

## VERSORGUNGSFORSCHUNG

# Geordnetes Entlassmanagement

Bewertung eines neuen Behandlungsmodells zur Verkürzung der Verweildauer bei depressiven Erkrankungen

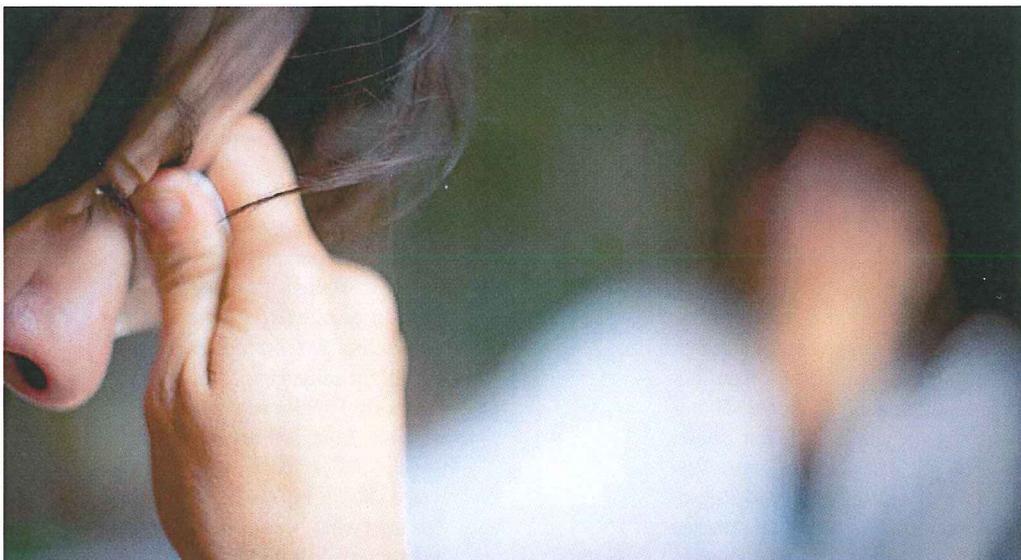


Foto: hifi

**D**epressionen sind aufgrund ihrer Verbreitung und der negativen Folgen eine für die Bevölkerungsgesundheit hochrelevante Erkrankung (1). Besonders schwer erkrankte depressive Patienten bedürfen einer stationären Behandlung (2). Pro Jahr werden in Deutschland circa 200 000 Patienten vollstationär wegen Depressionen behandelt; die durchschnittliche Verweildauer liegt bei mehr als 30 Tagen (3).

Für die stationäre Depressionsbehandlung sind hohe Behandlungseffekte in Prä-Post-Vergleichen gezeigt worden (4, 5). Allerdings konnten signifikante Unterschiede in der Verweildauer, unabhängig von Patientencharakteristika, nachgewiesen werden (6). Bezüglich dieser Varianz in der Behandlungslänge besteht noch Klärungsbedarf. Zudem besteht Optimierungsbedarf im Hinblick auf die Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien (7) und integrierten Versorgungsmodellen (8). Die Erprobung und Evaluation innovativer Versorgungsformen, die potenziell die stationäre Verweil-



Förderinitiative  
Versorgungsforschung der  
Bundesärztekammer

dauer bei gleicher Ergebnisqualität verkürzen können und die Übergänge zwischen den Versorgungssettings optimieren, sind deshalb notwendig. Solche Modelle sollten auch die zunehmende Arbeitsverdichtung im Krankenhaus berücksichtigen, denn ihre Akzeptanz seitens der handelnden Ärzte und Psychologen ist ein entscheidender Faktor für eine effektive Umsetzung.

## Verbesserter Übergang in die ambulante Versorgung

Im Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer wurde in einem Projekt ein neues Behandlungsmodell zur Optimierung der stationären Behandlung von Patienten mit unipolarer Depression implementiert und wissenschaftlich begleitet. Ziel war es, durch ein symptomorien-

tiertes Entlassmanagement die stationäre Verweildauer der Patienten zu verkürzen und den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung durch ein gestuftes stationär-nachstationäres Vorgehen und eine formalisierte Übergabe zu verbessern. Im Folgenden wird die Evaluation des Behandlungsmodells aus Sicht der Therapeuten dargestellt.

Das Behandlungsmodell bestand aus drei Komponenten:

- Die erste Komponente stellte ein *symptomorientiertes Entlassmanagement* dar und sah eine wöchentliche Messung der depressiven Symptomatik mit Hilfe einer standardisierten Skala (Beck-Depressions-Inventar, BDI-II) (9) vor. Bei einem Unterschreiten des kritischen Werts (< 20 – entspricht einer leichten Depression) sollte die Entlassfähigkeit geprüft werden.

- Die zweite Komponente war eine *zweiwöchige nachstationäre Behandlung* mit bis zu sieben Terminen. Art und Umfang der Termine orientierten sich an den Bedürfnissen der Patienten.

- Die dritte Komponente der Intervention bezog sich auf die *Weiterbehandlung*. Während der nachstationären Phase organisierte die Klinik die ambulante Weiterbehandlung des Patienten, insbesondere mittels eines telefonischen Übergabegesprächs mit dem ambulant Behandelnden in Anwesenheit des Patienten.

Das neue Behandlungsmodell wurde an fünf psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken\* eingeführt. Zusätzlich wurden vor Beginn der Studie in allen fünf Kliniken Weiterbildungen zur neuen S3-Leitlinie/Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (2) durchgeführt. In die Studie wurden Patienten eingeschlossen,

\* Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Fachklinik Hofheim; Klinikum am Weissenhof, Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie; Städtisches Klinikum Karlsruhe, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin; Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

bei denen eine unipolare Depression der primäre Behandlungsanlass war. Weitere Einschlusskriterien waren Einwilligungsfähigkeit, ausreichende Deutschkenntnisse, ein fester Wohnsitz und Wohnortnähe.

Insgesamt behandelten 25 Therapeuten Patienten im Rahmen des neuen Behandlungsmodells. Von 20 Therapeuten liegen Angaben zur Bewertung des stationär-nachstationären Behandlungsmodells vor (*eTabelle*). Die Therapeuten waren überwiegend weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 35,7 Jahren. An der Studie nahmen etwa gleich viel Ärzte und Psychologen teil. Die durchschnittliche Berufserfahrung im Bereich Psychiatrie lag bei 8,8 Jahren. Im Rahmen der Studie behandelten die Therapeuten im Schnitt 3,7 Patienten.

Nach Ansicht der Therapeuten war der Arbeitsaufwand nach dem neuen Behandlungsmodell höher als in der bisherigen Behandlungsroutine. Die Anzahl der zu behandelnden Patienten erhöhte sich durch das neue Behandlungsmodell nach Einschätzung von etwa der Hälfte der Therapeuten, die andere Hälfte berichtete über keine Veränderung. Der Zeitdruck im neuen Versorgungsmodell wurde meist als stärker wahrgenommen, zudem nahm nach Ansicht aller Therapeuten die Verwaltungstätigkeit (zum Beispiel Austeilen und Auswerten der Fragebogen) zu.

Bezogen auf die Versorgung der Patienten zeigte sich, dass die meisten Therapeuten die Effekte für die Patienten eher positiv einschätzten. Zwei Drittel hielten das klinische Vorgehen nach dem neuen Versorgungsmodell insgesamt für wirksamer als das Standardvorgehen. Drei Viertel der Therapeuten empfanden die regelmäßige Erfassung und Rückmeldung der Schwere der depressiven Symptomatik als hilfreich. Allerdings fühlten sich mehr als die Hälfte durch das neue Behandlungsmodell in ihrer therapeutischen Freiheit eingeschränkt. Der Übergang in die ambulante Versorgung wurde von mehr als der Hälfte der Therapeuten als *erleichtert* und von einem Drittel als *unverändert* angesehen. Zwei Drittel der Therapeuten waren mit dem Behandlungsmodell insge-

samt *eher zufrieden*. Die Praxistauglichkeit wurde etwas häufiger als *gegeben* angesehen.

In der Studie berichteten die Therapeuten insgesamt über eine Erhöhung der Arbeitsbelastung, wobei die Effekte des neuen Behandlungsmodells auf die Versorgung der Patienten überwiegend positiv eingeschätzt wurden. Während die Mehrheit mit dem Praxismodell zufrieden war, sind die Ergebnisse bezüglich der Umsetzbarkeit in die Versorgungsroutine nicht eindeutig.

### Positive Resonanz auf Behandlungsmodell

Die systematische Erfassung der Auswirkungen des neuen Behandlungsmodells auf die Arbeitsbelastung und die Umsetzbarkeit des Behandlungsmodells unter Routinebedingungen aus Sicht der Therapeuten stellt eine Stärke der Studie dar. Durch Berücksichtigung verschiedener Kliniktypen und Regionen scheinen zudem allgemeine Rückschlüsse auf die stationär-psychiatrische Depressionsbehandlung in Deutschland möglich. Da für die Fragebogen selbst entwickelte Items verwendet wurden, ist die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen allerdings eingeschränkt. Eine weitere Einschränkung der Er-

gebnisse ergibt sich aus der engen Verbindung von Arbeitsaufwand im neuen Behandlungsmodell und zusätzlichem Arbeits- und Dokumentationsaufwand der Studie. Allerdings wurden die Therapeuten in der Fragebogeninstruktion gebeten, ihre Antworten ausschließlich auf die Arbeitsbelastung innerhalb des neuen Modells zu beziehen.

Die Zunahme an Verwaltungsarbeiten geht wahrscheinlich auf das Ausgeben und Auswerten der Fragebogen zurück. Beim Arbeitsaufwand fallen wohl eher die nachstationären Termine und die Übergabegespräche ins Gewicht. Bezogen auf die Versorgung erscheinen das neue Behandlungsmodell den meisten der befragten Therapeuten dennoch sinnvoll und die regelmäßige Erfassung der Symptomatik hilfreich. Sollte sich das Behandlungsmodell im Vergleich zur Routineversorgung in den weiteren Analysen als effektiver erweisen, sollen Kosten-Nutzen-Analysen klären, ob der therapeutische Zusatzgewinn den Zusatzaufwand rechtfertigt. Mit den Ergebnissen ist 2012 zu rechnen.

Während komplexe Behandlungsmodelle unter anderem in Form von integrierten Versorgungsmodellen heute bereits Realität sind, fehlt bisher eine ausreichende Evidenz in Form von randomisierten kontrollierten Studien (10) zu Effektivität, Effizienz und Zufriedenheit von Patienten und Behandelnden. Die Untersuchung solcher Modelle im Rahmen versorgungsnaher randomisierter kontrollierter Studien bietet die Möglichkeit, eine wichtige Forschungslücke zu schließen. Weitere Untersuchungen von komplexen Interventionen sind geplant. ■

Dipl.-Psych. Lars P. Hölzel

Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung

Dr. phil. Dipl.-Psych. Isaac Bermejo  
Celenus-Kliniken GmbH

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Martin Härter

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und  
Poliklinik für Medizinische Psychologie

@ Literatur im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/lit1911](http://www.aerzteblatt.de/lit1911)  
eTabelle im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/111050](http://www.aerzteblatt.de/111050)

## DATENERHEBUNG

Die Therapeuten, die einen Patienten im Rahmen des Behandlungsmodells behandelt hatten, wurden nach Abschluss der Studie anonym mittels eines Fragebogens zu den Veränderungen ihres Arbeitsalltags, den Behandlungseffekten und der Zufriedenheit mit dem neuen Behandlungsmodells befragt. Da für die hier untersuchten Fragen keine psychometrisch getesteten Skalen existierten, wurde ein selbst entwickeltes Instrument eingesetzt. Die Auswirkungen auf ihren Arbeitsalltag und die Effekte auf die Versorgung der Patienten beurteilten die Therapeuten anhand einer siebenstufigen Likert-Skala von -3 bis 3, wobei 0 eine neutrale Einschätzung widerspiegelte. Sie verglichen dabei das Vorgehen nach dem neuen Behandlungsmodell mit dem Routinevorgehen an ihrer Klinik (Standardvorgehen). Die Zufriedenheit mit dem neuen Behandlungsmodell wurde auf einer sechsstufigen Likert-Skala mit den Polen „trifft zu“ und „trifft nicht zu“ eingeschätzt.

## LITERATURVERZEICHNIS HEFT 19/2011, ZU:

## VERSORGENGSFORSCHUNG

# Geordnetes Entlassmanagement

Bewertung eines neuen Behandlungsmodells zur Verkürzung der Verweildauer bei depressiven Erkrankungen

## LITERATUR

1. Bramesfeld A, Schwartz FW: Volkskrankheit Depression: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Psychiatr Prax 2007; 34: S247–51.
2. DGPPN, BÄK, KBV, u. a., Herausgeber: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung. Berlin, Düsseldorf: 2009.
3. Statistisches Bundesamt: Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen) [www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_FORMPROC?TARGET=&PAGE=\\_XWD\\_2&OPINDEX=2&HANDLER=\\_XWD\\_CU-BE.SETPGS&DATA\\_CUBE=\\_XWD\\_28&D.001=1000001&D.946=12685](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=2&HANDLER=_XWD_CU-BE.SETPGS&DATA_CUBE=_XWD_28&D.001=1000001&D.946=12685)
4. Härter M, Sitta P, Keller F, u. a.: Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Depressionsbehandlungen in Baden-Württemberg. Nervenarzt 2004; 75: 1083–91.
5. Härter M, Sitta P, Keller F, u. a.: Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung. Dtsch Arztebl 2004; 101: 1970–4.
6. Sitta P, Brand S, Schneider F, u. a.: Faires Benchmarking der Behandlungsdauer depressiver Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. Psychother Psychosom Med Psychol 2006; 56: 128–37.
7. Härter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M: Unipolar Depression. Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 700–8.
8. Ommen O, Ullrich B, Janßen C, Pfaff H: Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung. Med Klin 2007; 102: 913–7.
9. Hautzinger M, Keller F, Kühner C: Beck Depressions-Inventar : BDI II. Revision. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services 2006.
10. Klesse C, Bermejo I, Härter M: Neue Versorgungsmodelle in der Depressionsbehandlung. Nervenarzt 2007; 78: 585–96.

## eTABELLE

## Beurteilung des neuen Behandlungsmodells aus Sicht der Therapeuten

Durch die stationär-nachstationäre Behandlung hat sich im Vergleich zum/r bisherigen Behandlungsablauf/Behandlungsroutine ...

... der Arbeitsaufwand\*<sup>1</sup>

	erhöht	nicht verändert	verringert
N (%)	17 (89 %)	2 (11 %)	0

... die Anzahl der zu behandelnden Patienten\*<sup>1</sup>

	erhöht	nicht verändert	verringert
N (%)	8 (44 %)	10 (56 %)	0

... der Zeitdruck\*<sup>1</sup>

	erhöht	nicht verändert	verringert
N (%)	16 (80 %)	4 (20 %)	0

... der Anteil an Verwaltungsarbeit in meiner Tätigkeit\*<sup>1</sup>

	erhöht	nicht verändert	verringert
N (%)	20 (100 %)	0	0

Beurteilen Sie bitte die folgenden Aussagen im Vergleich zum/r bisherigen Behandlungsablauf/Behandlungsroutine.

Die Behandlung der Patienten im stationär-nachstationären Behandlungsmodell halte ich für\*<sup>1</sup>

	wirksamer	neutral	weniger wirksam
N (%)	14 (70 %)	3 (15 %)	3 (15 %)

Durch die neue Behandlung bekommen die Patienten nicht die zeitliche Aufwendung und Betreuung, die eigentlich gut für sie wären\*<sup>1</sup>

	häufiger	neutral	seltener
N (%)	5 (26 %)	6 (32 %)	8 (42 %)

Die regelmäßige Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik fand ich hilfreich\*<sup>1</sup>

	trifft zu	neutral	trifft nicht zu
N (%)	15 (75 %)	3 (15 %)	2 (10 %)

Durch die neue Behandlung hat sich meine therapeutische Behandlungsfreiheit\*<sup>1</sup>

	eingeschränkt	nicht verändert	erweitert
N (%)	12 (60 %)	5 (25 %)	3 (15 %)

Der Übergang in die ambulante Versorgung wurde\*<sup>1</sup>

	erleichtert	nicht verändert	erschwert
N (%)	12 (60 %)	6 (30 %)	2 (10 %)

Mit dem stationär-nachstationären Behandlungsmodell war ich insgesamt zufrieden.\*<sup>2</sup>

	trifft zu	trifft nicht zu	
N (%)	14 (70 %)	6 (30 %)	

Ich finde das stationär-nachstationäre Behandlungsmodell praxistauglich.\*<sup>2</sup>

	trifft zu	trifft nicht zu	
N (%)	12 (60 %)	8 (40 %)	

\*<sup>1</sup> Die Antwortoptionen -3 bis -1 und 1 bis 3 wurden zu jeweils einer Antwortkategorie zusammengefasst. Die mittlere Kategorie entspricht der Antwortoption 0.

\*<sup>2</sup> Die Antwortoptionen 1 bis 3 und 4 bis 6 wurden zu jeweils einer Antwortkategorie zusammengefasst.