



Abteilung für Psychiatrie  
und Psychotherapie



Wissenschaftliches Symposium – 10 Jahre Depressionsforschung

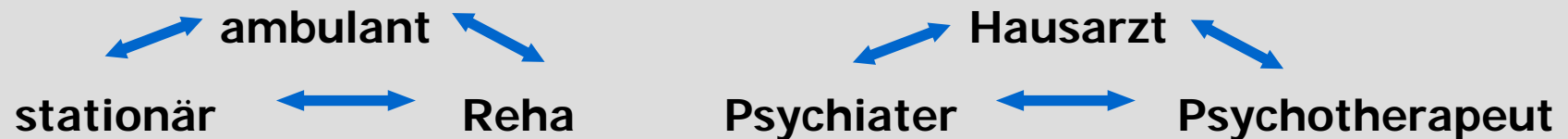
# Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Behandlung

Isaac Bermejo  
(Freiburg)

München, 05.11.2009

- **Hintergrund**
- **Ambulantes Qualitätsmanagement**
- **Stationäres Qualitätsmanagement**
- **Transfer in die Praxis**

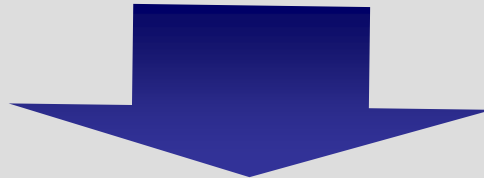
- Ausrichtung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an evidenzbasierten Leitlinien
- Verbesserte Zuständigkeitsregelung zwischen den verschiedenen Akteuren und Versorgungsebenen



- Stärkere Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen (Partizipative Entscheidungsfindung)
- Integrierte Versorgungskonzepte

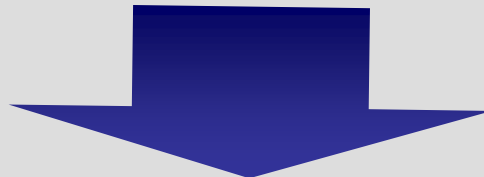
## Benchmarking

Feedback der Baseline-Daten



## Leitlinienorientierte Fortbildung

Leitlinien-Training, Transfer in die Praxis

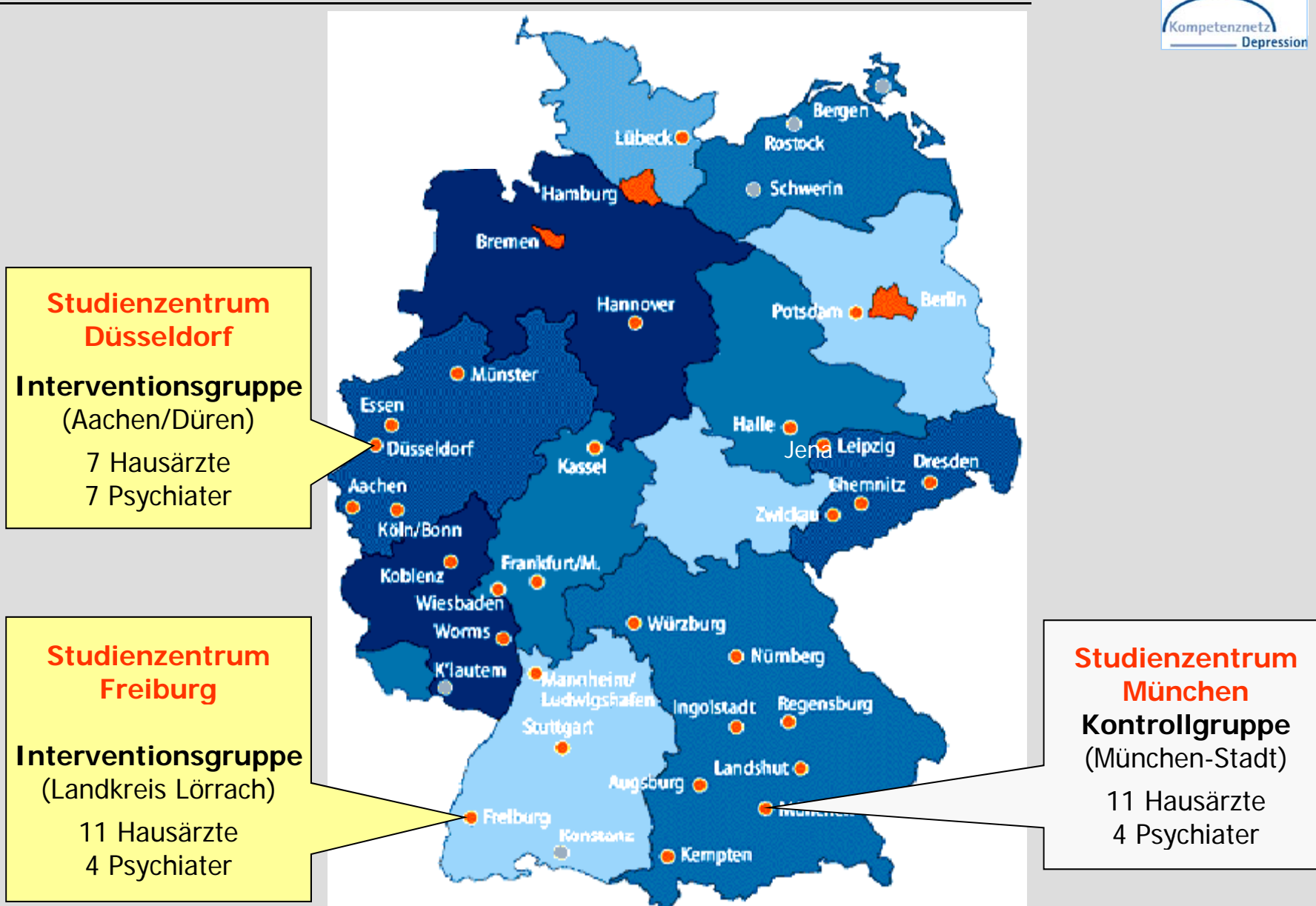


## Qualitätszirkel

Umsetzung von Veränderungen in der Praxis  
(z.B. Diagnostik, Pharmakotherapie, Überweisung)

- Hintergrund
- **Ambulantes Qualitätsmanagement**
- Stationäres Qualitätsmanagement
- Transfer in die Praxis

# Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement



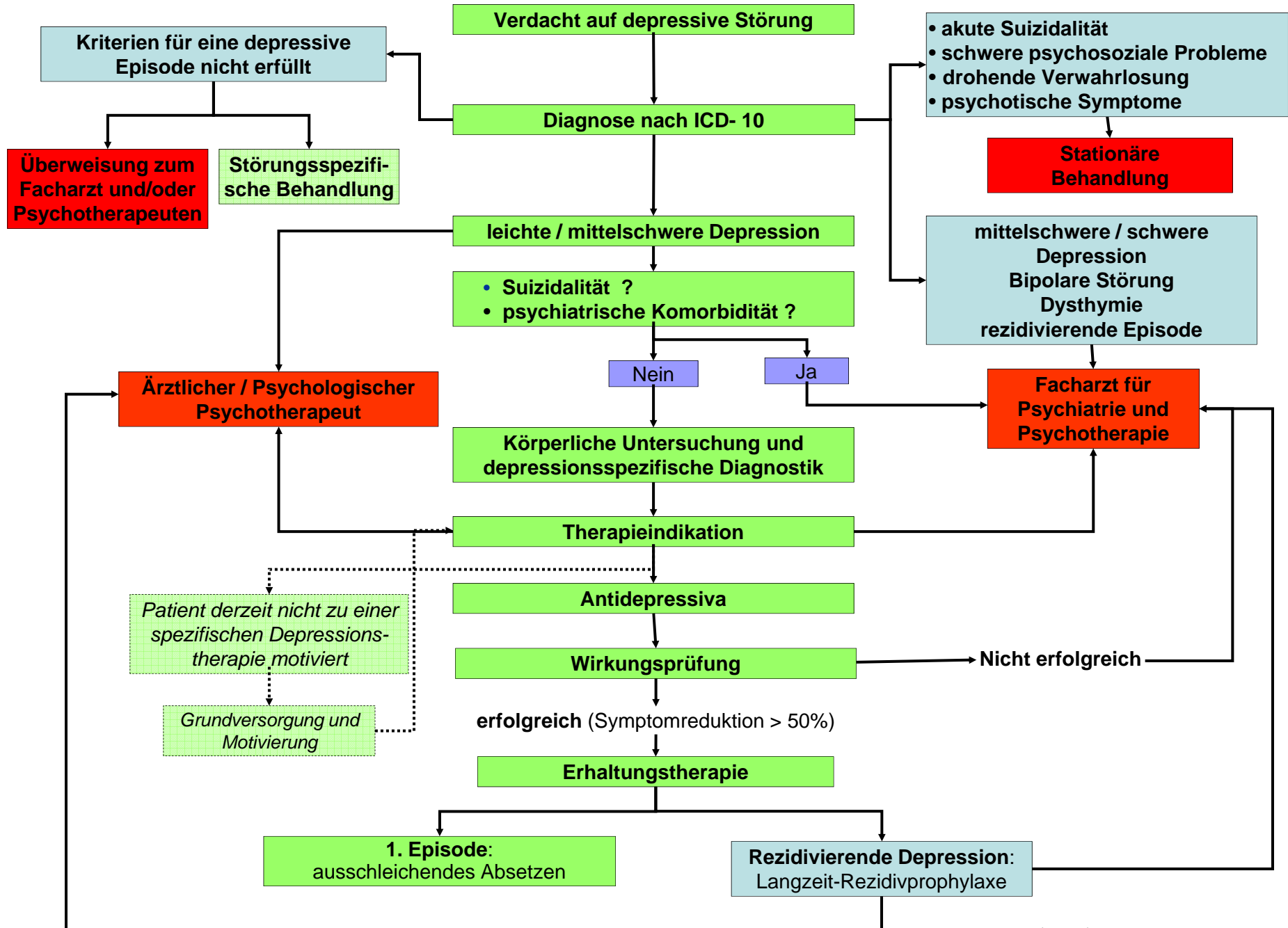
## Primary outcome

- **Symptomreduktion**

## Secondary outcome

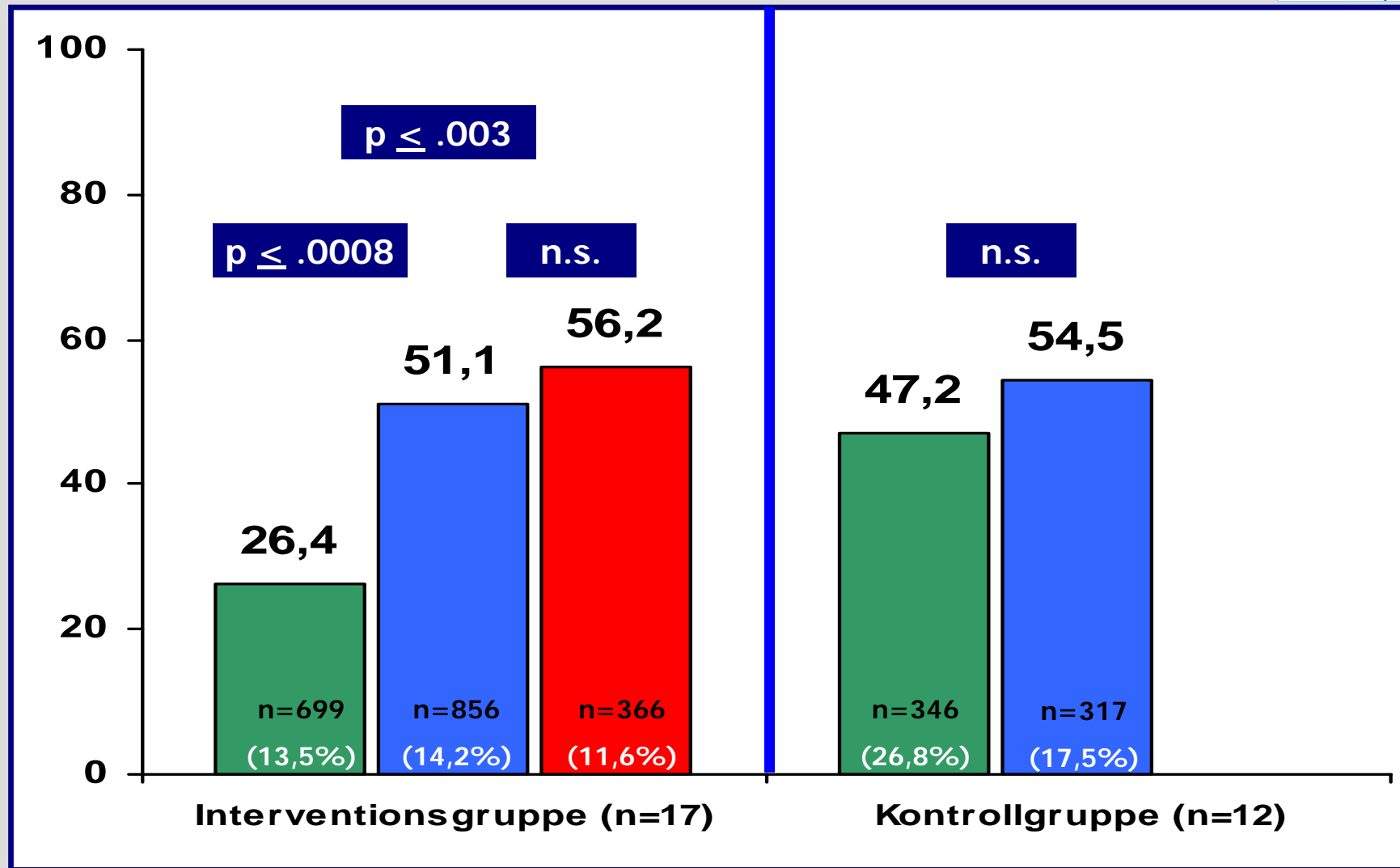
- **Höhere Erkennensrate**
- Spezifischere Diagnostik (ICD-10 Nutzung)
- Verbesserte Therapie
- Verbesserte Überweisung und Vernetzung

## Versorgungskorridor für die hausärztliche Versorgung



# Erkennensrate

Übereinstimmung: Hausärzte (Diagnose „Depression“) und Patient (PHQ-Score  $\geq 11$ )

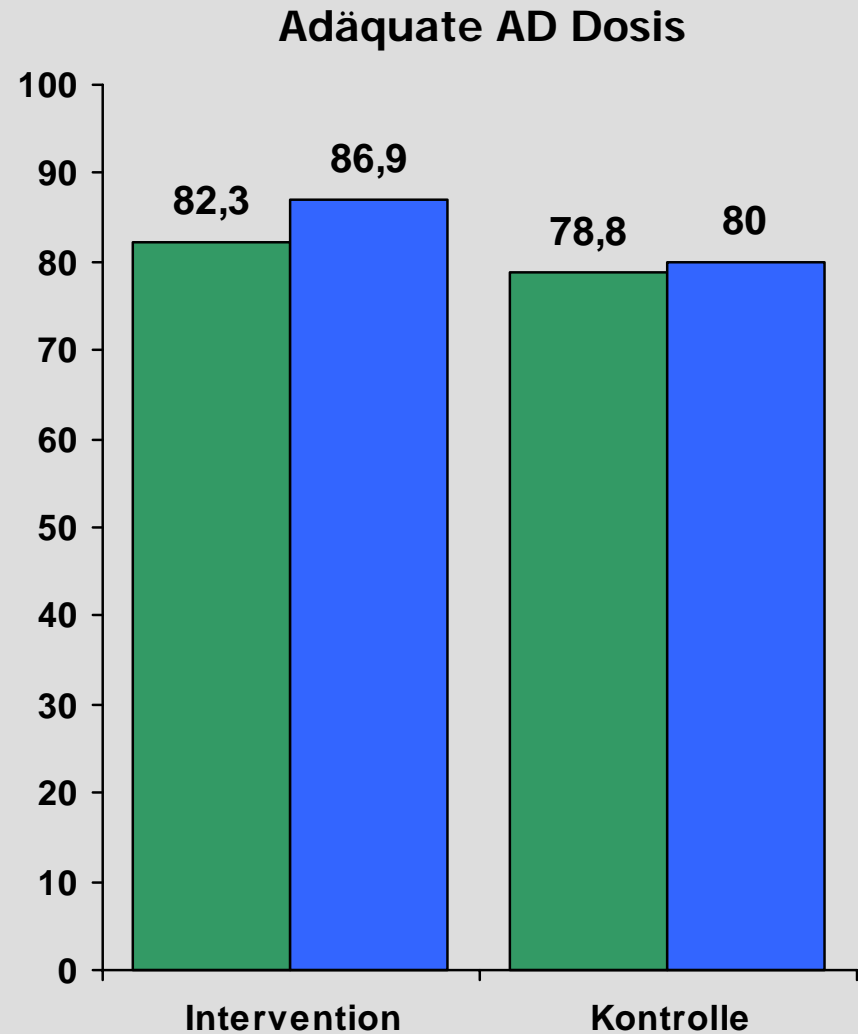
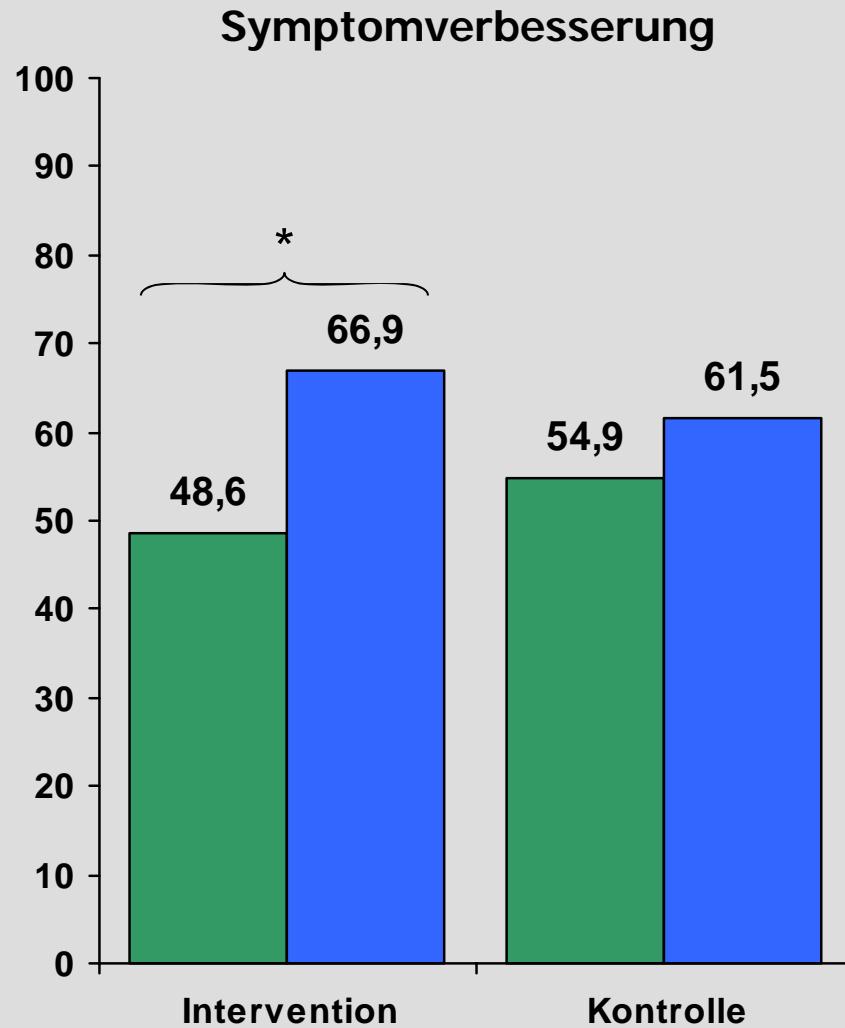


■ Baseline ■ Post ■ Katamnese (12 Monate nach Post)

Bermejo et al. (2007) Prim Care Comm Psychiatr 12, 99-107

# Interventionseffekte

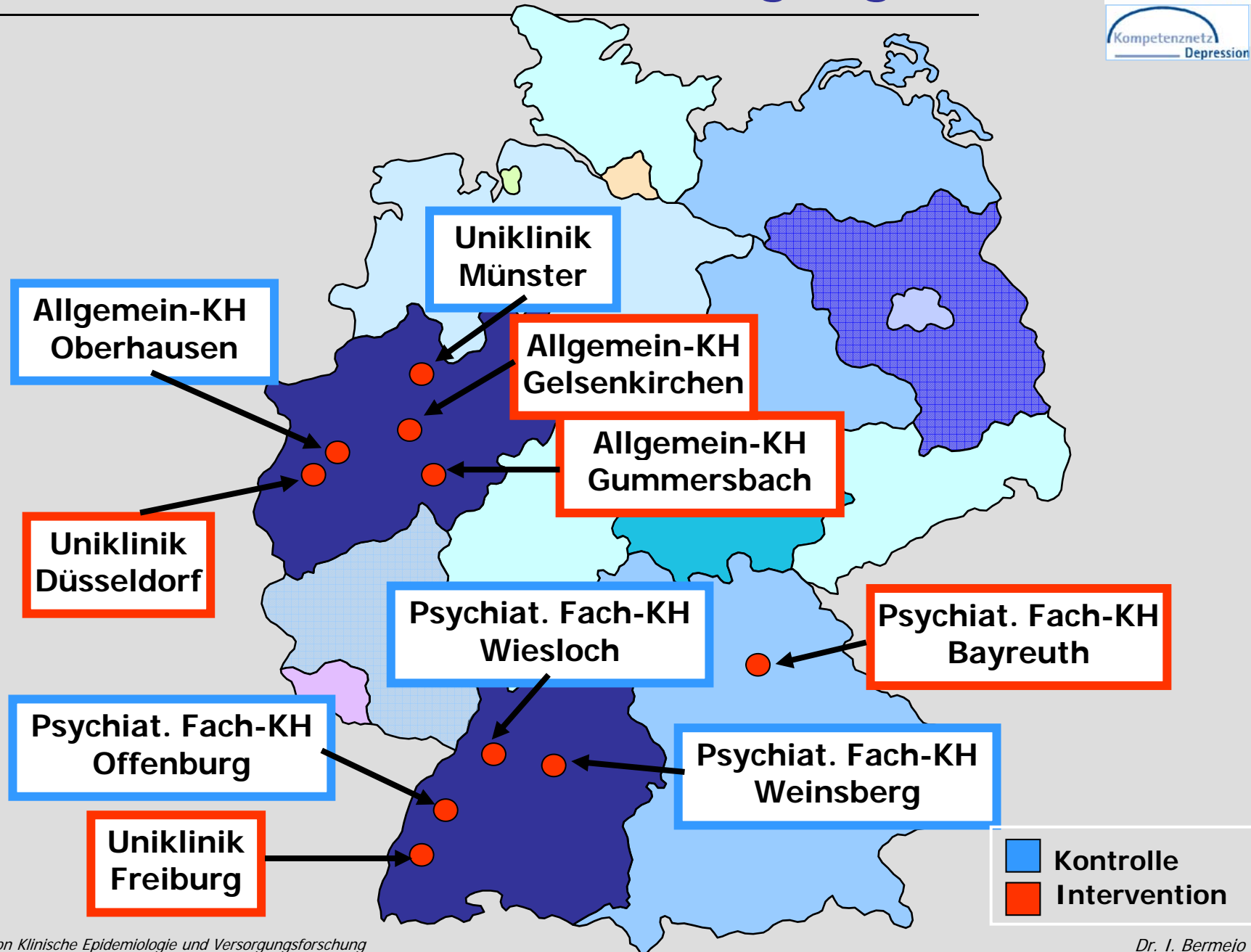
(Clusteradjustierte logistische Regression)



- 1. Versorgungsleitlinien / QM-Materialien akzeptiert**
- 2. Fortbildungsprogramm positiv evaluiert**
- 3. Hinweise für Effekte bezüglich**
  - Erkennensrate
  - Behandlungseffektivität
- 4. Hauptprobleme:**
  - Teilnahmequote (11 %)
  - Compliance bei der Dokumentation (5 min!)
  - Vergleichbarkeit der Gruppen

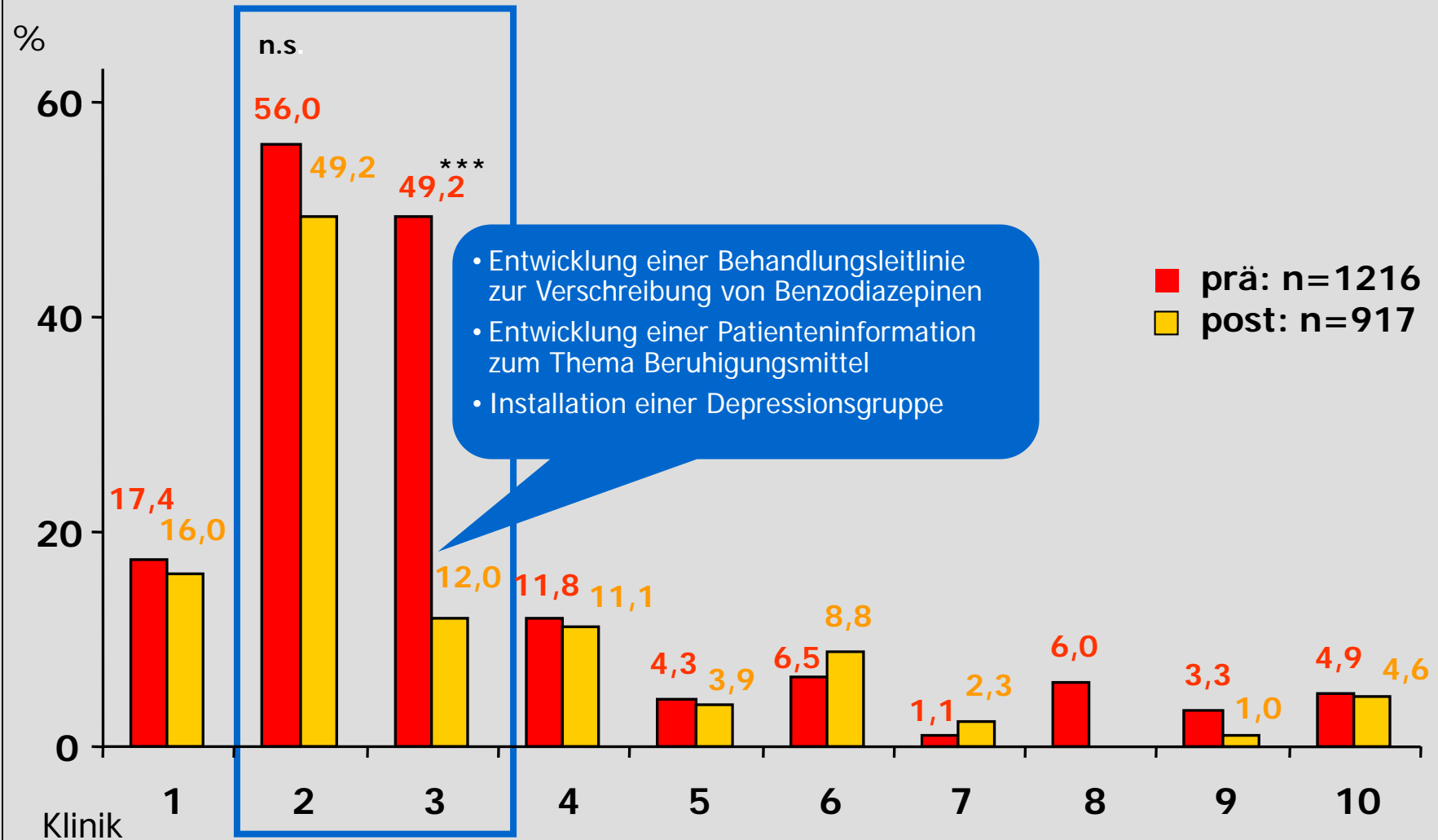
- Hintergrund
- Ambulantes Qualitätsmanagement
- Stationäres Qualitätsmanagement
- Transfer in die Praxis

# QM in der stationären Versorgung



- **Kennzahlen der Versorgungsqualität erfassen**
- **Methoden des fairen Vergleichs umsetzen**
- **Umsetzung von Leitlinien untersuchen**
- **Evaluation von QM-Maßnahmen**

# Ziel: Benzodiazepin-Reduktion



# Fazit – Stationäres QM

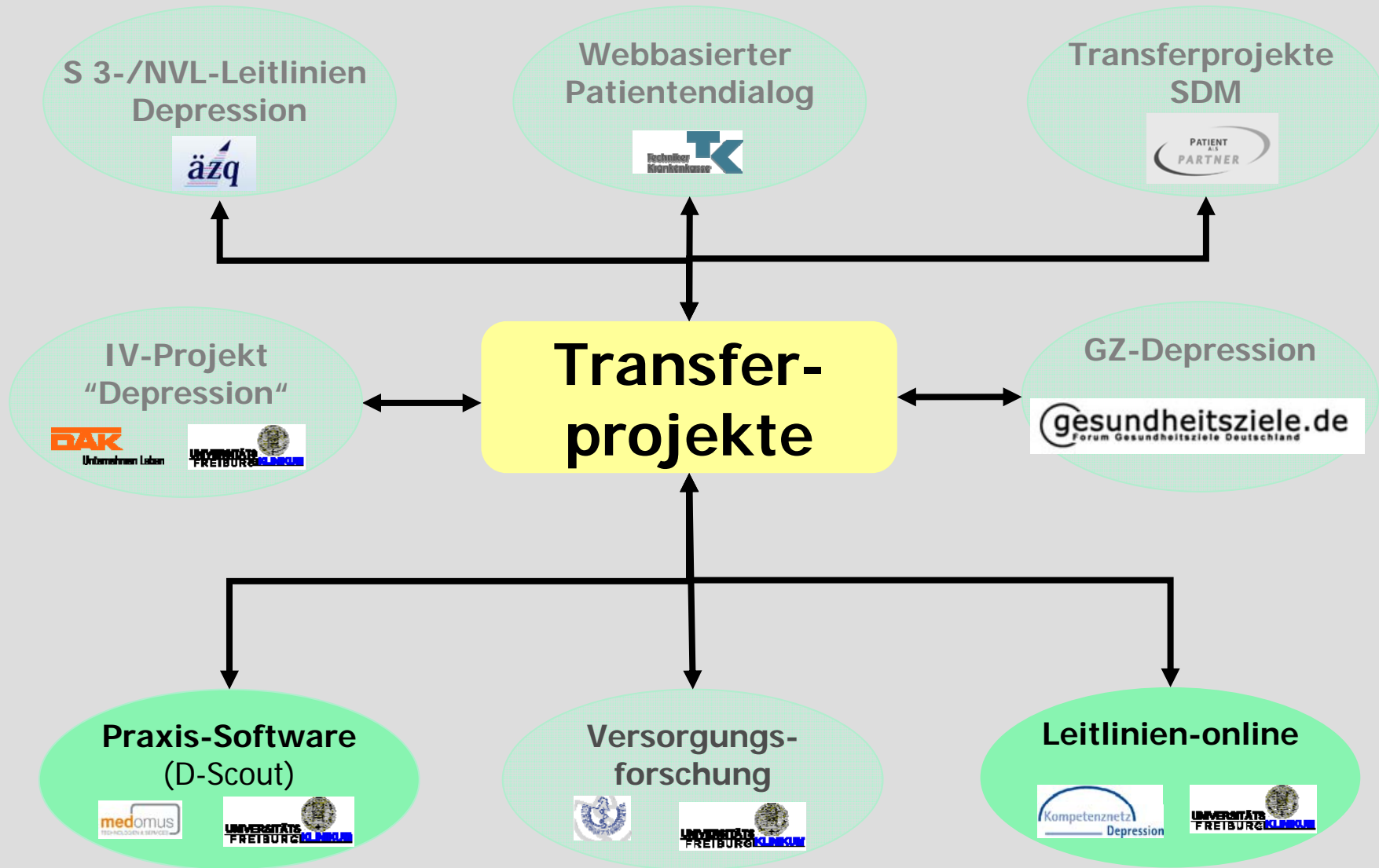


Klinik	Ziele	Ergebnis
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Therapieeffekte bei Patienten mit rezidivierender depressiver Störung</li> <li>• <b>Erhöhter Anteil an Psychotherapiepatienten</b></li> <li>• <b>Leitlinienorientiertere Dosierung von Trizyklika</b></li> </ul>	-- + ↑
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reduktion der Benzodiazepinverschreibung</b></li> <li>• Reduktion der Anwendung bildgebender Verfahren</li> <li>• Erhöhung des Anteils an Psychotherapiepatienten</li> </ul>	↑ -- --
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reduktion der Benzodiazepinverschreibung</b></li> <li>• Erhöhung des Anteils an Psychotherapiepatienten</li> <li>• <b>Verbesserung der Patientenzufriedenheit</b></li> </ul>	+ -- +
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion der Behandlungsdauer</li> <li>• <b>Vermehrte tagesklinische Nachbehandlung</b></li> <li>• <b>Vermehrtes Gruppenangebot</b></li> </ul>	-- + +
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reduktion der Behandlungsdauer</b></li> <li>• Verbesserung der Psychopathologie bei Entlassung</li> </ul>	+ --

+ signifikante Verbesserung, ↑ positiver Trend, -- keine Veränderung

- Hintergrund
- Ambulantes Qualitätsmanagement
- Stationäres Qualitätsmanagement
- Transfer in die Praxis

# Transfer in die Praxis



## Ziel:

**Langfristige Etablierung evidenzbasierten Wissens in die Praxis**

## Praxis-Software (D-Scout)

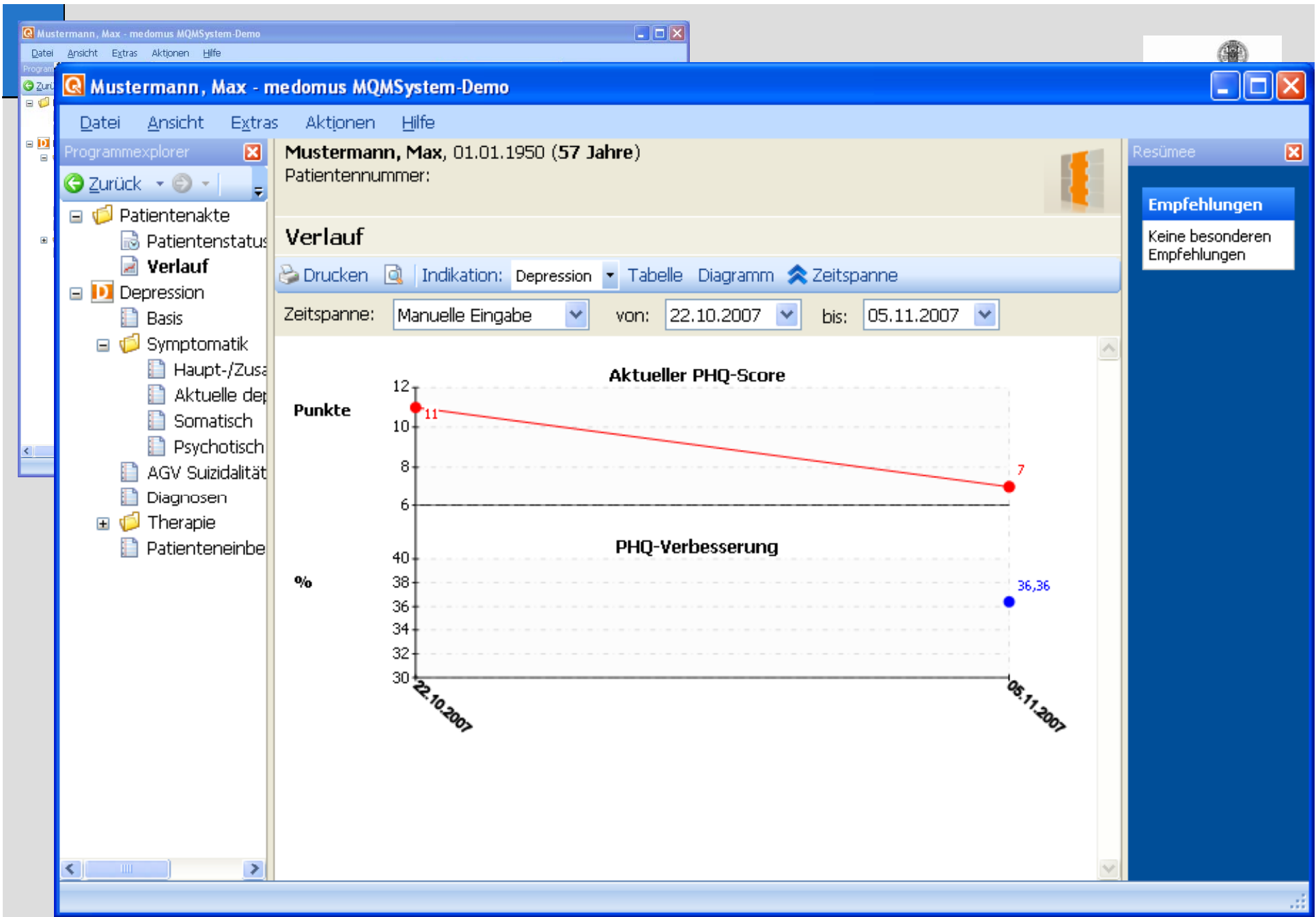
- **Software zu den QM-Materialien**
- **Für Haus-, Fachärzten, Psychotherapeuten und Fachkliniken**

**Seit Januar 2009 auf dem Markt**

## Internet-Leitlinien ([www.depressions-leitlinie.de](http://www.depressions-leitlinie.de))

- **elektronischen Version der Leitlinien für depressive Erkrankungen**
- **evidenzbasierte Entscheidungshilfen (Decision Aids)**
- **CME-Möglichkeit**

**Online Dezember 2009**



# Internetbasierte Leitlinien

Depressions Leitlinie - Mozilla Firefox

http://www.depressions-leitlinie.de/index.php?option=com\_content&task=view&id=18&Itemid=128

Medikamentöse Behandlung  
 Psychotherapeutische  
 Kombinationsbehandlung  
 Weitere Behandlungsverfahren  
 Erhaltungstherapie  
 Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe  
 Einbezug von Patienten und  
 Suizidalität  
 Überweisung  
 Fallbeispiele  
 CME  
 Dokumentation  
 Literatur  
 Links

Für die Akuttherapie gibt es mehrere Behandlungsstrategien.

### Behandlungsalternativen

```

  graph TD
    A[Diagnose Depression] --> B[Weitere Verfahren]
    A --> C[Aktives beobachtendes Abwarten]
    A --> D[Antidepressiva]
    A --> E[Psychotherapie]
    D --> F[Antidepressiva + Psychotherapie]
    E --> F
  
```

**Symptomreduktion**

**vier Stufen des Therapieerfolgs bzw. Symptomreduktion**

Symptomreduktion < 20%	=	Kein Effekt bzw. Wirkung
Symptomreduktion 20-50%	=	Minimaler Effekt bzw. geringe Wirkung
Symptomreduktion > 50%	=	Teilremission
Symptomreduktion = 100%	=	vollständige Remission bzw. weitgehende Symptomfreiheit

es Abwarten („watchful waiting“)  
 ndlung  
 e Behandlung  
 e

llungsmöglichkeiten zur Anwendung kommt, richtet  
 en, wie Symptomschwere, bisherigem  
 etenzen des Arztes sowie Patientenpräferenzen.

Hauptkriterium der Wirksamkeit der Behandlung und für die Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen ist üblicherweise der Grad der **Symptomreduktion** des Patienten bzw. die Remission. Tritt während der Behandlung eine Besserung des Zustandes des Patienten mit einer mindestens 50%igen Abnahme der depressiven Symptomatik ein, wird dies als ein Ansprechen auf die Behandlung angesehen („Response“). Unter „Remission“ versteht man einen weitgehend symptomfreien Zustand und die vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Funktionszustandes. Zur Abschätzung der Symptomverbesserung (**Wirkungsprüfung**) bietet sich der Einsatz von **klinischen Skalen** (Selbst- bzw. Fremdeinschätzung) an, wie z.B.: BDI, PHQ-D, BMRS.

[Volltext mit Literatur](#)

[Weiter zu Erhaltungstherapie](#)



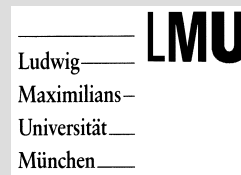
**Martin Härter  
Isaac Bermejo  
Imke Hoyer  
Petra Sitta  
Mathias Berger**



**Wolfgang Gaebel  
Sandra Kratz  
Ralph Menke**



**Frank Schneider  
Silke Brand**



**Ulrich Hegerl  
Tim Pfeiffer-Gerschel  
Christoph Mulert**



**Hans Joachim Salize  
Klaus Stamm**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**



**Dr. I. Bermejo**

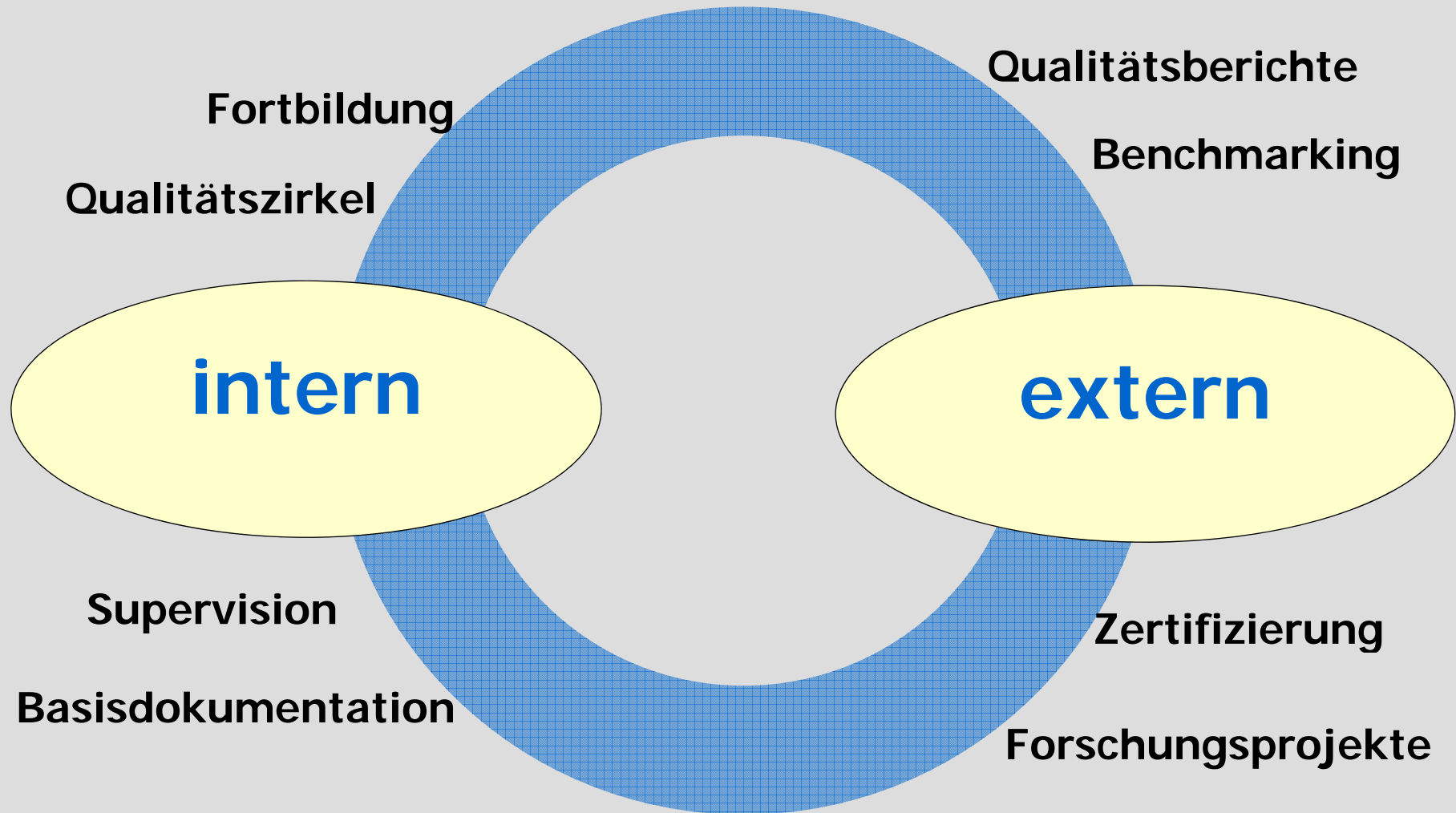
Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Freiburg

[Isaac.bermejo@uniklinik-freiburg.de](mailto:Isaac.bermejo@uniklinik-freiburg.de)

# Qualitätsmanagement



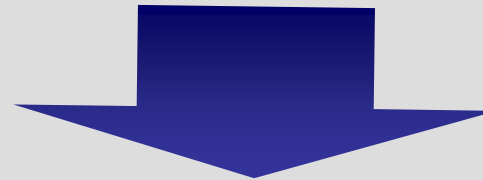
# Implementierungskonzept

Sept. 2001

3 x CME  
à 3 Std.

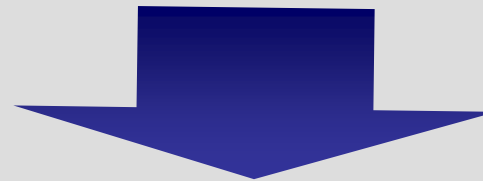
## Benchmarking

Feedback der Baseline-Daten



## Leitlinienorientierte Fortbildung

Leitlinien-Training, Transfer in die Praxis



## Qualitätszirkel

Umsetzung von Veränderungen in der Praxis  
(z.B. Diagnostik, Pharmakotherapie, Überweisung)

Juli 2002

3 x QZ  
à 3 Std.

## Leitlinienorientierte Fortbildung

Vermittlung/Auffrischung aktuellen Leitlinienwissens

## Benchmarking

Anonymisierte Rückmeldung der Behandlungsqualität

## Datengestützte Qualitätszirkel

Schwachstellenanalyse, Umsetzung von  
Verbesserungsmaßnahmen