

Instrumente zur Bewertung der Psychopharmakotherapie

Womit messen wir?

M. A. Selig, M. Schmauß, T. Messer

Bezirkskrankenhaus Augsburg (Direktor: Prof. Dr. M. Schmauß)

Schlüsselwörter

Basisdokumentation, Psychiatrie, Reliabilität, Polypharmazie

Zusammenfassung

Übersicht: Die Basisdokumentation (BADO) am BKH Augsburg enthält Daten aller Patienten zum Zeitpunkt von Aufnahme und Entlassung. Die Assoziation von Patientenprofilen der schizophrenen Patienten mit Aufnahme- und Entlassungsdatum 2002 oder 2005 mit mono- bzw. polypharmazeutischen Therapieregimes aus First- und Second-Generation-Antipsychotika wurde untersucht. Methoden: Deskriptive Statistik. Ergebnisse: Die Erfassung der BADO im Alltag führt zu Plausibilitätsproblemen in Form mangelnder Reliabilität und Validität. Behandlungsstrategien werden auch anhand nicht durch die Differenzialindikation erklärbarer Faktoren gewählt. Diskussion: Verbesserungen der BADO als Instrument sollten verschiedene Verfahren eines Ratertrainings implementieren.

Keywords

Basic documentation, psychiatry, reliability, polypharmacy

Summary

Overview: Basic documentation (BADO) at a German state hospital (Bezirkskrankenhaus Augsburg) has data concerning all patients at times of admission and discharge. We examined the association of schizophrenic patient profiles admitted in 2002 or 2005 with mono- and polypharmaceutical therapy consisting of first or second generation antipsychotics. Methods: Descriptive statistics. Results: Entering BADO data during everyday work results in problems with plausibility, as shown in lack of reliability and validity. Therapeutic regimes are sometimes selected using factors not explained by differential indication. Discussion: Improvements of the BADO as an instrument should include rater training for better reliability.

Profiling psychopharmacotherapy: How do we do it?

Nervenheilkunde 2008; 27: (Suppl 1): S98–99

Einleitung

In dieser Studie wurden die Daten der Basisdokumentation (BADO) aller schizophrenen Patienten untersucht, die in zwei ausgewählten Jahren im Bezirkskrankenhaus Augsburg aufgenommen wurden. Die Patienten wurden anhand der für die Weiterbehandlung empfohlenen Medikation in unterschiedliche Behandlungsgruppen unterteilt, je nachdem ob sie First- (FGA) oder Second-Generation-Antipsychotika (SGA) erhielten, und ob eine Monotherapie oder Antipsychotika-Kombinationstherapie durchgeführt wurde. Wir interessierten uns für die Fragestellung, welche Therapie-regimes mit welchen Patientenprofilen assoziiert sind.

Methoden

Deskriptive Statistik: Retrospektive Auswertung der BADO-Daten aller schizophrenen Patienten (Diagnosen F20), die in den Jahren 2002 und 2005 am BKH Augsburg aufgenommen wurden.

Gruppendefinitionen: „m-sga“: Monotherapie mit einem SGA (2002: n = 423; 2005: n = 229). „p-sga“: Polypharmazie mit mehreren SGA (2002: n = 91; 2005: n = 99). „p-fsga“: Polypharmazie mit FGA und SGA (2002: n = 96; 2005: n = 112). „m-fga“: Monotherapie mit FGA (2002: n = 55; 2005: n = 78). „other“: andere (2002: n = 52; 2005: n = 42). Die demografischen Gemeinsamkeiten der Patienten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Ergebnisse

Plausibilität der Daten: Reliabilität bezeichnet die Genauigkeit bzw. Zuverlässigkeit der Datenerfassung, die meist anhand von Messwiederholungen durch den gleichen oder einen anderen Rater erhoben und mit verschiedenen testtheoretischen Verfahren quantifiziert wird. Retrospektiv lässt sich die Reliabilität der BADO-Daten besonders gut an der Übereinstimmung zweier Items prüfen: der Art der letzten (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung und der laufenden Nummer des Aufenthalts in unserem Haus. Sofern noch keine stationäre Behandlung erfolgt ist, muss die laufende Nummer des aktuellen Aufenthalts eins sein.

In der Realität zeigt sich eine breite Streuung: 2002 lag die laufende Nummer des aktuellen Aufenthalts bei den vorgeblich erstmals behandelten Patienten tatsächlich zwischen eins und acht, mit einem arithmetischen Mittel von 2,30; bei 48% der erstmals behandelten Patienten war sie größer als eins. 2005 lag sie zwischen eins und

Tab. 1 Demografische Gemeinsamkeiten

	2002	2005
n	717	560
Alter (Jahre)	38,1	40,5
Männlich %	62,2	59,3
Aufenthaltszahl (Median)	6	5
Freiwilligkeit (%)	86,1	82,5
Selbststeinweisend (%)	46,0	53,2
Private Wohnung (%)	81,9	82,7
Allein lebend (%)	38,5	41,8
Kinderlos (%)	61,2	64,5
Geschwisterlos (%)	11,9	14,1
Positive Familienanamnese (%)	11,4	14,6

vier, mit einem arithmetischen Mittel von 1,56; bei 39% war sie größer als eins.

Eine mangelnde Übereinstimmung der vorliegenden Daten mit den realen Verhältnissen lässt sich z. B. auch bei der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) erahnen. In unserem Hause wird eine 18-teilige BPRS mit je sieben Abstufungen verwendet; gültige Skalenwerte liegen damit zwischen 18 und 126. In der BADO finden wir Werte zwischen elf und 148.

Behandlungspräferenzen: In einigen Fällen beobachtet man Gruppenunterschiede, die nicht ohne Weiteres durch klinische Erfahrung erklärbar sind. Abbildung 1 zeigt den Anteil der freiwillig aufgenommenen Patienten in den einzelnen Behandlungsgruppen 2002. Der beobachtete Trend setzte sich 2005 fort. Auffällig ist beim Gruppenvergleich der niedrigere Anteil von initial freiwillig aufgenommenen Patienten in der Gruppe „m-fga“, also der Gruppe der Patienten, bei denen als pharmakologische Weiterbehandlung ausschließlich ein FGA empfohlen wurde.

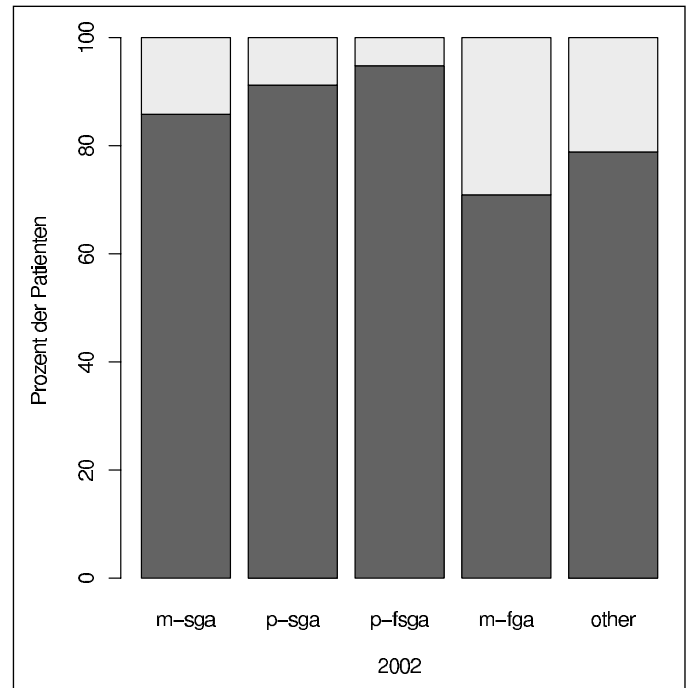
Eine mögliche Erklärung wäre, dass besonders kranke Patienten, die durch Polizei, Gesundheitsamt oder Vormundschaftsgericht eingewiesen werden und zunächst auf einer beschützenden Station behandelt werden müssen, ein „besonders bewährtes“ Therapieregime erhalten, welches ein typisches Antipsychotikum enthält und den Leitlinien entsprechend in Monotherapie verabreicht wird.

Diskussion

Bei dieser Studie sind designbedingt keine Schlussfolgerungen im Hinblick auf etwa unterschiedliche Wirksamkeit verschiedener Behandlungsstrategien zulässig. Es ergeben sich aber einige Ansätze zu denkbaren Verbesserungen des Instruments BADO:

Ein systematisches Ratertraining könnte die Datenqualität sicherstellen und helfen

Abb. 1
Anteil der freiwillig aufgenommenen Patienten in den einzelnen Behandlungsgruppen 2002



die Reliabilität zu sichern. Eine stichprobenartige Doppelerfassung, möglicherweise auch im Rahmen eines Ratertrainings, würde laufende und weiter gehende Maße für die Reliabilität erlauben und frühzeitige Interventionen ermöglichen. Korrekturen von Eingaben der Assistenzärzte durch ihre Oberärzte, die gegenwärtig direkt in die Datenbank geschrieben werden, sollten stattdessen als Korrektur separat abgespeichert werden und nicht nur das ursprüngliche Datum überschreiben. Ein Feedback an den Ersterfasser kann dabei der Verbesserung der Reliabilität dienen, sofern gleichzeitig das Ratertraining auch auf Oberarztenebene fortgeführt wird; ansonsten drohen systematische Drifts.

Zur Kontrolle und Verbesserung der BPRS wurde eine strengere Reglementierung der Dateneingabe vorgeschlagen (z. B. forcierte Einzelauswahl der einzelnen BPRS-Items anstatt Eingabe des numerischen Summenscores). Dies kann die Ver-

lässlichkeit erhöhen, führt aber zu Complianceproblemen. Eine solche formale Plausibilitätskontrolle ersetzt kein Ratertraining zur Sicherung der Reliabilität.

Literatur bei den Verfassern.

Interessenkonflikte: Max Schmauss: Honorare für Vorträge oder Beratungstätigkeit: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb/Otsuka, GlaxoSmithKline, Lilly, Lundbeck, Janssen-Cilag, Merz Pharmaceuticals, Pfizer Pharma, Wyeth Pharma, Servier, Organon. Thomas Messer: Honorare für Vorträge oder Beratungstätigkeit: Lilly, Janssen-Cilag, AstraZeneca, Lundbeck, Bayer Health Care, Bristol-Myers Squibb/Otsuka, Novartis. Marc André Selig: Keine.

Korrespondenzadresse:

Marc André Selig
Bezirkskrankenhaus Augsburg
Dr.-Mack-Straße 1, 86156 Augsburg
Tel. 0821/48031020
E-Mail: mas@seligma.com