

| | Seite | |
|------------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 4 |
| 1.1 | Der Begriff „Depression“ | 5 |
| 1.1.1 | Die depressive Episode in der ICD-10 | 5 |
| 1.1.2 | Die depressive Episode in dem DSM-IV | 6 |
| 1.1.3 | Zeitlicher Verlauf und Epidemiologie depressiver Episoden | 6 |
| 1.1.4 | Andere psychische Störungen mit affektiver Komponente | 7 |
| 1.2 | Die Belastung durch depressive Störungen | 8 |
| 1.2.1 | Die individuelle Ebene | 8 |
| 1.2.2 | Die Bevölkerungsebene | 9 |
| 1.2.3 | Die ökonomische Ebene | 9 |
| 1.3 | Depressionsstationen | 11 |
| 1.3.1 | Lithium-Kliniken als Vorläufer der Depressionsstationen | 11 |
| 1.3.2 | Das Konzept der Depressionsstationen | 11 |
| 1.3.3 | Depressionsstationen - Pro und Contra | 13 |
| 2 | Herleitung einer Aufgabenstellung | 15 |
| 2.1 | Daten zu Depressionsstationen | 15 |
| 2.2 | Die störungsspezifischen Module der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin | 18 |
| 3 | Methodik | 19 |
| 3.1 | Datenakquisition | 19 |
| 3.1.1 | Einschlusskriterien | 19 |
| 3.1.2 | Ausschlusskriterien | 20 |
| 3.2 | Vergleichsgruppen | 21 |
| 3.2.1 | Das Modul Affektive Störungen | 21 |
| 3.2.2 | Erste Kontrollgruppe: partielle Schwerpunktstationen | 22 |
| 3.2.3 | Zweite Kontrollgruppe: das Modul Integrative Psychiatrie | 23 |
| 3.3 | Endpunkte | 24 |
| 3.3.1 | Aufenthaltsdauer | 24 |
| 3.3.2 | Hamilton Depression Rating Scale | 25 |
| 3.3.3 | Remission | 25 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 3.4 | Subgruppen als potentiell konfundierende Variablen | 26 |
| 3.4.1 | Geschlecht | 26 |
| 3.4.2 | Alter | 26 |
| 3.4.3 | Schweregrad der Depression | 27 |
| 3.4.4 | Rezidivierende depressive Störung | 27 |
| 3.4.5 | Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit | 27 |
| 3.4.6 | Persönlichkeitsstörungen | 27 |
| 3.4.7 | Ängstliche Symptome / komorbide Angststörung | 28 |
| 3.4.8 | Psychotische Symptome | 28 |
| 3.4.9 | Dysthymie und „double depression“ | 28 |
| 3.5 | Statistische Methoden | 30 |
| 3.5.1 | Gesamtvergleich | 30 |
| 3.5.2 | Fälle mit zweitem Aufenthalt | 31 |
| | | |
| 4 | Ergebnisse | 32 |
| 4.1 | Beschreibung der Daten | 32 |
| 4.1.1 | Gesamtdatengut | 32 |
| 4.1.2 | Ausschlüsse | 33 |
| 4.1.3 | Einschlüsse | 35 |
| 4.1.4 | Fälle mit zweitem Aufenthalt | 36 |
| 4.2 | Prätests | 38 |
| 4.3 | Outcome-Analysen | 40 |
| 4.3.1 | HDRS-17- Δ , HDRS-17-Score bei Entlassung und Aufenthaltsdauer | 40 |
| 4.3.2 | Remission | 41 |
| 4.3.3 | Fälle mit zweitem Aufenthalt | 41 |
| | | |
| 5 | Diskussion | 43 |
| 5.1 | Ergebnisse | 43 |
| 5.1.1 | HDRS-17-Score bei Entlassung | 43 |
| 5.1.2 | HDRS-17- Δ | 45 |
| 5.1.3 | Aufenthaltsdauer | 46 |
| 5.1.4 | Remission | 47 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 5.1.5 | Fälle mit zweitem Aufenthalt | 48 |
| 5.2 | Methodik | 49 |
| 5.2.1 | Retrospektiver Vergleich | 49 |
| 5.2.2 | Die Hamilton Depression Rating Scale | 49 |
| 5.2.3 | Partielle Schwerpunktstationen | 50 |
| 5.2.4 | Klinik- und Standort-Faktoren | 50 |
| 5.2.5 | Beobachtungszeitraum | 51 |
| 5.2.6 | Effektstärke der störungsspezifischen Behandlung | 51 |
| 5.2.7 | Psychische Komorbidität | 51 |
| 5.2.8 | Somatische Komorbidität | 52 |
| 5.3 | Charakteristika der Stichprobe | 53 |
| | | |
| 6 | Zusammenfassung | 54 |
| | | |
| 7 | Literaturverzeichnis | 56 |
| | | |
| 8 | Abkürzungsverzeichnis | 64 |
| | | |
| 9 | Eigenständigkeitserklärung | 65 |
| | | |
| 10 | Tabellarischer Lebenslauf | 66 |
| | | |
| 11 | Publikationsliste | 67 |

1 Einleitung

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen, sie beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich und ihre Häufigkeit wird nach Schätzung der World Health Organization (WHO) in den nächsten Jahren weiter zunehmen (WHO 2001 A).

Depressive Störungen können abhängig vom Schweregrad ambulant, teilstationär oder vollstationär behandelt werden. Die evidenzbasierte Behandlung besteht aus Psychotherapie, Psychopharmakotherapie oder ihrer Kombination. Bei spezieller Indikation kommen Lichttherapie, Elektrokonvulsionstherapie (EKT) und andere Stimulationsverfahren zur Anwendung.

Traditionell existierten in psychiatrischen Kliniken keine störungsspezifischen Stationen. Neben eventueller Trennung der Geschlechter gab es (fakultativ) geschützte und offene Stationen, so dass eine hohe Heterogenität der Krankheitsbilder gegeben war. Die Einrichtung von depressionsspezifischen Stationen stellt eine Möglichkeit dar, die stationäre Behandlung weiter zu optimieren, indem man therapeutische Expertise und Behandlungsangebote bündelt und gleichzeitig einen Schon- und Lernraum für die PatientInnen schafft. Diese so genannten Depressionsstationen haben sich in der Therapie bewährt und ihre Anzahl stieg in Deutschland seit Gründung der ersten derartigen Einrichtung in Deutschland im Jahr 1976 stetig an.

Die organisatorischen und therapeutischen Vorteile des Depressionsstations-Konzepts sind offensichtlich, es wurde bisher jedoch keine vergleichende Untersuchung zur Behandlungs-Effektivität störungsspezifischer und störungsunspezifischer Stationen publiziert.

Die vorliegende Arbeit bietet einen retrospektiven Vergleich des Kurzzeit-Behandlungs-Outcomes antidepressiver Therapie zwischen störungsspezifischen und störungsunspezifischen Stationen, durchgeführt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin.

1.1 Der Begriff „Depression“

Der Begriff „Depression“ stammt von dem lateinischen Verb „deprimere“, welches in das Deutsche mit „niederdrücken“ übersetzt wird. Die Grenzziehung zwischen alltäglichen, normalen Zuständen und Schwankungen der Stimmung und einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung ist schwierig und kontrovers diskutierbar. Das Kernmerkmal der Depression als affektive Störung ist das sich „niedergedrückt Fühlen“ im somatischen und psychischen Sinne. Die WHO klassifiziert Diagnosen in der *International Classification of Diseases* in der aktuell 10. Version (ICD-10), die American Psychiatric Association in dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* in der aktuell 4. Ausgabe (DSM-IV). Die klassische Depression findet sich in der ICD-10 als *depressive Episode* und in dem DSM-IV als *Episode einer Major Depression*. Depressive Episoden treten im Rahmen unipolarer und bipolarer affektiver Störungen auf. Depressive Episoden können einmalig oder rezidivierend auftreten, können aber auch chronifizieren.

1.1.1 Die depressive Episode in der ICD-10

Eine depressive Episode wird diagnostiziert, wenn über mindestens zwei Wochen mindestens zwei typische und zwei andere der folgenden Symptome vorhanden sind (Dilling et al. 2008):

Typische Symptome:

1. Depressive Stimmung
2. Verlust von Interesse oder Freude
3. Erhöhte Ermüdbarkeit

Andere Symptome:

1. Verminderung von Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind beeinträchtigt
3. Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. Verminderter Appetit

1.1.2 Die depressive Episode in dem DSM-IV

Eine depressive Episode wird diagnostiziert, wenn über mindestens zwei Wochen das erste oder zweite sowie mindestens vier weitere der folgenden Symptome vorhanden sind (Saß et al. 2003):

1. Depressive Verstimmung
2. Verlust an Interesse oder Freude
3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme
4. Vermehrter Schlaf oder Schlaflosigkeit
5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
6. Übermäßige, unangemessene Schuldgefühle oder Gefühle von Wertlosigkeit an fast allen Tagen
7. Verminderte Denk- und Entscheidungsfähigkeit
8. Müdigkeit und Energieverlust
9. Suizidale Gedanken und/oder Handlungen

1.1.3 Zeitlicher Verlauf und Epidemiologie depressiver Episoden

Mindestens 50% der PatientInnen erleiden nach einer ersten depressiven Episode eine zweite, nach zwei depressiven Episoden steigt das Risiko für eine dritte auf ungefähr 80% (Bircusa & Iacono 2007). Depressive Episoden dauern in einem naturalistischen Setting trotz Behandlung im Durchschnitt mehrere Monate an, in circa 10-30% der Fälle tritt Chronifizierung im Sinne einer Episodenlänge von zwei Jahren oder mehr auf (Thornicroft & Sartorius 1993, Spijker et al. 2002, Penninx et al. 2011).

Für Deutschland wird im Bundesgesundheitsurvey die Prävalenz unipolarer Depressionen nach DSM-IV in einem 4-Wochen-Zeitraum mit 4.2% für Männer und 6.9% für Frauen angegeben, in einem 12-Monats-Zeitraum mit 7.5% für Männer und 14.0% für Frauen (Jacobi et al. 2004). Weltweit wird die Punktprävalenz unipolarer depressiver Episoden auf 3.2% für Frauen und 1.9% für Männer geschätzt, die 12-Monats-Prävalenz auf 9.5% für Frauen und 5.8% für Männer. Die WHO prognostiziert eine Zunahme depressiver Störungen bis 2020 (WHO 2001 A).

Frauen sind in den meisten Untersuchungen und Statistiken häufiger von unipolaren depressiven Störungen betroffen als Männer. Dieser Unterschied könnte neben anderen Faktoren dadurch bedingt sein, dass mehr Männer als Frauen Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit entwickeln (Dawson 1996) und nur diese Störung diagnostiziert wird, eine komorbide depressive Störung jedoch nicht. Dadurch entstünden größere epidemiologische Differenzen zwischen den Geschlechtern (Weissman & Klerman 1977). In der Glaubensgemeinschaft der Amischen, in der Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit kaum vorhanden sein soll, fand eine Untersuchung hinsichtlich der Häufigkeit depressiver Störungen keinen Geschlechter-Unterschied (Egeland & Hostetter 1983).

1.1.4 Andere psychische Störungen mit affektiver Komponente

Depressive Episoden können nach ICD-10 und DSM-IV als leicht, mittelschwer oder schwer klassifiziert werden und mit oder ohne psychotische Symptome verlaufen. Hinsichtlich depressiver Symptomatik überschneiden sie sich vor allem mit den folgenden psychischen Störungen:

- **Schizodepressive Episode bei schizoaffektiver Störung**, bei der quer- und längsschnittlich affektive und psychotische Symptome vorhanden sind
- **Dysthymie**, bei der über mindestens zwei Jahre depressive Symptome bestehen, der Schweregrad einer depressiven Episode jedoch nicht erfüllt ist
- **Kurze depressive Episoden**, die weniger als zwei Wochen andauern
- **Angst und depressive Störung gemischt**, bei der gleichzeitig und ebenbürtig ängstliche und depressive Symptome vorhanden sind
- **Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion oder Angst und depressiver Reaktion gemischt**, bei der ängstlich-depressive Symptome vorhanden sind, die nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen
- **Postschizophrene Depression**, eine depressive Episode mit residualen positiven oder negativen schizophrenen Symptomen im Anschluss an eine Episode einer schizophrenen Störung
- **Depressive Persönlichkeitsstörung**, bei der ein tiefgreifendes Muster depressiver emotionaler Muster, Kognitionen und Verhaltensweisen vorhanden sind

1.2 Die Belastung durch depressive Störungen

1.2.1 Die individuelle Ebene

In einer Untersuchung von 11.242 ambulanten PatientInnen, die die DSM-Kriterien einer depressiven Episode erfüllten oder subsyndromale depressive Symptome aufwiesen, wurde das Funktionsniveau und Wohlbefinden mit dem von Menschen ohne Krankheit verglichen. Die depressiv Erkrankten zeigten Defizite im Funktionsniveau (physical, social, and role functioning) (Wells et al. 1989).

In einem Follow-Up von 66 PatientInnen nach stationärer Behandlung einer depressiven Episode wurde die Lebensqualität im WHOQOL-100 (World Health Organization Quality Of Life Questionnaire) gemessen. Bei Non-Remission (n=17) zeigte sich bei Entlassung ein signifikanter Unterschied in allen Bereichen der Lebensqualität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Sieben Monate nach Entlassung fanden sich noch signifikant niedrigere Werte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in vier von sechs Bereichen der Lebensqualität (psychological, independence, social relationships, spirituality). Bei Remission (n=42) fanden sich sieben Monate nach Entlassung noch in drei von sechs Bereichen der Lebensqualität (physical health, independence, spirituality) signifikant niedrigere Werte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Angermeyer et al. 2002).

Psychische Erkrankungen und vor allem depressive Störungen weisen eine hohe Assoziation mit Suiziden auf. Von allen begangenen Suiziden werden 59-87% auf Depressionen zurückgeführt (Gonda et al. 2007). In einem Review wurden für affektive Störungen nach Risikogruppen gestaffelte Suizidraten ermittelt: PatientInnen, die aufgrund von Suizidalität mindestens ein Mal stationär behandelt wurden, hatten ein Lebenszeit-Suizid-Risiko von 8.6%. PatientInnen, die aufgrund einer affektiven Störung mindestens ein Mal stationär behandelt wurden, hatten Lebenszeit-Suizid-Risiko von 4.0%. PatientInnen mit affektiver Störung, die entweder stationär oder ambulant behandelt wurden, hatten ein Lebenszeit-Suizid-Risiko von 2.2% (Bostwick & Pankratz 2000).

1.2.2 Die Bevölkerungsebene

Die Belastung durch Krankheit kann mit verschiedenen Parametern quantifiziert werden:

- **YLL** (year of life lost due to premature mortality)
- **YLD** (healthy year lost due to disability)
- **DALY** (disability-adjusted life year), ein durch Krankheit, Behinderung oder vorzeitigen Tod verlorenes Lebensjahr

Laut World Health Report 2001 der WHO waren depressive Störungen im Jahr 2000 für 11.9% aller YLDs weltweit verantwortlich und stellten den weltweit führenden Grund für alle YLDs dar. Unipolar depressive Störungen belegen mit 4.4% aller Erkrankungen Platz vier der DALYs weltweit für alle Altersgruppen, für 15- bis 44-Jährige sogar Platz zwei mit 8.6%. Für das Jahr 2020 prognostiziert die WHO für die entwickelten Regionen die depressive Störung auf den ersten Platz der DALYs verursachenden Krankheiten und weltweit auf den zweiten Platz hinter der ischämischen Herzkrankheit (WHO 2001 A).

In Deutschland wurden im Jahr 2010 insgesamt 10.021 Suizide erfasst (Statistisches Bundesamt – A 2010). Die tatsächliche Anzahl der Suizide ist möglicherweise noch höher, da sich unter den als Verkehrsunfälle, drogenassoziierte und unklare Todesursache deklarierten Fällen ein erheblicher Anteil nicht erkannter Suizide verbergen kann (Fiedler 2007). Im Jahr 2000 wurden weltweit 815.000 Suizide erfasst (WHO 2001 B).

1.2.3 Die ökonomische Ebene

Direkte Kosten beziehen sich auf den unmittelbaren Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Nach Daten des statistischen Bundesamts verursachte die Behandlung unipolarer Depressionen in Deutschland stetig steigende Kosten: in Höhe von 3.92 Milliarden Euro im Jahr 2002, von 4.16 Milliarden Euro im Jahr 2004, von 4.69 Milliarden Euro im Jahr 2006 und von 5.23 Milliarden Euro im Jahr 2008 (Statistisches Bundesamt – B 2010).

In Untersuchungen aus den USA zur Kostenverursachung durch depressive Störungen wurden die Behandlungskosten, Kosten durch früheres Versterben durch Suizid und Kosten durch Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ermittelt. Hierdurch sind im Jahr 1990 Kosten in Höhe von 43.2 Milliarden US-Dollar und im Jahr 2000 in Höhe von 83.1 US-Dollar entstanden. Die 43.2 Milliarden Dollar aus dem Jahr 1990 entsprachen ungefähr 77.4 Milliarden zur Zeit der zweiten Publikation (Greenberg et al. 1993, Greenberg et al. 2003).

Zu den indirekten Kosten zählt primär Arbeitsunfähigkeit. Unter Versicherten der DAK verursachten im Jahr 2006 erstmalige depressive Episoden 3.1% und im Jahr 2009 3.4% der Arbeitsunfähigkeitstage. In beiden Jahren stellten sie die dritthäufigste für Arbeitsunfähigkeitstage verantwortliche Einzeldiagnose dar (DAK 2007, DAK 2010). Eine Studie zum Zusammenhang von depressiver Störung und Erwerbsunfähigkeitstagen aus den USA zeigte für PatientInnen mit Depression ein 4.78 Mal höheres Risiko für Erwerbsunfähigkeitstage (Broadhead et al. 1990).

Viele indirekte Kosten wie vorzeitige Berentung, durch Erwerbsunfähigkeit und Berentung reduzierte Kaufkraft und ihre Folgen, Arbeitsunfähigkeitstage von pflegenden Angehörigen und von Angehörigen getragene Krankheitskosten, werden meist nicht erfasst (WHO 2001 A).

Im Gesundheitsreport der Allianz Deutschland AG und des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung wurden für das Jahr 2008 durch uni- und bipolare depressive Störungen entstandene indirekte Kosten kalkuliert. Es wurden 1.3 Milliarden Euro durch Mortalität, 4.6 Milliarden Euro durch Erwerbsunfähigkeit, 1.6 Milliarden Euro durch Arbeitsunfähigkeit (Absentismus) und 9.3 Milliarden Euro durch verminderte Arbeitsfähigkeit (Präsentismus) entstandene Kosten hochgerechnet.

1.3 Depressionsstationen

1.3.1 Lithium-Kliniken als Vorläufer der Depressionsstationen

Ab den 1950er Jahren wurden depressive Störungen mit trizyklischen Antidepressiva behandelt (z.B. Kuhn 1957) und etwa zeitgleich wurde der erste therapeutische Einsatz von Lithium zur Behandlung verschiedener Syndrome mit manischer Symptomatik publiziert (z.B. Cade 1949). Die Fortschritte in der Psychopharmakotherapie und das zunehmende Verständnis der Ätiopathogenese affektiver Störungen führten in den USA zur Einrichtung von spezialisierten ambulanten Abteilungen, die „mood disorder clinics“, „lithium clinics“ oder „affective disorder clinics“ genannt wurden. Diese Einrichtungen erfüllten mehrere Aufgaben (Rydman 1982):

1. Kostengünstigere (weil teilstationäre) und spezialisierte Behandlung
2. Kontinuierliche Behandlung von schwierigen und chronischen Fällen
3. Vereinfachte Forschung zu affektiven Störungen

Die erste durch Publikation bekannt gewordene „lithium clinic“ wurde im Jahr 1960 am New York State Psychiatric Institute eröffnet (Fieve 1975), in den 1970er Jahren kamen schätzungsweise 20 weitere hinzu. Ihr Angebot und ihre Ausrichtung (psychopharmakologischer Fokus, psychotherapeutische und soziotherapeutische Angebote, Angehörigengruppen und Aufklärungsgruppen für Interessierte) waren heterogen (Rydman 1982).

Der Transfer eines störungsspezifischen Gesamtkonzepts für affektive Störungen in das stationäre Setting folgte und ist insbesondere für den deutschen Sprachraum gut dokumentiert, weshalb die folgenden Ausführungen hierauf beschränkt bleiben.

1.3.2 Das Konzept der Depressionsstationen

Die erste europäische Depressionsstation wurde im Jahr 1968 an der psychiatrischen Universitätsklinik Basel eingerichtet. Sie war primär dazu konzipiert worden, Depressionsforschung in einem einheitlich organisierten Umfeld zu ermöglichen. Der therapeu-

tische Aspekt des Konzepts war initial nicht Fokus. Im Jahr 1976 wurde die erste Depressionsstation in Deutschland eröffnet. Aufgrund der guten klinischen Erfahrungen verbreitete sich das Konzept weiter (Hole 2002, Wolfersdorf et al. 1988). Im Jahr 1984 wurde der „Arbeitskreis Depressionsstationen“ gegründet, in dem derzeit circa 90 Depressionsstationen aus Deutschland und der Schweiz vertreten sind (Wolfersdorf & Müller 2007). Der Arbeitskreis definiert das Depressionsstations-Konzept wie folgt (Wolfersdorf 1998):

1. Depressionsstationen sind konzeptuell, personell und milieutherapeutisch auf die stationäre und teilstationäre Behandlung schwer depressiv kranker Menschen ausgerichtete Stationen (Struktur- und Prozessqualität depressionsspezifisch).
2. Depressionsstationen sind in der Regel offene, gemischt-geschlechtlich belegte Akutaufnahmestationen für primär depressiv Kranke aus der Gruppe affektiver Störungen. Sie gehören meist als Spezialstation im Rahmen der „inneren Differenzierung“ heutiger Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie zur Abteilung Allgemeinpsychiatrie oder sind Teil von definierten Abteilungen / Bereichen für Psychotherapie / Psychotherapeutische Medizin oder sind eigene Behandlungseinheiten z.B. als Depressions(behandlungs)zentren.
3. Depressionsstationen stellen konzeptuell eine Verdichtung aller nach klinischer Erfahrung belegten und wissenschaftlich begründeten theoretisch-pflegerischen Verfahren in einem optimal förderlichen, aktivierenden und fürsorglich-schützenden Rahmen dar.
4. Depressionsstationen arbeiten berufsgruppenübergreifend und teamorientiert.
5. Depressionsstationen sind Rückzugs-, Schutz- und Übungsraum für antidepressives Verhalten.

1.3.3 Depressionsstationen – Pro und Contra

Die Akzeptanz des Depressionsstations-Konzepts war in Laien- und Fachkreisen initial niedrig. Sie sind augenscheinlich sehr gut zur Durchführung von Studien geeignet (Hole & Wolfersdorf 1986), andere Aspekte werden immer noch kontrovers diskutiert. Es gibt mittlerweile viel klinische Erfahrung, die jedoch nicht von wissenschaftlicher Evidenz untermauert ist. Die kontroversesten Aspekte sind:

1. **Depressive individuelle und Gruppen-Dynamik könnte eine affektive „Abwärtsspirale“ verursachen.**

Dagegen spricht die Erfahrung aus dem klinischen Alltag, dass auf Depressionsstationen eine affektive „Aufwärtsspirale“ beobachtet wird. Diese ist einerseits durch den Anteil von PatientInnen, die sich bereits in einem gebesserten Stadium befinden und Modellfunktion einnehmen, begründet und mitgetragen. Andererseits ist diese „Aufwärtsspirale“ auch durch Gruppenaktivitäten verursacht, die gerade auf Depressionsstationen sehr gut durchzuführen sind. Darüber hinaus wird beobachtet, dass es in der relativ homogenen diagnostischen Gruppe einer Depressionsstation zu einem verstärkten gegenseitigen Verständnis kommt, welches zur Reduktion von Depressivität führen und einer der typischen Beschwerden depressiv erkrankter Menschen entgegenwirken kann: dass niemand sie verstehe (Hole & Wolfersdorf 1986, Hole 2002).

2. **Eine Synergie suizidaler Trends der Gruppe könnte zu erhöhten Suizidraten auf Depressionsstationen führen.**

Vorhandene Daten zeigen jedoch, dass die Suizidrate auf Depressionsstationen nicht erhöht ist. Durch im Umgang mit Suizidalität erfahrenes Personal sind sogar eine frühzeitigere Erkennung und ein erfolgreicherer Umgang mit suizidalen Tendenzen möglich (Wolfersdorf 1997, Wolfersdorf et al. 1988).

3. **Bei konzentrierter depressiver Atmosphäre könnte die emotionale Arbeitsbelastung für das Personal erhöht sein.**

Wie in anderen speziellen Bereichen, z.B. auf Schizophrenie-spezifischen, Borderline-spezifischen oder geschützten Stationen, ist dies natürlich möglich.

Doch wie auf den genannten, sind auf Depressionsstationen ähnliche Mechanismen der psychischen Belastung wirksam und die Entstehung von Überlastungssituationen wird dadurch vermieden, dass möglichst geeignetes Personal akquiriert, auf eine konstruktive Arbeitsatmosphäre geachtet und kontinuierlich externe Supervision durchgeführt wird (Wolfersdorf et al. 1988).

4. **Eine oft erwünschte und von Diversität geprägte Gruppendynamik störungsunspezifischer Stationen entfällt.**

Dem ist entgegenzuhalten, dass depressive PatientInnen nicht immer von eben dieser Gruppendynamik auf störungsunspezifischen Stationen profitieren, sondern diese gruppendynamischen Prozesse selbst oft als unwichtig oder negativ empfinden. Sie erhalten auf störungsunspezifischen Stationen oft weniger Aufmerksamkeit als „weniger problematische PatientInnen“ (Hole 2002). Zusätzlich können spezifische „Mitnahmeeffekte“ entstehen (siehe Punkt 1: affektive „Aufwärtsspirale“), die auf störungsunspezifischen Stationen weniger möglich sind (Wolfersdorf et al. 1988). Darüber hinaus können in einer geschützten und unbelasteten Atmosphäre, wie Depressionsstationen sie tendenziell besser bieten, neue Verhaltensweisen, z. B. Wiedererlernen einer „gesunden“ Aggressivität und Selbstsicherheit, leichter erprobt werden (Hole & Wolfersdorf 1986).

5. **„Depressive Verhaltensweisen“, wie z.B. erlernte Hilflosigkeit und Regression, könnten sich verstärken.**

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass auf Depressionsstationen, wie auch auf anderen Stationen, mit solchen Tendenzen sehr differenziert umgegangen werden kann. Zuerst kann zum Beispiel eine intendierte und kontrollierte Regression zur Entlastung erlaubt werden. Im Verlauf kann weiteren Regressionstendenzen entgegengewirkt werden, vor allem dadurch, dass auf einer Spezialstation das gesamte Personal einen co-therapeutischen Kontakt zu den PatientInnen pflegt und nicht-depressive Verhaltensweisen positiv verstärkt (Hole & Wolfersdorf 1986).

2 Herleitung einer Aufgabenstellung

2.1 Daten zu Depressionsstationen

Die meisten publizierten Daten stammen von der ersten deutschen Depressionsstation im damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau.

1. Die Patientenzufriedenheit auf einer Depressionsstation war in einer Umfrage sehr hoch: Über 90% der Befragten würden sich bei Wiedererkrankung erneut an dieselbe Klinik wenden und die Depressionsstation Freunden und Verwandten empfehlen. Die Verbesserung der CGI (Clinical Global Impression Scale) bei Therapie auf der Depressionsstation betrug im Jahr 1999 1.81 Punkte, wobei die Veränderung um einen Punkt sehr viel besser, um zwei Punkte viel besser bedeutet (Wolfersdorf 2002).
2. Die Stationsatmosphäre von Spezialstationen für Alkoholkrankheit, Schizophrenie und Depression sowie einer störungsunspezifischen Satellitenstation wurde von PatientInnen und MitarbeiterInnen bewertet: Dabei schnitt die gemischte Station signifikant besser in der Bewertung ab als die Spezialstationen (Gebhardt & Radtke 2003).
3. In einem Vergleich der Stationsbeurteilung zwischen Depressionsstationen und störungsunspezifischen Stationen durch depressive PatientInnen wurden auf den Depressionsstationen der Aspekt der Anteilnahme und Ordnung/Organisation des Behandlungskonzepts signifikant besser bewertet (Rahn 1996).
4. In einer Untersuchung von 149 Fällen von drei Depressionsstationen lag der mittlere HDRS-Score (Hamilton Depression Rating Scale) bei Entlassung bei 6.7 ± 5.8 Punkten und der mittlere BDI-Score (Beck Depression Inventory) bei 8.6 ± 8.3 Punkten (Wolfersdorf et al. 1997). Als Remission werden ein HDRS-Score ≤ 7 Punkte und ein BDI-Score ≤ 8 Punkte gesehen (Frank et al. 1991). Die mittlere Aufenthaltsdauer (ohne „Ausreißer“ mit > 200 Tagen) betrug 51.5 ± 64.4 Tage.

5. In einer Erhebung aus Baden-Württemberg aus den Jahren 1998-2000 mit über 3.000 PatientInnen mit depressiver Störung, die auf Depressionsstationen und störungsunspezifischen Stationen behandelt wurden, ergab sich eine mittlere Aufenthaltsdauer von 63.6 ± 51.5 Tagen. Die Besserung im CGI-Score war in 80% der Fälle als viel oder sehr viel besser einzustufen (Härter et al. 2004).
6. In einer Untersuchung aus der Münsterklinik Zwiefalten wurde das Behandlung-Outcome einer Depressionsstation mit anderen Stationen (Gerontopsychiatrie, Psychotherapie-Station, Akutbereich) verglichen. Die Schwere der depressiven Symptomatik wurde mittels BDI quantifiziert. Es wurde keine signifikante Differenz hinsichtlich des BDI-Scores bei Aufnahme und Entlassung sowie Veränderung des BDI-Scores während des Aufenthalts zwischen den Gruppen beobachtet. In der Patientenzufriedenheit wurde die Depressionsstation in sieben von acht Items (Qualität der Behandlung, gewünschte Behandlung erhalten, Behandlung hat Bedürfnissen entsprochen, Klinik weiterempfehlen, zufrieden mit Ausmaß der Hilfe, zufrieden mit Behandlung insgesamt, Wiederkommen) besser beurteilt (Bartels 2003).

Ein Vergleich des Behandlungs-Outcomes depressionsspezifischer Stationen mit dem störungsunspezifischer Stationen wurde bisher nicht publiziert. Dies könnte man auf drei Hauptgründe zurückführen:

Zum Ersten könnte ein „publication bias“ bestehen, falls vorgenommene Vergleiche ergeben haben sollten, dass Depressionsstationen keinen quantifizierbaren Behandlungsvorteil gegenüber störungsunspezifischen Stationen aufweisen, und die Ergebnisse nicht publiziert wurden. Ein solcher Vergleich ist weiterhin von wissenschaftlichem Interesse.

Zum Zweiten ist ein Vergleich zwischen einer Depressionsstation und störungsunspezifischen Stationen aus diversen Gründen am besten an derselben Klinik durchzuführen. In den meisten Kliniken, die über Depressionsstationen verfügen, arbeiten die übrigen Stationen jedoch ebenfalls mit störungsspezifischen Konzepten, so dass keine geeignete Kontrolle zur Verfügung steht.

Zum Dritten besteht empirisch kein Grund anzunehmen, dass der Behandlungserfolg auf Depressionsstationen signifikant und relevant schlechter ist als auf störungsunspezifischen Stationen. Ein Vergleich scheint aus rein praktischen Gründen nur noch sinnvoll, um das Depressionsstations-Konzept in Frage zu stellen. Depressionsstationen sind jedoch als Option der stationären Depressionsbehandlung so weit etabliert, dass keine Notwendigkeit der Legitimation mehr besteht, weil ihr Nutzen sich im klinischen Alltag als klar ersichtlich darstellt.

2.2 Die störungsspezifischen Module der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin

An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin, wurden vor einigen Jahren störungsspezifische Module eingerichtet. Die Störungsspezifität wurde nicht gleichzeitig implementiert. Bis zu dem Jahr 2002 wurden alle Stationen störungsunspezifisch geführt, danach mit einem Diagnosen-Schwerpunkt. Auf diesen Schwerpunkt-Stationen für Schizophrenie, Angst- und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Gerontopsychiatrie existierte initial eine lediglich partielle Schwerpunktsetzung. Die Klientel war hinsichtlich der Diagnosen noch heterogen, circa ein Drittel bis die Hälfte der PatientInnen wies eine Störung des jeweiligen Schwerpunkts auf. Die komplette Implementierung der Störungsspezifität erfolgte im Verlauf, sämtliche Behandlungsplätze wurden dann ausschließlich für Fälle mit den jeweiligen Störungen genutzt. So entstand im Jahr 2002 das Modul Affektive Störungen mit zunächst einer Station, ab Anfang des Jahres 2004 mit zwei Stationen. Im Jahr 2003 folgte das Modul Persönlichkeitsstörung (inzwischen Persönlichkeitsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörung) und im Jahr 2004 die Module Gerontopsychiatrie und Schizophrenie. Eine Sonderstellung nimmt das Modul Integrative Psychiatrie ein, da es schon immer am Standort des Universitätsklinikums Benjamin Franklin funktionierte und dort vorzugsweise PatientInnen mit somatischer Komorbidität behandelt wurden.

Durch die zeitlichen Überschneidungen der Implementierung der Störungsspezifität wurden in den Jahren 2002 und 2003 depressive Störungen sowohl im Modul Affektive Störungen als auch auf anderen Stationen der Klinik behandelt. Somit kann das Kurzzeit-Behandlungs-Outcome der Depressionstherapie zwischen den störungsspezifischen Stationen und den störungsunspezifischen Stationen verglichen werden.

Darüber hinaus ist ein mittelfristiges Behandlungs-Outcome für solche Fälle vergleichbar, die sich in dem untersuchten Zeitabschnitt mehrmals in stationärer Behandlung befanden. Das Behandlungs-Outcome des zweiten Aufenthalts könnte durch vorherige Behandlung in einer der Vergleichsgruppen beeinflusst sein.

3 Methodik

3.1 Datenakquisition

Es wurde eine elektronische Diagnosen-Suche mit anschließender Akten-Recherche durchgeführt. Es wurden alle psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 inklusive Suizide aus dem ärztlichen Entlassungsbericht erfasst. Nach Ein- oder Ausschluss wurden die Falldaten anonymisiert.

3.1.1 Einschlusskriterien:

- Alter bei Aufnahme \geq 18 Jahre
- Stationäre Behandlung in den Jahren 2002 und/oder 2003
- Stationäre Behandlung mit einer Aufenthaltsdauer \geq 7 Tage
- Als Hauptdiagnose mindestens einen der folgenden ICD-10-Kodes:

| | |
|-----------|---|
| F31.3-5 | Depressive Episode bei bipolarer affektiver Störung |
| F31.8-9 | Sonstige + nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung (falls mit depressiver Symptomatik) |
| F32 | Depressive Episode |
| F33.0-3 | Depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung |
| F33.8-9 | Sonstige + nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung |
| F34.0 | Zyklothymie (sofern in depressiver Phase) |
| F34.1 | Dysthymie |
| F34.8-9 | Sonstige + nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung |
| F38.1 | Rezidivierende kurze depressive Episoden |
| F41.2 | Angst und depressive Störung, gemischt |
| F43.20-22 | Anpassungsstörung mit (ängstlich-) depressiver Reaktion |

Die depressive Persönlichkeitsstörung ist lediglich in den Forschungskriterien des DSM-IV (Saß et al. 2001) genannt, in der ICD-10 wird sie oder ein Pendant nicht spezifiziert, daher wurde sie nicht als Einschluss-Kriterium für die Untersuchung herangezogen.

3.1.2 Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen wurden Fälle:

- mit Intelligenzstörungen (ICD-10: F70-79), da es oft notwendig ist, bei Intelligenzstörungen in der kognitiv-behavioralen Einzel- (Dagnan et al. 2000, Willner 2006) und Gruppen-Psychotherapie (McCabe et al. 2006) Adaptationen und Vereinfachungen des Konzepts vorzunehmen. Solche Modifikationen sind jedoch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin, wegen der niedrigen Anzahl der Fälle mit Intelligenzstörungen nicht standardisiert und wären somit nicht adäquat vergleichbar gewesen
- mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als sieben Tagen, da ein Setting-basierter Unterschied im Behandlungserfolg in den zu vergleichenden Gruppen, wenn er existieren sollte, wahrscheinlich erst nach einer gewissen Zeit messbar ist
- deren Aufnahme in das Jahr 2001 fiel, da mit dem störungsspezifischen Konzept erst ab Anfang des Jahres 2002 gearbeitet wurde
- falls ein Aufenthalt auf verschiedenen Stationen nacheinander stattfand, für den Fall, dass:
 - ein Wechsel zwischen dem Modul Affektive Störungen und einer anderen Schwerpunktstation erfolgte, da sich dabei die eventuellen Outcome-wirksamen Effekte der Konzepte vermischen
 - oder ein zweifacher Wechsel nach dem Muster jedwede Station - Tagesklinik oder tagesklinischer Status - stationärer Status erfolgte, da bei der vorliegenden Arbeit strikt stationäre Aufenthalte untersucht werden sollten und sich bei einem solchen Wechsel eventuelle Outcome-wirksame Effekte der Einrichtungen und Behandlungs-Modi vermischen
- falls der HDRS-17-Score in der ersten und der letzten Woche des Aufenthalts nicht dokumentiert war
- aus dem Modul Persönlichkeitsstörung mit Aufnahmedatum ab 01.01.2003, da ab diesem Zeitpunkt bereits ein störungsspezifisches Programm eingeführt worden war

3.2 Vergleichsgruppen

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin, verfügte in den Jahren 2002 und 2003 über sechs gemischt-geschlechtliche Stationen, die hinsichtlich der Bettenzahl und Tagesklinikplatz-Anteil vergleichbar waren. Die geschützte Station wurde vom Vergleich ausgeschlossen, da sie aufgrund mehrerer Faktoren nicht für den Vergleich geeignet war. Das ärztliche, psychotherapeutische und pflegerische Personal war auf sämtlichen Stationen hinsichtlich Personalschlüssel, psychiatrischer Erfahrung und Anteil mit Fachkrankenpflegeausbildung vergleichbar. Das Pflegepersonal stellt im Bezugspflegesystem einen intendiert therapeutischen Umgang mit den PatientInnen her.

3.2.1 Das Modul Affektive Störungen

Das therapeutische Konzept des störungsspezifischen Moduls wurde im Vorfeld auf die Bedürfnisse der behandelten Klientel abgestimmt und stützt sich auf folgende Säulen:

- Evidenzbasierte Arzneimitteltherapie
- Kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapie
- Kognitiv-behaviorale Einzelpsychotherapie
- Spezielle Gruppentherapien (Angstgruppe, Soziales Kompetenztraining)
- Soziotherapie
- Flankierende Angebote (Sport-, Tanz-, Literatur- Kultur-, Koch- & Back-, Genuss-, Gesundheits-, Ergotherapie-Gruppen, Konzentrationstraining, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Phantasiereisen nach Else Müller, Atemmeditation, Musiktherapie, Bewegungstherapie, Rückenschule, Selbstmanagement Schlaf)
- Zusätzliche Behandlungen nach Indikation (Schlafentzug, Lichttherapie, EKT, transkranielle Magnetstimulation, Vagusnervstimulation)

Die psychopharmakologische Therapie des Moduls wurde nach der S1 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Gaebel & Falkai 2001) durchgeführt. Damit basierte sie weitestgehend auf Evidenz. Da es sich

jedoch um eine universitäre Einrichtung handelt, können einerseits im Rahmen von Studien Arzneimittel außerhalb der zugelassenen Indikation eingesetzt werden. Andererseits werden - durch den universitären Status bedingt - eventuell öfter als in anderen Krankenhäusern komplexe und schwere Fälle behandelt, die einer individuelleren Therapie bedürfen, für die nicht immer empirische Evidenz existiert, gegebenenfalls auch mittels „off-label“ Psychopharmakotherapie.

Die Gruppenpsychotherapie findet regelmäßig dreimal pro Woche für alle PatientInnen der Station verbindlich statt. Sie basiert auf einem kognitiv-behavioralen Konzept, modifiziert nach einem ursprünglich für Ältere ausgelegten Manual (Hautzinger 2000). Die Einzelpsychotherapie findet im Regelfall ein- bis zweimal wöchentlich statt. Die Psychotherapie wird von versiertem psychotherapeutischen Personal, mit Abschluss oder unter Supervision, durchgeführt.

3.2.2 Erste Kontrollgruppe: partielle Schwerpunktstationen

Als erste Kontrollgruppe wurden Fälle der partiellen Schwerpunktstationen für Gerontopsychiatrie, Schizophrenie sowie Zwangs- und Angststörungen herangezogen. Erst ab dem Jahr 2004 wurden diese in dem Modulsystem letztendlich störungsspezifisch weitergeführt.

Die partielle Schwerpunktstation für Persönlichkeitsstörungen, in der Mehrheit der Fälle vom Borderline-Typ, fungierte in dem Jahr 2002 noch partiell störungsunspezifisch. Ab dem Jahr 2003 wurden nur noch Fälle mit Persönlichkeitsstörung aufgenommen, deshalb wurden von dieser Station nur solche Fälle zur Untersuchung herangezogen, deren Aufnahmedatum in das Jahr 2002 fiel.

Die Umschreibung „partielle Schwerpunktstation“ wird hier gewählt, um die damals zutreffenden Verhältnisse zu beschreiben, denn es waren von der jeweiligen Schwerpunktclientel jeweils circa ein Drittel bis die Hälfte der Stationsbetten belegt, während die restlichen Plätze einer diagnosegemischten Klientel zur Verfügung standen. Die Schwerpunktstationen waren dadurch hinsichtlich der dort behandelten Störungen zumindest teilgemischt. Auf allen Stationen der Kontrollgruppe gab es in der betref-

fenden Zeit eine auf die jeweilige Schwerpunktklientel zugeschnittene Gruppenpsychotherapie, zum Beispiel Psychoedukation für schizophren erkrankte PatientInnen, jedoch keine depressionsspezifische Gruppenpsychotherapie. Die zwei wesentlichen Unterschiede zwischen dem Modul Affektive Störungen und den partiellen Schwerpunktstationen sind damit die spezifische Gruppenpsychotherapie sowie das Setting einer störungsspezifischen Station.

3.2.3 Zweite Kontrollgruppe: Modul Integrative Psychiatrie

Das Modul Integrative Psychiatrie nimmt eine Sonderstellung ein: Es war einerseits auf somatische Komorbiditäten spezialisiert, andererseits fungierte es als Kriseninterventionsstation, die direkt aus der Ersten Hilfe des Universitätsklinikums PatientInnen aufnahm. Sie wurde und wird störungsunspezifisch geführt. Für PatientInnen mit depressiver Störung fand regelmäßig ein Mal wöchentlich eine depressionsspezifische kognitiv-behaviorale Psychotherapiegruppe analog dem Modul Affektive Störungen statt.

Somit war in dieser Kontrollgruppe nicht das spezifische Setting einer Depressionsstation gegeben. Da neben der Psychopharmakotherapie und der Einzelpsychotherapie als zentrales Element der Behandlung jedoch eine depressionsspezifische Psychotherapiegruppe angeboten wurde, nimmt sie eine Mittelstellung ein.

3.3 Endpunkte

Primäre Endpunkte waren die stationäre Aufenthaltsdauer in Tagen, der HDRS-17-Score bei Entlassung, die Veränderung depressiver Symptome auf der HDRS-17 (HDRS-17- Δ) und die Remission als Behandlungs-Outcome ohne und mit Kontrolle für potentiell konfundierende Variablen.

Sekundäre Endpunkte waren dieselben Endpunkte für die Fälle mit zweitem Aufenthalt. Bei diesen wurde zusätzlich die Zeit bis zur Wiederaufnahme verglichen.

3.3.1 Aufenthaltsdauer

Die Dauer des stationären Aufenthalts wurde in Tagen errechnet. Es wurde lediglich die Dauer der Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin, zum Vergleich herangezogen. Der erste und der letzte Tag der Aufenthalte wurden als Behandlungstage mitgerechnet.

Wurden PatientInnen nach der stationären Phase in einem poststationären oder tagesklinischen Status weiter behandelt, so wurde nur der stationäre Teil der Therapie in die Berechnungen mit einbezogen. Der Entlassungstag in den poststationären oder tagesklinischen Status wurde dabei zu der stationären Phase gehörend gerechnet.

Es kam aus verschiedenen Gründen zu Unterbrechungen des stationären Aufenthalts:

1. Soziale Belastungserprobungen, stundenweise oder mit Übernachtung zu Hause, pro stationärem Aufenthalt nicht mehr als zwei Nächte
2. Feiertage mit formaler vorübergehender Entlassung
3. Verlegungen in somatische Abteilungen der Universitätsklinik aus verschiedenen Gründen mit liaisonpsychiatrischer Weiterbehandlung
4. Entlassungen, auch gegen ärztlichen Rat, mit kurzfristiger Wiederaufnahme
5. Andere Gründe

Wurde ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen Gesamtdauer für weniger als acht Tage unterbrochen, so wurde der Fall in die Untersuchung mit einbezogen, falls die übrigen Einschlusskriterien erfüllt waren.

3.3.2 Hamilton Depression Rating Scale

Die Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton 1960) wird international in Forschung und Klinik als Fremdbeurteilungsinstrument zur Quantifizierung depressiver Symptome in den vergangenen sieben Tagen genutzt. Sie wurde auf allen Stationen der Klinik einmal wöchentlich zur Verlaufsbeurteilung depressiver Störungen verwendet. Das Rating wurde von ärztlichem oder psychologischem Personal durchgeführt, welches drei bis vier Mal pro Jahr Rater-Trainings absolviert und oberärztliche Supervision erhält.

Die Hamilton Depression Rating Scale wird standardmäßig in Versionen mit 17, 21, 24, 28, und 31 Items verwendet. In den meisten Fällen wurden auf den Stationen 17 oder 21 Items dokumentiert, für die Untersuchung musste daher zur Vergleichbarkeit die 17-Items-Scale (HDRS-17) herangezogen werden. Dies ist kein Nachteil, da die 17 Items innerhalb der Möglichkeiten des Instruments die rein affektive Symptomatik adäquat abbilden.

Verwendet wurden der HDRS-17-Score bei Aufnahme (erste Therapiewoche) und bei Entlassung (letzte Therapiewoche) sowie die Differenz der beiden, HDRS-17- Δ , als quantitatives Maß der Veränderung depressiver Symptomatik.

3.3.3 Remission

Das Behandlungs-Outcome nach HDRS-17-Score wurde nach gängigen Definitionen (Frank et al. 1991, Zimmerman et al. 2004) dichotom kategorisiert:

Remission: HDRS-17-Score \leq 7 Punkte

Non-Remission: HDRS-17-Score $>$ 7 Punkte

3.4 Subgruppen als potentiell konfundierende Variablen

Durch klinische und soziodemographische Merkmale definierte Subgruppen wurden als potentiell konfundierende Variablen berücksichtigt. Verschiedene Variablen können nach Studienlage das Outcome antidepressiver Behandlung beeinflussen. Bei ungleicher Verteilung derselben auf die Vergleichsgruppen wären die Ergebnisse daher verzerrt. Neben den in den folgenden Unterpunkten aufgeführten Merkmalen wurde für die Behandlung mit Elektrokonvulsionstherapie mittels einer dichotomen Variable kontrolliert.

3.4.1 Geschlecht

A. T. Beck, der Begründer der kognitiven Psychotherapie, beschrieb, dass Frauen sozialisationsbedingt tendenziell eher einen soziotropen und Männer einen eher autonomen kognitiven Stil entwickeln und dadurch unterschiedlich stark auf Anbindung und Unterstützung durch ihre Umgebung angewiesen sind (Beck 1983). Auf einer Depressionsstation finden gruppenspezifische Prozesse wie Einbindung in eine Gemeinschaft mit verbessertem gegenseitigen Verständnis statt (Wolfersdorf et al. 1988), die auf einer gemischten Station nicht vergleichbar gegeben sein müssen, und die dadurch zu einem besseren Behandlungs-Outcome bei weiblichen als bei männlichen Patienten auf einer störungsspezifischen Station führen könnten. Weiterhin gibt es Hinweise auf geschlechtsabhängiges Behandlungs-Outcome bei verschiedenen Formen der Einzelpsychotherapie (Ogrodniczuk et al. 2001).

3.4.2 Alter

In Untersuchungen zum Alter als Prädiktor des Outcomes antidepressiver Therapie zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse: In einer Untersuchung mit 110 stationär behandelten depressiv Erkrankten konnten ein Jahr nach Entlassung zwischen Erwachsenen unter und über 65 Jahre keine Unterschiede hinsichtlich „recovery“, Rezidiv und Chronifizierung festgestellt werden (Tuma 1996). In einem Review wurden 40 Studien zu ambulanter antidepressiver Therapie bei PatientInnen ≥ 55 Jahre inkludiert: Hier zeigte sich eine Korrelation zwischen steigendem Alter und einem schlechteren

Behandlungs-Outcome auch nach Kontrolle für viele Ko-Faktoren (Licht-Strunk et al. 2007).

3.4.3 Schweregrad der Depression

Der Schweregrad depressiver Symptomatik zu Beginn einer Therapie kann die Dauer einer depressiven Episode verlängern (Spijker et al. 2002) und mit höherer Schwere der depressiven Symptomatik nach 6-wöchiger stationärer Behandlung assoziiert sein (Szádóczy et al. 2004).

3.4.4 Rezidivierende depressive Störung

Depressive Episoden im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung können von kürzerer Dauer sein als erste depressive Episoden (Spijker et al. 2002).

3.4.5 Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit

Depressive Störungen mit komorbidem Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit können mit einem höheren Suizidrisiko, mehr Suizidversuchen in der Krankengeschichte, schwererer depressiver Symptomatik, höherer Komorbidität mit Angststörungen und höherer funktioneller Beeinträchtigung assoziiert sein (Davis et al. 2006) und damit das Outcome einer antidepressiven Therapie entscheidend beeinflussen.

3.4.6 Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen und depressive Störung sind statistisch und empirisch klar assoziiert. In einem Review wurden bei depressiver Störung in 20-50% stationärer Fälle und in 50-85% ambulanter Fälle Persönlichkeitsstörungen hochgerechnet (Corruble et al. 1996). In einer Untersuchung von 117 Fällen mit unipolar depressiver Störung und 60 Fällen mit depressiver Episode bei bipolar affektiver Störung erfüllten 51% der unipolar Depressiven und 38% der bipolar Depressiven die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (Brieger et al. 2003). Der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf das Behandlungs-Outcome einer depressiven Störung war Fokus vieler Studien. Nach

einem Review ist das Risiko, schlechter auf antidepressive Behandlung anzusprechen, bei komorbider Persönlichkeitsstörung mehr als verdoppelt (Newton-Howes et al. 2006).

3.4.7 Ängstliche Symptome / komorbide Angststörung

Bei einer Untersuchung an 327 ambulanten und stationären PatientInnen mit depressiver Episode mit und ohne ängstliche Symptome, jedoch ohne primäre Angststörung, benötigte der Teil mit ängstlicher Symptomatik im Median die doppelte Zeit bis zur Genesung (Clayton et al. 1991). Diese Ergebnisse konnten bei 134 ambulanten depressiven PatientInnen nicht repliziert werden (Joffe et al. 1993). Bei gleichzeitigem Vorhandensein einer Bipolar-I- und einer Angststörung kann das Behandlungs-Outcome bezüglich affektiver Symptome schlechter sein (Gaudiano & Miller 2005). Als konfundierende Variable wurden für die Regression komorbide Angststörungen, keine ängstlichen Symptome im Rahmen der Depression, berücksichtigt.

3.4.8 Psychotische Symptome

Die prognostische Signifikanz psychotischer Symptome im Rahmen einer depressiven Episode ist nicht durch viele Studien geklärt. In einem Vergleich von 46 stationären Fällen mit psychotischer Depression mit 159 stationären Fällen mit Depression ohne psychotische Symptome zeigte sich in der ersten Gruppe das Behandlungs-Outcome (HDRS-Score bei Entlassung und Rückkehr zum prämorbidem subjektiven Funktionsniveau) signifikant besser. Die Aufenthaltsdauer war in der ersten Gruppe signifikant höher, dies war am ehesten dem Fakt geschuldet, dass diese Gruppe vermehrt EKT erhielt, die per se einen längeren stationären Aufenthalt bedingt, jedoch ihrerseits in der Regressionsanalyse nicht prädiktiv für das Behandlungs-Outcome war (Coryell et al. 1986).

3.4.9 Dysthymie und „double depression“

Das Kurzzeit-Outcome antidepressiver Therapie bei Dysthymie und „double depression“ (Dysthymie plus eine zusätzlich depressive Episode) wurde noch nicht extensiv

untersucht, das Langzeit-Outcome scheint jedoch tendenziell schlechter zu sein. In der Mehrzahl der Fälle entwickeln PatientInnen mit „early-onset“ Dysthymie letztendlich eine „double depression“ (Klein et al. 1988, Klein et al. 2000). In einem Follow-Up über fünf Jahre wiesen 86 ambulante PatientInnen mit „early-onset“ Dysthymie (Beginn vor dem 21. Lebensjahr) signifikant schwerere depressive Symptomatik, eine höhere Suizidversuchsrate, eine höhere stationäre Behandlungsrate und ein niedrigeres Funktionsniveau auf als 39 ambulante PatientInnen mit rezidivierender depressiver Störung (Klein et al. 2000). In einem Follow-Up über sechs Monate wiesen 32 ambulante PatientInnen mit primärer „early-onset“ Dysthymie eine signifikant schwerere depressive Symptomatik sowie ein niedrigeres soziales und globales Funktionsniveau als 35 ambulante PatientInnen mit primärer rezidivierender depressiver Störung auf (Klein et al. 1988). In einem Vergleich 31 ambulanter Fälle mit „double depression“ mit 50 ambulanten Fällen mit rezidivierender depressiver Störung zeigte sich in der ersten Gruppe ein signifikant höherer Schweregrad der Depression, eine höhere psychische Komorbidität und schlechtere soziale Unterstützung. Zusätzlich zeigten sich in der ersten Gruppe signifikant weniger Remissionen (Klein et al. 1988).

3.5 Statistische Methoden

Die Daten wurden statistisch mit SPSS, Version 14.0, verarbeitet. Da für mehrere potentiell konfundierende, sowohl dichotome als auch intervallskalierte, Variablen kontrolliert werden musste, wurden Regressionsmodelle erstellt. Intervalldaten wurden nach Kolmogorov-Smirnov und bei weniger als 50 Fällen nach Shapiro-Wilk auf Normalverteilung getestet. Nicht normalverteilte intervallskalierte Daten wurden als abhängige Variablen logarithmiert (natürlicher Logarithmus, ln). Als generelles Signifikanz-Level wurde $p=.05$ festgelegt.

3.5.1 Gesamtvergleich

Um den HDRS-17-Score bei Entlassung in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit darzustellen und dabei für mehrere Variablen zu kontrollieren, wurde ein lineares Regressionsmodell mit dem logarithmierten HDRS-17-Score bei Entlassung als abhängiger Variable angewendet. Dabei wurde die Vergleichsgruppen-Variable nach enter-Methode in das Model forciert. Exploratorisch wurden die übrigen Variablen nach backward- und forward-Methode ins Regressionsmodell gebracht. Mit den als Kandidaten identifizierten Prädiktoren wurde ein schrittweises Modell mit $p(F)<.05$ als Einschluss- und $p(F)>.10$ als Ausschluss-Kriterium erstellt.

Um das HDRS-17- Δ in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit darzustellen und dabei für mehrere Variablen zu kontrollieren, wurde ein lineares Regressionsmodell mit dem logarithmierten HDRS-17- Δ -Score als abhängiger Variable angewendet. Dabei wurde die Vergleichsgruppen-Variable nach enter-Methode in das Model forciert. Exploratorisch wurden die übrigen Variablen nach backward- und forward-Methode ins Regressionsmodell gebracht. Mit den als Kandidaten identifizierten Prädiktoren wurde ein schrittweises Modell mit $p(F)<.05$ als Einschluss- und $p(F)>.10$ als Ausschluss-Kriterium erstellt. In 12 Fällen kam es zu keiner Veränderung oder einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik auf der HDRS (HDRS-17- $\Delta \leq 0$). Da diese Werte nicht logarithmiert werden können, fehlen diese Fälle in der Analyse. Von diesen 12 Fällen entfielen sechs auf das Modul Affektive Störungen, fünf Fälle auf die partiellen Schwerpunktstationen und ein Fall auf das Modul Integrative Psychiatrie.

Um die Aufenthaltsdauer in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit darzustellen und dabei für mehrere Variablen zu kontrollieren, wurde ein lineares Regressionsmodell mit der logarithmierten Aufenthaltsdauer als abhängiger Variable angewendet. Dabei wurde die Vergleichsgruppen-Variable nach enter-Methode in das Model forciert. Exploratorisch wurden die übrigen Variablen nach backward- und forward-Methode ins Regressionsmodell gebracht. Mit den als Kandidaten identifizierten Prädiktoren wurde ein schrittweises Modell mit $p(F) < .05$ als Einschluss- und $p(F) > .10$ als Ausschluss-Kriterien erstellt.

Für die multivariate Analyse des dichotomisierten Outcomes (Remission - Non-Remission) wurde ein binäres logistisches Regressionsmodell verwendet. Die Vergleichsgruppen-Variable wurde nach enter-Methode in das Model forciert. Exploratorisch wurden die übrigen Variablen nach backward-Likelihood-Ratio-Methode in das Regressionsmodell gebracht. Mit den so als Kandidaten identifizierten Prädiktoren wurde ein Modell nach forward-Likelihood-Ratio-Methode mit $p(F) < .05$ als Einschluss- und $p(F) > .10$ als Ausschluss-Kriterien erstellt.

3.5.2 Fälle mit zweitem Aufenthalt

Fälle mit einem zweiten Aufenthalt im Beobachtungszeitraum wurden für einen Vergleich des mittelfristigen Outcomes herangezogen. Dazu wurden die Daten des zweiten Aufenthalts verwendet. Aufgrund der geringen Fallzahl von 16 (zweite Behandlung auf derselben Station) respektive 20 Fällen (zweite Behandlung in derselben Vergleichsgruppe, jedoch nicht derselben Station) eignete sich die Stichprobe nicht für multivariate Tests. Die arithmetischen Mittel der Variablen Aufenthaltsdauer, HDRS-17-Scores bei Entlassung, HDRS-17- Δ sowie die Zeit bis zur Wiederaufnahme in Tagen wurden verglichen. Die Verteilung von Remission und Non-Remission auf die Vergleichsgruppen wurde mit dem χ^2 -Test ausgewertet.

4 Ergebnisse

4.1. Beschreibung der Daten

4.1.1 Gesamtdatengut

Tabelle 1: Diagnosen Gesamtdatengut

| | n = 788 | % |
|--|---------|-------|
| Einschlussdiagnose | | |
| Depressive Episode bei bipolarer Störung | 79 | 10.03 |
| Erste depressive Episode | 256 | 32.49 |
| Depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung | 343 | 43.53 |
| Zyklothymie | 1 | 0.13 |
| Dysthymie | 29 | 3.68 |
| Kurze depressive Episode | 9 | 1.13 |
| Angst und depressive Störung gemischt | 7 | 0.89 |
| Anpassungsstörung | 62 | 7.87 |
| Angst und depressive Störung + Anpassungsstörung | 2 | 0.25 |
| Komorbide psychiatrische Störungen | | |
| Demenz | 3 | 0.38 |
| Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit | 157 | 19.92 |
| Psychotische Störung (ICD-10: F20-29) | 11 | 1.40 |
| Angststörung | 75 | 9.52 |
| Zwangsstörung | 20 | 2.54 |
| Posttraumatische Belastungsstörung | 23 | 2.92 |
| Dissoziative Störungen | 3 | 0.38 |
| Somatoforme Störungen | 11 | 1.40 |
| Depersonalisations- und Derealisationssyndrom | 1 | 0.13 |
| Essstörungen | 28 | 3.55 |
| Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung | 124 | 15.74 |
| Intelligenzstörung | 7 | 0.89 |

n = Fallzahl

Von 788 Fällen mit depressiver Störung waren 306 Männer (38.83%) und 482 Frauen (61.17%). Die 788 Fälle inkludierten 73 Fälle mit zweifachem Aufenthalt, 14 Fälle mit dreifachem Aufenthalt und 2 Fälle mit fünffachem Aufenthalt. Das Durchschnittsalter lag bei 46.83 ± 14.39 Jahren (Minimum 18, Maximum 86). 243 Fälle (31.23%) wurden im Modul Affektive Störungen, 400 Fälle (51.41%) auf den partiellen Schwerpunktstationen und 135 Fälle (17.35%) im Modul Integrative Psychiatrie behandelt.

In 376 Fällen (47.72%) bestand mindestens eine komorbide psychiatrische Störung. Die Diagnose einer „double depression“ wurde in 26 Fällen (3.30%) vergeben, diese sind in den Kategorien „Erste depressive Episode“ und „Depressive Episode bei rezidivierender

depressiver Störung“ enthalten (Tabelle 1). Es ereignete sich in einem Fall ein Suizid eines Patienten.

4.1.2 Ausschlüsse

402 (51.02%) Fälle wurden ausgeschlossen, davon waren 146 Männer (36.32%) und 256 Frauen (63.68%). Die Ausschlüsse waren wie folgt auf die Vergleichsgruppen verteilt: Von 392 Ausschlüssen entfielen 85 Fälle (21.68%) auf das Modul Affektive Störungen, 237 Fälle (60.46%) auf die partiellen Schwerpunktstationen und 70 Fälle (17.86%) auf das Modul Integrative Psychiatrie.

Tabelle 2: Ausschluss-Gründe

| | n = 402 |
|---|----------------|
| Aufenthalt in 2001 begonnen | 31 |
| Stationswechsel während des Aufenthalts | 9 |
| Intelligenzstörung | 7 |
| Aufenthaltsdauer < 7 Tage | 112 |
| Fälle der Schwerpunkt-Station Persönlichkeitsstörungen aus 2003 | 33 |
| Kein HDRS-17-Score bei Aufnahme oder Entlassung dokumentiert | 210 |

n = Fallzahl

Die Ausschlüsse aufgrund fehlender HDRS-Dokumentation waren ungleich auf die verschiedenen Stationen verteilt: Von den 210 ausgeschlossenen Fällen (Tabelle 2) entfielen 12 Fälle auf die Schwerpunktstation Gerontopsychiatrie, 42 Fälle auf das Modul Affektive Störungen, 23 Fälle auf die Schwerpunktstation Angst- und Zwangsstörungen, 68 Fälle auf die Schwerpunktstation Persönlichkeitsstörungen, 23 Fälle auf die Schwerpunktstation Schizophrenie und 42 Fälle auf das Modul Integrative Psychiatrie.

Die hohe durch fehlende HDRS-Dokumentation bedingte Zahl der Ausschlüsse der Schwerpunktstation Persönlichkeitsstörungen ist am ehesten durch die Schwerpunktsetzung selbst bedingt. Das diagnostische und therapeutische Hauptaugenmerk liegt auf der Persönlichkeitsachse und dementsprechend wurden auch die diagnostischen Ressourcen genutzt. Die hohe Zahl der Ausschlüsse der Module Affektive Störungen und Integrative Psychiatrie ist am ehesten dem Faktum geschuldet, dass dort per se mehr depressive Störungen als auf den übrigen Stationen behandelt wurden.

Von den 112 aufgrund zu kurzer Aufenthaltsdauer ausgeschlossenen Fällen (Tabelle 2) wurde von 73 Fällen die Gruppenzugehörigkeit erfasst. Es wurden 9.05% der Fälle des Moduls Affektive Störungen, 8.94% der Fälle der partiellen Schwerpunktstationen und 16.41% der Fälle des Moduls Integrative Psychiatrie ausgeschlossen. Der höhere Anteil der letzteren Gruppe könnte unter anderem dem Status als Kriseninterventionsstation geschuldet sein. Auch der Fall mit Suizid gehörte zu diesen ausgeschlossenen Fällen.

Tabelle 3: Diagnosen Ausschlüsse

| | n = 402 | % |
|--|---------|-------|
| Depressive Diagnosen | | |
| Depressive Episode bei bipolarer Störung | 32 | 7.96 |
| Erste depressive Episode | 138 | 34.33 |
| Depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung | 144 | 35.82 |
| Dysthymie | 24 | 5.97 |
| Kurze depressive Episode | 6 | 1.49 |
| Angst und depressive Störung, gemischt | 7 | 1.74 |
| Anpassungsstörung | 49 | 12.19 |
| Angst und depressive Störung + Anpassungsstörung | 2 | 0.50 |
| Komorbide psychiatrische Störungen | | |
| Demenz | 3 | 0.75 |
| Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit | 92 | 22.89 |
| Psychotische Störung (ICD-10 F20-29) | 5 | 1.24 |
| Angststörung | 32 | 7.96 |
| Zwangsstörung | 13 | 3.23 |
| Posttraumatische Belastungsstörung | 12 | 2.99 |
| Dissoziative Störungen | 2 | 0.50 |
| Somatoforme Störungen | 4 | 1.00 |
| Essstörungen | 17 | 4.23 |
| Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung | 64 | 15.92 |
| Intelligenzstörung | 7 | 1.74 |
| Abnorme Gewohnheit oder Störung der Impulskontrolle | 4 | 1.00 |
| Sexuelle Reifungskrise | 1 | 0.25 |

n = Fallzahl

Im Hinblick auf die Vergleichsgruppen selbst wurden von den Fällen des Moduls Affektive Störungen 34.98% (85/243) ausgeschlossen, von den Fällen der partiellen Schwerpunktstationen 59.25% (237/400) und 51.85% (70/135) der Fälle des Moduls Integrative Psychiatrie.

Unter den ausgeschlossenen Fällen befanden sich zehn (2.49%) mit „double depression“ und 197 Fälle mit mindestens einer komorbiden psychiatrischen Störung (49.00%). Es wurde somit ein dem Gesamtdatengut (47.72%) vergleichbarer Anteil an Fällen mit mindestens einer komorbiden psychiatrischen Störung ausgeschlossen.

4.1.3 Einschlüsse

Unter den verbleibenden 386 Fällen befanden sich 23 Fälle mit einem zweifachem und 3 Fälle mit dreifachem Aufenthalt während der Beobachtungszeit. Von diesen wurde der jeweils erste Aufenthalt in den Gesamtvergleich einbezogen, damit diese Fälle nicht stärker ins Gewicht fallen, so dass 357 Fälle in den Gesamtvergleich miteinfließen. Die Geschlechterverteilung blieb prozentual über das Ausschlussverfahren hinweg stabil (Gesamtdatengut: 38.83% Männer, 61.17% Frauen; Einschlüsse: 41.74% Männer, 58.26% Frauen).

Tabelle 4: Diagnosen Einschlüsse

| | n = 357 | % |
|--|---------|-------|
| Depressive Diagnosen | | |
| Depressive Episode bei bipolarer Störung | 43 | 12.04 |
| Erste depressive Episode | 116 | 32.49 |
| Depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung | 178 | 49.86 |
| Zyklothymie | 1 | 0.28 |
| Dysthymie | 4 | 1.12 |
| Kurze depressive Episode | 3 | 0.84 |
| Anpassungsstörung | 12 | 3.36 |
| Komorbide psychiatrische Störungen | | |
| Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit | 60 | 16.81 |
| Psychotische Störung (ICD-10 F20-29) | 6 | 1.68 |
| Angststörung | 40 | 11.20 |
| Zwangsstörung | 6 | 1.68 |
| Posttraumatische Belastungsstörung | 10 | 2.80 |
| Dissoziative Störungen | 1 | 0.28 |
| Somatoforme Störungen | 2 | 0.56 |
| Depersonalisations- und Derealisationssyndrom | 1 | 0.28 |
| Essstörungen | 5 | 1.40 |
| Persönlichkeitsstörung | 31 | 8.68 |
| Abnorme Gewohnheit oder Störung der Impulskontrolle | 4 | 1.12 |
| Störung der Geschlechtsidentität | 1 | 0.28 |

n = Fallzahl

Von den eingeschlossenen 357 Fällen wurden 147 Fälle (41.28%) im Modul Affektive Störungen behandelt, 149 Fälle (41.74%) auf den partiellen Schwerpunktstationen 61 Fälle (17.09%) im Modul Integrative Psychiatrie. Darunter befanden sich 16 Fälle (4.48%) mit „double depression“ in den Kategorien erste depressive Episode, rezidivierende depressive Störung und kurze depressive Episoden sowie 166 Fälle mit mindestens einer komorbiden psychiatrischen Störung (46.50%). Es wurde somit ein

dem Gesamtdatengut (47.72%) vergleichbarer Anteil an Fällen mit mindestens einer komorbiden psychiatrischen Störung eingeschlossen.

Tabelle 5: Einschlüsse: Verteilung der intervallskalierten potentiell konfundierenden Variablen

| | MAS, n = 147 | | PSS, n = 149 | | MIP, n = 61 | | Gesamt | | | |
|----------------------|-----------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------|-----|-------|-------|
| | n | sd | n | sd | n | sd | min | max | mean | sd |
| Alter | 48.74 | 13.87 | 45.63 ^a | 14.34 | 45.15 ^c | 15.40 | 18 | 86 | 46.83 | 14.39 |
| HDRS-17 bei Aufnahme | 21.30 | 6.39 | 21.12 ^b | 5.65 | 20.51 ^d | 5.52 | 7 | 39 | 21.09 | 5.93 |

MAS = Modul Affektive Störungen, PSS = Partielle Schwerpunktstationen, MIP = Modul Integrative Psychiatrie, n = Fallzahl, sd = Standardabweichung, mean = arithmetisches Mittel, ^a t=1.90, df=294, p=.06; ^b t=0.26, df=294, p=.80; ^c t=1.65, df=206, p=.10; ^d t=0.85, df=206, p=.40

Das Alter und die Schwere der depressiven Symptomatik bei Aufnahme gemäß HDRS-17-Score waren vergleichbar (Tabelle 5). Die potentiell konfundierenden Variablen EKT, rezidivierende depressive Störung sowie komorbide Persönlichkeits- und Angststörung waren nicht gleichmäßig in den Vergleichsgruppen verteilt (Tabelle 6).

Tabelle 6: Einschlüsse: Verteilung der dichotomen potentiell konfundierenden Variablen

| | MAS n = 147 | PSS n = 149 | MIP n = 61 | ges n = 357 | χ^2 * | p |
|-------------------------|----------------|----------------|---------------|----------------|------------|-------|
| EKT | 37 (25.17%) | 12 (8.05%) | 0 | 49 (13.73%) | 30.01 | <.001 |
| Frauen | 91 (61.90%) | 84 (56.38%) | 33 (54.10%) | 208 (58.26%) | 1.46 | .48 |
| Rez. depr. Störung | 88 (59.86%) | 62 (41.61%) | 28 (45.90%) | 178 (49.86%) | 10.32 | <.01 |
| Substanzmissbr. / -abh. | 21 (14.29%) | 32 (21.48%) | 7 (11.48%) | 60 (16.81%) | 4,23 | .12 |
| Persönlichkeitsstörung | 7 (4.76%) | 20 (13.42%) | 4 (6.56%) | 31 (8.68%) | 7.42 | .02 |
| Angststörung | 4 (2.72%) | 30 (20.13%) | 6 (9.84%) | 40 (11.20%) | 22.69 | <.001 |
| Psychot. Symptome | 31 (21.09%) | 24 (16.11%) | 5 (8.20%) | 60 (16.81%) | 5.21 | .07 |
| Dysthymie | 7 (4.76%) | 9 (6.04%) | 4 (6.56%) | 20 (5.60%) | 0.36 | .84 |

MAS = Modul Affektive Störungen, PSS = Partielle Schwerpunktstationen, MIP = Modul Integrative Psychiatrie, n = Fallzahl, * im χ^2 -Test nach Pearson jeweils df = 2

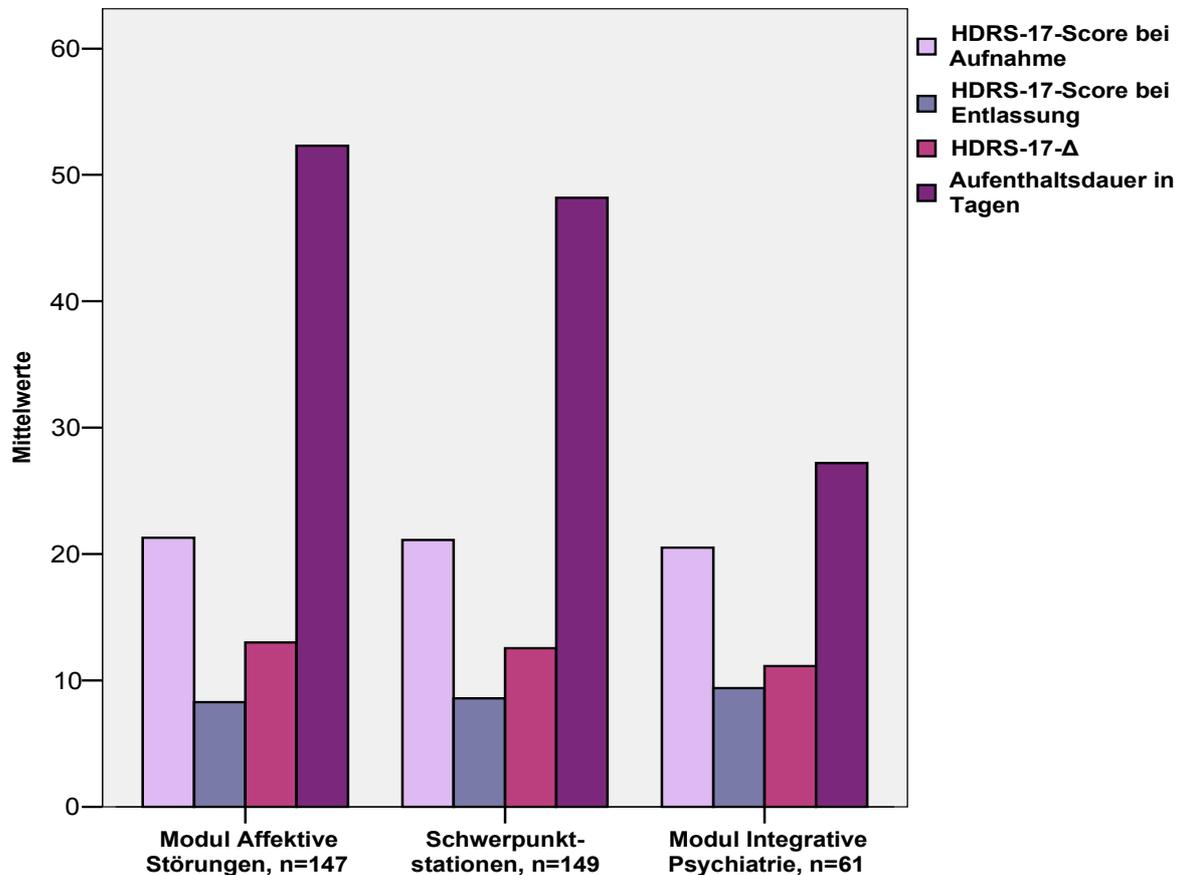
4.1.4 Fälle mit zweitem Aufenthalt

Von den Fällen mit mehreren stationären Aufenthalten im Beobachtungszeitraum ging der jeweils erste in den Gesamtvergleich mit ein. Von 26 Fällen mit mindestens einem zweiten Aufenthalt fand in 20 Fällen wieder Behandlung in derselben Vergleichsgruppe statt: acht Fälle im Modul Affektive Störungen, neun Fälle auf den partiellen Schwerpunktstationen und drei Fälle im Modul Integrative Psychiatrie. In 16 Fällen fand die zweite Behandlung sogar auf derselben Station statt: acht Fälle im Modul Affektive

Störungen, vier Fälle auf den partiellen Schwerpunktstationen und drei Fälle im Modul Integrative Psychiatrie.

4.2 Prätests

Abbildung 1: Outcome-Variablen ohne Kontrolle für potentiell konfundierende Variablen



Die Outcome-Variablen wurden zunächst ohne Kontrolle für potentiell konfundierende Variablen verglichen. Der HDRS-17-Score bei Aufnahme und bei Entlassung sowie das HDRS-17-Δ waren vergleichbar, die Aufenthaltsdauer der Fälle des Moduls Integrative Psychiatrie war statistisch signifikant niedriger (Abbildung 1, Tabelle 7).

Tabelle 7: Vergleich der Outcome-Variablen ohne Kontrolle für potentiell konfundierende Variablen

| | MAS, n=147 | | PSS, n=149 | | MIP, n=61 | |
|-------------------------------------|------------|-------|------------|-------|-----------|-------|
| | mean | sd | mean | sd | mean | sd |
| Aufenthaltsdauer in Tagen | 52.32 | 35.00 | 48.18 | 30.36 | 27.20* | 27.76 |
| HDRS-17-Score bei Entlassung | 8.29 | 4.42 | 8.58 | 5.11 | 9.38 | 4.91 |
| HDRS-17-Δ^a | 13.01 | 7.07 | 12.54 | 6.68 | 11.13 | 5.66 |

n = Fallzahl, MAS = Modul Affektive Störungen, PSS = Partielle Schwerpunktstationen, MIP = Modul Integrative Psychiatrie, sd = Standardabweichung, mean = arithmetisches Mittel, * MAS-MIP: Mann-Whitney U = 1894.0, Wilcoxon W = 3785.0, p<.001, ^a HDRS-17-Score bei Aufnahme minus HDRS-17-Score bei Entlassung

Die Verteilung der Remissionen auf die Gruppen zeigte keinen signifikanten Unterschied (Abbildung 2, Tabelle 8).

Abbildung 2: Verteilung der Remission

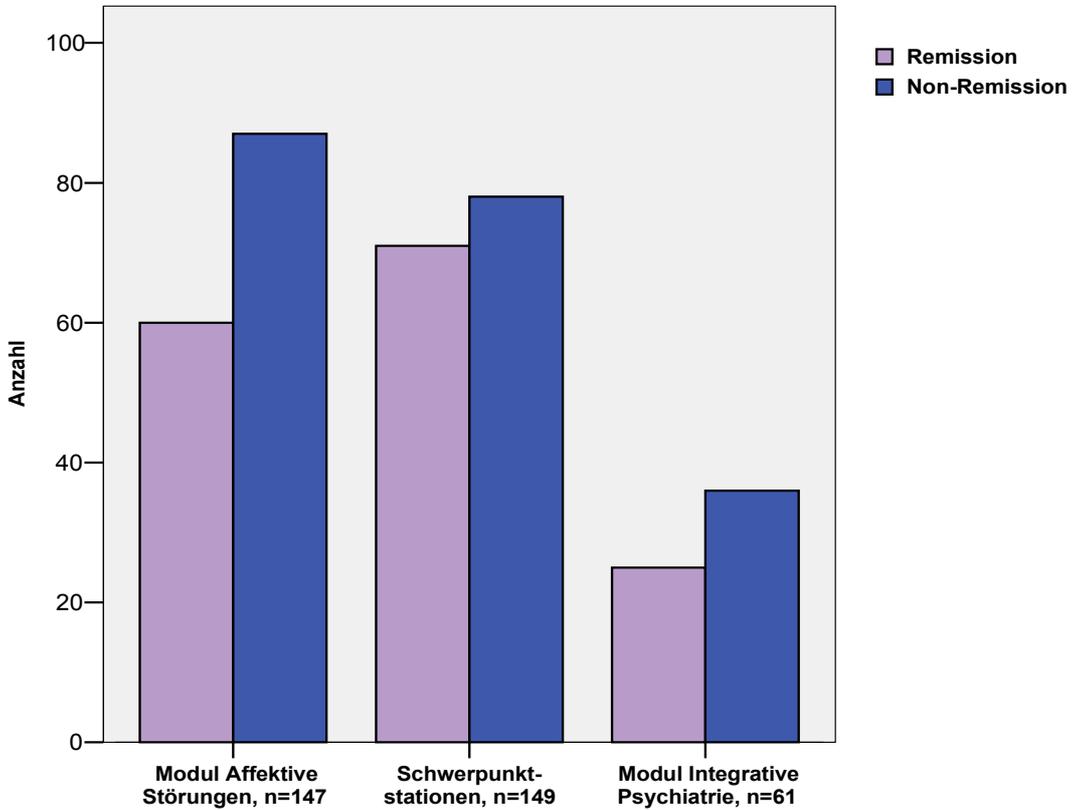


Tabelle 8: Verteilung der Remission

| | | MAS, n=147 | PSS, n=149 | MIP, n=61 | Total |
|----------------------|----------|------------|------------|-----------|---------------|
| Remission* | n | 60 | 71 | 25 | 156 |
| | % | 40.82% | 47.65% | 40.98% | 43.70% |
| Non-Remission | n | 87 | 78 | 36 | 201 |
| | % | 59.18% | 52.35% | 59.02% | 56.30% |

n = Fallzahl, MAS = Modul Affektive Störungen, PSS = Partielle Schwerpunktstationen, MIP = Modul Integrative Psychiatrie, * χ^2 -Test nach Pearson: $\chi^2 = 1.625$; df = 2, p = .44

4.3 Outcome-Analysen

4.3.1 HDRS-17- Δ , HDRS-17-Score bei Entlassung und Aufenthaltsdauer

Tabelle 9: Lineare Regression: HDRS-17- Δ , HDRS-17-Score bei Entlassung und Aufenthaltsdauer

| | B | SE | β | t | KI für B |
|--|----------|-----------|---------------------------|----------|-----------------|
| <u>HDRS-17-Score bei Entlassung (In)</u> | | | | | |
| Modul Affekt. Störungen / PSS^a | | | | | |
| Konstante | 1.78*** | .18 | | 10.07 | 1.43 – 2.12 |
| HDRS-17-Score bei Aufnahme | .02*** | .01 | .22 | 3.81 | .01 – .04 |
| Alter | -.01* | .00 | -.15 | -2.56 | -.01 – .00 |
| Modul Affekt. Störungen / MIP^b | | | | | |
| Konstante | 1.40*** | .16 | | 8.98 | 1.09 – 1.71 |
| HDRS-17-Score bei Aufnahme | .03*** | .01 | .25 | 3.65 | .01 – .04 |
| Dysthymie | .44* | 1.19 | .16 | 2.36 | .07 – .82 |
| <u>Aufenthaltsdauer (In)</u> | | | | | |
| Modul Affekt. Störungen / PSS^c | | | | | |
| Konstante | 3.26*** | .14 | | 23.07 | 2.98 – 3.54 |
| HDRS-17-Score bei Aufnahme | .02** | .01 | .17 | 3.09 | .01 – .03 |
| EKT | .52*** | .10 | .28 | 5.08 | .32 – .72 |
| Dysthymie | -.36* | .16 | -.12 | -2.19 | -.67 – -.04 |
| Substanzmissbrauch/ -abh. | -.20* | .10 | -.11 | -2.09 | -.39 – -.01 |
| Modul Affekt. Störungen / MIP^d | | | | | |
| Konstante | 3.11*** | .16 | | 19.80 | 2.80 – 3.42 |
| Psychotische Symptome | .24* | .12 | .12 | 2.01 | .00 – .48 |
| Rez. depressive Störung | .23** | .09 | .16 | 2.66 | .06 – .41 |
| EKT | .44*** | .12 | .22 | 3.57 | .20 – .68 |
| Alter | .01* | .00 | .13 | 2.22 | .00 – .01 |
| <u>HDRS-17-Δ^e (In)</u> | | | | | |
| Modul Affekt. Störungen / PSS^f | | | | | |
| Konstante | .82*** | .13 | | 6.20 | .56 – 1.08 |
| Alter | .01* | .00 | .12 | 2.58 | .00 – .01 |
| HDRS-17-Score bei Aufnahme | .06*** | .00 | .63 | 13.84 | .06 – .07 |
| Modul Affekt. Störungen / MIP^g | | | | | |
| Konstante | 1.08*** | .13 | | 8.23 | .82 – 1.34 |
| HDRS-17-Score bei Aufnahme | .06*** | .01 | .62 | 11.21 | .05 – .08 |
| Dysthymie | -.33* | .16 | -.12 | -2.10 | -.64 – -.02 |

B = unstandardisierter Koeffizient, SE = Standardfehler von B, β = standardisierter Koeffizient, KI = 95%-Konfidenzintervall, PSS = Partielle Schwerpunktstationen, MIP = Modul Integrative Psychiatrie, ^a Modell: df = 288, R² = .06, ^b Modell: df = 202, R² = .09, ^c Modell: df = 290, R² = .15, ^d Modell: df = 202, R² = .35, ^e HDRS-17-Score bei Aufnahme minus HDRS-17-Score bei Entlassung, ^f Modell: df = 281, R² = .43, ^g Modell: df = 197, R² = .41, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Die Vergleichsgruppenzugehörigkeit besaß keinen signifikant prädiktiven Wert für die Schwere der depressiven Symptomatik bei Entlassung sowie das HDRS-17- Δ (Tabelle 9). Die Signifikanz-Verhältnisse änderten sich nicht bei Ausschluss eines Ausreißer-

werts mit einem HDRS-17-Score von 32 Punkten bei Entlassung aus der Gruppe der partiellen Schwerpunktstationen.

Die Vergleichsgruppenzugehörigkeit war nicht signifikant prädiktiv für die Aufenthaltsdauer bei Vergleich des Moduls Affektive Störungen mit den partiellen Schwerpunktstationen, jedoch bei Vergleich des Moduls Affektive Störungen mit dem Modul Integrative Psychiatrie (Tabelle 9). Die Signifikanz-Verhältnisse änderten sich nicht bei Ausschluss von drei Ausreißer-Werten mit einer Aufenthaltsdauer zwischen 191 und 206 Tagen aus dem Modul Affektive Störungen.

4.3.2 Remission

Die Vergleichsgruppenzugehörigkeit war nicht signifikant prädiktiv für Remission als Outcome der Behandlung (Tabelle 10).

Tabelle 10: Logistische Regression: Remission

| | B | SE | OR | KI für OR |
|---|-------------|------------|------------|-------------------|
| Modul Aff. Strg. / Part. Schwerpunktstationen^a | -.47 | .25 | .62 | .38 – 1.02 |
| Konstante | -.87 | .46 | .42 | |
| HDRS-17-Score bei Aufnahme | .06 | .02 | 1.06** | 1.02 – 1.10 |
| Angststörung | 1.04 | .42 | 2.82* | 1.24 – 6.41 |
| Dysthymie | 1.14 | .60 | 3.13 | .96 – 10.20 |
| Modul Aff. Strg. / Modul Integrative Psychiatrie^b | -.06 | .32 | .95 | .50 – 1.78 |
| Konstante | -1.13 | .54 | .32* | |
| Psychotische Symptome | -.79 | .40 | .45* | .21 – .99 |
| HDRS-17-Score bei Aufnahme | .08 | .03 | 1.08** | 1.03 – 1.14 |

B = unstandardisierter Koeffizient, SE = Standardfehler von B, OR = Odds Ratio, KI = 95%-Konfidenzintervall, ^a Modell: n=296, Nagelkerke R²=.08, ^b Modell: n=208, Nagelkerke R²=.08, * p<.05, ** p<.01

4.3.3 Fälle mit zweitem Aufenthalt

Die intervallskalierten Variablen waren mit Ausnahme der Zeit bis Wiederaufnahme normalverteilt. Das Alter und der HDRS-17-Score bei Aufnahme waren vergleichbar. Für die 20 und 16 Fälle ergaben sich im t-Test für den HDRS-17-Score bei Entlassung, das HDRS-17-Δ und - im Gegensatz zu dem Gesamtvergleich - die Aufenthaltsdauer keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (Tabelle 11).

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den t- und U-Tests zwischen den Vergleichsgruppen bezüglich der Zeit bis zur Wiederaufnahme (arithmetisches Mittel 135.95 Tage, Spannweite 14 bis 422 Tage) - auch nicht, wenn lediglich die zehn Fälle mit Vollremission (HDRS-17-Score bei Entlassung ≤ 7) berücksichtigt wurden (Tabelle 11).

Tabelle 11: Intervallskalierte Endpunkte der Fälle mit zweitem Aufenthalt

| | | n | mean | sd |
|--|------------|---|--------|--------|
| Zeit bis Wiederaufnahme in Tagen | MAS | 8 | 202.88 | 166.70 |
| | PSS | 9 | 109.89 | 111.47 |
| | MIP | 3 | 35.67 | 19.30 |
| Aufenthaltsdauer in Tagen | MAS | 8 | 42.63 | 29.20 |
| | PSS | 9 | 59.56 | 24.71 |
| | MIP | 3 | 17.00 | 6.24 |
| HDRS-17-Score bei Entlassung | MAS | 8 | 9.00 | 3.38 |
| | PSS | 9 | 8.11 | 3.51 |
| | MIP | 3 | 7.33 | 6.03 |
| HDRS-17-Δ^a | MAS | 8 | 11.25 | 5.70 |
| | PSS | 9 | 10.33 | 5.57 |
| | MIP | 3 | 8.00 | 3.00 |

n = Fallzahl, mean = arithmetisches Mittel, sd = Standardabweichung, ^a HDRS-17-Score bei Aufnahme minus HDRS-17-Score bei Entlassung, MAS = Modul Affektive Störungen, PSS = Partielle Schwerpunktstationen, MIP = Modul Integrative Psychiatrie

Der χ^2 -Test zeigte für die Gruppe mit 20 Fällen keinen signifikanten Unterschied in der Verteilung der Remission als Behandlungs-Outcome (Tabelle 12), ebenso verhielt es sich in der Gruppe mit 16 Fällen.

Tabelle 12: Verteilung Remission der Fälle mit zweitem Aufenthalt

| | Remission*, n | Non-Remission, n |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Modul Affektive Störungen | 5 (62.50%) | 3 (37.50%) |
| Partielle Schwerpunktstationen | 4 (44.44%) | 5 (55.56%) |
| Modul Integrative Psychiatrie | 1 (33.33%) | 2 (66.67%) |
| Total | 10 (50,00%) | 10 (50,00%) |

n = Fallzahl, * $\chi^2 = .94$; df = 2, p = .62

5 Diskussion

Dies ist der zweite publizierte Vergleich der Behandlungs-Effektivität störungsspezifischer und störungsunspezifischer Stationen bei depressiver Erkrankung nach der Untersuchung aus der Münsterklinik Zwiefalten (Bartels 2003). Die vorliegende Arbeit hat gegenüber der ersten mehrere Vorteile: Erstens ist die untersuchte Fallzahl mit 357 Fällen (versus 127) höher. Dies macht den zweiten Vorteil möglich: statistisch für mehr konfundierende Variablen zu kontrollieren. Drittens befinden sich in der Vergleichsgruppe der vorliegenden Arbeit mit den partiellen Schwerpunktstationen (für Gerontopsychiatrie, Schizophrenie sowie Zwangs- und Angststörungen) tendenziell heterogenere und damit störungsunspezifischere Stationseffekte (versus Gerontopsychiatrie, Psychotherapiestation, Akutbereich). Die vorliegende Arbeit untersucht mit der Behandlungs-Effektivität depressionsspezifischer Stationen einen bisher kaum evaluierten Effekt, der von wissenschaftlichem Interesse ist.

5.1 Ergebnisse

5.1.1 HDRS-17-Score bei Entlassung

Tabelle 13: Datenvergleich der Gesamtdaten mit 3189 Fällen aus Härter et al. 2004

| | | Diese Untersuchung: n=357 | Härter et al. 2004: n=3189 |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Alter in Jahren | mean | 46.83 | 53.7* |
| | sd | 14.39 | 15.9 |
| | range | 18 - 86 | 19 - 93 |
| HDRS-17-Score bei Aufnahme | mean | 21.09 | 21.8 |
| | sd | 5.93 | k.A. |
| | range | 7 - 39 | k.A. |
| Aufenthaltsdauer in Tagen | mean | 46.30 | 63.6* |
| | sd | 33.08 | 51.5 |
| | range | 7 - 206 | 6 - 504 |
| HDRS-17-Score bei Entlassung | mean | 8.60 | 6.9 |
| | sd | 4.80 | k.A. |
| | range | 0 - 32 | k.A. |
| HDRS-17-Δ^a | mean | 12.49 | 14.9 |
| | sd | 6,70 | k.A. |
| | range | -3 - 34 | k.A. |
| Psychische Komorbidität in % | | 46.5 | 24.5 |
| Somatische Komorbidität in % | | k.A. | 40.8 |

n = Fallzahl, mean = arithmetisches Mittel, sd = Standardabweichung, range = Spannweite, ^a HDRS-17-Score bei Aufnahme minus HDRS-17-Score bei Entlassung, k.A. = keine Angabe, * p<.001

Mit und ohne Kontrolle für potentiell konfundierende Variablen zeigte sich kein signifikanter Unterschied im HDRS-17-Score bei Entlassung zwischen dem Modul Affektive Störungen und sowohl den partiellen Schwerpunktstationen als auch dem Modul Integrative Psychiatrie. Ein höherer HDRS-17-Score bei Aufnahme prädizierte hochsignifikant einen höheren HDRS-17-Score bei Entlassung, dies steht im Einklang mit anderen Untersuchungen (z.B. Szádóczy et al. 2004).

Der mittlere HDRS-17-Score bei Entlassung der 357 Fälle lag etwas höher als bei einer Untersuchung an über 3.000 Fällen mit depressiver Störung aus Baden-Württemberg (Tabelle 13). Diese Differenzen könnten erstens zumindest partiell dem universitären Status und damit potentiell komplexeren und schwereren Fällen der Klinik sowie zweitens der Tatsache geschuldet sein, dass in den Vergleich auch Fälle mit Verlegung und Entlassung gegen ärztlichen Rat eingingen und konsekutiv bei Ende der Behandlung kein deutlich gebesserter psychopathologischer Zustand gegeben war. Für den ersten Punkt spricht die deutlich höhere psychische Komorbidität der vorliegenden Untersuchung (Tabelle 13). Der zweite Punkt wird in vielen Publikationen nicht erwähnt.

Tabelle 14: Vergleich des Moduls Affektive Störungen mit drei Depressionsstationen aus Wolfersdorf et al. 1997

| | | MAS, n=147 | DS, n=149 |
|-------------------------------------|-------|-------------------|----------------------------|
| Alter in Jahren | mean | 48.74 | 47.1 |
| | sd | 13.87 | 13.0 |
| | range | 18 - 86 | k.A. |
| HDRS-17-Score bei Aufnahme | mean | 21.30 | 22.8 |
| | sd | 6.39 | 7.5 |
| | range | 7 - 37 | k.A. |
| Aufenthaltsdauer in Tagen | mean | 52.32 | 51.5 |
| | sd | 35.00 | 64.4 |
| | range | 7 - 206 | k.A., ohne Ausreißer > 200 |
| HDRS-17-Score bei Entlassung | mean | 8.29 | 6.7* |
| | sd | 4.42 | 5.8 |
| | range | 0 - 23 | k.A. |
| HDRS-17-Δ^a | mean | 13.01 | Errechnet: 16.1 |
| | sd | 7.07 | k.A. |
| | range | -3 - 32 | k.A. |

n = Fallzahl, mean = arithmetisches Mittel, sd = Standardabweichung, range = Spannbreite, MAS = Modul Affektive Störungen, DS = Depressionsstationen^a HDRS-17-Score bei Aufnahme minus HDRS-17-Score bei Entlassung, k.A. = keine Angabe, * p<.01

Im Vergleich (Tabelle 14) des Moduls Affektive Störungen mit drei Depressionsstationen aus Wolfersdorf et al. 1997 zeigt sich keine signifikante Differenz hinsichtlich des Alters und des HDRS-17-Scores bei Aufnahme, jedoch ein signifikant niedrigerer

HDRS-17-Score bei Entlassung von den Depressionsstationen. Hier kann ebenfalls als mögliche Ursache erwogen werden, dass potentiell konfundierende Variablen (zum Beispiel psychische Komorbidität) nicht vergleichbar sind, da sie in dem Artikel nicht erwähnt sind.

5.1.2 HDRS-17- Δ

Mit und ohne Kontrolle für potentiell konfundierende Variablen zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des HDRS-17- Δ zwischen dem Modul Affektive Störungen und beiden Vergleichsgruppen. Somit zeigte sich kein Vorteil, jedoch auch kein Nachteil, störungsspezifischer stationärer antidepressiver Behandlung. Ein höherer HDRS-17-Score bei Aufnahme prädizierte in den Regressionsanalysen hochsignifikant ein höheres HDRS-17- Δ . Dies steht in scheinbarem Widerspruch dazu, dass ein höherer HDRS-17-Score bei Aufnahme ebenfalls einen höheren HDRS-17-Score bei Entlassung prädizierte. Jedoch ist allein rechnerisch die Wahrscheinlichkeit und Möglichkeit, bei höherem HDRS-17-Score bei Aufnahme eine größere Symptomreduktion im Sinne eines höheren HDRS-17- Δ zu erzielen, höher.

Das mittlere HDRS-17- Δ der 357 Fälle ist niedriger als das der größeren Kohorte aus Baden-Württemberg (Tabelle 13), die arithmetischen Mittel konnten jedoch aufgrund der fehlenden Standardabweichung aus der Publikation nicht verglichen werden.

Das mittlere HDRS-17- Δ des Moduls Affektive Störungen ist niedriger als das der drei Depressionsstationen aus Wolfersdorf et al. 1997 (Tabelle 14). Die arithmetischen Mittel konnten aufgrund der fehlenden Standardabweichung aus der Publikation nicht verglichen werden.

Da das HDRS-17- Δ als Differenz errechnet wird und jeweils die HDRS-17-Scores bei Aufnahme vergleichbar waren sowie die HDRS-17-Scores bei Entlassung differierten, sind die möglichen Ursachen für diese Differenzen im externen Vergleich jeweils wahrscheinlich dieselben wie für die HDRS-17-Scores bei Entlassung. Als relevanteste potentiell konfundierende Variablen können deshalb psychische und somatische Komorbidität sowie eventuell die Komplexität einzelner Fälle gesehen werden.

5.1.3 Aufenthaltsdauer

Mit und ohne Kontrolle für potentiell konfundierende Variablen zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Aufenthaltsdauer zwischen dem Modul Affektive Störungen und den partiellen Schwerpunktstationen. Jedoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied sowohl in dem t-Test als auch der Regressionsanalyse zwischen dem Modul Affektive Störungen und dem Modul Integrative Psychiatrie.

Die Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie prädierte hochsignifikant eine längere Aufenthaltsdauer, wobei dieser Faktor am ehesten allein zur Kontrolle für diese Variable zu sehen ist. Die Signifikanz dieses Einflusses ergibt sich wahrscheinlich einerseits daraus, dass eine Akut-EKT mit diagnostischem Vorlauf, drei Behandlungen pro Woche und mindestens sechs probatorischen Behandlungen per se den Aufenthalt verlängern kann und andererseits die Indikation zur EKT meistens eine Therapieresistenz ist, die per se auch ohne EKT zu längerer stationärer Behandlung führen würde.

Die kürzere Aufenthaltsdauer im Modul Integrative Psychiatrie kann mehreren Faktoren geschuldet sein. Zum Ersten kann sie durch ihre Funktion als Kriseninterventionsstation bedingt sein, so dass die Aufenthaltsdauer durch den Verlauf der akuten behandlungsrelevanten psychiatrischen Störung selbst verkürzt wurde, obwohl sie formal wie in den anderen Vergleichsgruppen als zum Beispiel depressive Episode klassifiziert wurde. Zum Zweiten ist das Modul - im Gegensatz zu dem ausgelagerten Hauptstandort der psychiatrischen Klinik - direkt dem Campus Benjamin Franklin als Uniklinikum angegliedert. Personen, die über die Erste Hilfe des Klinikums aufgenommen wurden, wurden öfter direkt in das Modul Integrative Psychiatrie selbst aufgenommen als in den Hauptstandort verlegt. Diese könnten eine selektierte Gruppe darstellen, die sich in einigen Charakteristika von Personen, die sich direkt an die Aufnahme einer psychiatrischen Klinik wenden, unterscheidet. Zum Dritten werden im Modul Integrative Psychiatrie mehr PatientInnen mit somatischer Komorbidität behandelt. Die somatischen Erkrankungen könnten mehr als in den anderen Vergleichsgruppen mit ursächlich für die Entwicklung des depressiven Syndroms sein. In dem Rahmen, in dem Symptome der somatischen Erkrankungen gebessert werden können, könnte sich die

depressive Symptomatik bessern und damit eventuell schneller als in den Fällen, in denen dieser Faktor weniger relevant ist. Die somatische Komorbidität würde dann vor allem als konfundierende Variable in dem Vergleich der Aufenthaltsdauer wirken. Die somatische Komorbidität wurde nicht mit erfasst, siehe hierzu auch 5.2.8.

Zudem kann die Aufenthaltsdauer nur ein grobes Maß für die Behandlungs-Effektivität sein. Die Validität dieser Variable ist dadurch eingeschränkt, dass nicht erhoben wurde

1. wie lange vor Aufnahme bereits depressive Symptomatik bestanden hatte
2. ob ambulante, teilstationäre oder stationäre Vorbehandlung stattgefunden hatte
3. dass der Entlassungsmodus (Verlegung in eine andere Klinik, Entlassung gegen ärztlichen Rat oder nach erfolgreicher Behandlung) nicht erhoben und damit nicht berücksichtigt wurde

Die Aufenthaltsdauer der 357 Fälle der vorliegenden Untersuchung ist hochsignifikant niedriger als die der größeren Kohorte aus Baden-Württemberg (Tabelle 13). Dies ist sicher nicht nur durch einen Ausreißer mit über 500 Tagen Aufenthalt bedingt. Bei vergleichbarer Schwere depressiver Symptomatik bei Aufnahme kann erstens das höhere Alter der größeren Kohorte zu der Differenz beigetragen haben. Zweitens könnte in den nicht-universitären Kliniken der zweiten Gruppe (psychiatrische Fachkliniken und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern) weniger auf kurze Liegezeit geachtet worden sein. Drittens ist eine eventuell differierende Rate somatischer Komorbidität als konfundierende Variable möglich. Die Aufenthaltsdauer des Moduls Affektive Störungen differiert nicht signifikant von der der drei Depressionsstationen aus Wolfersdorf et al. 1997 (Tabelle 14).

5.1.4 Remission

Remission einer depressiven Störung als Kategorialisierung von Intervalldaten wird in vielen Studien und Publikationen untersucht, sie ist ein wichtiger Prädiktor für ein depressives Rezidiv und essentiell für ein positiveres Langzeit-Outcome (ten Doesschate et al. 2010, McIntyre & O'Donovan 2004).

Ohne Kontrolle für potentiell konfundierende Variablen zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Remissionsrate in den Vergleichsgruppen – analog dem Vergleich des HDRS-17- Δ und HDRS-17-Score bei Entlassung. Mit Kontrolle für potentiell konfundierende Variablen in der logistischen Regression zeigte sich die Vergleichsgruppenzugehörigkeit nicht als signifikanter Prädiktor von Remission in der vorliegenden Untersuchung.

Ein Vergleich der 357 Fälle mit der großen Kohorte aus Baden-Württemberg kann nicht vorgenommen werden, da unterschiedliche Kriterien der Remission verwendet wurden (Absolutwert \leq sieben Punkte im HDRS-17-Score versus $>$ 75% Besserung des HDRS-17-Score bei Aufnahme (Härter et al. 2004)). Ein Vergleich der Remissionsrate zwischen dem Modul Affektive Störungen und den drei Depressionsstationen aus Wolfersdorf et al. 1997 kann nicht vorgenommen werden, da für letztere keine kategorialisierte Remission veröffentlicht wurde.

5.1.5 Fälle mit zweitem Aufenthalt

Mit 20 Fällen ist die Aussagekraft der Untersuchung begrenzt. Die Auswertung ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen bezüglich der Aufenthaltsdauer, der Schwere der Depression bei Entlassung, der Reduktion depressiver Symptome sowie der Zeit bis zur Wiederaufnahme aufgrund eines Rückfalls oder Rezidivs. Zudem ist nicht bekannt, ob PatientInnen nach der stationären Behandlung dieser Untersuchung eventuell in anderen Kliniken erneut aufgrund depressiver Symptomatik in Behandlung waren.

5.2 Methodik

5.2.1 Retrospektiver Vergleich

Der retrospektive Vergleich kann nicht so aussagekräftig sein wie eine prospektive Untersuchung der Intervention. Eine solche wäre wünschenswert, jedoch mit heutigen klinischen Gegebenheiten schwierig durchzuführen, da es wahrscheinlich in den wenigsten Kliniken sowohl störungsspezifische als auch komplett störungsunspezifische Stationen gibt.

5.2.2 Die Hamilton Depression Rating Scale

Eine weitere Limitation der vorliegenden Arbeit ist, dass lediglich ein einzelnes Rating-Instrument ausgewertet wurde, welches den Schweregrad depressiver Symptomatik quantifiziert. Der Einsatz zusätzlicher Skalen hätte die Komplexität des Outcomes adäquater darstellen können.

Einerseits wäre es sinnvoll, ein durch die PatientInnen dokumentiertes Selbstbeurteilungsinstrument für die Verlaufsbeurteilung einzusetzen, beispielsweise das BDI.

Andererseits ist die HDRS nur eine der verfügbaren Fremdbeurteilungs-Skalen zur Quantifizierung depressiver Symptomatik und hat Limitationen. Im Gegensatz zu anderen Fremdbeurteilungs-Skalen wie der Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) wird in der HDRS mehr Gewicht auf ängstliche Symptome und somatische Beschwerden gelegt, so dass beispielsweise Fälle mit Somatisierungstendenzen und hypochondrischen Ängsten einen höheren Score in der HDRS als auf anderen Skalen erreichen können. Dies kann wiederum auf die Verbesserung im zeitlichen Verlauf Einfluss haben.

Zudem erreichen verschiedene klinische Subtypen der depressiven Störung unterschiedliche Werte auf derselben Rating-Skala, und verschiedene Behandlungsformen, sogar verschiedene Antidepressiva, führen zu selektiver Verbesserung einzelner Symptome (Demyttenaere & Fruyt 2003).

Zusätzlich ist einschränkend zu erwähnen, dass die quantifizierte Verbesserung depressiver Symptome nicht das einzige Maß erfolgreicher Behandlung ist. Wünschenswert wäre es gewesen, gleichzeitig die Lebensqualität und deren Veränderung während der Therapie zu messen, denn es könnte sein, dass, obschon keine Unterschiede der quantitativen Outcome-Variablen beobachtet wurden, ein für die behandelte Klientel qualitativer Unterschied besteht, der durch die verwendeten Variablen keinen Ausdruck findet.

Weiterhin wurden keine Tests der Inter-Rater-Reliabilität für das Rating der HDRS durchgeführt. Die Inter-Rater-Reliabilität wird allerdings nicht primär in Frage gestellt, da bei Untersuchungen mit Anfängern im Rating der HDRS schon nach drei Trainingseinheiten zufrieden stellende Inter-Rater-Reliabilitäten erreicht wurden (Müller & Dragicevic 2003), und die Mitarbeiter der Klinik mehr Erfahrung und Training hatten als die in der zitierten Untersuchung getesteten Personen.

5.2.3 Partielle Schwerpunktstationen

Eine weitere Limitation ist, dass die Stationen der Kontrollgruppe nicht vollständig störungsunspezifisch waren. Damit bestehen keine idealen Bedingungen für den Vergleich. Man kann eine für jede dieser Stationen eigene störungsspezifische Stationsatmosphäre postulieren, die ihrerseits das Behandlungs-Outcome antidepressiver Therapie beeinflussen könnte. Deren Effektstärke kann nicht annähernd geschätzt werden, sollte jedoch wegen der lediglich partiellen Schwerpunktsetzung sowie dazu nicht vorhandener Datenlage auch nicht überschätzt werden. Durch die Regressionsmodelle wurde die psychische Komorbidität als konfundierende Variable weitgehend kontrolliert.

5.2.4 Klinik- und Standort-Faktoren

Eine der Stärken der vorgenommenen Untersuchung ist, dass sie Stationen derselben Klinik vergleicht. So sind personelle (Expertise, Alter, Motivation), infrastrukturelle (Breite des therapeutischen Angebots, Häufigkeit von Einzel- und Gruppenpsychotherapie und flankierender Behandlungsformen) und organisatorische (Aufnahmemodi) interne Faktoren der Klinik sowie äußere Faktoren (regional potentiell unterschiedliche

Klientel, Dichte und Art ambulanter Behandlungsangebote) bestmöglich vergleichbar. Auswirkungen auf die Outcome-Variablen durch individuelles Stationsklima und individuelle TherapeutInnen sind – wie in jeder Untersuchung – nicht auszuschließen. Der universitäre Status der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie könnte verantwortlich dafür sein, dass tendenziell mehr komplizierte Fälle im Sinne therapieresistenter depressiver Episoden, relevant depressogen contribuierender Persönlichkeitsfaktoren oder somatischer Komorbiditäten, behandelt wurden. Zudem ist die Klinik eine der wenigen in Berlin, die EKT anbieten, wodurch eine weitere Selektion entsteht.

5.2.5 Beobachtungszeitraum

Es wurde lediglich das Kurzzeit-Outcome der behandelten depressiven Klientel verglichen. Das Langzeit-Outcome, zum Beispiel im Sinne des Schweregrads residueller Symptomatik, der Notwendigkeit weiterer medikamentöser Behandlung und des Funktionsniveaus nach einem halben, einem Jahr und nach fünf Jahren sowie die Rückfall- und Rezidivrate wurden nicht erfasst, könnten jedoch Differenzen aufweisen.

5.2.6 Effektstärke der störungsspezifischen Behandlung

Es ist möglich, dass die Therapie auf einer störungsspezifischen Station durch verschiedene Faktoren mit der Zeit besser wird. Einige Jahre nach Implementierung derselben könnte eine höhere Effektstärke beispielsweise durch verbessertes Handling der Stationsatmosphäre sowie durch verbesserte Expertise der ärztlichen, pflegerischen und psychologischen TherapeutInnen erreicht sein, die sich in der vorliegenden Untersuchung noch nicht zeigt.

5.2.7 Psychische Komorbidität

Eine weitere Stärke der vorliegenden Arbeit ist die statistische Kontrolle für psychische Komorbidität, denn sie hat potentiell großen Einfluss auf die Outcome-Variablen. Allerdings ist die Berücksichtigung dieses Faktors wiederum nur eingeschränkt möglich, da die rein kategoriale Erfassung eines Merkmals (beispielsweise komorbide Angststörung ja/nein) nicht die Dimensionalität psychischer Prozesse und damit deren konfundie-

rende Eigenschaften erfassen und quantifizieren kann. So kann beispielsweise ein weites Spektrum körperbezogener Angst (gelegentliche Sorgen um die eigene Gesundheit gesunder Personen, subsyndromale hypochondrische Ängste im Rahmen einer depressiven Episode, eine hypochondrische Störung, überwertige Ideen, Somatisierungsstörung, Schizophrenie mit Zönästhesien) unterschiedlich stark das Outcome antidepressiver Therapie beeinflussen. Ein dimensionales System der psychiatrischen Klassifikation für Persönlichkeitsstörungen wird zum Beispiel voraussichtlich im DSM-V inkludiert sein (American Psychiatric Association 2011).

5.2.8 Somatische Komorbidität

Die somatische Komorbidität ist eine potentiell konfundierende Variable des Behandlungs-Outcomes und sicher ein relevanter Faktor. Sie wurde dennoch im Gegensatz zur psychischen Komorbidität nicht berücksichtigt, da einerseits noch weniger Daten zu dem krankheitsspezifischen depressogenen Potential vorliegen als für psychische Komorbidität und andererseits die wahrscheinlich intraindividuell stark variierende Effektstärke darüber hinaus zu einer hohen Komplexität führt. Die Untersuchung blieb in dieser Hinsicht naturalistisch. Es kann hypothetisch ein stärkerer Outcome-wirksamer Einfluss auf die Klientel des Moduls Integrative Psychiatrie angenommen werden, da in dem Modul vorzugsweise PatientInnen behandelt werden, deren somatische Erkrankung zum Zeitpunkt der psychiatrisch-stationären Therapie entweder noch im diagnostischen Prozess war, was starke Unsicherheit hervorrufen und somit depressogen wirken kann, oder somatische Therapieoptimierung erfuhr. Sicher können die genannten Bedingungen (diagnostischer Prozess und somatische Therapieoptimierung) interindividuell differente depressogene oder salutogene Auswirkung haben. Die Komplexität der Depressogenität kann nicht hinreichend erfasst werden. Die Untersuchung bleibt damit naturalistisch.

5.3 Charakteristika der Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung ist bezüglich der Verteilung affektiver Diagnosen mit einer Untersuchung aus Baden-Württemberg mit Fällen aus vier Universitätskliniken, 15 psychiatrischen Fachkliniken und fünf psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern weitgehend vergleichbar (Tabelle 15).

Tabelle 15: Depressive Diagnosen der Stichproben

| | Diese Untersuchung | | Härter et al. 2004 | |
|--|--------------------|------|--------------------|------|
| | n = 357 | % | n = 3179 | % |
| Depressive Episode bei bipolarer Störung | 43 | 12.0 | 255 | 8.0 |
| Erste depressive Episode | 116 | 32.5 | 1261 | 39.7 |
| Depressive Episode bei rez. depr. Störung | 178 | 49.9 | 1124 | 35.4 |
| Zyklothymie | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| Dysthymie | 4 | 1.1 | 110 | 3.5 |
| Kurze depressive Episode | 3 | 0.8 | 33 | 1.0 |
| Anpassungsstörung | 12 | 3.4 | 396 | 12.5 |

n = Fallzahl

Auch wenn mit größter Sorgfalt gängige potentiell konfundierende Variablen erfasst wurden, ist davon auszugehen, dass es Variablen gibt, die die Ergebnisse beeinflussen könnten und die keinen Eingang in die Berechnungen gefunden haben. Die Vorbehandlung der depressiven Störung vor der stationären Aufnahme wurde nicht berücksichtigt, was als ein Schwachpunkt des Vergleichs gelten kann. Allerdings wird primär nicht angezweifelt, dass dieser Aspekt stark von den Werten anderer psychiatrischer Kliniken abweicht und somit den klinischen Alltag widerspiegelt. Ebenfalls naturalistisch bleibt diese Untersuchung in dem Sinne, dass der Aspekt kultureller Unterschiede, die sich auf das Behandlungs-Outcome auswirken könnten (Kleinman 2004), nicht miteinbezogen wurde. Kulturelle Unterschiede, beispielsweise in Form von Sprachbarriere oder Herkunft aus kollektivistischeren Kulturen, können nur schwer gemessen werden, da die potentielle Einflussnahme sehr komplex ist und interindividuell potentiell stark variiert. Weiterhin kann nicht ausgeschlossen werden, dass Faktoren das Outcome beeinflussen haben, die nicht erhoben wurden und nicht erhoben werden können, wie zum Beispiel genetisch determiniertes Ansprechen auf bestimmte Antidepressiva. Es ist sogar wahrscheinlich, dass es Faktoren gibt, die das Outcome einer antidepressiven Therapie beeinflussen, bisher jedoch nicht bekannt sind und daher nicht berücksichtigt werden können.

Zusammenfassung

Depressionen stellen eine häufige psychische Störung dar, sie beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich und ihre Prävalenz nimmt global zu. Therapeutische Konzepte werden ständig verbessert. Seit dem Jahr 1976 gibt es in Deutschland störungsspezifische psychiatrische Stationen für die Behandlung depressiver Störungen. Einen publizierten Vergleich der Behandlungs-Effektivität depressionsspezifischer und störungsunspezifischer Stationen gibt es bisher nicht.

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin, wurden retrospektiv 357 Fälle depressiver Störung aus den Jahren 2002 und 2003 untersucht. 147 Fälle wurden auf störungsspezifischen und 149 Fälle auf weitgehend störungsunspezifischen Stationen behandelt. Weitere 61 Fälle wurden auf einer Station behandelt, die als Kriseninterventionsstation und störungsunspezifische Spezialstation für somatische Komorbidität fungierte. Der Schweregrad depressiver Symptomatik wurde mit der Hamilton Depression Rating Scale mit 17 Items (HRDS-17) quantifiziert.

Ohne Kontrolle für konfundierende Variablen waren der HRDS-17-Score bei Entlassung sowie das HDRS-17- Δ zwischen den Gruppen vergleichbar, die Aufenthaltsdauer auf der Spezialstation für somatische Komorbidität war statistisch signifikant niedriger. In den Regressionsanalysen zur Kontrolle für konfundierende Variablen hatte die Behandlung in einer der drei Vergleichsgruppen weder auf den HRDS-17-Score bei Entlassung noch auf das HDRS-17- Δ einen signifikanten Einfluss. Bei Vergleich der störungsspezifischen Station mit den störungsunspezifischen Stationen zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Aufenthaltsdauer, jedoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Regressionsanalyse zwischen der störungsspezifischen Station und der störungsunspezifischen Spezialstation für somatische Komorbidität im Sinne einer kürzeren Aufenthaltsdauer auf der letzteren. Als Ursachen hierfür kommen mehrere Faktoren in Betracht. Zusammengefasst zeigte sich kein Vorteil, jedoch auch kein Nachteil depressionsspezifischer stationärer Behandlung.

Für 20 Fälle, in denen im Vergleichszeitraum ein zweiter stationärer Aufenthalt stattfand, zeigten sich hinsichtlich der Aufenthaltsdauer, der Schwere depressiver Symptomatik bei Entlassung sowie der Reduktion depressiver Symptomatik keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Ebenso zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen bezüglich der Zeit bis zur zweiten stationären Aufnahme.

Die Arbeit vergleicht die Behandlungs-Effektivität störungsspezifischer und störungsunspezifischer Stationen, stellt jedoch das Konzept der Depressionsstationen gleichsam nicht in Frage, weil

- a) die Störungsspezifität und Homogenität von Depressionsstationen eine affektive „Aufwärtsspirale“ durch Mitnahmeeffekte besser ermöglicht als störungsunspezifische Stationen
- b) die depressiven PatientInnen im Gegensatz zur Behandlung auf störungsunspezifischen Stationen nicht weniger Aufmerksamkeit erhalten als andere PatientInnen, die durch auffälligeres oder gefährlicheres Verhalten mehr Aufmerksamkeit binden
- c) einen für die betroffene Klientel optimierten Schutz- und Lernraum bietet
- d) ein störungsspezifisches Setting eine organisatorische Optimierung der Therapien bietet
- e) es nach den vorhandenen Daten nicht überlegen, aber auch nicht unterlegen ist

Weitere Forschung auf diesem Gebiet sollte möglichst mit größeren Fallzahlen arbeiten, um eine Auswertung der Effektstärke auf bestimmte Subgruppen bei gleichzeitiger Kontrolle für konfundierende Variablen zuzulassen, beispielsweise Alter, Geschlecht und Persönlichkeitsstörungen. Darüber hinaus sollten weitere Untersuchungen prospektiv angelegt werden und eine Weiterverfolgung der Fälle anstreben, um zuverlässige Daten zur Rückfall- und Rezidivrate sowie Wiederaufnahme zur stationären Behandlung zu liefern. Selbstbeurteilungsskalen und „Quality of Life“-Auswertungen könnten komplexere Effekte der depressionsspezifischen Behandlung darstellen.

7 Literaturverzeichnis

Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. Depression and Quality of Life: Results of a Follow-Up Study. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:189-99.

American Psychiatric Association. DSM-5 Revisions for Personality Disorders Reflect Major Change. Release No. 11-36, 2011. (Zugegriffen am 07. Januar 2012 unter <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/DSM-5-Revisions-for-Personality-Disorders-Reflect-Major-Change-.pdf>.)

Bartels B. Depressionsstationen und ihre Bedeutung in der Behandlung von affektiven Störungen. Universität Basel, Institut für Psychologie 2002. (Erworben am 10.11.2007 unter www.grin.com/de/preview/19854.html.)

Beck AT. Cognitive therapy of depression: new perspectives. In: Clayton PJ, Barrett JE, eds. *Treatment of Depression: Old Controversies and New Approaches*. 1st ed. New York, USA: Raven, 1983:265–90.

Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925-32.

Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 2003;44:28-34.

Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.

Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev* 2007;27:959-85.

Cade JF. Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Med J Aust* 1949;2:349-52.

- Clayton PJ, Grove WM, Coryell W, Keller M, Hirschfeld R, Fawcett J. Follow-Up and family study of anxious depression. *Am J Psychiatry* 1991;148:1512-7.
- Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord* 1996;37:157-70.
- Coryell W, Zimmerman M, Pfohl B. Outcome at discharge and six months in major depression. The significance of psychotic features. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:92-6.
- Dagnan D, Chadwick P, Proudlove J. Toward an Assessment of Suitability of People with Mental Retardation for Cognitive Therapy. *Cognit Ther Res* 2000;24:627–36.
- DAK. Gesundheitsreport 2007:35. (Zugegriffen am 22. Oktober 2007 unter www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2007.pdf.)
- DAK. Gesundheitsreport 2010:34. (Zugegriffen am 16. Dezember 2010 unter www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2010.pdf.)
- Davis LL, Frazier E, Husain MM et al. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort. *Am J Addict* 2006;15:278-85.
- Dawson D. Gender differences in the risk of alcohol dependence: United States, 1992. *Addiction*. 1996;91:1831-42.
- Demyttenaere K, De Fruyt J. Getting what you ask for: on the selectivity of depression Rating scales. *Psychother Psychosom* 2003;72:61-70.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. Aufl. Bern, Schweiz: Huber, 2008:149-55.

- ten Doesschate MC, Bockting CL, Koeter MW, Schene AH, DELTA Study Group. Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:984-91.
- Egeland JA, Hostetter AM. Amish Study, I: Affective disorders among the Amish, 1976-1980. *Am J Psychiatry* 1983;140:56-61.
- Fiedler G. Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten 2005. Version 6.0, April 2007. (Zugegriffen am 22. Oktober 2007 unter <http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>.)
- Fieve RR. The lithium clinic: a new model for the delivery of psychiatric services. *Am J Psychiatry* 1975;132:1018-22.
- Frank E, Prien RF, Jarrett RB et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851-5.
- Gaebel W, Falkai P. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 5. Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Darmstadt, Deutschland: Steinkopff 2001.
- Gaudiano BA, Miller IW. Anxiety disorder comorbidity in Bipolar I Disorder: relationship to depression severity and treatment Outcome. *Depress Anxiety* 2005;21:71-7.
- Gebhardt RP, Radtke M. Vergleich der Stationsatmosphäre zwischen drei Spezialstationen für alkoholranke, schizophrene und depressive Patienten und einer diagnostisch gemischten Satellitenstation. *Psychiat Prax* 2003;30:192-8.
- Gonda X, Fountoulakis KN, Kaprinis G, Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:23-30.

- Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993;54:405-18.
- Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry* 2003;64:1465-75.
- Härter M, Sitta P, Keller F et al. Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. *Nervenarzt* 2004;75:1083-91.
- Hamilton M. A Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- Hautzinger M. Depression im Alter. 1. Ausg. Weinheim, Deutschland: BeltzPVU, 2000.
- Hole G, Wolfersdorf M. Advantages and disadvantages of special depression treatment and research wards. *Psychopathology* 1986;19(Suppl. 2):184-93.
- Hole G. Historical comments on the foundation of the Weissenau depression unit. In: Kaschka, ed. *Perspectives in Affective Disorders. Adv Biol Psychiatry*. Basel, Schweiz: Karger, 2002;21:1-7.
- Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004;34:594-611.
- Jarrett RB, Eaves GG, Grannemann BD, Rush AJ. Clinical, cognitive, and demographic predictors of response to cognitive therapy for depression: a preliminary report. *Psychiatry Res* 1991;37:245-60.
- Joffe RT, Bagby RM, Levitt A. Anxious and nonanxious depression. *Am J Psychiatry* 1993;150:1257-8.

Klein DN, Taylor EB, Harding K, Dickstein S. Double Depression and episodic major depression: demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term Outcome. *Am J Psychiatry* 1988;145:1226-31.

Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K. Primary early-onset dysthymia: comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term Outcome. *J Abnorm Psychol* 1988;97:387-98.

Kleinman A. Culture and depression. *N Engl J Med* 2004;351:951-3.

Klein DN, Schwartz JE, Rose S, Leader JB. Five-year course and Outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic Follow-Up study. *Am J Psychiatry* 2000;157:931-9.

Kuhn R. Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat (G 22355). *Schweiz Med Wochenschr* 1957;87:1135-40.

Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW, de Haan M, Beekman AT. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007;24:168-80.

McCabe MP, McGillivray JA, Newton DC. Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2006;50:239-47.

McIntyre RS, O'Donovan C. The human cost of not achieving full remission in depression. *Can J Psychiatry* 2004;49(3 Suppl. 1):10-6.

Müller MJ, Dragicevic A. Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) in psychiatric novices. *J Affect Disord* 2003;77:65-9.

- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the Outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006;188:13-20.
- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, McCallum M. Effect of patient gender on Outcome in two forms of short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 2001;10:69-78.
- Penninx BW, Nolen WA, Lamers F et al. Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord.* 2011;133:76-85.
- Rahn E. Depressionsstationen im Urteil der Patienten. *Psychiat Prax* 1996;23:172-4.
- Rydman L. The affective disorders clinic: a specialized setting. In: Val ER, Gaviria FM, Flaherty JA, eds. *Affective disorders. Psychopathology and treatment.* Chicago, USA: Year Book Medical Publishers, 1982:345-59.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Hrsg. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV.* 3. Aufl. Göttingen, Deutschland: Hogrefe, 2001:821-3.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I, Hrsg. *Diagnostische Kriterien (DSM-IV-TR).* 1. Aufl. Göttingen, Deutschland: Hogrefe, 2003:149-57.
- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV et al. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002;181:208-13.
- Statistisches Bundesamt - A. Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12, Reihe 4, 2010. (Zugegriffen am 05. März 2012 auf www.destatis.de.)

Statistisches Bundesamt - B. Gesundheit - Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008. Fachserie 12, Reihe 7.2, 2010. (Zugegriffen am 24. April 2011 auf www.destatis.de.)

Szádóczy E, Rózsa S, Zámboi J, Füredi J. Predictors for 2-year Outcome of major depressive episode. J Affect Disord 2004;83:49-57.

Thornicroft G, Sartorius N. The course and Outcome of depression in different cultures: 10-year Follow-Up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. Psychol Med 1993;23:1023-32.

Tuma TA. Effect of age on the Outcome of hospital treated depression. Br J Psychiatry 1996;168:76-81.

Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry 1977;34:98-111.

Wells KB, Stewart A, Hays RD et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA 1989;262:914-9.

WHO: The world health report 2001 - Mental health: New understanding, new hope. A) Burden of mental and behavioural disorders:19-45. B) Statistical Annex:148. (Zugegriffen am 24. Mai 2006 unter www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.)

Willner P. Readiness for Cognitive Therapy in People with Intellectual Disabilities. J Applied Res Intellectual Disabil 2006;19:5-16.

Wolfersdorf M et al. Depressionsstationen - Eine Übersicht zum heutigen Stand. Psychiat Prax 1988;15:134-41.

- Wolfersdorf M. 20 Jahre Weissenauer Depressionsstation: Konzeption, Entwicklung, Erfahrungen, heutiger Stand - ein Rückblick. In: Wolfersdorf M, Hrsg. Depressionsstationen / Stationäre Depressionsbehandlung. 1. Ausg. Heidelberg, Deutschland: Springer, 1997:69-100.
- Wolfersdorf M, Stieglitz RD, Ruppe A et al. Zur Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Depressionsbehandlung am Beispiel dreier Kliniken mit Depressionsstationen. In: Wolfersdorf M, Hrsg. Depressionsstationen / Stationäre Depressionsbehandlung. 1. Ausg. Heidelberg, Deutschland: Springer, 1997:22-34.
- Wolfersdorf M, Lehle B. Depressionsstationen - Struktur- und Prozessqualität Stand 1998. Psychiat Prax 2003;30(Suppl. 2):140-2.
- Wolfersdorf M. Inpatient treatment of depression: The significance of special units for patients with depressive diseases. In: Kaschka WP, ed. Perspectives in affective disorders. Adv Biol Psychiatry 2002;21:8-24.
- Wolfersdorf M, Müller B. Zur Situation der stationären Depressionsbehandlung in Deutschland. Psychiat Prax 2007;34(Suppl. 3):277-80.
- Zimmerman M, Chelminski I, Posternak M. A Review of Studies of the Hamilton Depression Rating Scale in Healthy Controls. Implications for the Definition of Remission in Treatment Studies of Depression. J Nerv Ment Dis 2004;192:595-601.

8 Abkürzungsverzeichnis

BDI: Beck Depression Inventory

CGI: Clinical Global Impression Scale

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

EKT: Elektrokonvulsionstherapie

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale

HDRS-17: Hamilton Depression Rating Scale, 17 Items

ICD-10: International Classification of Diseases, Tenth Revision

MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

WHO: World Health Organization

WHOQOL-100: World Health Organization Quality Of Life Questionnaire, 100 Items

9 Eigenständigkeitserklärung

„Ich, Florian Bernard, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Vergleich der Behandlungs-Effektivität störungsspezifischer und störungsunspezifischer Stationen bei depressiver Erkrankung“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift

10 Tabellarischer Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

11 Publikationsliste

Bernard F, Quante A. Antipsychotische Behandlung von akustischen Halluzinationen und Pseudohalluzinationen bei erworbener Schwerhörigkeit. HNO 2011;59:519-21.