

Benchmarkbildung in der stationären Depressionsbehandlung

Teil 1: Ist schneller auch besser?

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

Ab dem Jahr 2008 werden in der Schweiz Vorarbeiten laufen, um via DRG (Diagnostic Related Groups) Kostenvergleiche zwischen Kliniken durchzuführen. Als zentrale Grösse dient dabei die Behandlungsdauer. Der Beitrag geht der Frage nach, wie aussagekräftig die Behandlungsdauer ist – und ob Betroffene nicht eher am Behandlungseffekt als an deren Dauer Interesse haben.

Einleitung

Qualitätsindikatoren zur Einschätzung der Qualität stationärer Behandlung sind recht vielfältig. Beispiele hierfür sind etwa Suizidraten, wie sie Desai, Dausey und Rosenheck (4) beschrieben oder Guideline-/Leitlinien-Konkordanz in der Versorgung wie adäquate Dosierung und Dauer der Behandlung und deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, referiert von Charbonneau et al. (5). Aus gesundheitsökonomischer Sicht gerät auch immer wieder die stationäre Verweildauer in den Fokus von Benchmarkprozessen. In der Diskussion um die Dauer und den Preis einer Behandlung werden wichtige Aspekte, welche für die Patienten vorrangig bedeutsam sind (z.B. die Effektivität der Therapie), nicht angesprochen. Die nachstehende Arbeit hat zum Ziel, die Frage der Behandlungsdauer auch im Kontext von Behandlungseffektivität zu diskutieren. Dies wird am Beispiel der Behandlung depressiver Erkrankungen ausgeführt. Grundlage hierfür sind Institutionen, bei denen ein relativ umfassendes Qualitätsmonitoring besteht und so die Grundlagen für einen quantitativen und qualitativen Vergleich gegeben sind.

Für ambulante Bedingungen liegen Kennwerte vor, was von einer Depressionsbehandlung erwartet werden kann. Kontrollierte Studien, die mehrheitlich mit einer Warteliste als Kontrollbedingung arbeiteten, ergaben in einer Einzeltherapie Effekte zwischen 0,13 und 1,03 (11). Haby et al. (11) berechneten in ihrer 2006 publizierten Metaanalyse einen durchschnittlichen Effekt von 0,77 für unterschiedliche Studien über Depressionstherapien, welche alle der kognitiv-behavioralen Richtung angehörten. Es handelt sich hier um Mittelwerte, die aus randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) resultierten und Einzel- und Gruppentherapie zum Gegenstand hatten. Mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 0,77 bestätigen sie dabei frühere Werte vorangegangener Metaanalysen wie der 1998 von Gloaguen et al. (5), die eine Effektstärke von 0,82 errechneten.

Patientenkollektive

Die Studie vergleicht eigene mit Daten von Behandlungen in Deutschland, wo zwei Untersuchungen existieren. Eine erste bezieht sich auf die Behandlungsergebnisse depressiv Kranker in der stationären Routineversorgung in Baden-Württemberg (7, 8). Die Zahlen stammen aus den Jahren 1995 und 1996 und umfassen 2651 Patienten. Das zweite Patientenkollektiv entstammt der Klinik Bad Pyrmont (1) und umfasst 229 stationär behandelte Patienten; diese Zahlen wurden von Borgart und Meermann 2004 publiziert.

Die eigenen Daten aus der Schweiz stammen 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 Patienten aus dem Jahr 2005.

Ergebnisse

Behandlungsdauer und -ergebnisse im Vergleich

Abbildung 1 zeigt die Behandlungsdauer der drei referierten Populationen in Abhängigkeit von der Diagnose. Die Behandlungsdauer in Bad Pyrmont ist deutlich kürzer als zum Beispiel die Behandlung in Kliniken in Baden-Württemberg und sehr viel kürzer als die Behandlungen in der Klinik Meissenberg (PKM) in der Schweiz. Von daher wäre man geneigt, die Schlussfolgerung zu ziehen, dass die Klinik in Bad Pyrmont für die Behand-

lung depressiver Störungen gewählt werden muss. Sicher müsste sie von den Krankenkassen favorisiert werden, weist sie doch die kürzeste Verweildauer auf. Aus der Sicht betroffener Patienten und auch – wie neuere Untersuchungen von Simon et al. (15) zeigen – der gesundheitsökonomischen Kosten nach einem stationären Aufenthalt könnte jedoch eine andere Grösse ebenfalls interessieren: die Frage des Behandlungserfolgs.

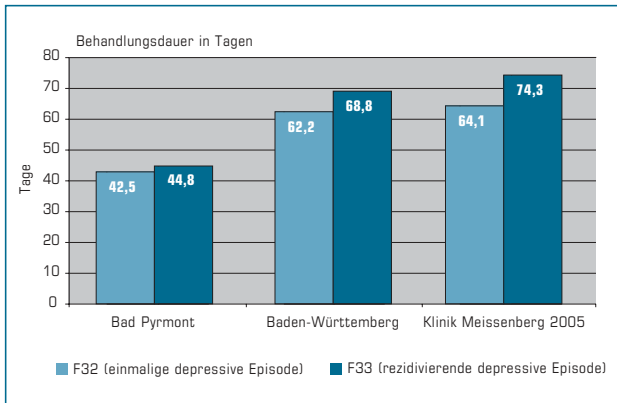


Abbildung 1: Behandlungsdauer in Abhängigkeit von der Diagnose

Abbildung 2 zeigt die Veränderung der Schwere der Depression vom Eintritt bis zum Austritt, den Effekt der Behandlung also. Hier zeigt sich, dass die bezüglich Behandlungsdauer eine Spitzenposition einnehmende Klinik Bad Pyrmont insofern neu bewertet werden muss, als die von ihr behandelte Klientel bei Behandlungsbeginn offensichtlich weniger hohe Depressionswerte aufwies als die Patienten der Psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg und die der Psychiatrischen Klinik Meissenberg. Diese Patienten zeigen eine deutlich stärkere Beeinträchtigung bei Eintritt in die Klinik. Als Mass für die Darstellung eines Behandlungseffektes ist die Kennzahl der Effektstärke geeignet.

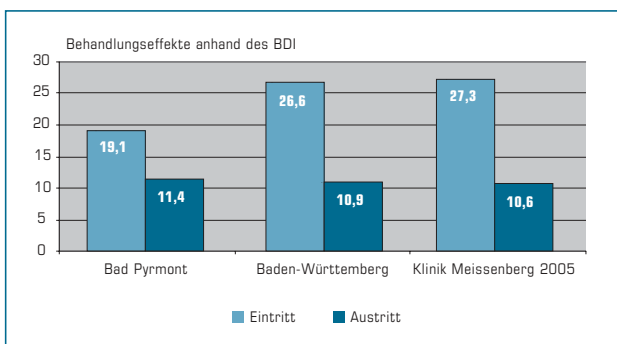


Abbildung 2: Behandlungseffekte

Effektstärken statt Behandlungsdauer als Kennwert

Sollen die verschiedenen Institutionen respektive Regionen miteinander verglichen werden, so ist es zweifellos notwendig, Behandlungsdauer, Schwere der Erkrankung und auch Behandlungsergebnis zu berücksichtigen; eine Forderung, die Sitta et al. (16) 2006 postulierten.

Dies kann mittels verschiedener Kennzahlen erfolgen:

- Wie lange dauert es, um eine Effektstärke von 1,0 zu erreichen?
- Welcher Behandlungseffekt lässt sich in 40 Behandlungstagen (annähernd Behandlungsdauer in Bad Pyrmont) erreichen?
- Welche Effektstärke resultiert pro Behandlungswoche?

Die nachfolgenden Abbildungen geben über diese Fragen Aufschluss.

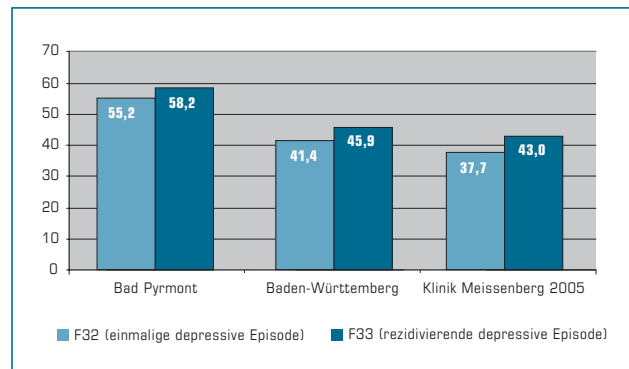


Abbildung 3: Behandlungsdauer bis zur Effektstärke 1,0 (Zahlenangaben entsprechen Tagen)

Abbildung 3 zeigt, wie lange es dauern würde, um eine Effektstärke von 1,0 zu erreichen. Hier dreht sich die Rangliste um. Für erstmalige depressive Episoden bräuchte die PKM 37,7 Tage, das Land Baden-Württemberg 41,4 Tage. Mit deutlichem Abstand folgt die Klinik Bad Pyrmont mit 55,2 Tagen. Bei rezidivierenden depressiven Störungen würde die Klinik Meissenberg 43,0 Tage, Baden-Württemberg 45,9 und die Klinik Bad Pyrmont 58,2 Tage brauchen.

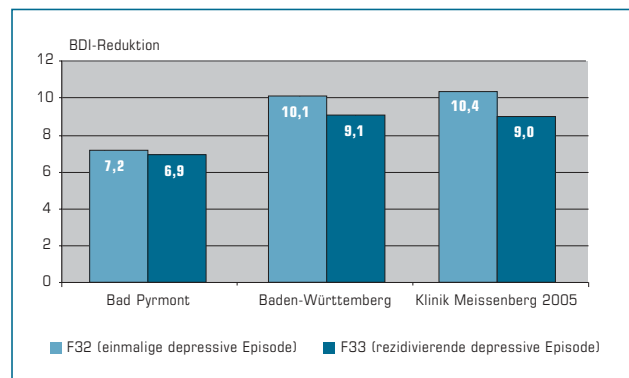


Abbildung 4: Effekt in 40 Tagen (Reduktion BDI-Rohwerte)

Für Patienten relevant ist wohl auch die Frage, welchen Effekt sie in 40 Behandlungstagen erwarten können. Auch hier kehrt sich die Rangliste, bezogen auf blosse Verweildauer, um. Die bezüglich Behandlungsdauer an der Spitze liegende Klinik lässt in vergleichbarer Zeit den geringsten Effekt erwarten. *Abbildung 4* stellt den möglichen Effekt in 40 Tagen dar, ausgedrückt in BDI-Rohwert-Punkten.

Tabelle:

Behandlungsergebnis, ausgedrückt als Effektstärke pro Woche

	Bad Pyrmont	Baden-Württemberg	PKM
einmalige depressive Episode	0,13	0,17	0,19
rezidivierende depressive Episode	0,12	0,15	0,16

Die *Tabelle* zeigt das Behandlungsergebnis in dem Sinne, dass erkennbar wird, wie stark der Behandlungseffekt pro Woche ausfällt. Vorerst zeigt sich, dass in allen drei Populationen rezidivierende depressive Störungen den kleineren Effekt aufweisen als einmalige depressive Episoden. Bezüglich Kliniken liegt der stärkste Effekt bei einmaligen depressiven Episoden in der PKM annähernd 50 Prozent über dem des tiefsten Referenzwertes (0,19 vs. 0,13). Bei rezidivierenden depressiven Episoden liegt der grösste Effekt immer noch 33 Prozent über dem tiefsten (0,16 vs. 0,12).

Diskussion

Der Vergleich zwischen den Kliniken wird allenfalls dadurch erschwert, dass das Sample der PKM ausschliesslich Frauen umfasst, wohingegen in den anderen Stichproben auch Männer enthalten sind. Allerdings gibt es in der Literatur kaum Hinweise auf eine andere Reagibilität des Geschlechtes auf Interventionen; Geschlechtsunterschiede sind vielmehr für die Prävalenz zu beachten. Die PKM stellt eine Klinik dar, die ein überregionales Einzugsgebiet hat. Von daher ist davon auszugehen, dass sie wohl auch eine gewisse «Negativselektion», das heisst schwerer kranke PatientInnen, anzieht, die zum Teil in anderen Institutionen vor Ort schon behandelt worden sind. Dies könnte einer der Gründe sein, weshalb die Eintrittssymptomatik der PatientInnen in der PKM als schwerer imponiert. Umgekehrt scheint es, dass die erste Stichprobe für die Klinik Bad Pyrmont eher eine Positivselektion darzustellen scheint, dort also Patienten Eingang gefunden haben, die diese Klinik aufgrund der leichten depressiven Störung gewählt haben respektive dort zugewiesen wurden.

Benchmarkbildung ist Voraussetzung dafür, Behandlungen in unterschiedlichen Institutionen vergleichen zu können. Dabei wird häufig die Behandlungsdauer als Vergleichsgrösse verwendet. Die vorliegenden Ausführungen haben gezeigt, dass ein alleiniger Vergleich der Behandlungsdauer der Problematik des Behandlungseffektes, der Schwere der Eintrittssymptomatik und – daraus abgeleitet – des innerhalb eines umschriebenen Intervalls erreichbaren Effektes nicht gerecht wird. Werden zusätzlich zur Dauer die Behandlungseffekte – ausgedrückt in BDI-Werten oder Effektstärken – beigezogen, so kann sich eine Rangliste umkehren. Dies wurde

exemplarisch dargestellt an der Klientel von Bad Pyrmont und der Psychiatrischen Klinik Meissenberg. Für diese beiden Kliniken liegen Referenzwerte sowohl bezüglich der Schwere der Eintrittssymptomatik, der Behandlungsdauer und des Behandlungseffektes vor. Eine allein an der Behandlungsdauer orientierte Benchmarkbildung würde nicht berücksichtigen, dass die Klientel einer zweiten Institution – hier der

Klinik Meissenberg – eine deutlich stärkere Reduktion der Symptombelastung erfährt als jene der Referenzklinik. So wird eine kurze respektive lange Behandlungsdauer in jener Klinik in einen neuen Kontext gestellt.

Ein Vergleich mit publizierten Kennwerten ergibt, dass in der stationären Depressionsbehandlung die Effektstärken grösser sind als die publizierten Zahlen der Metaanalyse von Haby et al. (11). Bekanntlich referieren sie Effektstärken von 0,77 für eine ambulante kognitiv-behaviorale Therapie. Dieser Wert ist insofern konservativ, als er gegenüber einer Warteliste, das heisst also unter kontrollierten Bedingungen erhoben wurde. Die Zahlen mit Effektstärken von 1,5 respektive 1,7, wie sie für Baden-Württemberg respektive die Klinik Meissenberg gezeigt wurden, sind in dem Sinne methodisch weniger valide, als sie eben nicht gegenüber einer Kontrollgruppe gewonnen wurden. Stationäre Behandlungen sind auch aus einem anderen Grund nicht vergleichbar mit den referierten Studien. Währenddem kontrollierte Studien *eine* Therapieform untersuchen, wird unter klinischen Bedingungen im stationären Setting ein «Multi-pack» verabreicht, sodass auch bei einer Ausrichtung gemäss einem Paradigma unterschiedliche Wirkfaktoren zum Tragen kommen.

Wird in der Diskussion bezüglich Wirksamkeit und Effektivität von Behandlungen der vorstehend beschriebenen Differenzierung zum Beispiel im Sinne einer Korrektur unter Berücksichtigung des Ausgangswertes (ausgedrückt als BDI-Rohwertpunkte) nicht Rechnung getragen, so hätte dies über kurz oder lang zur Folge, dass eine Patientenselektion vorgenommen wird, worunter dann genau die am schwersten Kranken zu leiden hätten.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die Frage der Benchmarkbildung von der alleinigen Diskussion bezüglich Verweildauer zu lösen und im Kontext weiterer Variablen zu diskutieren. Dabei zeigte sich, dass Institutionen, welche durch eine kurze Verweildauer ihrer Patienten imponieren, massgeblich von einer Selektion der Patienten profitieren. Schneller ist somit nicht besser, schneller ist die Behandlung vor allem deshalb beendet, weil die Patienten auch weniger krank waren. Wird darüber hinaus sogar ein Verbesserungsindex gebildet (z.B.

Dauer bis zum Erreichen einer Effektstärke von 1,0), so wird die Rangliste neu gruppiert. Die scheinbar Besten bezüglich kurzer Behandlungsdauer sind dann bezüglich des erreichten Effektes in gleicher Zeit sogar die Schlechtesten.

Wird von Versicherern versucht, Patienten ins benachbarte Ausland zu schicken, weil Behandlungen dort scheinbar günstiger sind, so wird dem Umstand nicht Rechnung getragen, dass Patienten, welche sich in der Schweiz behandeln lassen und solche, die ins Ausland gehen, sich wohl kaum miteinander vergleichen lassen. Im Bereich der Rehabehandlungen ist in Deutschland der Spruch «am Tage Fango, abends Tango» ein geflügeltes Wort und charakterisiert die in grossen Kliniken der Versicherer behandelten Klientel. Schneller und kostengünstiger also sind derartige Institutionen häufig deshalb, weil sie eine relativ gesunde Population anziehen.

Im Sinne eines Ausblicks lässt sich folgern, dass das Ziel, Kennwerte für die Behandlung psychischer Erkrankungen zu finden, zweifelsohne sinnvoll und zweckmässig ist. Allerdings sollten dabei die vorstehend andiskutierten methodischen Probleme zwingend berücksichtigt werden. Um die Sache nicht unnötig zu komplizieren, wurde die vorstehende Arbeit nicht durch die zusätzliche Berücksichtigung von Einfach- und Mehrfachdiagnosen belastet. Auch dieser Aspekt ist bei einer Benchmarkbildung zu berücksichtigen. Eine seriöse Benchmarkbildung orientiert sich nicht ausschliesslich an der Behandlungsdauer und vergleicht nicht Ungleiches miteinander. Sinnvoll wäre es, anstelle der Behandlungsdauer alleine einen Index zu definieren, in den auch das Behandlungsergebnis Eingang findet.

Dieser Index könnte so aussehen, dass der Quotient von Behandlungseffekt durch Behandlungsdauer gewählt wird. Dieser Wert sagt mehr über die Qualität einer Behandlung aus als isolierte Grössen wie Dauer der Behandlung oder Zufriedenheit damit! ■



*Für die Autoren:
PD Dr. med. Ernst Hermann
Privatdozent für Klinische Psychologie und
Psychotherapie an der Universität Basel
Psychiatrische Klinik Meissenberg
6301 Zug*

Interessenkonflikte: keine

Der zweite Teil dieses Beitrages beschäftigt sich mit der Frage, ob schwer kranke Patienten die gleichen Resultate erwarten können wie weniger schwer Kranke – und mit welchem (Zeit-)Aufwand dies verbunden ist. Teil 2 erscheint in Heft 1/2008.

Wir danken Frau F. Kräuchi für die akribische Erstellung des Manuskriptes und des Jahresberichtes 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.