

Einleitung

- ❖ Die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung ist mit rund 54.000 Betten und 831.000 Fällen im Jahr der quantitativ wichtigste Baustein der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland¹.
- ❖ Davon entfallen mehr als 40% der Betten und Behandlungsfälle auf psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.
- ❖ Bisherige Studien zur Ergebnisqualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung beziehen sich, mit einer Ausnahme², jeweils auf spezifische Populationen und/oder Interventionen³⁻⁵.
- ❖ Dies schränkt die externe Validität dieser Befunde für die Grundgesamtheit der behandelten Patienten ein. Beispielsweise wurden fast immer Patienten mit Komorbiditäten ausgeschlossen, obwohl bereits in der Allgemeinbevölkerung 44,4% der psychisch Kranken mehr als eine psychische Störung aufweisen⁶.
- ❖ Zudem liegen kaum Studien aus dem Setting der psychiatrischen Abteilung im Allgemeinkrankenhaus vor⁷.
- ❖ Vor diesem Hintergrund haben wir anhand verschiedener Qualitätsindikatoren die Ergebnisqualität für Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern untersucht, die gemeinsam im Allgemeinkrankenhaus stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt wurden.

Methoden

- ❖ **Zielpopulation:** Patienten, die zwischen Okt. 2012 und Okt. 2013 zur Behandlung auf die allgemein-psychiatrischen Stationen des Evangelischen Krankenhauses Castrop-Rauxel (Mittelstadt im westlichen Ruhrgebiet) aufgenommen wurden.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Hinreichende Deutschkenntnisse	geschlossene Behandlung erforderlich
Informierte Zustimmung in Schriftform	Diagnose Demenz oder Suchterkrankung

- ❖ **Studiendesign:** Die Patienten wurden zu Beginn und am Ende der Behandlung befragt. Es liegt somit eine prospektive naturalistische Studie mit zwei Messzeitpunkten vor.

- ❖ **Verwendete Indikatoren der Ergebnisqualität:**

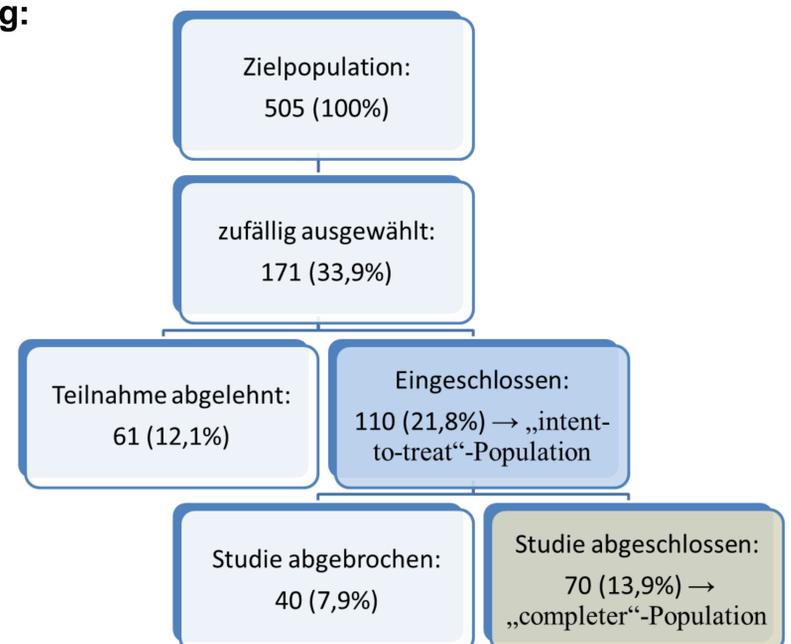
Qualitätsindikator	Messinstrument
Symptomlast	Symptomcheckliste Kurzversion 14 (SCL 14)
Wohlbefinden	Fragebogen zum Wohlbefinden (WHO-5)
Selbstwirksamkeit	Skala Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)
Vermeidungsstrategien	Kognitiv-behaviorale Vermeidungsskala (KBVS)
Behandlungszufriedenheit	Patientenfragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit (ZUF-8)

Literaturangaben

1. Statistisches Bundesamt (2015) Anfrage zur Reihe Grunddaten Krankenhäuser. Email
2. Puschner B, Schöfer D, Knaup C et al (2009). Outcome Management in in-patient care. Acta Psychiatr Scand 120: 308-319
3. Härter M, Sitta P, Keller F (2004) Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Prozess- und Ergebnisqualität anhand eines Modellprojekts in Baden-Württemberg. Nervenarzt 75:1083-1091
4. Janssen B, Burgmann C, Habel U et al. (2000) Externe Qualitätssicherung der stationären Behandlung schizophrener Patienten. Nervenarzt 71: 364-372
5. Kohler S, Hoffmann S, Unger T et al. (2013) Effectiveness of cognitive-behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. Clin Psychol Psychother 20: 97-106
6. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85: 77-87
7. Liebherz S, Rabung S (2013) Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. Psychother Psych Med 63: 355-364

Ergebnisse

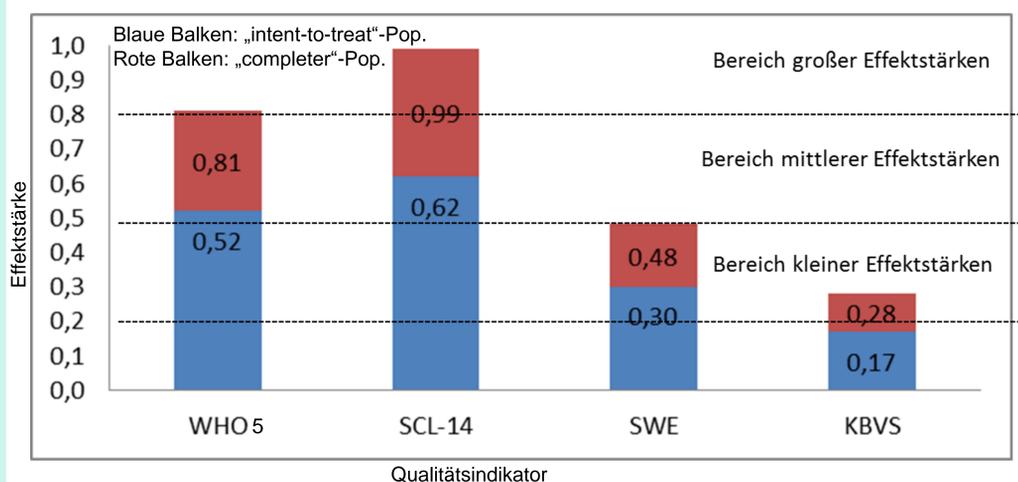
Rekrutierung:



Stichprobenmerkmale („intent-to-treat“-Population):

Alter: Mittelwert (SD)	47,2 (15,9) Jahre
Anteil männlich/weiblich	41,8%/58,2%
Behandlungsdauer: Mittelwert (SD)	37,9 (36)Tage
Anteil mit ≥ 2 ICD-10 F-Diagnosen	54,4%
Anteil mit ≥ 3 ICD-10 F-Diagnosen	20,9%
Somatische Komorbidität	76,4%
Somatische Multimorbidität	56,4%

Behandlungseffekte: Es ergeben sich positive und statistisch signifikante Behandlungseffekte für alle Qualitätsindikatoren; die Effektstärken variieren zwischen Cohen's $d=0.17-0.99$.



Diskussion

- ❖ In einem ländlichen Fachkrankenhaus für Psychiatrie in Bayern lag der mittels Ergebnisfragebogen (EB-45) gemessene Behandlungseffekt der completer-Population (durchschnittliche Behandlungsdauer: 60,3 Tage) mit $d=0.78$ im Bereich der hier vorgestellten Ergebnisse².
- ❖ Studien zur Ergebnisqualität der psychosomatischen Rehabilitation ergaben für die Reduktion der Symptomlast Effekte etwa $d=1.0$ ³. Unterschiede hinsichtlich Behandlungsdauer, Diagnoseverteilung und Zugangsbedingungen (z.B. fehlende Aufnahmeverpflichtung) schränken die Vergleichbarkeit mit dem hier untersuchten Setting stark ein.
- ❖ Im Hinblick auf das Ziel einer evidenzbasierten Versorgung besteht Bedarf an weiteren Studien, die die Ergebnisqualität auf Einrichtungsebene breit untersuchen und dabei die Limitationen dieser Arbeit (Ausschlusskriterien, Fehlen von verblindeten Fremdbeurteilungen der Ergebnisqualität durch Experten, keine katamnestischen Erhebungen) überwinden.