

Benchmarkbildung in der stationären Depressionsbehandlung

Teil 2: Doppelt so krank heisst viermal so lang?

E.K. Hermann, R. Häusler, E. Hürlimann, W. Lang und R. Vauth

Nachdem Teil 1 dieses Beitrags (Heft 4/2007, S. 21–24) sich mit dem Thema «Wie aussagekräftig ist die Behandlungsdauer?» beschäftigt hat, steht nun die Frage im Mittelpunkt, wie sich die Schwere der Symptomatik bei Behandlungsbeginn auf die Dauer der Behandlung auswirkt. Dabei zeigt sich, dass der Zusammenhang nicht linear, sondern eher quadratisch zu sein scheint. Etwas schwerere Symptomatik hat eine deutlich längere Behandlungsdauer zur Folge.

Einleitung

Die Frage, ob sich bei der Behandlung von psychischen Störungen Gesetzmässigkeiten bezüglich der Genesung respektive Rückbildung von Symptomen erkennen lassen, ist seit zirka zehn Jahren Gegenstand einzelner Untersuchungen. Metaanalysen dazu finden sich jedoch nur wenige. Eine davon ist die von Haby et al. aus dem Jahr 2006.

Patientenkollektiv und Methode

In die Untersuchung eingegangen sind 148 Patientinnen aus der Psychiatrischen Klinik Meissenberg (PKM). Die Psychiatrische Klinik Meissenberg hat vor vier Jahren einen störungsspezifischen Behandlungsansatz implementiert und in der Zwischenzeit ein darauf abgestimmtes Qualitätssicherungssystem aufgebaut (10). Die Daten beziehen sich auf 148 Patientinnen aus dem Jahr 2005.

Ergebnisse

Schwere der Erkrankungen und Behandlungsdauer

Es zeigt sich, dass die Behandlungsdauer ansteigt, je gravierender der Krankheitszustand bei Eintritt ist. *Tabelle 1* gibt einen Überblick über den Zusammenhang von Schwere der Erkrankung und Behandlungsdauer. Bemerkenswert ist, dass die Patienten mit der längsten Verweildauer in der Klinik Meissenberg auch die grössten Effektstärken (ES) aufwiesen. Am längsten blieben die Patientinnen mit der schwersten Eintrittssymptomatik und mit der grössten Effektstärke bezüglich der Behandlung. Es zeigt sich in dieser Analyse, dass ein Vergleich, welcher nur die Behandlungsdauer beachtet, der vielfältigen Graduierung des Krankheitsbilds kaum gerecht wird. Diese Frage, nämlich wie sich eine schwerere Erkrankung auswirkt, ist Gegenstand der zweiten Fragestellung.

Tabelle 1:

Zusammenhang von Schwere der Erkrankung und Behandlungsdauer

	Dauer	Abnahme BDI-Werte	Effektstärke
Leichte depressive Episode (BDI ≤ 22)	< 4 Wo	20,3 → 7,3	1,5
Leichte depressive Episode (BDI > 22)	4–7 Wo	26,3 → 7,4	1,3
Mittelschwere depressive Episode	8–11 Wo	27,5 → 9,8	1,4
Schwere depressive Episode	mehr als 11 Wo	28,2 → 13,1	1,7
Total	10–11 Wo	27,3 → 10,6	1,5

BDI = Beck-Depressions-Inventar (normal ≤ 12); Effektstärke (> 0,8: ES = gross)

Schwere der Eintrittssymptomatik und Behandlungsfortschritt

Wie verhält sich die pro Woche erreichbare Veränderung in Abhängigkeit von der Schwere der Symptomatik bei Behandlungsbeginn? *Tabelle 2* zeigt die Werte für das Verfahren BDI (Beck-Depressions-Inventar), das Verfahren B-L (Beschwerde-Liste nach van Zerssen) sowie die SCL-90 (Symptom-Check-List) in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. Die linke Spalte zeigt dabei jeweils

Tabelle 2:

Veränderungen der Rohwerte pro Woche in Abhängigkeit von der Schwere der Eintrittssymptomatik (Stichprobe PKM)

		Reduktion der Depressivität (BDI-Werte)		Reduktion der körperlichen Beschwerden (B-L)		Reduktion der Symptombelastung (SCL-90)	
		Total	pro Woche	Total	pro Woche	Total	pro Woche
Leichte depressive Störung (BDI ≤ 22)	< 4 Wochen	13,0	3,3	14,3	3,6	12,7	3,2
Leichte depressive Störung (BDI > 22)	4–7 Wochen	18,9	3,4	11,9	2,2	17,4	3,2
Mittelschwere depressive Episode	8–11 Wochen	17,7	2,0	15,0	1,6	18,8	2,0
Schwere depressive Episode	> 12 Wochen	15,1	1,3	14,2	1,2	7,3	0,6

die Totalveränderung innerhalb des Behandlungsintervalls, die rechte die pro Woche erreichte Verbesserung. Es zeigt sich, dass bei allen drei Variablen Patientinnen mit einer schwereren Erkrankung (und einer daraus resultierenden längeren Verweildauer) pro Woche weniger Fortschritte machen als Patientinnen mit einer leichten Erkrankung. Eine schwerere Eintrittssymptomatik, zum Beispiel um das Doppelte, hat somit nicht eine Verdoppelung der Behandlungsdauer zur Folge, denn, weil die pro Woche erreichbaren Veränderungen geringer ausfallen (im Verfahren B-L beispielsweise betragen sie nur ein Drittel der Besserung von leicht depressiven Patientinnen), erfordert sie eine wesentlich, überproportional längere Behandlungsdauer.

Tabelle 3:

Reduktion des Behandlungseffekts pro Woche in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung für Patientinnen in der PKM

	Mittlere Ausgangswerte (BDI-Rohwertpunkte)	ES	ES/Woche	Abnahme der ES pro BDI-Rohwert
Leichte depressive Episode (BDI ≤ 22)	20,3	1,5	0,43	0,03
Leichte depressive Episode (BDI > 22)	26,3	1,3	0,24	0,07
Mittelschwere depressive Episode	27,5	1,4	0,15	0,02
Schwere depressive Episode	28,2	1,7	0,13	

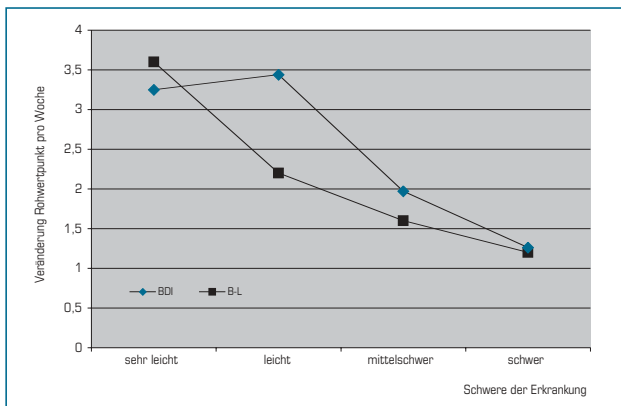


Abbildung: Veränderung in Rohwertpunkten pro Woche – in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung

In der *Abbildung* sind die Variablen BDI und B-L und ihre Veränderung pro Woche in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung exemplarisch dargestellt. Der Verlauf macht dabei deutlich, dass bei schwererer Eintrittssymptomatik die pro Woche erreichbaren Fortschritte kleiner ausfallen. Eine unidimensionale Benchmarkbildung würde somit dem Effekt der unterschiedlichen Reagibilität in Abhängigkeit von der Schwere der Eintrittssymptomatik nicht gerecht werden.

Tabelle 3 zeigt in den Spalten 1 und 2 die Ausgangswerte sowie die Effektstärken. Spalte 3 zeigt dann, um wie viel sich die Effektstärke pro Behandlungswoche reduziert. Dieser Wert rechnet sich, indem die Differenz zwischen erster und zweiter Zeile von Spalte 3 durch die Differenz von erster und zweiter Zeile von Spalte 1 dividiert wird. Der so resultierende Kennwert ist dann in Spalte 4 dargestellt. Sinngemäß wird dies dann für die Zeilen 3 und 4 fortgeführt.

Für eine sehr leichte depressive Episode kann pro Woche eine Reduktion der Symptomatik in der Grössenordnung von 0,43 Effektstärken erreicht werden. Bei einer schweren depressiven Episode sind es noch 0,15 Effektstärken pro Woche. Spalte 4 schliesslich zeigt die Abnahme der Effektstärke pro BDI-Rohwertpunkt. Von einer sehr leichten zu einer leichten depressiven Episode beträgt die Abnahme 0,03 Effektstärken, von einer leichten zu einer mittelschweren 0,07 und von einer mittelschweren zu einer schweren depressiven Episode 0,02 Effektstärken pro BDI-Rohwertpunkt.

Diskussion

Im Beitrag wurde der Frage nachgegangen, ob unabhängig von der Schwere der Eintrittssymptomatik ein vergleichbarer Effekt innerhalb des gleichen Behandlungsintervalls erreicht werden kann. Hier wurde aufgezeigt, dass schwere Erkrankungen nicht nur proportional länger benötigen, sondern insofern ein Multiplikationseffekt besteht, als schwerere Erkrankungen weniger rasch und weniger stark auf die Behandlung ansprechen. Zwar erreichen auch schwer Kranke eine Verbesserung, welche derjenigen von leicht bis mittelschwer Kranken entspricht. Um jedoch den gleichen Effekt zu erreichen,

dauert es bis zu dreimal länger. Gesetzmässigkeiten wie die vorstehend beschriebenen sind zurzeit weder allseits etabliert noch bekannt. Bevor also eine Benchmarkbildung reduktionistisch anhand unidimensionaler Qualitätsindikatoren (wie im Beispiel hier anhand der blossen Behandlungsdauer) vorgenommen wird, sind zum Beispiel Fragen der Effektivität von Behandlungen in Abhängigkeit von der Schwere der Eintrittssymptomatik genauer zu erforschen. Diese Forderung gilt selbstverständlich für Behandlungen in der ambulanten Praxis gleichermaßen – auch dort fehlen die für eine Kostengutsprache erforderlichen Referenzwerte!

Vergleicht man die in der Literatur von Haby et al. (11) referierten 0,02 Effektstärken, welche pro Woche Behandlung gewonnen werden, so bleibt dies deutlich hinter den Effektstärken zurück, die im stationären Setting erreichbar sind. Hier konnten wir für Patienten mit einer ersten depressiven Episode Effekte zwischen 0,15 und 0,19 pro Woche errechnen. Für rezidivierende depressive Episoden betragen die Veränderungen 0,12 Effektstärken minimal, respektive 0,16 maximal. Unter stationären Bedingungen wird somit pro Tag ein Effekt erreicht, wie er unter ambulanten Bedingungen in einer Therapiewoche erreicht wird.

In der vorliegenden Studie, die stationäre Bedingungen abbildet, hatte eine schwerere Eintrittssymptomatik zur Folge, dass die Behandlung auch länger dauerte. Obwohl der Behandlungseffekt insgesamt auch bei schwererer Eintrittssymptomatik nicht abnahm, ja bei der Gruppe mit einer schweren depressiven Episode mit 1,7 sogar über dem Effekt der Gruppe mit einer leichten depressiven Episode (1,5) lag, findet sich eine sinngemässe Bestätigung der Befunde von Haby et al. Während bei leichten depressiven Episoden pro Woche eine Effektstärke von 0,45 erreicht wird, sinkt der Therapieeffekt pro Woche bei der Gruppe mit einer schweren depressiven Episode auf 0,13 Effektstärken pro Woche. Dies entspricht auch den Befunden einer Zürcher Untersuchung von Lauber, Lay und Rossler im Jahr 2006 (13). Weiter zeigten schon frühere Studien zur Verkürzung stationärer Verweildauer bei resistenter Symptomatik (slow response), dass diese mit höherer Restsymptomatik bei Entlassung und damit ungünstigeren poststationären Verläufen erkauft wird (Liebermann et al. [14], Gostautas et al. [6]).

Nicht direkt vergleichbar sind die berichteten Veränderungen des Therapieeffekts in Abhängigkeit von der Schwere der Eintrittssymptomatik. Unter ambulanten Bedingungen wird eine Reduktion um 0,09 Effektstärken Standard je BDI-Rohwertpunktzunahme berichtet. Analog zu den kontrollierten Studien zeigt sich, dass eine Zunahme der Schwere der Eintrittssymptomatik auch mit einer Reduktion der Effektstärke, welche pro Woche erreicht werden kann, einhergeht. Diese Reduktion variiert dabei zwischen 0,02 und 0,07 Effektstärken pro BDI-Rohwertpunkt. Diese Werte liegen etwas unter den 0,09 Effektstärken, wie sie für kontrollierte Studien berichtet wurden. Übereinstimmend allerdings zeigt sich, dass ein häufig zu beobachtendes statistisches Gesetz (je schwerer die Symptomatik, umso grösser der Effekt) hier nicht stimmt. Die natürliche Regression zur Mitte findet bei depressiven Erkrankungen genau nicht statt, hier ist ein inverser Effekt festzustellen: je schwerer die Symptomatik bei Eintritt, umso langwieriger ist der Behandlungsverlauf und umso schwieriger ist es, überhaupt eine Verbesserung zu erreichen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Untersuchung war der Frage gewidmet, ob leichtere und schwerere Erkrankungen die gleiche Charakteristik aufweisen. Hier zeigte sich, dass der Behandlungsfortschritt umso geringer ausfällt, je schwerer die Erkrankung ist. Eine doppelt so schwere Symptombelastung braucht daher nicht doppelt so lange, sondern ein Mehrfaches an Zeit und Aufwand. Die Behandlung von leichten, mittelschweren und schweren depressiven Episoden zeigt nicht eine lineare Veränderung, sondern verhält sich eher quadratisch. Will man also Behandlungsverläufe vergleichen, so muss auch der Patientenmix, wel-

cher sich hinter der gleichen Diagnose verbirgt, berücksichtigt werden. Gleiches sollte mit Gleichem verglichen werden, sonst sind die Kennwerte wie Behandlungsdauer unbrauchbar.

Eine weitere Fragestellung, die sich ableitet, ist, ob eine lange Behandlungsdauer überhaupt sinnvoll ist, oder ob es eine Art «Grenznutzen» gibt, dass also ab einem bestimmten Zeitpunkt respektive Ausmass der Symptomreduktion keine weitere Verbesserung mehr folgt. Dieser Fragestellung wird in Teil 3 nachgegangen. ■



Für die Autoren:

*PD Dr. phil. Ernst Hermann
Privatdozent für Klinische Psychologie und
Psychotherapie an der Universität Basel
Psychiatrische Klinik Meissenberg
6301 Zug*

Interessenkonflikte: keine

Wir danken Frau F. Kräuchi für die akribische Erstellung des Manuskripts und des Jahresberichts der Psychiatrischen Klinik Meissenberg.

Literatur kann beim Verfasser bestellt werden. Ebenso kann dort auch das Kapitel «Material und Methode» in der ausführlichen Form bestellt werden.