Evidenzbasierung in der psychiatrischen Versorgung – Instrumente zur Sicherung der psychiatrischen Behandlungsqualität

Prof. Dr. med. Georg Juckel
LWL Universitätsklinikum Bochum
der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Standardisierung in der Psychiatrie:

- Psychopathologie – AMDP, Skalen
- Diagnostik, Klassifikation – ICD 10, DSM IV
- Therapie – **Leitlinien, Behandlungspfade**

Kategorien der Selbstverständigung im Einschätzen und Vorgehen („Bewußtwerdung" klinischer Erfahrung und Intuition)

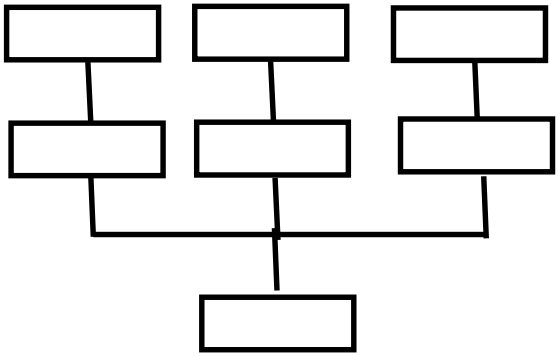
Rationale, formale Gerüste für Gründe und Entscheidungen im Rahmen der evidenz-basierten Medizin

Transparenz in Kommunikation und Dokumentation

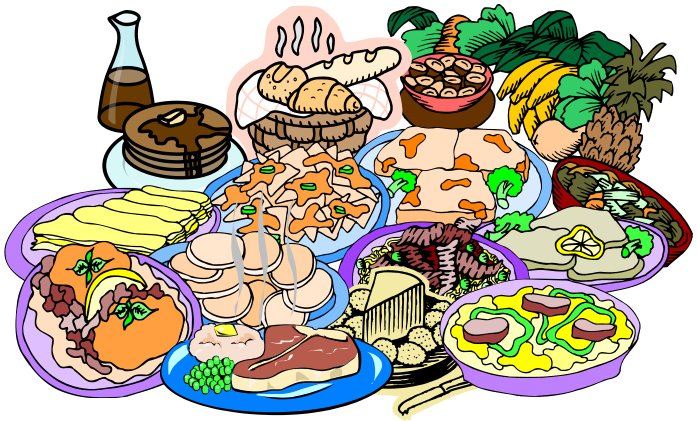
Bessere Versorgungsqualität (klareres, gestuftes Vorgehen, Fehler- und Risikovermeidung) und Nutzen der (zeit-etc.)ökonomischen Resourcen = Effizienzsteigerung

Größerer Therapieerfolg?

Behandlungpfad



Freies Vorgehen



Wiederkehrende Versorgungsmuster überführt in Empfehlungen, Behandlungspfade und Therapiealgorithmen; zeitliche Abfolge und Operationalisierung der einzelnen Prozeßschritte

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Kontrolliert-randomisierte Studie zur Wirksamkeit eines antidepressiven Therapiealgorithmus: Flow Chart Berlin Algorithm Project

Duration (weeks)

Excluding diagnoses
Schizoaffective disorder
Drug dependency
Alcohol dependency
Personality disorders
Organic brain disorders

Admission diagnosis: depressive syndrome
- Verify diagnosis (ICD-10)

Step 1 + 2 — 1
- Taper previous, unsuccessful medication
- Further diagnostic evaluation (lab., EEG) - exclude organic disorders
- Sleep deprivation

Step 3 + 4 — 4 -8
- Antidepressant monotherapy;
- High dose treatment
after 2 weeks (if tolerable)

Assess response (BRMS)

Remission
(BRMS < 8)
- Confirm after 1 week

No response
(Delta BRMS < 6)
- Switch to next step

Partial Remission
(Delta BRMS > 5)
- Remain in same step for another 2 weeks

Reassess response (BRMS) and diagnosis

- Proceed to next step according to same response / reassessment criteria as after step 1

Step 5 — 4 - 6
Lithium augmentation

Proceed to next step
remission is not achieved

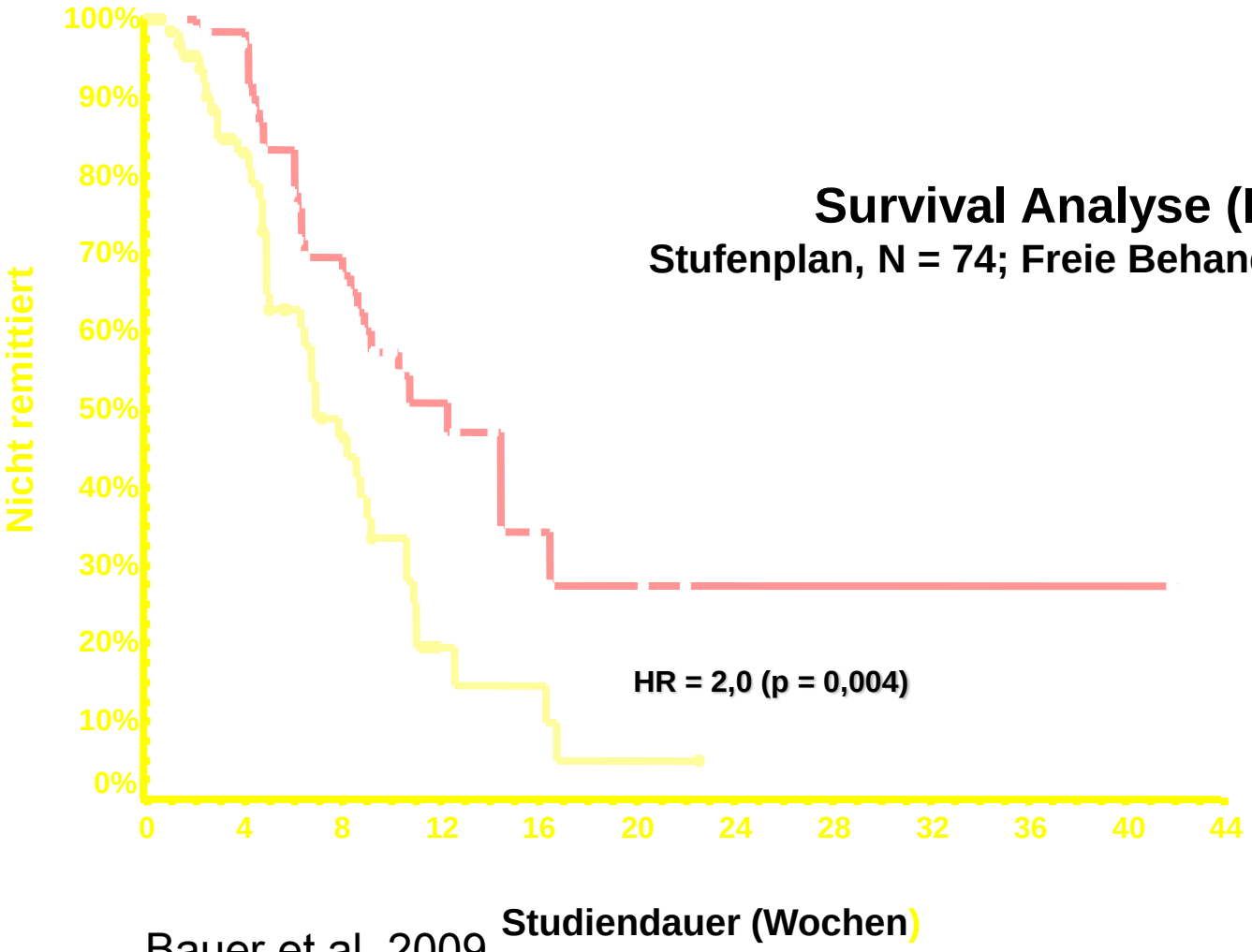
Step 6 — 2-4
Lithium mono

Step 7 + 8 — 4 - 8
Lithium plus MAO-inhibitor
Low dose
High Dose

Step 9 + 10 — 4
Discontinuati+ ECT

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Kontrolliert-randomisierte Studie zur Wirksamkeit eines antidepressiven Therapiealgorithmus



Survival Analyse (ITT)

Stufenplan, N = 74; Freie Behandlung, N = 74

Effektivität !

Verweildauer !

Bauer et al. 2009

LWL

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

Behandlungspfad-Projekt des LWL-Psychiatrieverbundes

Seit 2006 mit vielen Unter-AGs

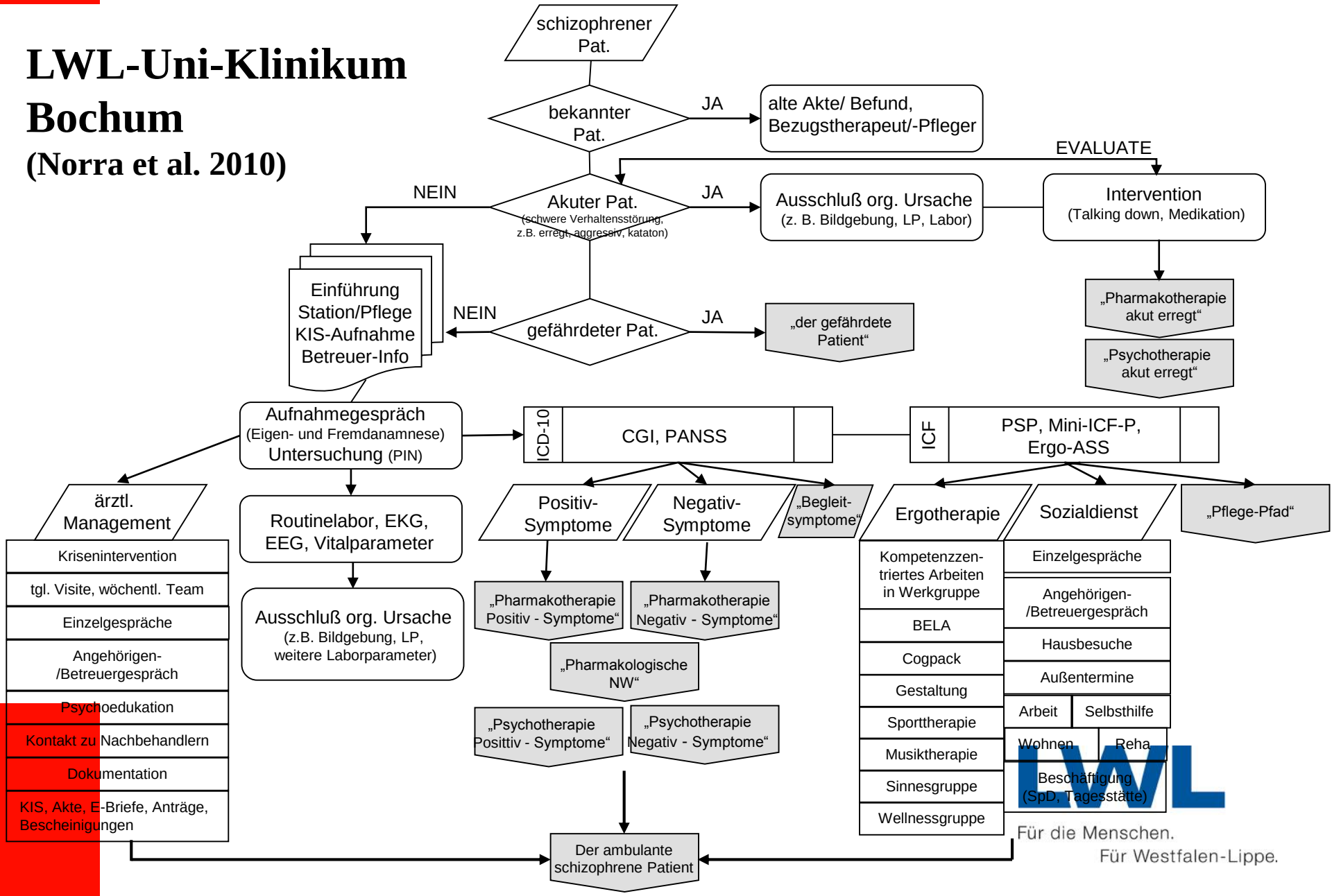
Schizophrenie: Bochum (Norra, Juckel)
Depression: Dortmund (Schäfer)
Alkoholentzug: Paderborn (Magerkurth)
KJP Psychose, Sucht: Hamm (Calia, Schmidt)

KJP Eßstörungen: Marl-Simsen (Rahmann)
Demenz: Bochum (Wolf, Juckel)

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Aufnahme- und Stationsprocedere

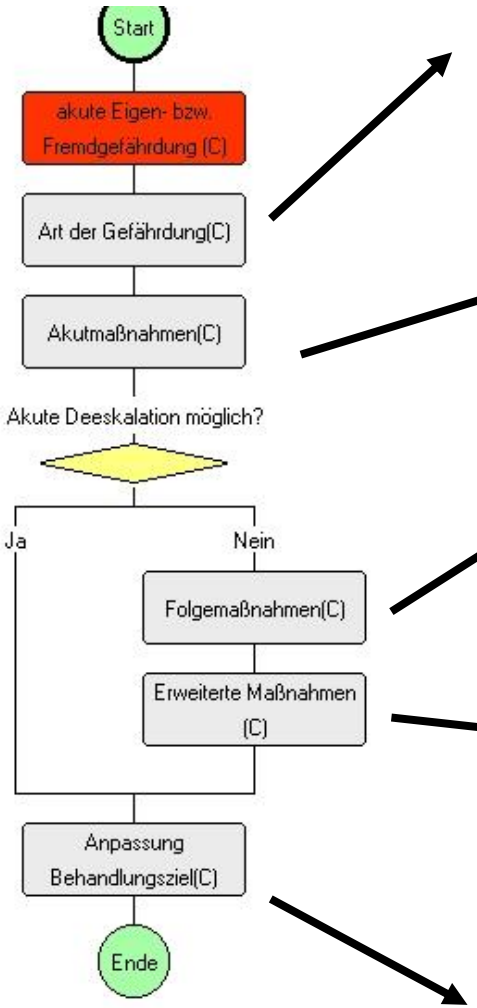
LWL-Uni-Klinikum Bochum
(Norra et al. 2010)

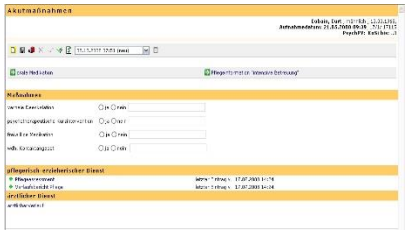


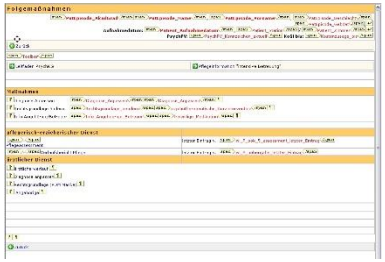
LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

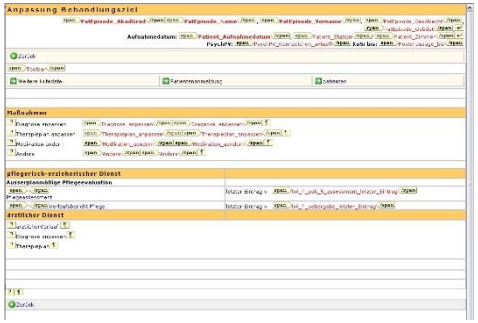
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Akut-Schizophreniepfad Synopsis









lwl-schizophren-akut-erregt
(nexus/medicare CaseMap)

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Aus S3-Leitlinie Schizophrenie:

7.3 Suizidalität

Einschätzung und Vorgehen bei Selbstgefährdung

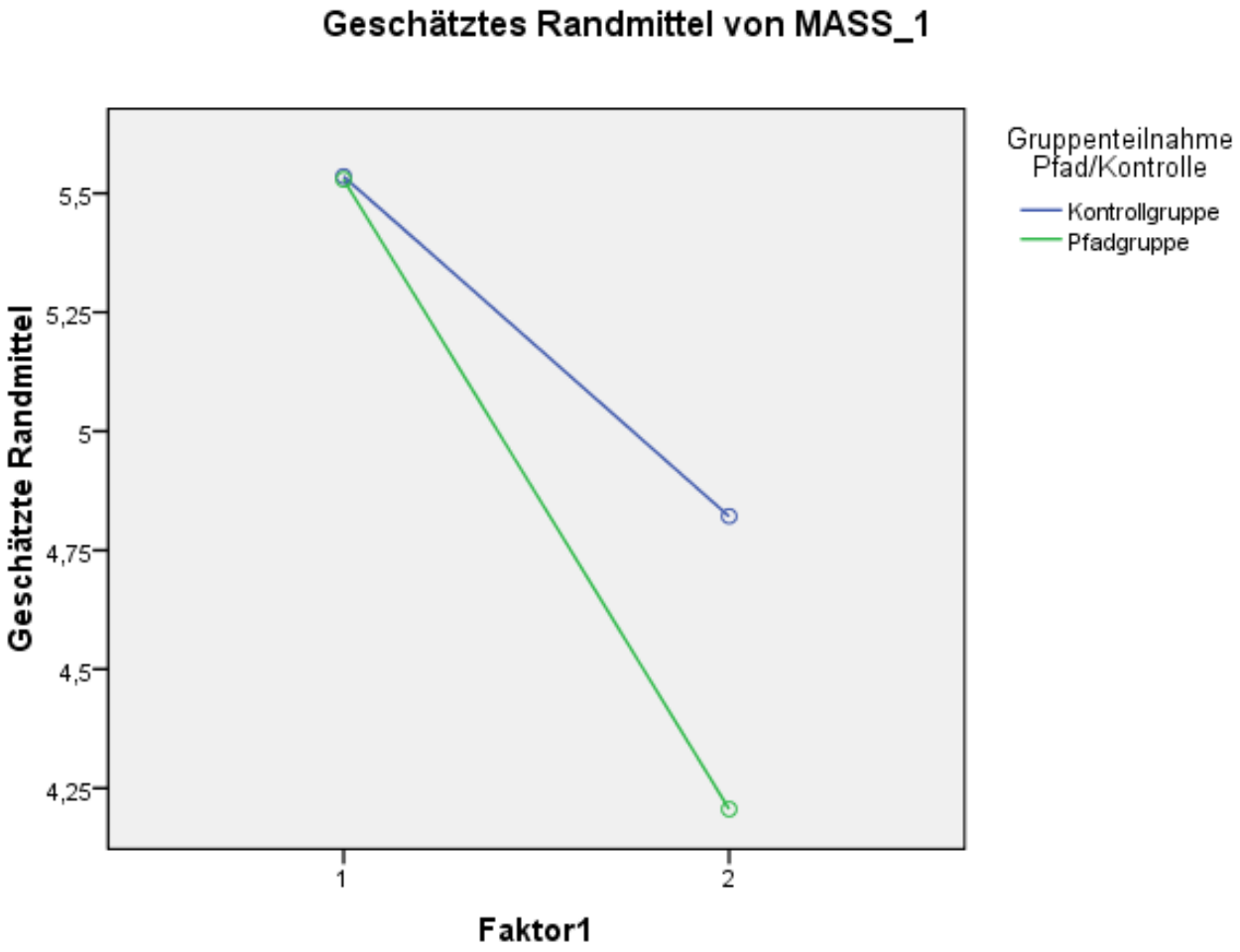
Risikofaktoren, die sich als starke Prädiktoren suizidalen Verhaltens bei schizophrenen Patienten erwiesen haben, und die in der Einschätzung der Suizidalität berücksichtigt werden sollten, sind:

1. Depressive Symptome
2. Vorherige Suizidversuche
3. Schwere der Erkrankung, insbesondere Halluzinationen und Denkstörung
4. Panikattacken und Angstsymptomatik
5. Inadäquate antipsychotische Medikation
6. Geringe Compliance
7. Wiederholte kurze Krankenhausaufenthalte
8. Hohe prämorbide Intelligenz und größere Einsicht in die Natur der Erkrankung und ihre Konsequenzen
9. Substanzmissbrauch
10. Vorhandensein medikamenteninduzierter Akathisie
11. Frühe Erkrankungsstadien
12. Belastende Lebensereignisse
13. Geringe soziale Unterstützung

(121) Good Clinical Practice.
Während der Akutphase, jedoch auch in der Stabilisierungs- und Erhaltungsphase der Schizophrenie-Behandlung sollte eine kontinuierliche Einschätzung suizidaler Gedanken, Pläne und suizidalen Verhaltens erfolgen. Insbesondere imperative Stimmen, Verfolgungsängste, Fremdbeeinflussungserleben, depressive Symptome und Angstzustände sollten dahingehend überprüft werden, ob sie Auswirkungen auf Suizidgedanken oder selbstschädigendes Verhalten haben. Auch die Vermeidung von Akathisie und anderen belastenden medikamentösen Nebenwirkungen und die Reduktion von Substanzmissbrauch sind anzustreben.

die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

CGI

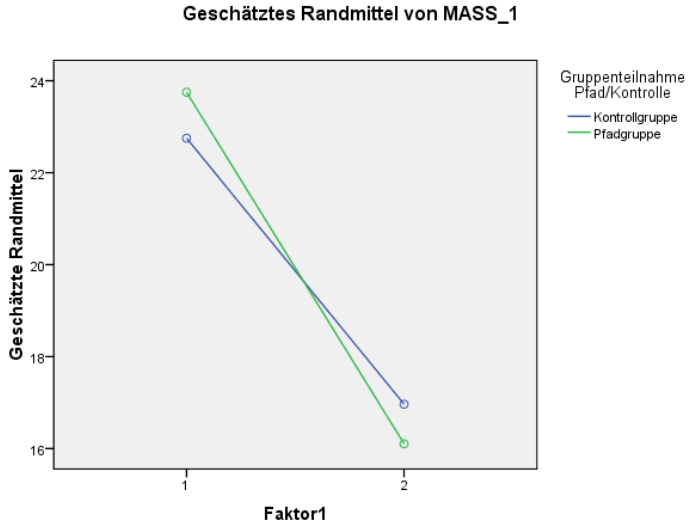


F(1/94)=4.99, p=0.028

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

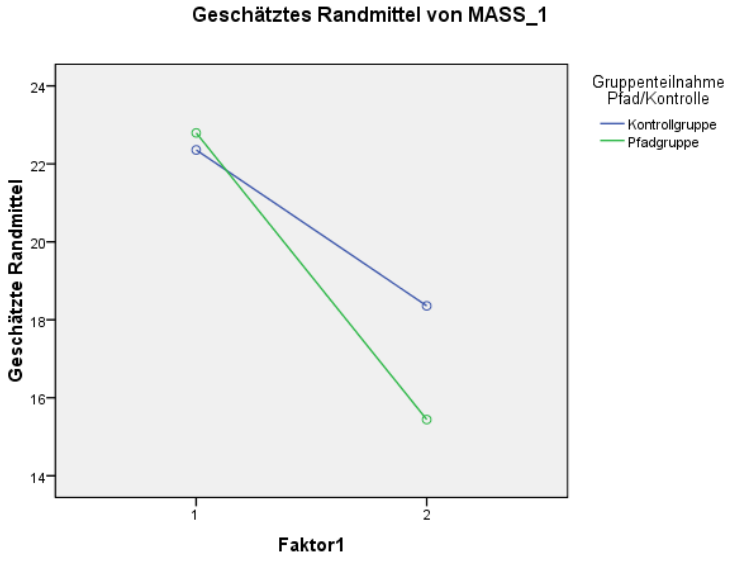
PANSS pos

F(1/94)=1.04, p=0.31



PANSS neg

F(1/94)=3.95, p=0.05



Evidenzbasierung –Instrumente-Behandlungsqualität

S1<S3-Leitlinien (Grad der Evidenz) / Behandlungspfade

Diagnostik/Psychometrie:
Verwendung von validierten Skalen (Fremdrating, Self/Angehörige, Neuropsychologie, Persönlichkeitstests,…für alle Outcomebereiche (Psychopathologie, UAW, psychosoziales Funktionsniveau usw)),

definierte Zeitpunkte,

Algorithmus der Anwendung und Supervision UND Dokumentation

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Therapie/Behandlung:

Wahrnehmung des Standes der wissenschaftlichen Literatur: RCT-Studien, Reviews, Metanalysen, Cochrane-Analysen für alle in der Psychotherapie/Psychotherapie verwandten Verfahren (nicht nur Medikamente, s. S. Leucht, sondern auch Psychotherapie (zB Klingberg), Ergotherapie (zB Edel/Juckel), Bewegungstherapie (zB Haußleiter/Juckel), Entspannungsverfahren (zB Yoga, z.B. Haußleiter/Juckel)….)

Qualitätssicherung:

über KTQ, DIN-Iso usw. oder Zertifikate /Gütesiegel (DGPPN, DGBS,…)

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Was sind Leitlinien ?

- Leitlinien sind systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen medizinischen Umständen zu unterstützen...
- Leitlinien geben den Stand des Wissens (Ergebnisse von klinischen Studien und Wissen von Experten) über effektive und angemessene Krankenversorgung zum Zeitpunkt der "Drucklegung" wieder.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Was sind Leitlinien nicht ?

- Leitlinien sind für Ärzte nicht bindend und aus ihnen begründet sich keine haftungsrechtliche Relevanz. Im Gegenteil können Leitlinien den Arzt nicht davon entbinden, seine Entscheidung in der Diagnostik und Behandlung unter spezieller Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen zu treffen.

Wie halten sich praktische Ärzte an die Behandlungsempfehlungen für ambulante und stationäre Patienten

Empfehlung	Übereinstimmung in %	
	Stationäre Patienten	Ambulante Patienten
Akut-Neuroleptika	89.2	NA
CPZ-Dosierung im Akutfall	62,4	NA
Neuroleptische ErhaltungstherapieNA	NA	92,3
CPZ-Dosierung in der Erhaltungstherapie	NA	29,1
Anti-Parkinson	53,9	46,1
Depotneuroleptika	50,0	35,0
Begleitende antidepressive Medikation	32,2	45,7
Begleitende anxiolytische Medikation	33,3	41,3
Begleitende antipsychotische Medikation	22,9	14,4
Psychotherapie	96,5	45,0
Familientherapie	31,6	9,6
Berufliche Rehabilitation	30,4	22,5
ACT/ACM	8,6	10,1

CPZ = Chlorpromazin; ACT = assertive community treatment; ACM = assertive case management; NA = nicht angegeben (nach Lehmann u. Steinwachs 1998)

VL
chen.
Für Westfalen-Lippe.

Gaebel W (2003). Langzeittherapie der Schizophrenie. In Falkai P, Pajonk FG Psychotische Störungen. 47-63

Schritte der Leitlinienentwicklung

(0. Entwurf für Statements: Struktur. Konsensusprozess)
1. Definition klinisch relevanter Fragestellungen

2. Entwicklung von Kriterien für die Evidenzsuche

3. Entwicklung von Kriterien für die Evidenzbewertung: validierte Methoden systematischer Analysen / Reviews

4. Zusammenfassung/ Synthese der Review- und Studien-Ergebnisse und Bewertung der klinischen Relevanz

5. Beantwortung der klinischen Fragestellungen: Formulierung Evidenz-basierter Empfehlungen

LWL
Für die Menschen.
alen-Lippe.

Evidenz-Ebenen

Ia Meta-Analyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (Ra … s)

Ib Mindestens … von wenige…

IIa Mindestens … e Studie mit methodi…

IIb Mindestens … it gutem Design

III Mindestens … e Studie (Vergleichss… ien)

IV Berichte/ Er… es, klinische Er… ung …

Tab. 1.1: Eine Hierarchie der Stärke der Evidenz für therapeutische Interventionen (modifiziert nach Guyatt & Rennie (Hrsg.) (2002) User's Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Medicine. Chicago, The American Medical Association Medical Press, S. 7)

- Individualstudien, randomisiert (n=1-RCT)
- Systematische Reviews randomisierter kontrollierter Studien (RCTs)
- Einzelne RCT
- Systematische Reviews von Beobachtungsstudien, die patientenrelevante Ergebnisparameter verwenden
- Einzelne Beobachtungsstudie mit patientenrelevanten Ergebnisparametern
- Physiologische Studien und Experimente
- Unsystematische klinische Beobachtungen

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Grade der Empfehlung

A Evidenz-Ebene Ia und Ib

B IIa, IIb, III oder Evidenz aus Ebene I, die jedoch für die spezifische Fragestellung extrapoliert und abgeleitet werden muss

C Evidenz-Ebene IV oder Ableitungen aus IIa, IIb oder III

GCP „Good Clinical Practice“

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Medikamentöse Rezidivprophylaxe
- Ab wann ? -

(30) Good Clinical Practice.

Für die meisten Menschen mit gesicherter Schizophrenie ist die Gabe von antipsychotischen Medikamenten über die Akutphase hinaus indiziert.
Hierbei muss zwischen einer Rezidivprophylaxe und einer symptomsuppressiven Therapie unterschieden werden.

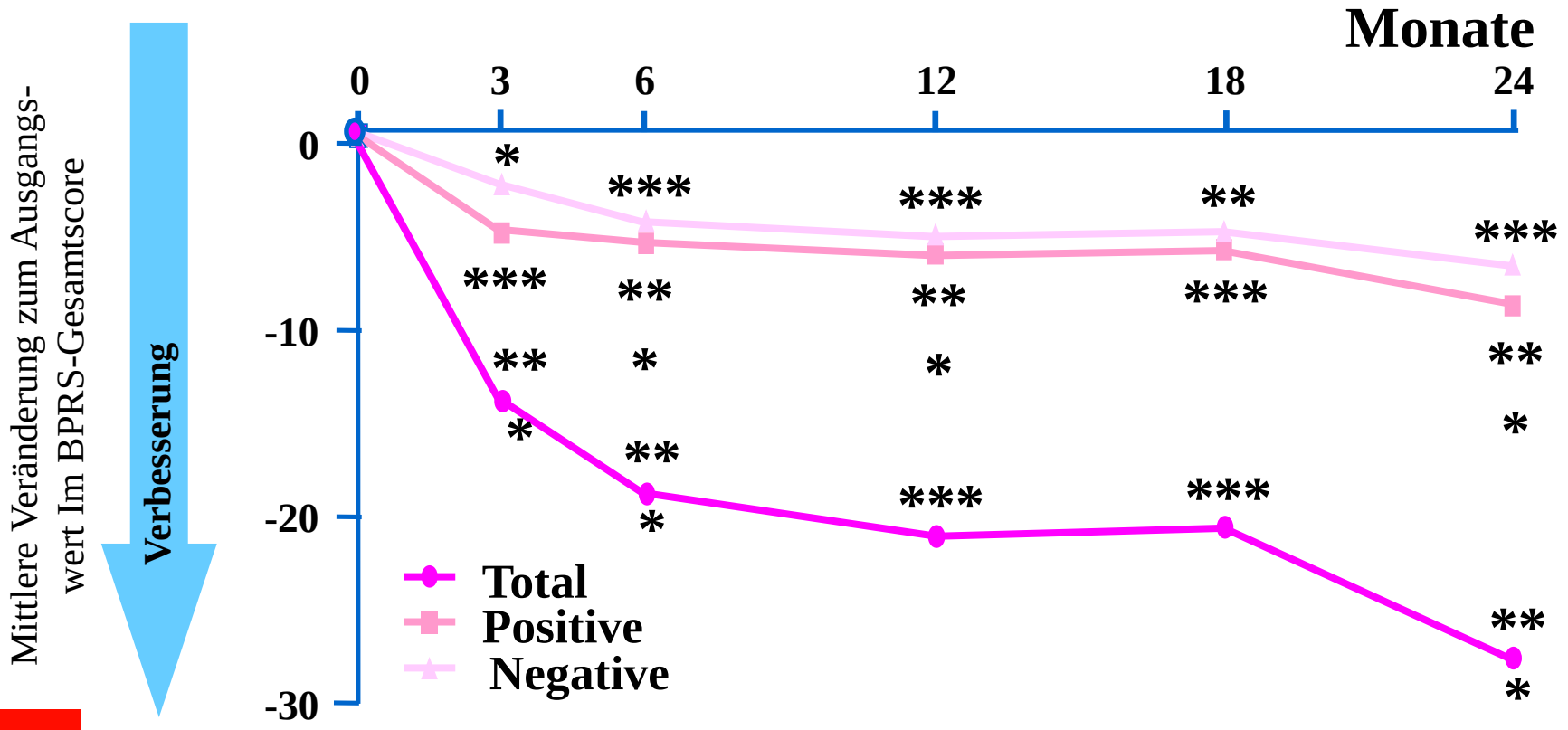
(31) Empfehlungsstärke A.

Zur Langzeittherapie sollten Antipsychotika eingesetzt werden.

LWL
Für die Menschen in Westfalen-Lippe

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.).
S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie.
Redaktion: Gaebel W, Falkai P. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff Verlag, Darmstadt 2006**

Offene Studie: Langzeituntersuchung
First-Episode Patienten



*p<0.05; **p<0.01; ***p≤0.001 vs Ausgangswert

Ausgangswert: Total = 65.9; positive Subscale = 16.2 negative Subscale = 16.6

LWL Jahre
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

RCT … -Studie)

(Mehr… onate)

	Item	Beschreibung
Randomisierung Generierung der Randomisierungssequenz	8	Methoden zur Generierung der Randomisierungssequenz, einschließlich Details der Beschränkungen (wie blockweise Randomisierung, Stratifizierung ...)
Verdeckung der Zuweisung (*Allocation concealment*)	9	Methoden zum Mechanismus der Zuweisung (Container, zentrale Telefon-Zuweisung etc.) und der Verdeckung
Implementierung	10	Wer generierte die Randomisierungssequenz, wer schloss die Teilnehmer in die Studie ein, wer teilte sie zu den Gruppen zu?
Verblindung (Maskierung)	11	Waren die Teilnehmer, die Therapeuten, die Rater und Auswerter gegenüber der Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmer verblindet? Wenn ja, wie wurde der Erfolg der Verblindung nachgeprüft?
Statistische Methoden	12	Statistische Methoden für den Vergleich der primären Ergebnisparameter zwischen den Gruppen; Methoden für zusätzliche Auswertungen, wie Subgruppen-Analysen
Ergebnisse Flussdiagramm der Teilnehmer	13	Flussdiagramm empfohlen. Angaben für jede Behandlungsgruppe, wie viele Teilnehmer randomisiert wurden, wie viele die Zielintervention erhalten haben, wie viele das Studienprotokoll beendeten und in der Analyse ausgewertet wurden. Abweichungen vom Studienprotokoll müssen unter Angabe von Gründen berichtet werden.
Teilnehmer-Rekrutierung	14	Daten zum Zeitraum der Rekrutierung und des Follow-up.
Baseline-Daten	15	Demographische und klinische Charakteristika der Teilnehmer zu Beginn (Baseline).
Anzahl der analysierten Teilnehmer	16	Anzahl der Teilnehmer in jeder Gruppe, die in die jeweiligen Analysen eingeschlossen wurden. Wurde eine „Intent-To-Treat-Analyse" gemacht? Die Ergebnisse sollten in absoluten Zahlen, nicht in Prozentwerten angegeben werden (z. B. 20/40, nicht 50 %).
Ergebnisse und Schätzparameter	17	Für jeden primären und sekundären Outome-Parameter sollte eine Zusammenfassung der Ergebnisse für jede Gruppe und die geschätzte Effektstärke einschließlich der Schätzgenauigkeit (z. B. 95 %-Konfidenzintervall) vorliegen.
Zusätzliche (untergeordnete) Auswertungen	18	Berichte über Mehrfach-Auswertungen und andere Analysen, einschließlich Subgruppen-Auswertungen und adjustierte Auswertungen. Es sollte angegeben sein, ob die Auswertungen vorher geplant oder exploratorisch waren.
Unerwünschte Wirkungen	19	Alle wichtigen unerwünschten Wirkungen oder Nebenwirkungen in jeder Gruppe.
Diskussion Interpretation	20	Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Studienhypothesen, Gefahren von Bias, Ungenauigkeit oder Risiken, die mit Mehrfach-Auswertungen (auch Verwendung mehrerer Outcomes) verbunden sind.
Verallgemeinerbarkeit	21	Möglichkeit der Verallgemeinerung de Ergebnisse (externe Validität) der Ergebnisse.
Evidenz insgesamt (*Overall evidence*)	22	Allgemeine Interpretation der Ergebnisse im Kontext der derzeit vorliegenden Evidenz.

Antipsycho… Studie[2]

Olanzapin … 9 - 12,1)

Quetiapin … ,9 - 5,5)

Risperidon … ,0 - 6,1)

Perphenazi… ,5 - 6,3)

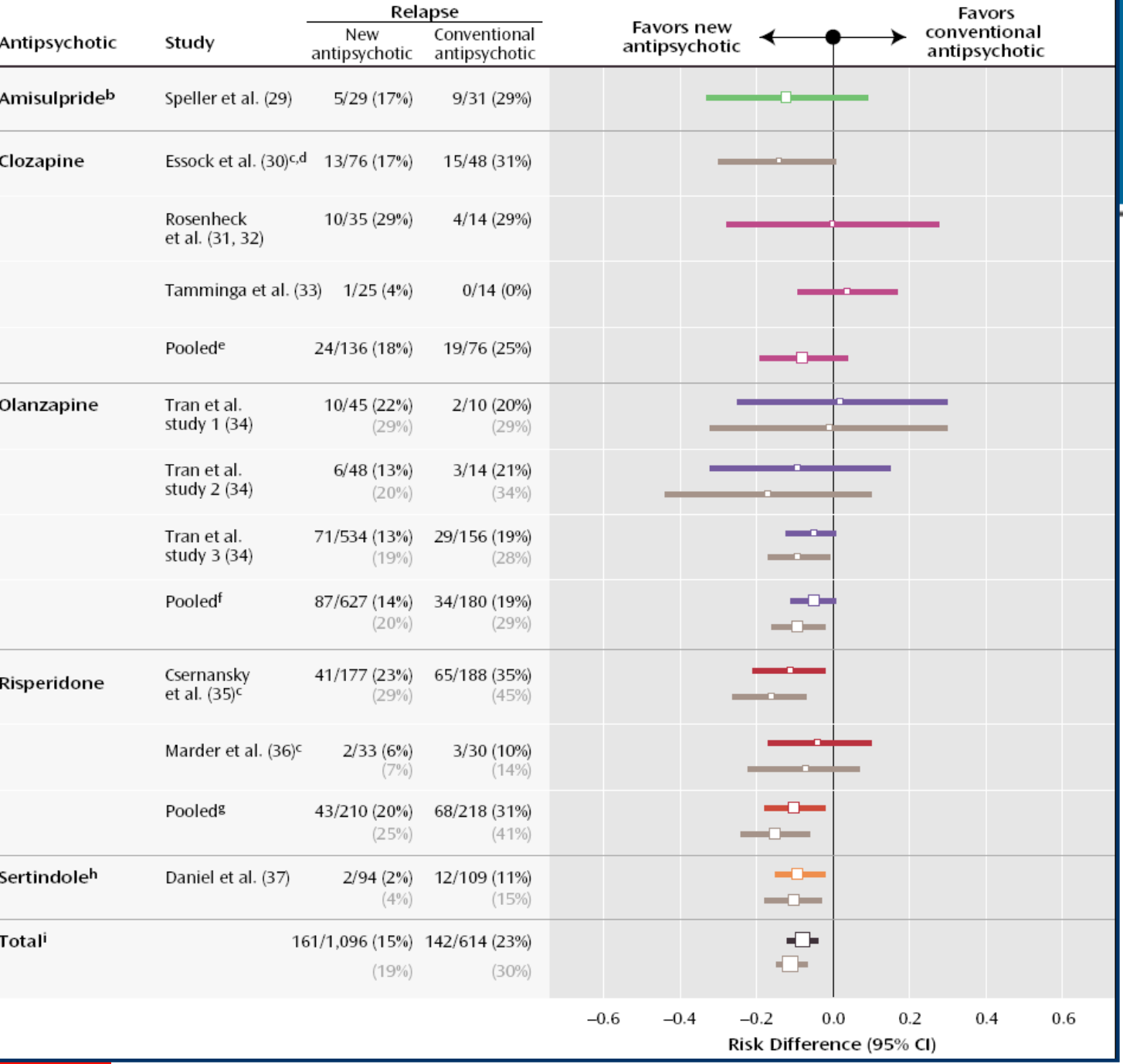
Ziprasidon[3] … ,1 - 5,4)

1 n.s.
2 Monate (M…
3 Ziprasidon … geführt

Probleme:
- Gehäufte Vorbe…
- Patienten mit Ta… rphenazin nicht entsprechend b…

LWL … r die Menschen. Für Westfalen-Lippe.

Lieberman et al. 2005



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Leucht et al., Am J Psychiatry 160, 2003:1209-1222

Grenzen der Leitlinien

Die Leitlinien finden ihre Grenzen dann, wenn

- keine hinreichende bzw. nur eine niedrige Evidenz
  für die allgemeine Fragestellung
  oder die spezielle Population vorliegt
- die Verhältnisse im Einzelfall nicht abgebildet werden können
- die Empfehlungen im Konsens mit den Betroffenen
  nicht durchführbar sind

Beispiele:

- Therapieresistenz: Was kommt nach Clozapin?
- Kombinationstherapie: in der Praxis üblich,
  in den Leitlinien nicht empfohlen usw.
  (Interaktionspharmakologie, UAW,...)

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Tab. 9.2: Die Fragen der AGREE-Skala (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Europe)

Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

1. Die Gesamtziele der Leitlinie werden spezifisch beschrieben.
2. Die behandelten medizinischen Fragen sind spezifisch beschrieben.
3. Die Patienten, auf die sich die Leitlinie bezieht, sind spezifisch beschrieben.

Domäne 2: Beteiligung von Interessensgruppen

4. Die Entwicklungsgruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.
5. Die Ansichten und Wünsche der Patienten wurden ermittelt.
6. Die Anwenderzielgruppen der Leitlinie sind eindeutig definiert.
7. Die Leitlinie wurde in einem Pilotversuch von Mitgliedern der Anwendergruppe getestet.

Domäne 3: Methodische Exaktheit der Leitlinienentwicklung

8. Bei der Suche nach Evidenz wurden systematische Methoden angewandt.
9. Die Kriterien der Auswahl der Evidenz sind klar beschrieben.
10. Die zur Formulierung der Empfehlungen verwendeten Methoden sind klar beschrieben.
11. Gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen, Risiken wurden bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt.
12. Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt.
13. Die Leitlinie ist vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet worden.
14. Es existiert ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie.

Domäne 4: Klarheit der Präsentation

15. Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.
16. Die für die Behandlung der Erkrankung verfügbaren Alternativen sind klar dargestellt.
17. Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind leicht zu identifizieren.
18. Die Leitlinie benennt Instrumente, die ihre Anwendung unterstützen können.

Domäne 5: Anwendbarkeit

19. Die möglichen organisatorischen Barrieren gegenüber der Anwendung der Empfehlungen werden diskutiert.
20. Die durch die Anwendung der Leitlinie möglicherweise entstehenden Kosten werden berücksichtigt.
21. Die Leitlinie nennt Schlüsselprüfkriterien für Monitoring und/oder Qualitätssicherung.

Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

22. Die Leitlinie ist redaktionell von den finanzierenden Organisatoren unabhängig.
23. Interessenskonflikte von Mitgliedern der Leitlinien-Entwicklungsgruppe werden dokumentiert.

nd für den
Leitlinie
ische
rkeit,

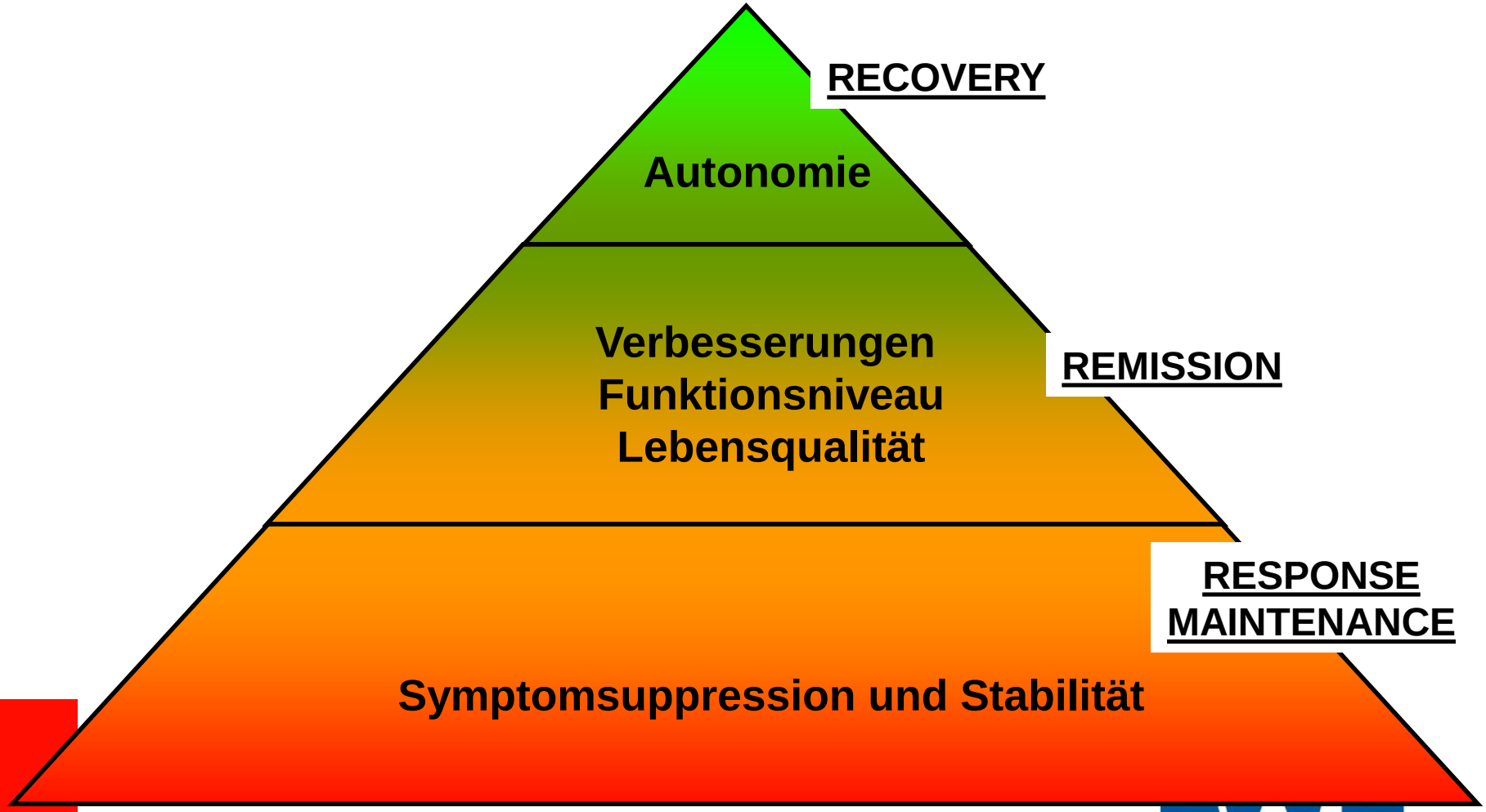
entierung
derstand
mentalisierung

ne Interessen.

Weinmann,
Evidenzbasierte
Psychiatrie

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Stufenziele in der Schizophreniebehandlung



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Remission (eine unter vielen Definitionsversuchen)

Score <= 3
nicht vorhanden, minimal, leicht

Auf 8 PANSS-Items

- P1 Wahn
- P2 Formale Denkstörung
- P3 Halluzinationen
- G 9 Ungewöhnliche Denkinhalte
- G5 Manierismen
- N1 Affektverflachung
- N4 Sozialer Rückzug
- N6 Mangel an Spontaneität und Flüssigkeit der Sprache

Für mindestens 6 Monate

Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR; Remission in Schizophrenia; Am J Psychiatry 2005; 162: 441-449

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Recovery

Liberman et al 2002

- **BPRS-Score <= 4 in der Positiv- und Negativsymptomatik**
- **Mindestens 50%-ige Teilzeitarbeit oder entsprechende Schul/Ausbildungszeit**
- **Unabhängige Kontrolle über Finanzen und Medikation**
- **Mindestens einmal wöchentlich Treffen mit Freunden/Bekannten**
- **Über 2 Jahre!!**

- **In verschiedenen Studien am besten validiert wurde das Konzept von Liberman**

Bleibt ein hochgestecktes Ziel:

- **Beispiel:**
  Verlaufsstudie mit 118 Patienten mit schizophrener Erstmanifestation

  - **Nach 3 Jahren erfüllten 9,7% die Kriterien für Recovery nach Liberman**
  - **Nach vier Jahren 12,3%**
  - **Nach 5 Jahren 13,7%**

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Welche Outcome-Domänen messen?

Nasrallah HA et al 2005

(Consensus Conference of Schizophrenia Researchers to consider the components of clinical effectiveness in real-world community practice):

4 outcome -Bereiche

- **Symptoms of disease**
  (Positiv- und Negativsymptome; Kognitive Dysfunktion; Affektive und Angst-Symptome),
- **Treatment burden**
- **Disease burden**
  (Patient, Familie, Pflegekräfte, Gesundheitssysteme)
- **Health and Wellness**
  (soziale, Ausbildungs- und berufliche Funktion; Körperliche Gesundheit)

Nasrallah HA et al; Psychiatric Services 2005; 56: 273-282

Einfaches, praktikables Instrument?

GAF
Global Assement of Functioning

(Shaffer et al 1983)

Bestandteil des DSM-IV (für Achse V)

Ausführlich getestet:
Reliabilität: Gut - hervorrragend
Validität: Gute diskriminative und Vorhersage-Validität
sensitivity to change? Ja

Zeit: 1-2 Min.

Hauptstärken: Leichte Handhabung, bereits vorhandener breiter Einsatz

GAF-Definitionstabelle	
Die psychischen, sozialen, und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.	
Code (Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z.B. 45, 68, 72)	
100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50-41	Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde; Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	Eine Beeinträchtigung in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit Depressionen vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	Selbst-. und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
0	Unzureichende Informationen

Personal and Social Performance Scale (PSP)

Box. Personal and Social Performance (PSP) Scale

There are 4 main domains of functioning considered in this scale.

	Absent	Mild	Manifest	Marked	Severe	Very Severe
a) Socially useful activities, including work and study	❍	❍	❍	❍	❍	❍
b) Personal and social relationships	❍	❍	❍	❍	❍	❍
c) Self-care	❍	❍	❍	❍	❍	❍
d) Disturbing and aggressive behaviors	❍	❍	❍	❍	❍	❍

Guidelines for PSP total score	
	71-100: These ratings reflect only mild difficulties.
91-100	Excellent functioning in all 4 main areas. He/she is held in high consideration for his/her good qualities, copes adequately with life problems, and is involved in a wide range of interests and activities
81-90	Good functioning in all 4 main areas; presence of only common problems and difficulties
71-80	Mild difficulties in areas a-c
	31-70: These ratings reflect varying degrees of disability.
61-70	Manifest, but not marked, difficulties in 1 or more of areas a-c or mild difficulties in d
51-60	Marked difficulties in 1 of areas a-c, or manifest difficulties in d
41-50	Marked difficulties in 2 or more, or severe difficulties in 1 of areas a-c, with or without manifest difficulties in d
31-40	Severe difficulties in 1 and marked difficulties in at least 1 of areas a-c, or marked difficulties in d
	1-30: These ratings reflect functioning so poor that the patient requires intensive support or supervision.
21-30	Severe difficulties in 2 of areas a-c, or severe difficulties in d, with or without impairment in areas a-c
11-20	Severe difficulties in all areas a-d, or very severe difficulties in d, with or without impairment in general areas a-c
1-10	Lack of autonomy in basic functioning, with extreme behaviors, but without survival risk (ratings 6-10), or with survival risk (eg, death risk due to malnutrition, dehydration, infections, inability to recognize situations of manifest danger [ratings 1-5])

Neuropsychiatric Disease and Treatment

Dovepress

open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Towards a framework for treatment effectiveness in schizophrenia

This article was published in the following Dove Press journal:
Neuropsychiatric Disease and Treatment
24 September 2014
Number of times this article has been viewed

Georg Juckel[1]
Andrea de Bartolomeis[2]
Philip Gorwood[3]
Sergey Mosolov[4]
Luca Pani[5]
Alessandro Rossi[6]
Julio Sanjuan[7]

[1]Department of Psychiatry, LWL-University Hospital, Ruhr-University Bochum, Bochum, Germany; [2]Laboratory of Molecular Psychiatry and Unit of Treatment Resistant Psychosis, University School of Medicine of Naples Federico II, Napoli, Italy; [3]Groupe Hospitalier Sainte-Anne (CMME), Paris-Descartes University, Paris, France; [4]Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia; [5]Institute of Translational Pharmacology, Italian National Research Council, Rome, Italy; [6]Università de L'Aquila, L'Aquila, Italy; [7]Clinic Hospital, Spanish Mental Health Network (CIBERSAM), University of Valencia, Valencia, Spain

Introduction: Prompt administration of antipsychotic treatment that is adhered to is essential for the optimal treatment of schizophrenia. Many patients have benefited from the advent of second-generation antipsychotics, which can offer good symptomatic control with reduced incidence of extrapyramidal symptoms, although with higher risk of metabolic side effects. It is unsurprising that accounts as to whether first- and second-generation antipsychotics differ in their efficacy vary, since treatment effectiveness is a broad notion and difficult to define.

Objectives: Numerous factors may be used to gauge treatment effectiveness and, while it has largely been defined in terms of improvements in four domains (symptoms of disease, treatment burden, disease burden, and health and wellness), the real-world clinical utility of this consensus is unclear. Therefore, this article aims to provide a framework that can aid psychiatrists in making assessments about treatment effectiveness.

Methods and results: A panel of 12 psychiatrists and psychopharmacologists convened to develop and propose an accessible and globally-applicable framework for assessing the effectiveness of antipsychotic treatments in patients with schizophrenia. Following presentation of a preliminary proposal to a wider group of psychiatrists from across Europe, it was refined into a framework comprising five domains: symptomatic remission and retention of treatment; affective symptoms; cognitive functioning; treatment satisfaction; and personal and social functioning – each of which is discussed in this article.

Conclusions: This article provides a framework that can aid psychiatrists in making assessments about treatment effectiveness. It is anticipated that the framework outlined here may contribute to improving clinical practice through the promotion of a patient-centered approach to the assessment of treatment effectiveness, using five specified domains, in patients with schizophrenia.

Keywords: antipsychotic, assessment scales, functioning, mental illness, satisfaction

en-Lippe.

Framework for assessing treatment effectiveness in patients with schizophrenia[1]

Symptomatic remission and retention in treatment

Symptomatic remission[2]

- A score of ≤3 (mild) for all eight PANSS items (1–7 scale):
  - Delusions (P1)
  - Unusual thought content (G9)
  - Hallucinatory behaviour (P3)
  - Conceptual disorganization (P2)
  - Mannerisms/posturing (G5)
  - Blunted affect (N1)
  - Social withdrawal (N4)
  - Lack of spontaneity (N6)

Retention in treatment[1]

A practical measure of time, approximately 12 months. Gaps in treatment should be included and considered

Affective symptoms

PANSS depression score of no more than mild for anxiety (G2) and depression (G6)[3]

Cognitive functioning

BACS scale[4]

Treatment satisfaction

MSQ scale[5]

Personal and social functioning

PSP scale[6]

PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; CDSS, Calgary Depression Scale for Schizophrenia; BACS, Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia; MSQ, Medication Satisfaction Questionnaire; PSP, Personal and Social Performance

1. Janssen, internal communication; 2. Andreasen et al. Am J Psychiatry 2005;162:441–449; 3. Kay et al. Schizophr Bull 1987;13:261–276; 4. Keefe et al. Schizophr Res 2004; 68:283–297; 5. Gharabawi et al. BMC Psychiatry 2006;6:45; 6. Morosini et al. Acta Psychiatr Scand 2000;101:323–329

LVR
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Treatment effectiveness in patients with schizophrenia as measured by the ASSESS battery- first longitudinal data

Maria Ladea[1], Cristina M. Barbu [2], Georg Juckel [3]

(1) "Prof. Dr. Al. Obregia" Clinical Hospital of Psychiatry, Bucharest, Romania
(2) "Prof. Dr. Al. Obregia" Clinical Hospital of Psychiatry, Bucharest, Romania
(3) Department of Psychiatry, LWL-University Hospital, Ruhr-University Bochum, Germany

The aim of the present study was to evaluate the applicability of ASSESS in real world practice.

In this observational study 32 male patients, diagnosed with schizophrenia according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition Text Revision (DSM IV TR) (14) were evaluated. Patients were selected from the 3rd Ward of "Al. Obregia" University Hospital of Psychiatry, Bucharest, Romania and were included and followed over a total period of 3 years. Each patient was followed over 12 months. Five visits were performed during this period. The mean interval between visit 1 and visit 3 was 6 months.

The variations of the PANSS items rated during the study indicate a significant improvement of psychopathology. A similar improvement was observed in cognition, social functioning and treatment satisfaction as shown by BACS, PSP and MSQ scales. Cognitive impairment, personal and social functioning, and treatment satisfaction are correlated with psychotic positive symptoms.
Conclusions

This pilot study revealed that ASSESS is easy to apply in clinical practice and is a suitable tool for psychiatrists since it covers all the relevant aspects of the course of schizophrenia in a compac

LWL
Für die Menschen
Für Westfalen-Lippe.

Evidenzbasierte Psychiatrie und Psychotherapie: Wieviel Nutzen für das Individuum?
Statement von Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn, President Elect DGPPN, 23.11.2011

Unsere evidenzbasierten Therapien sind störungs- bzw. krankheitsspezifisch. Ihre Wirksamkeit ist am Mittelwert der Behandlungsverläufe von (diagnostisch definierten) Gruppen von Patienten bemessen. Eine Vielzahl von Therapieoptionen steht heute für fast jede spezifische psychische Krankheit zur Verfügung. Unsere auf den Wirksamkeitsstudien basierenden Behandlungsleitlinien geben keine Entscheidungshilfen zur Auswahl der optimalen Therapie für einen spezifischen Patienten. Hierzu fehlen nämlich, von Ausnahmen abgesehen, verlässliche Studienevidenzen. Die Auswahl der geeigneten Therapie für einen einzelnen Patienten aus der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erfolgt auch heute noch (leitliniengerecht) nach dem Prinzip **„Versuch und Irrtum“.** Die resultierenden Behandlungserfolge sind in der Mehrzahl, trotz der belegten Wirksamkeit der eingesetzten Therapien, unzulänglich; vollständige Gesundungen bleiben oft aus – und zwar trotz intensiven therapeutischen Einsatzes und längerer Behandlungsdauer. Ebenso kommt es bei einer großen Anzahl von Patienten zu überdauernden Defiziten (Schizophrenie) oder zu Chronifizierungen (Depression).

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

S3 - Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Hometreatment: Patienten sollen möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld bleiben

Diese Empfehlungen implizieren eine erhebliche Veränderung der Versorgungsstrukturen (siehe gegenwärtigen Modellvorhaben (Bochum usw.))

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Evidenzbasierte Psychotherapie in der Psychiatrie Wunsch und Wirklichkeit

Stefan Klingberg, Tübingen, Vortrag in Berlin, 26.06.2014

Helfen die Leitlinien für die Strukturierung stationärer Versorgung?

- Der Weg von konkreten Versorgungsmodellen über randomisierte klinische Studien und Meta-Analysen zur Leitlinienempfehlung ist sehr weit.
- Stellungnahmen zu Rahmenbedingungen sowie erforderlicher Frequenz und Intensität von Psychotherapie sind selten.
- Leitlinien helfen daher bislang nur begrenzt für die Gestaltung von stationär- psychiatrischen Versorgungskonzepten.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten

.

Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung. Evidenzbasierte Psychotherapie?

Glossar der AWMF: Wir haben kein Evidenzproblem: Psychotherapie ist ein nachgewiesen wirksamer Bestandteil der Behandlung schwerer psychischer Störungen und wird in Leitlinien eindeutig empfohlen*

Entspricht die Versorgungsrealität den Ansprüchen der Evidenzbasierten Medizin ?
Aufgrund fehlender Daten zur Versorgungsrealität ist diese Frage nicht sicher zu beantworten.

Auf der Basis der S3-Leitlinien wurden zu nahezu allen relevanten Störungen psychotherapeutische Komplexprogramme für die stationäre Behandlung entwickelt
Diese Programme erfordern den Einsatz von ausreichenden Personalressourcen.

Indirekte Hinweise sprechen dafür, dass der in Leitlinien formulierte Anspruch in den gegebenen Rahmenbedingungen oft nicht eingelöst werden kann.

⇒ **wir haben ein Implementierungsproblem**

***(und wir haben kein wirkliches Problem mit der Evaluation/Messen/Vorhandensein von Instrumente zur Sicherung der psychiatrischen Behandlungsqualität (Juckel))**

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Klingbergs Fragen: Werden unsere S3- Leitlinien nicht hinreichend umgesetzt, weil

- sie zu wenig präzise sind?
–die finanziellen Ressourcen nicht reichen?
–relevante Interessen nicht berücksichtigt werden?
–die Empfehlungen nicht wirklich akzeptiert werden?
– Institutionen Änderungsresistent sind?

Brauchen wir
– Bessere Leitlinien?
– Inhaltliches Umdenken?
– Mehr Geld im stationären Sektor?
– Eine andere Verteilung des Geldes im stationären Sektor?

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

St. Weinmann: EVIDENZBASIERTE PSYCHIATRIE Methoden und Anwendung
Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2007. 163 S.,

Wenn etwas evident ist, dann ist es wie der lateinische Begriff evidens ausdrückt, augenscheinlich, einleuchtend, klar, offenbar, auf der Hand liegend. Evidens ist also Einsichtigkeit, Gewissheit. Wem das in einer Sache oder Fragestellung gegeben ist, der kann sich glücklich schätzen. Wenn dies in einem so wichtigen Punkt wie der Gesundheit (oder halt auch Krankheit) der Fall ist, dann kommt man der Lösung des Problems schon ein großes Stück näher. Die Medizin kann also evidens gebrauchen, wahrhaftig. Und die Psychiatrie ganz besonders, wurde sie doch früher als eher "weiches Fach" abgetan, und hat auch heute noch ihr liebe Not, sich der naturwissenschaftlichen Basis anderer medizinischer Disziplinen problemlos anzuschließen. Doch sie ist auf dem besten Weg, wobei selbst ironische Kritiker eingestehen müssen, dass die "Biologie der Seele" ungleich schwerer zu erfassen ist als Herz-Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, Stoffwechsel, Sinnesorgane u.a. Kurz: **Eine evidenzbasierte Psychiatrie tut Not,** ist gefordert, akzeptiert und bereits auf dem besten Weg, heilsame Früchte zu tragen.

Wer sich nun mit Fragen der evidenz-basierten Psychiatrie beschäftigen will, sieht sich unabhängig von der Schwierigkeit der Materie erst einmal mit Fachbegriffen konfrontiert, die - so gut wie ausschließlich englischsprachig - ihm nur nichts konkret vermitteln, sondern auch noch für inneren Unwillen, ja heimlichen Widerstand sorgen. Auf jeden Fall gehen "control event rate, drop out, forest oder funnel plot, weighted mean difference, number needed to treat, odds ratio, performance bias u. a. nur schwer über die Lippen und auch unter Kohorten-Studien, Qualitätsindikator, absoluter Risikoreduktion usw. kann sich nicht jeder etwas vorstellen.

Der Gedanke, sich von einem ausgewiesenen ("jungen") Experten derlei erklären lassen zu sollen, nichts, aber auch gar nichts zu verstehen, trotzdem aber gute Miene zum bösen Spiel machen und am Schluss mit dem Eindruck kämpfen zu müssen, man sei als "auslaufendes Modell", für die neue Zeit halt nicht mehr geeignet, dieser Gedanke erfreut natürlich wenig.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie

Herausgegeben von W. Gaebel und F. Müller-Spahn

Stefan Weinmann

Evidenzbasierte Psychiatrie

Methoden und Anwendung

Kohlhammer

Inhalt

Vorwort

1 Allgemeine Grundlagen und Prinzipien einer Evidenzbasierten Psychiatrie

1.1 Einleitung
1.2 Zum Begriff der Evidenz in der Psychiatrie
1.3 Veränderung des Evidenzverständnisses in der Psychiatrie
1.4 Erkenntnistheorie, Evidenzbasierte Medizin und Psychiatrie

2 Evidenzrecherche

2.1 Nutzung der wissenschaftlichen Literatur
2.2 Problemformulierung: Klinische Fragestellung
2.3 Quellen der Evidenz
2.4 Outcomes (Zielparameter)

3 Evidenzbewertung

3.1 Studientypen
3.2 Strukturierte Bewertung von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
3.3 Checkliste zur Beurteilung einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT)
3.4 Besonderheiten der statistischen Auswertung und Hypothesenprüfung
3.5 Interpretation der Ergebnisse

4 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

4.1 Systematische Reviews und Meta-Analysen
4.2 Patientenpräferenzen
4.3 Gesundheitsökonomische Evidenz

5 Evidenz aus qualitativen Studien

6 Evidenzbasierte Pharmakotherapie

6.1 Aspekte des Studiendesigns
6.2 Drug Class-Effekte

6.3 Publikationsbias und selektive Darstellung der Ergebnisse 116
6.4 Kombinationstherapien 117

7 Evidenzbasierte Psychotherapie 120

7.1 Einleitung 120
7.2 Kriterien zur Beurteilung einer Psychotherapie-Studie 121

8 Evidenzbasierte Soziotherapie und Gesundheitsversorgung 126

9 Evidenzbasierte Versorgungsleitlinien 133

9.1 Bedeutung von Leitlinien 133
9.2 Patientengruppen, Behandlungsoptionen und Outcomes 134
9.3 Evidenzrecherche und -bewertung und Verknüpfung mit den Empfehlungen . . . 134
9.4 Einbezug von Werten und Präferenzen 135
9.5 Anwendbarkeit 137
9.6 Interessenskonflikte und Begutachtung 137
9.7 Leitlinien-Bewertungsinstrumente 138

10 Grenzen und Chancen einer Evidenzbasierten Psychiatrie 140

Literatur 144

Glossar 156

Stichwortverzeichnis 161

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Evidenzbasierte Psychiatrie – Möglichkeiten und Grenzen

Prim. Univ. Prof. Dr. med. Michael Musalek

In einer sich am Positivismus orientierenden Evidencebased Medicine (EbM) wird die statistische Signifikanz zum alles entscheidenden Kriterium, womit die Empirie auf kontrollgruppengesicherte Kohortenuntersuchungen reduziert wird und Wahrscheinlichkeitsbeziehungen zu medizinischen Wahrheiten werden. Die Human-based Medicine (HbM) ist im Gegensatz zur EbM den Maximen der Postmoderne verpflichtet. Eine Human-based Psychiatry (HbP) als Tochter der Human-based Medicine (HbM) kann damit wieder auf den ganzen Menschen fokussieren. An die Stelle eines analytisch-medizinischen Monologs tritt warmherziger Dialog; dort wo »Psychoedukation« war, soll sich vertieftes, auf dem Prinzip der Reziprozität beruhendes Verstehen entwickeln. Die Behandlung des Einzelnen selbst folgt dabei nicht mehr ausschließlich defizienz-, sondern ganz wesentlich auch ressourcenorientierten Strategien, womit nicht mehr nur wie in einer evidenzbasierten Indikationsmedizin das Krankheitskonstrukt, sondern wieder der ganze Mensch zum Maß aller Dinge wird.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

SPIEGEL ONLINE

Jörg Blech, Die Psychofalle, S. Fischer Verlag, Frankfurt, 2014
Wolfgang Schorlau, Die letzte Flucht, 2011

Evidenzbasierte Medizin: Der gefährlich lückenhafte Medizin-TÜV

Von Susanne Rytina

3. Teil: Probleme pharmagesponserter Forschung

Das zweite Problem pharmagesponserter Forschung illustriert ein Review von Leucht und seiner Arbeitsgruppe für evidenzbasierte Psychiatrie. 2006 trugen die Experten 42 Studien zusammen, welche die Wirksamkeit jeweils eines Neuroleptikums mit der eines anderen verglichen. 33 davon hatten Pharmaunternehmen finanziert. Das wenig überraschende Ergebnis: Das Präparat des Sponsors schnitt in neun von zehn Fällen besser ab als das Vergleichspräparat. Die Autoren ordneten die Präparate entsprechend ihrem Abschneiden in den Einzelvergleichen zu einer absurden Rangfolge, die der Studie ihren Namen gab: "Warum Olanzapin besser ist als Risperidon, Risperidon besser ist als Quetiapin und Quetiapin wiederum besser als Olanzapin.„
Derlei Probleme gibt es natürlich nicht nur bei Medikamenten gegen psychische Störungen, wie der kanadische Mediziner Joel Lexchin von der York University in Toronto 2003 in einer Metaanalyse zeigte. Er untersuchte neben Neuroleptika und Antidepressiva auch Medikamente gegen Arthritis und Thrombosen - insgesamt 30 Studien. Demnach gelangten die von der Pharmaindustrie bezahlten Tests dreimal häufiger zu wunschgemäßen Ergebnissen als solche mit anderen Geldgebern. Publizierte Forschungsergebnisse seien systematisch im Sinne der forschenden Pharmaunternehmen verzerrt, schlussfolgert nicht nur Lexchin. Viele unabhängige Reviews kamen zu ähnlichen Ergebnissen.
Vor rund zehn Jahren hat die US-Gesundheitsbehörde eine Lösung für dieses Problem angeboten, die sich in den vergangenen Jahren durchgesetzt hat: **Medizinische Studien müssen nun frühzeitig mit ihren Zielkriterien im Register der Nationalen Gesundheitsinstitute registriert werden**, ansonsten lehnen führende Fachmagazine die Publikation der Ergebnisse ab. Mehr noch: Auch die Ergebnisse dieser Studien müssen inzwischen im Internet veröffentlicht werden.

…und die negativen Ergebnisse….

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Evidenzbasierung und Behandlungsqualität in der Praxis (Patientensicht)

Gesundheitsexperte Etgeton vom Bundesverband der Verbraucher kritisiert: "Wir können im Internet nicht einsehen, zu welchem Thema sich ein Arzt fortgebildet hat. Wir wissen in der Regel auch nichts über seine Schwerpunkte. Gar nichts wissen wir über seine Behandlungsqualität." Patientenorganisationen fordern deshalb, dass Ärzte mehr Informationen über ihre Qualifikationen preisgeben.

In den USA konsultieren Umfragen zufolge bereits zwei Drittel aller Menschen mit Internetzugang zu diagnostischen oder therapeutischen Fragen lieber das Internet als ihre Hausärzte. Diese reagieren mitunter irritiert oder genervt, wenn Kranke ihre Diagnosen und Therapievorstellungen gleich selbst schildern. Doch einen guten Arzt sollte das nicht schrecken, erklärt Koneczny vom Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin. "Er macht seinen Patienten entweder plausibel, dass sie auf unseriöse Webseiten hereingefallen sind, oder er bestätigt, dass sie gute Informationen gesammelt haben."

Das erfordert aber die Bereitschaft seitens der Mediziner, ihre Patienten ernst zu nehmen, sie an Entscheidungen zu beteiligen und ihnen zu erklären, warum diese und nicht jene Therapie geeignet ist. Ein guter Arzt sollte dem Patienten den Nutzen einer Behandlung plausibel machen, aber auch auf den möglichen Schaden hinweisen - und zwar stets auf der Grundlage der bestmöglichen Evidenz.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

O. Leiß: Evidenzbasierte Medizin – Kein L ´art pour l ´art, sondern zum Nutzen der Patienten (DÄB 23.1.15)

- Wirkliche EbM klinisches Urteilsvermögen, Besonderheiten der Patientensituation, Präferenzen des Patienten in shared decision making berücksichtigen
- Kritik 1: Pharmaindustrie bestimmt Forschung und damit Leitlinien und Evidenz; Ökonomisierung
- Kritik 2: Unüberschaubarkeit und marginaler Nutzen/Erkenntnisgewinn
- Kritik 3: Umgang mit Multimorbidität, Notwendigkeit von Polypharmazie, chronischen Patienten….
- Kritik 4: Oftmals kein explizites Eingehen auf Patienten-(/Angehörigen-) Bedürfnisse: QUALITÄT klinischer Betreuung NICHT IDENTISCH mit Befolgung von LEITLINIEN !
- EbM-Renaissance-Group:

Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N (for the Evidence Based Medicine Renaissance Group): Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ 2014; 348: g3725.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Schwierigkeiten der Evidenzbasierung in Psychiatrie/Psychotherapie, da vieles noch im unklarem liegt

- Subtypen
- Zielsyndrom (zB Kognition)
- Psychiatrische/somatische Komorbidität
- UAWs (Medis ua)
- Psychopathologie (viele unterschiedliche Skalen)
- Psychosoziales Funktionsniveau (auch viele Skalen) (ICF?)
- Adhärenz, Committment, Compliance..Motivation
- Psychotherapie, Soziotherapie,…
- Psychoedukation (Bäuml)
- …….

Das hat Folgen natürlich insgesamt, aber vor allem für die Langzeitbehandlung sowie niedrige Evidenzgrade in Psychiatrie und Psychotherapie !

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Fazit

- Behandlungspfade systematisieren die Behandlung; im Behandlungspfad Schizophrenie werden die Patienten signifikant gesünder als in der die Kontrollbedingung mit der gleichen VWD.
- Evidenzbasierung von Psychiatrie und Psychotherapie findet auf viele unterschiedliche Weise statt: Ohne systematische Studien über alle Aspekte der Diagnostik und Behandlung in RCT-Weise kein Fortschritt möglich, da sonst keine Metaanalysen und Bildung von Leitlinien und Behandlungspfaden möglich.
-Aber noch viele viele weiße Flecken bei einer „Evidenzbasierten Psychiatrie“ – sowohl inhaltlich als auch von der Unklarheit oder Nicht-Vorhandensein von Meßgrößen.
--Evidenzbasierung „zweischneidiges Schwert“: Sie schafft Klarheit und Transparenz, evtl. auch eine negative gegenüber Krankenkassen usw, trotzdem führt sie nicht „automatisch“ dazu, daß ein Psychiater ein „guter“ ist und eine gute Behandlungsqualität erzeugt.
-Aber ohne Erfolgskriterien, die Evidenz aufweisen, bleibt das „Bauchgefühl“ übrig, und davon haben Betroffene, Angehörige und schlußendlich die Profis selber im Langszeitverlauf wenig.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Für Westfalen-Lippe.