.wes* 100: 609-615.

Österreichische Post Aktiengesellschaft (2010). PLZ-Verzeichnis Jänner 2010. Wien. Downloadbar unter: http://www.post.at/files/PLZ_Verzeichnis_JAN10.xls (15.04.2010).

Österreichische Schmerz Gesellschaft (2011). Schmerznetz Österreich. Wien. Downloadbar unter: <http://www.schmerznetz.at/ATC=N.phtml> (15.03.2011)

Rabinowitz, J., M. Mark, M. Popper, M. Slyuzberg & H. Munitz (1995). Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 30(2): 65-72.

Roick, C. (2002a). Heavy User: Geheimnisvolle Forschung. *Psychiat Prax* 29: 331-333.

Roick, C., A. Gärtner, D. Heider & M. Angermeyer (2002b). Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiat Prax* 29: 334-342.

Roick, C., D. Heider, R. Kilian & M. Angermeyer (2002c). PatientInnen mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. Eine Analyse von Krankenkassendaten aus der Stadt Leipzig. *Psychiat Prax* 29: 343-349.

Roick, C., D. Heider & M. Angermeyer (2003). Entwicklung eines Screening-Instruments zur Identifikation von PatientInnen mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. *Psychiat Prax* 71: 378-386.

Roick, C., D. Heider, Stengler-Wenzke, K. & M. Angermeyer (2004). Analyse starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. *Psychiat Prax* 31: 241-249.

Richter, D., K. Berger & B. Eikermann (1999). Was kennzeichnet den psychiatrischen ProblemPatientInnen? *Fortschr Neurol Psychiat* 67: 21-28.

Richter, D., A. Venzke, J. Settelmayer & T. Reker (2002). Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker PatientInnen in die stationäre psychiatrische Behandlung - Heavy User oder chronisch Kranke? *Psychiat Prax* 29(7): 364-368.

Segal, S., P. Akutsu & M. Watson (1998). Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiatric Services* 49: 1212-1217.

Sommer, J. & O. Biersack (2006). Hochkostenfälle in der Krankenversicherung. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung. f. G. Bundesamt. Bern, BAG.

Spießl, H., B. Hübner-Liebermann, H. Binder & C. Cording (2002). "Heavy Users" in einer psychiatrischen Klinik - Eine Kohortenstudie mit 1811 PatientInnen über fünf Jahre. *Psychiat Prax* 29: 350-354.

Statistik Austria (o. J.). SDB – Statistical database. Wien. Downloadbar unter: http://www.statistik-austria.at/web_en/publications_services/superstar_database/index.html (15.03.2010).

Statistik Austria (2006). Probezählung 2006. Wien. Downloadbar unter: http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/registerzaehlung/probezaehlung_2006/index.html (15.03.2010).

Weig, W. & C. Cording, Eds. (1998). Der "schwierige" Patient im Psychiatrischen Krankenhaus. Schriftenreihe der BDPK. Regensburg, Roderer.

Wittchen, H.-U. & F. Jacobi (2006). Epidemiologie. In: Stoppe G., A. Bramesfeld & F. Schwartz (2006). Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Heidelberg: Springer, 15-39.