

Martin Härter¹, Petra Sitta¹
 Ferdinand Keller², Rudolf Metzger³
 Werner Wiegand⁴, Gerhard Schell⁵
 Rolf-Dieter Stieglitz⁶
 Manfred Wolfersdorf⁷
 Matthias Felsenstein⁸, Mathias Berger¹

Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung

Modellprojekt der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Zusammenfassung

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg führte zwischen 1998 und 2000 ein Qualitätssicherungsprogramm zur Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen durch. Insgesamt 24 psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken beteiligten sich an dem Projekt und dokumentierten die stationäre Behandlung von mehr als 3 000 depressiven Patienten. Die Kliniken erhielten eine individuelle Auswertung mit einem detaillierten Vergleich von Leistung und Qualitätsindikatoren. Eine hohe Zufriedenheit der Patienten und eine klinisch bedeutsame Reduktion der depressiven Symptomatik bei den meisten Patienten sind als wichtigste Ergebnisse zu nennen.

Schlüsselwörter: Depression, Qualitätssicherung, stationäre Versorgung, Modellprojekt, Krankenhausvergleich

Summary

External Quality Assurance Program for In-Patient Treatment of Depression

During 1998 to 2000 the general medical council of Baden-Wuerttemberg has implemented a quality assurance program for diagnosis and treatment of depression. 24 hospitals for psychiatry and psychotherapy participated in this project and documented the in-patient care of more than 3 000 depressive patients. The hospitals received an evaluation which included a detailed comparison of performance and quality indicators. A high patients' satisfaction and a reduction of depressive symptoms in most of the patients were two important results.

Key words: depression, quality assurance, in-patient care, model project, comparison of hospitals

Aktuellen epidemiologischen Studien zufolge erfüllten in den letzten zwölf Monaten circa elf Prozent der deutschen Bevölkerung die Kriterien einer wochen- oder monatelang andauernden depressiven Störung (13, 18). Das Lebenszeitrisko für eine depressive Episode beträgt in nationalen wie internationalen Studien etwa 16 bis 20 Prozent (13, 14). In prospektiven Studien der Weltgesundheitsorganisation wird prognostiziert, dass den unipolaren Depressionen in den nächsten Jahrzehnten in den entwickelten Ländern die größte Bedeutung im Hinblick auf die Einschränkung der Lebensqualität im Vergleich zu allen anderen Erkrankungen zukommen wird (15). Bei vielen Patienten ist mit einem chronisch rezidivierenden Verlauf zu rechnen, wenn eine depressive Episode nicht adäquat behandelt wird. Die Prognose kann jedoch durch rechtzeitige, zielgerichtete und wissenschaftlich belegte therapeutische Interventionen positiv beeinflusst werden (1, 6).

Die Zahl der Studien zu kontinuierlichem Qualitätsmanagement in der psychiatrisch-psychotherapeutischen De-

pressionsbehandlung ist in den letzten Jahren stetig gestiegen (3, 10, 12). Sie bezogen sich überwiegend auf Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung. Es bedarf darüber hinaus Studien zur externen Qualitätssicherung, die anhand spezifischer Qualitätsindikatoren eine systematische Evaluation der stationären Behandlung und einen Vergleich zwischen Kliniken ermöglichen (7)

Im Zeitraum von 1995 bis 1996 wurde erstmals ein Pilotprojekt zur externen Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung in Baden-Württemberg unter Beteiligung von vier Kliniken durchgeführt (19). Dies wurde 1998 bis 2000 zu einem landesweiten Projekt erweitert. Von 30 angeschriebenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern in Baden-Württemberg nahmen 22 sowie eine bayrische und eine sächsische Klinik teil. Ziel war die Erfassung der stationären Depressionsbehandlung und der freiwillige Vergleich der Kliniken (Benchmarking) anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren. Jeder Klinik wurden die dort erfassten Daten zurückgemeldet, wobei sich die Kliniken sowohl mit anonymisierten Referenzkliniken (vergleichbar im Hinblick auf Kliniktypus, Größe, Einzugsgebiet et cetera) als auch mit der Gesamtgruppe der beteiligten Kliniken vergleichen konnten.

Methodik

Messinstrumente

Eine depressionsspezifische Basisdokumentation ist entwickelt worden (17, 19), damit die Prozess- und Ergebnisqualität anhand unterschiedlicher Qualitätsindikatoren (wie Angaben zu

¹ Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie (Direktor: Prof. Dr. med. Mathias Berger), Universitätsklinikum Freiburg

² Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (Direktor: Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Schmeck), Universität Ulm

³ Zentrum für Psychiatrie (Direktor: Dr. med. Rudolf Metzger), Bad Schussenried

⁴ Münsterklinik (Direktor: Dr. med. Gerhard Längle), Zwielfalten

⁵ Rehabilitationszentrum Rudolf-Sopien-Stift (Direktor: Dr. med. Gerhard Schell), Stuttgart

⁶ Kantonsspital (Direktorin: Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler), Psychiatrische Universitätsklinik, Basel

⁷ Bezirkskrankenhaus (Direktor: Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf), Bayreuth

⁸ Landesärztekammer Baden-Württemberg (Präsidentin: Dr. med. Ulrike Wahl), Stuttgart

Tabelle 1

Soziodemographische Charakteristika		
Alter (Jahre)	Mittelwert (Standardabweichung) Range	53,7 (15,9) 19–93
Geschlecht (Prozent)	Weiblich Männlich	66,9 33,1
Muttersprache (Prozent)	Deutsch	90,3
Wohnsituation (Prozent)	Familie/Partnerschaft Alleine Sonstiges	67 28 5
Berufliche Situation (Prozent)	Berufstätig Alters-/Witwenrente Hausfrau/-mann Erwerbs-/Frührente Arbeitslos Sonstiges	34,7 26,8 13,0 10,2 9,0 6,5

diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen) erfasst werden können. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde das Instrumentarium an die bereits eingeführte Basisdokumentation (BA-DO) der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (5) angelehnt.

Sowohl Fremdbeurteilungsskalen (Hamilton-Depressionsskala [HAM-D], „clinical global impression“ [CGI]) als auch Selbstbeurteilungsskalen (Beck-Depressionsinventar [BDI]) wurden zur Erfassung des Schweregrades der depressiven Erkrankung eingesetzt (2, 4, 8). Mit dem ZUF-8 (Zufriedenheitsfragebogen 8) wurde die allgemeine Patientenzufriedenheit gemessen (16). Darüber hinaus wurde ein eigener Fragebogen entwickelt (Beurteilung des Behandlungsangebots

[BBA]), der eine differenzierte Beurteilung der einzelnen Therapiemaßnahmen aus Sicht der Patienten ermöglicht (17, 19).

Erhebungsablauf

Im Zeitraum von 1998/1999 (1. Jahreshorizont) und 1999/2000 (2. Jahreshorizont) sollten alle Patienten mit einem depressiven Syndrom in den 24 Studienkliniken erfasst werden.

Die klinische Einschätzung des behandelnden Arztes beziehungsweise Psychologen sollte innerhalb der ersten fünf Tage nach Aufnahme durch eine Diagnose aus dem Spektrum der depressiven Störungen nach ICD-9 oder

ICD-10 bestätigt werden (17). Einschlusskriterium war darüber hinaus eine Aufenthaltsdauer von mehr als fünf Tagen. Der Behandler füllte bei Aufnahme und Entlassung die Hamilton-Depressionsskala und die entsprechende Basisdokumentation aus, wogegen der Patient den Selbstbeurteilungsbogen zur depressiven Symptomatik (BDI) zu beiden Zeitpunkten beantwortete. Zusätzlich äußerte sich der Patient in anonymisierter Form über seine Zufriedenheit mit der Behandlung und dem therapeutischen Angebot (ZUF-8 und BBA).

Auswertung

In der Landesärztekammer Baden-Württemberg wurden die anonymisierten Daten aus den Kliniken in eine Access-Datenmaske eingegeben und mittels SPSS („Statistical Package for the Social Sciences“) deskriptiv statistisch ausgewertet. Neben Mittelwertvergleichen (t-Test, Varianzanalysen) und entsprechenden Signifikanzen wurden für zentrale Ergebnisvariablen (BDI und Hamilton-Depressionsskala) Effektstärken berechnet. Dabei wurde die individuelle Differenz von Aufnahme- und Entlassungswert gebildet und

Tabelle 2

Krankheitsspezifika	
Diagnose	Prozent
Depressive Episode (F 32.xx)	40
Rezidivierende depressive Störung (F 33.xx)	35
Anpassungsstörungen (F43.20, F43.21)	13
Bipolare affektive Störung (F 31.x)	8
Dysthymia (F 34.1)	4
Suizidalität	
Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme	45
Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme	14
Frühere Suizidversuche	30
Komorbidität	
Psychiatrisch	25
Somatisch	41

Tabelle 3

Psychopharmakologische Behandlung	
Antidepressiva	Prozent
Keine	6,5
TCA, Maprotilin, Mianserin	58,5
SSRI	45
NAS(S)A	17
MAOH	3
Neuroleptika	
Hochpotente	22
Niedrigpotente	73
Clozapin/Atypica	11
Andere (Benzodiazepine u. a.)	64,2
Kombinationsbehandlung	
Keine	25
AD plus NL	39,5
AD plus Benzodiazepine	32
Mehr als 1 AD	21
AD plus Phasenprophylaxe	11
AD plus NL plus Phasenprophylaxe	9,5
AD plus Andere	7
TCA, Tri-/tetrazyklische Antidepressiva; SSRI, selektive Wiederaufnahmehemmer; NAS(S)A, Noradrenerg-spezifisch-serotonerge Antidepressiva; MAOH, Monoaminoxidase-Hemmer; AD, Antidepressiva; NL, Neuroleptika	

durch die gepoolten Standardabweichungen ([Aufnahme plus Entlassung]/2) geteilt. In Prä-Post-Vergleichen ohne Kontrollgruppe werden Effektkräfte unter 0,4 als gering, zwischen 0,4 und 0,8 als mittlere und über 0,8 als starke Effekte angesehen.

Ergebnisse

Stichprobe

Es wurde die Behandlung von 3 189 depressiven Patienten im Zeitraum von 1998 bis 2000 dokumentiert. Zwei Drittel der Patienten waren Frauen (Tabelle 1), das mittlere Alter lag bei 54 Jahren (Variationsbreite 19 bis 93 Jahre). Bei 18 Prozent der Patienten kam es während der zweijährigen Studiendauer zu Wiederaufnahmen.

Die Diagnose einer unipolaren depressiven Episode (F 32.xx) war mit 40 Prozent die häufigste, gefolgt von 35 Prozent der Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung (F 33.xx) (Tabelle 2). Bei fast der Hälfte der Patienten (45 Prozent) bestand im Vorfeld der jetzigen Behandlung Suizidalität, 14 Prozent hatten aktuell einen Suizidversuch unternommen. Viele Patienten wiesen somatische und psychiatrische Komorbiditäten auf. Mehr als ein Drittel wurde in den letzten zwölf Monaten vor Aufnahme (teil-)stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt.

Prozessqualität

Therapeutische Maßnahmen

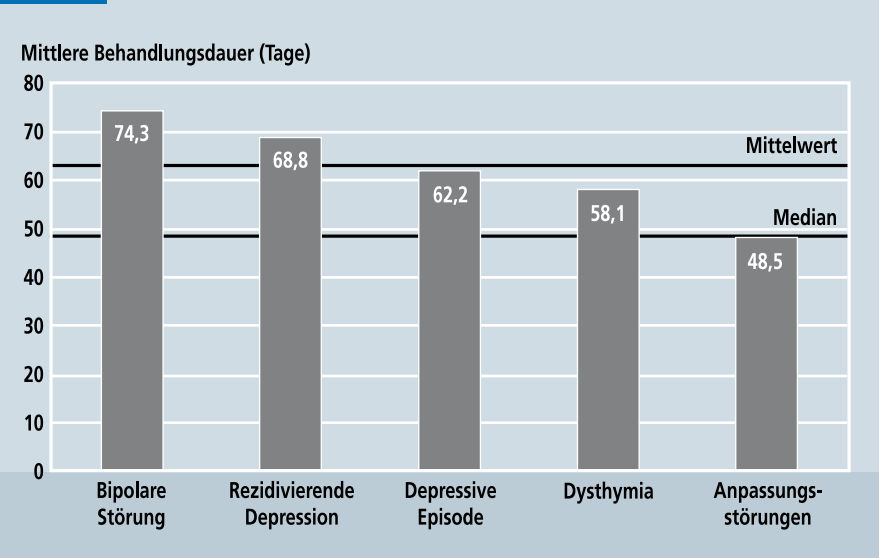
Eine medikamentöse Therapie erhielten fast alle Patienten während des stationären Aufenthaltes, in der Regel ein oder mehrere Antidepressiva (Tabelle 3). Substanzen aus der Klasse der tri- und tetrazyklischen Antidepressiva wurden am häufigsten verordnet, gefolgt von den selektiven Serotonin-Rücknahmehemmern (SSRI). Des Weiteren erhielt fast jeder fünfte Patient neuere Antidepressiva mit anderem Wirkprofil (wie Venlafaxin, Mirtazapin) und drei Prozent bekamen einen Monoaminoxidase-Hemmer. Mit einem Neurolepti-

Tabelle 4

Therapiemaßnahmen

	Anzahl	Prozent
Monotherapeutisch		
Weder pharmako- noch psychotherapeutisch	49	1,5
Nur Gruppenpsychotherapie	24	0,8
Nur Einzelpsychotherapie	48	1,5
Nur Pharmakotherapie	994	31,2
Kombinationsbehandlung		
Einzel- und Gruppentherapie	87	2,7
Pharmako- und Gruppentherapie	425	13,3
Pharmako- und Einzeltherapie	589	18,5
Pharmako-, Einzel- und Gruppentherapie	973	30,5

Grafik 1



Dauer der stationären Behandlung, aufgeschlüsselt nach Diagnosen

kum wurden 50 Prozent der Patienten behandelt. Zwei Drittel der Patienten erhielten zusätzlich weitere Psychopharmaka, mit 42 Prozent am häufigsten Benzodiazepine. Die psychopharmakologische Therapie bestand bei drei Viertel der Patienten aus einer Kombination mehrerer Medikamente.

In Ergänzung zur medikamentösen Therapie, jedoch in einem wesentlich geringeren Ausmaß, wurden somatische Therapiemaßnahmen angewandt. So wurde eine Elektrokrampftherapie nur von wenigen Kliniken und bei 1,4 Prozent der Patienten eingesetzt. Eine Schlafentzugs- oder Lichttherapie erfolgte bei neun Prozent respektive sechs Prozent der Patienten.

Eine über die psychiatrische Basisbehandlung hinausgehende, spezifische

psychotherapeutische Behandlung im Gruppen- oder Einzelsetting erfolgte bei zwei Drittel der Patienten. 55 Prozent nahmen eine Einzelpsychotherapie in Anspruch, die von den Patienten mit Abstand als das wichtigste Behandlungselement beurteilt wurde. Tabelle 4 zeigt, welche Behandlungsmaßnahmen angeboten wurden. Die häufigste Therapieform bestand in kognitiver Verhaltenstherapie (im Durchschnitt mit elf Einzelsitzungen), gefolgt von tiefenpsychologisch orientierten Einzeltherapien (durchschnittlich 15 Sitzungen). Darüber hinaus gab es in den Kliniken ein breites Angebot weiterer therapeutischer Maßnahmen, wie Entspannungsgruppen, soziotherapeutische Maßnahmen oder Musik- und Gestaltungstherapien.

Ergebnisqualität

Für die Dauer der stationären Behandlung ergab sich ein Median von 49 und ein Mittelwert von 63,6 Tagen mit einer Variationsbreite von 6 bis 504 Tagen (Grafik 1). Die Behandlungsdauer variierte in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten. Anpassungsstörungen wurden mit 48,5 Tagen am kürzesten, Patienten mit einer bipolaren affektiven Erkrankung mit 74,3 Tagen am längsten behandelt. Von Patienten- und von Therapeutenseite wurde die Aufenthaltsdauer in mehr als 75 Prozent der Fälle als angemessen beurteilt.

Sowohl nach ärztlicher Einschätzung (HAM-D) als auch nach der Selbsteinschätzung der Patienten (BDI) verbesserte sich die depressive Symptomatik signifikant. Der durchschnittliche HAM-D-Wert sank von 21,8 auf 6,9. Diese Reduktion der depressiven Symptomatik zeigte sich bei allen Diagnosegruppen (Grafik 2), wobei der Effekt bei Patienten mit einer Dysthymia am geringsten ausfiel. Die Effektstärke betrug für die Fremdbeurteilung 2,3. Auch die BDI-Werte zeigten im Durchschnitt einen deutlichen Rückgang von 26,4 auf 10,9, was sich in einer mittleren Effektstärke von 1,5 widerspiegelte.

Zu einem ähnlich positiven Ergebnis kamen Patienten und Therapeuten in Bezug auf die allgemeine Zustandsänderung der Patienten (CGI): Als „sehr

viel besser“ beurteilten Patienten und Behandler den Zustand bei Entlassung in 28 Prozent beziehungsweise 29 Prozent der Fälle, 50 Prozent und 49 Prozent als „viel besser“. Bei 18 Prozent der Patienten hatte sich der Zustand „wenig verbessert“. Die Symptomatik war bei nur vier Prozent „unverändert“, und verschlechtert hatte sich der Zustand des Patienten bei einem Prozent.

Patientenzufriedenheit

Der Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8) ergab bei mehr als 90 Prozent der Patienten sehr hohe Zufriedenheitswerte bezüglich der Behandlung (Grafik 3). Die Qualität der Behandlung wurde von 68 Prozent als „gut“, von 27 Prozent als „ausgezeichnet“ beurteilt. Die nach der eigenen Vorstellung gewünschte Behandlung erhielten 92 Prozent der Patienten, ein Drittel bejahte dies sogar ohne jede Einschränkung.

Diskussion

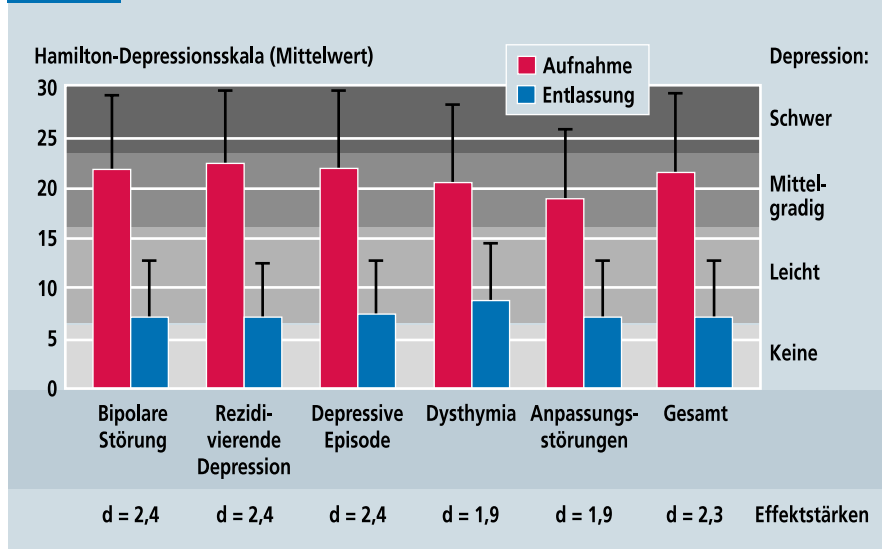
Das Ziel, die stationäre Versorgung depressiver Patienten am Beispiel psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken in Baden-Württemberg umfassend zu beschreiben, wurde erreicht. So beteiligten sich die meisten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen,

und mehr als 3 000 Behandlungen wurden dokumentiert.

Als klinisch wichtigstes Ergebnis ist die sehr bedeutsame Reduktion der depressiven Symptomatik der behandelten Patienten festzustellen: Vier Fünftel der depressiven Patienten erlebten durch die Behandlung eine relevante Besserung ihrer Symptomatik. 94 Prozent wiesen bei der Entlassung auf der HAM-D-Skala kein oder nur noch ein leichtes depressives Syndrom auf. Die Effektstärken der Behandlung von depressiven Patienten sind vergleichbar mit anderen stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudien, die Effektgrößen von 2,1 (BDI) und 2,5 (HAM-D) erreichen (9). Einschränkung muss beachtet werden, dass diese Effektstärken aus Mittelwerten individueller Prä-Post-Vergleiche resultieren, weil in diesem Qualitätssicherungsprojekt kein Interventions-Kontrollgruppen-Design (im Vergleich zu klassischen Wirksamkeitsstudien) umgesetzt wurde. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die Reduktion der Symptomatik bei einigen Patienten auch im Rahmen einer Spontanremission der depressiven Episode stattfand. Hiergegen spricht aber, dass spontane Heilungsverläufe meist längere Zeit in Anspruch nehmen als die mittleren Behandlungsepisoden der in der Studie erfassten Patienten.

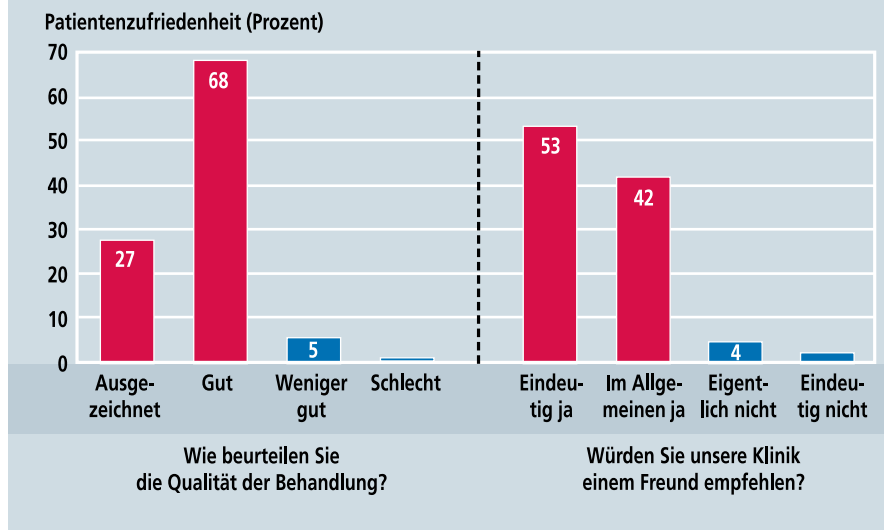
Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 49 Tage (Median) beziehungsweise 63,6 Tage (Mittelwert) und ist damit deutlich länger als die Aufenthaltsdauer bei der Gesamtheit psychischer Erkrankungen, die nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 30 Tagen liegt. Hier ist zu berücksichtigen, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer durch den Ausschluss von Patienten mit Kriseninterventionen unter sechs Tagen oder frühen Therapieabbrüchern vergleichsweise länger ist. Die Behandlungsdauer unterscheidet sich signifikant zwischen den Diagnosegruppen und richtet sich somit auch nach der Schwere der Störung: Anpassungsstörungen werden am kürzesten, bipolare Störungen am längsten behandelt. Auch die Ergebnisse zum Schweregrad der Erkrankung zeigen einen hochsignifikanten Zusammenhang: Je schwerer die Psychopathologie bei der Aufnahme

Grafik 2



Veränderung der Psychopathologie nach Diagnosegruppe, erfasst mit der Hamilton-Depressionsskala (Ham-D)

Grafik 3



Quantifizierung der Patientenzufriedenheit

ist, desto länger dauert die Behandlung. Neben den Patientenvariablen haben auch die therapeutischen Behandlungsmaßnahmen einen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer. So ist beispielsweise die Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Kombinationsbehandlung mit signifikant längeren Aufenthalten verbunden. Traten bei der medikamentösen Therapie Resistenzen oder erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen auf, verdoppelte sich die Aufenthaltsdauer. Einen signifikanten Zusammenhang gibt es auch hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung. Patienten, die eine Einzelpsychotherapie erhielten, verweilten im Durchschnitt 71 Tage im Krankenhaus (im Vergleich zu 53 Tagen ohne Einzelpsychotherapie).

Die klinisch sehr positiven Resultate bei der stationären Behandlung spiegeln sich in der hohen Zufriedenheit der Patienten wider: 95 Prozent würden die Kliniken ohne Einschränkungen anderen empfehlen. Bei den nach wie vor in der Bevölkerung bestehenden Resentiments gegenüber psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken ist dieses Ergebnis besonders bedeutungsvoll.

Depressive Erkrankungen haben leider ein hohes Rezidiv- und Chronifizierungsrisiko, wie auch aus diesen Studiendaten hervorgeht. Bei jedem fünften Patient kam es während der zweijährigen Studiendauer zu einer stationären Wiederaufnahme. Sehr wahrscheinlich

kann eine erneute depressive Episode, wegen des hohen Wiedererkrankungsrisikos, auch durch intensive ambulante wie stationäre Behandlungsmaßnahmen nicht sicher verhindert werden. Eine adäquate psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung kann jedoch zu einer verbesserten Lebensqualität der Patienten führen, die Wiederaufnahmefrequenz reduzieren sowie möglicherweise die Dauer der stationären Behandlung verkürzen. Zu erwarten ist ebenfalls, dass verbesserte medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsstrategien sowie Verbesserungen – wie die in den letzten Jahren an vielen Orten entstandenen Depressionsstationen – die Erfolge in der Depressionstherapie weiter erhöhen. Ungünstig scheint gegenwärtig, dass eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung bei nur 35 Prozent der meist rezidivierend oder chronisch erkrankten Patienten eingeleitet wurde. Eine große Zahl der depressiven Patienten wird vom Hausarzt weiter betreut. Dies unterstreicht die zentrale Funktion, die dem Hausarzt bei der Nachbetreuung und der Früherkennung eines möglichen Rückfalls zukommt (11).

Die positiven Erfahrungen aus diesem ersten externen Qualitätssicherungsprojekt in der stationären Depressionsbehandlung werden derzeit in einer Studie im Rahmen des vom Bundesministerium

für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ weiterentwickelt, an der psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen teilnehmen. Mittels Benchmarkingverfahren werden die Ergebnisse von Patientenbehandlungen zurückgemeldet und es werden daraus gezielte, klinikspezifische Interventionen zur Verbesserung der Behandlungsqualität abgeleitet (www.kompetenznetz-depression.de).

Danksagung: Die Ergebnisse stammen aus dem Projekt „Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung in der klinischen Psychiatrie Baden-Württemberg“, das von der Landesärztekammer Baden-Württemberg gefördert wurde. Wir bedanken uns bei den folgenden Kliniken für die Mitarbeit: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum Tübingen; Christophsbad Göppingen; Zentren für Psychiatrie Emmendingen, Reichenau, Weinsberg, Weissenau, Winnenden, Wiesloch und Bad Schussenried; Furtbach-Krankenhaus Stuttgart; Münsterklinik Zwiefalten; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Ludwigsburg; Abteilung für Psychiatrie im Kreiskrankenhaus Freudstadt; Vinzenz von Paul Hospital gGmbH Rottweil; Psychiatrische Universitätskliniken Heidelberg und Ulm; Psychiatrische Klinik im Bürgerhospital Stuttgart; Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie der Kreiskrankenhäuser Heidenheim, Sigmaringen und Nürtingen; Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Bezirkskrankenhaus Bayreuth; Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf; Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg. Die Arbeit wurde durch den Forschungsschwerpunkt Kompetenznetz Depression, Suizidalität, Subprojekt 3.5 „Externe Qualitätssicherung der Depressionsbehandlung“ (www.kompetenznetz-depression.de), ermöglicht, der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird (FKZ 01 GI 9922/02122).

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors vorliegt.

Manuskript eingereicht: 4. 8. 2003, revidierte Fassung angenommen: 30. 3. 2004

Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2004; 101: A 1970–1974 [Heft 27]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit2704 abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Dipl.-Psych.
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstraße 5
79104 Freiburg
E-Mail: Martin_Haerter@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

Martin Härter¹, Petra Sitta¹
 Ferdinand Keller², Rudolf Metzger³
 Werner Wiegand⁴, Gerhard Schell⁵
 Rolf-Dieter Stieglitz⁶
 Manfred Wolfersdorf⁷
 Matthias Felsenstein⁸, Mathias Berger¹

Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung

Modellprojekt der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Literatur

- American Psychiatric Association (APA): Practice guidelines for the treatment of major depressive disorders. Washington: American Psychiatric Association 2000.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al.: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561–571.
- Berger M, Gaebel W, eds.: Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Berlin: Springer 1997.
- Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum CIPS (eds): Internationale Skalen für Psychiatrie – Clinical Global Impressions Scale (CGI). Weinheim: Beltz 1996.
- Cording C: Basisdokumentation als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen. In: Berger M, Gaebel W, eds.: Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer 1997; 33–51.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 5: Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff 2000.
- Gaebel W, Schneider F, Janssen B: Qualitätsoptimierung klinischer Schizophreniebehandlung. Ergebnisse und Empfehlungen zur externen Qualitätssicherung. Darmstadt: Steinkopff 2000.
- Hamilton, M: A rating scale for depression. J Neurolog Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56–62.
- Hautzinger M, de Jong-Meyer R, Treiber R et al.: Wirksamkeit Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. Z Klin Psychol 1996; 25: 130–145.
- Härter M, Linster HW, Stieglitz RD, eds.: Qualitätsmanagement in der Psychotherapie Grundlagen – Methoden – Anwendungen. Göttingen: Hogrefe 2003.
- Härter M, Schneider F, Gaebel W, Berger M, eds.: Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis. Z arztl Fortbild Quallsich 2003; 97 (Suppl. IV).
- Hell D, Bengel J, Kirsten-Krueger M, eds.: Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung: Modelle und Projekte in der Schweiz und in Deutschland. Basel: Karger 1998.
- Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C et al.: Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German health interview and examination survey (GHS). Psychol Med 2004 (in press).
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al.: The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). JAMA 2003; 289: 3095–3105.
- Murray CJ, Lopez AD: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva: World Health Organization 1996.
- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW: Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychother Psychosom Med Psychol 1989; 39: 248–255.
- Stieglitz RD, Wolfersdorf M, Metzger R et al.: Stationäre Behandlung depressiver Patienten. Konzeptuelle Überlegungen und Ergebnisse eines Pilotprojekts zur Qualitätssicherung in Baden-Württemberg. Nervenarzt 1998; 69: 59–65.
- Wittchen HU, Müller N, Pfister H et al.: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Gesundheitswesen 1999; 61: 216–222.
- Wolfersdorf M, Stieglitz RD, Metzger R et al.: Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung: Aspekte von Qualitätsmonitoring und externer Qualitätssicherung am Beispiel eines Pilotprojektes zur stationären Depressionsbehandlung. Psychiatr Prax 1997; 24: 120–128.