



# Evangelisches **KRANKENHAUS** Bielefeld

Bethel 

Evangelisches   
Johanneswerk

[www.valeo-klinikverbund.de](http://www.valeo-klinikverbund.de)

 **valeo**  
Verbund Evangelischer Krankenhäuser in Westf. gGmbH



# **Wer macht was? Pflegerische Gruppenarbeit und Professionalität**

**Pflegefachtagung 25.04.2007,**

**LWL-Kliniken Marsberg**



**Bielefeld**

**die pflegerische Haltung zur Gruppenarbeit interessiert.  
Warum?**

- Eine Profession im Wandel
- Ein Klientel im Wandel
- Ökonomie im Wandel
- Krankenhäuser im Wandel

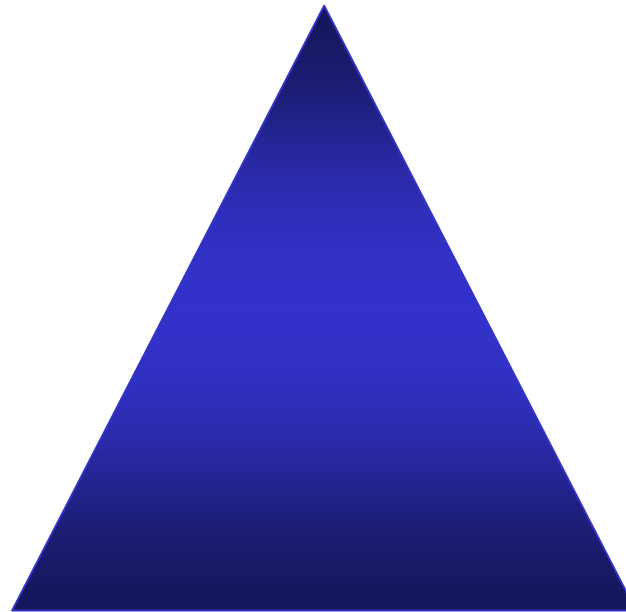
## **Zukunft hat Prestige**

- In einer Zeit allseits beschleunigter Entwicklungen und schrumpfender Halbwertzeiten wird Zukunftskompetenz immer wichtiger.
- Streben nach Zukunftsfähigkeit
- „Updateability“: Innovationsbereitschaft, fortwährendes Navigieren und neupositionieren wird für Einzelpersonen, Organisationen sowie für Marken unverzichtbar.



# Wer macht was?

Im Versorgungssetting



Innerhalb der Profession

Im Team

- Die **Therapie** (griech. θεραπεία „Dienst am Kranken, Heilung“) bezeichnet in der Medizin die Maßnahmen zur **Behandlung** von Krankheiten und Verletzungen. Ziel des *Therapeuten* ist die Heilung, die Beseitigung oder Linderung der Symptome und die Wiederherstellung der körperlichen oder psychischen Funktion.

- Aspekte der Professionalisierung
- Gruppenarbeit
- Therapie



## **Konfliktfeld Gruppenarbeit**

- Aufgabe von Pflege?
  - Differenzierung von Qualifikationsprofilen
  - Qualifikation
- Gruppenarbeit vs. Therapie
- Ressourcenproblem
  - Krankenhaus als stationäres Setting oder Kriseninterventionseinrichtung
  - Verweildauerverkürzung

- Rolle der Pflege
  - Alltagsarbeit ICF

## Psychiatrische Pflege in der Krise

- „Psychiatrische Pflege steht an einem Scheidepunkt, an dem sie Gefahr läuft, sowohl, ihre Bedeutung, als auch ihre Identität innerhalb der Profession zu verlieren. Sie hat es bis heute versäumt, auf die dramatisch veränderten Rahmenbedingungen mit entsprechenden Konzepten zu reagieren“.

*Susan McCabe*

**Das Feld, in dem psychiatrische  
Pflege sich bewegt**

**Übergeordnete  
Rahmenbedingungen**



**Übergeordnete Rahmenbedingungen**

## Europa

- Bologna Prozess
  - Kompatible Bildungssysteme innerhalb der EU bis 2010
  - Bachelor, Master
- Abmachung von Lissabon:
  - EU soll wettbewerbsfähigster Raum werden
  - Migration ist erwünscht

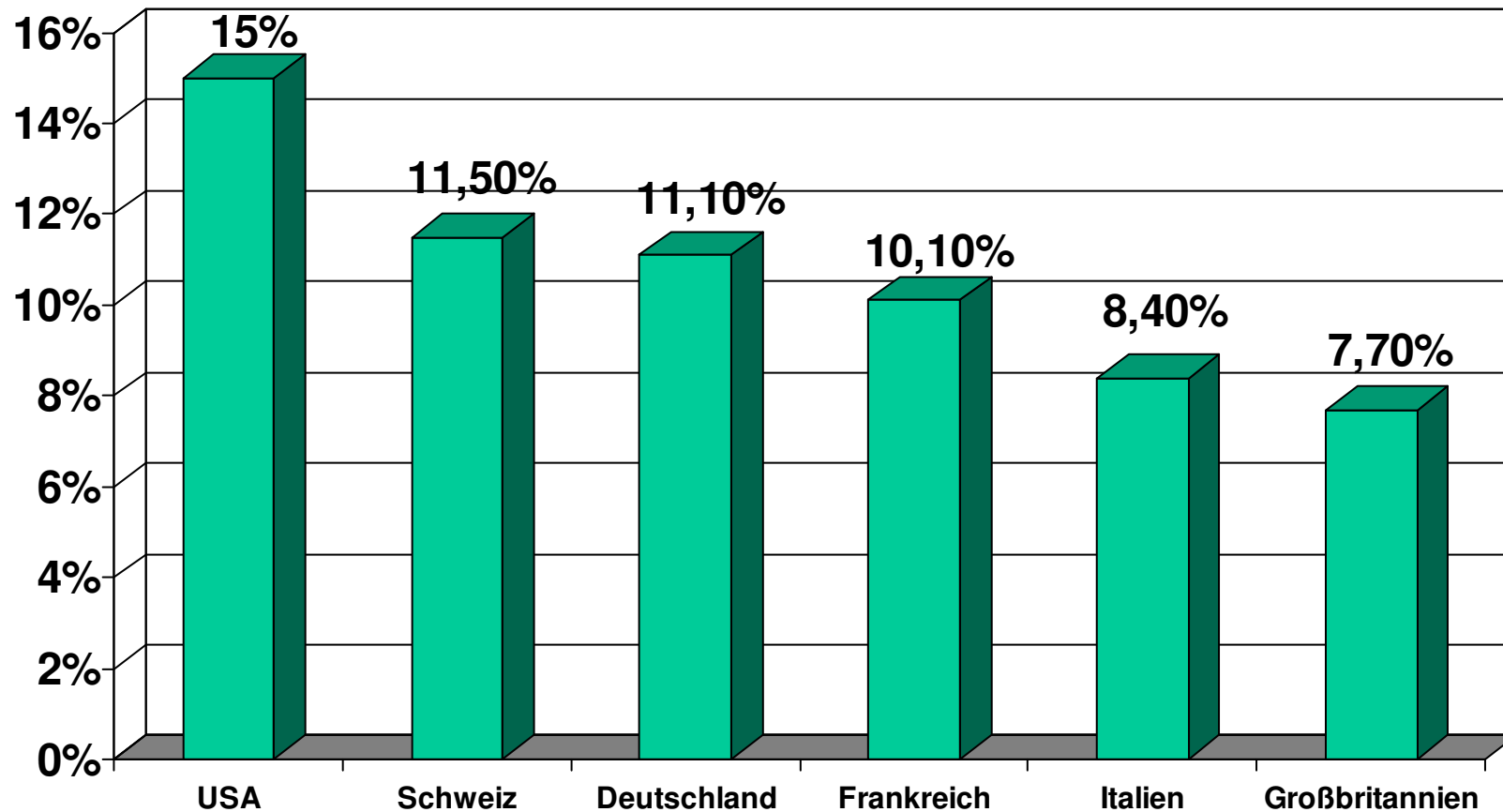
## Durchschnittliche Kompetenzscores (EHTAN – Project)

Oberthema	UK (n=100)	Deutsch- land (n=150)	Spanien (n=130)	Belgien (n=113)	Griech- enland (n=55)
Assessment	2.88	2.55	2.66	2.44	2.77
Pflegerische Tätigkeit	3.51	3.13	3.40	3.32	2.35
Kommunikation	3.70	3.20	3.30	3.20	3.20
Gesundheitsförderung	3.00	2.55	2.90	2.70	3.00
Berufliche Weiterentwicklung	3.56	2.62	3.06	3.12	3.12
Ethische Fragestellungen	3.65	3.18	3.43	3.18	3.43
Forschung und Entwicklung	2.66	1.83	2.16	2.00	2.50
Teamwork	4.00	3.22	3.11	3.00	3.11
Farben Code	<2.50	>2.50	>3.00	>3.50	

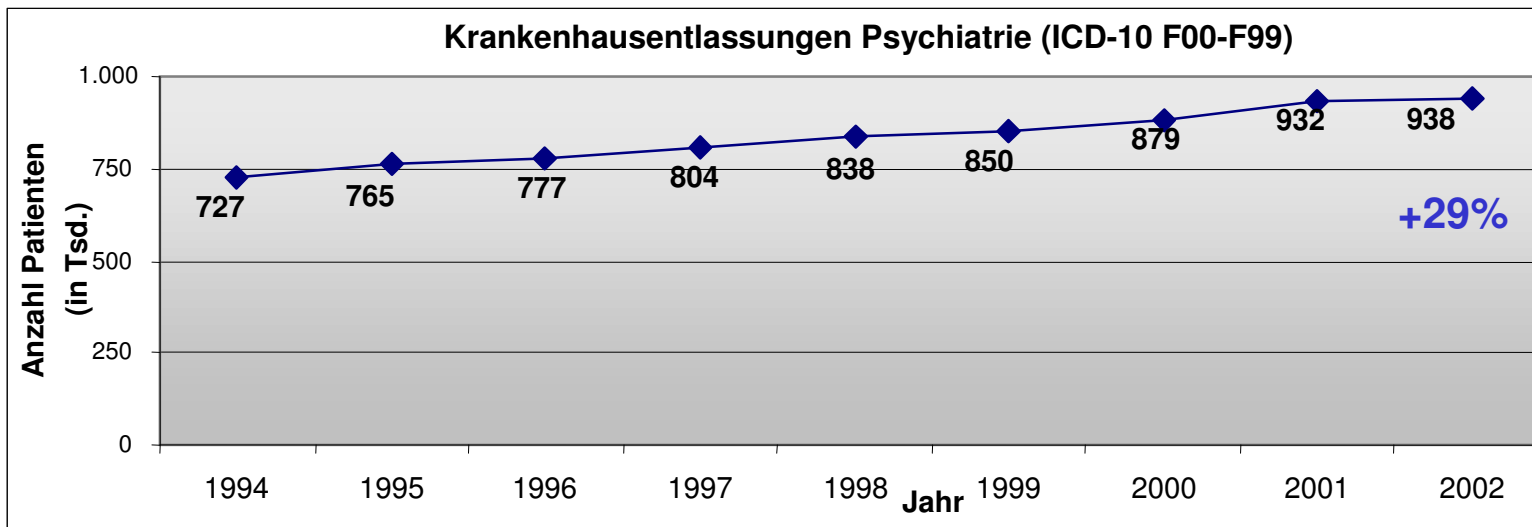
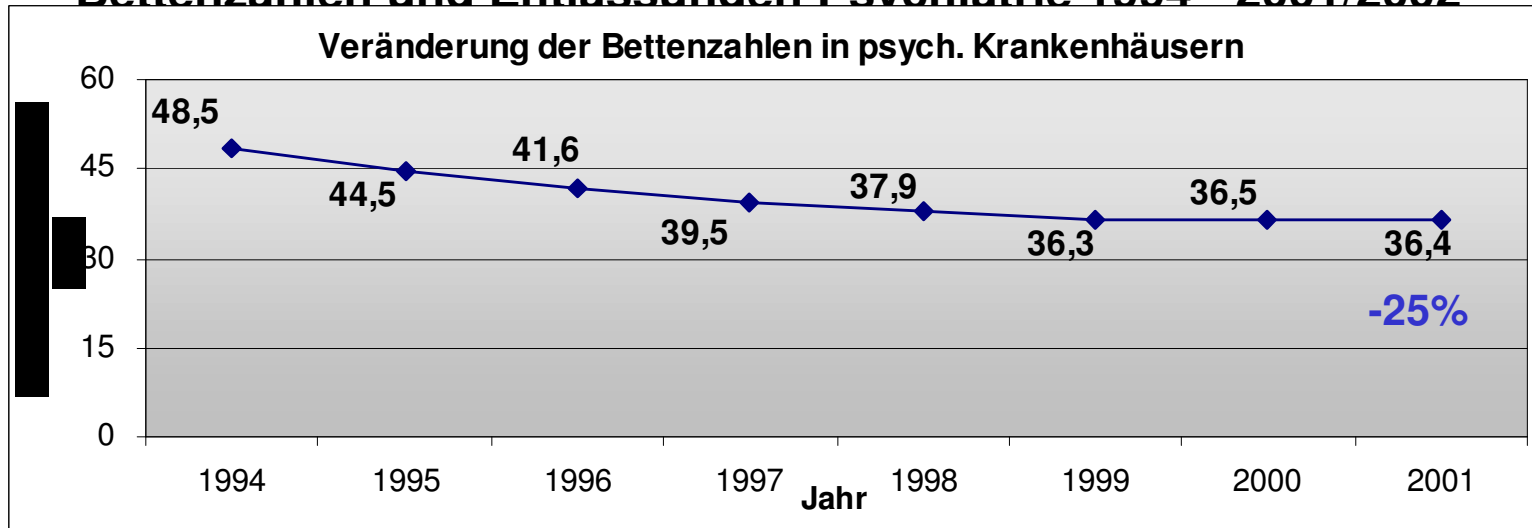


## Ökonomie:

Rangfolge nach Kosten des Gesundheitswesens, 2003, in % des BIP



## Bettenzahlen und Entlassungen Psychiatrie 1994 - 2001/2002



## Ökonomie und Rationierung

- Rationierung, obwohl das Gesetz etwas anderes sagt
- Das heißt: Allokationsentscheidung
  - ambulant vs. stationär
  - Behandlung vs. Versorgung
  - Verteilungskampf in den Institutionen

## Das Robert Koch Institut für den Krankenhausbereich

- „Die Entwicklung der einzelnen Beschäftigungsgruppen in den Kliniken ist unterschiedlich verlaufen. Während die Anzahl der Ärzte von Jahr zu Jahr gestiegen ist, hat das nichtärztliche Personal langsam aber kontinuierlich abgenommen“ (RKI, 2005)

- Die Ernährungssituation vieler Patienten verschlechtert sich nach ihrer Einlieferung ins Krankenhaus.
- Studie von Löser (2005):
  - 75 Prozent aller Patienten verlieren in der Zeit des Krankenhaus-Aufenthaltes 5,4% Prozent ihres Ausgangsgewichts
  - Infolgedessen kommt es häufiger zu Komplikationen, der gesamte Genesungsprozeß verläuft schleppender
  - Große Bedrohung für alte, chronisch kranke Menschen

- Die Fachexpertise psychiatrischer Pflege bleibt weitgehend auf den stationären Bereich beschränkt. Psychiatrischen Pflegebedarf gibt es aber darüber hinaus
- Veränderte Rahmenbedingungen im stationären Bereich wirken sich auf die Interventionspalette aus
  - Bedeutung von alltagsnahen Training schwindet im stationären Bereich
  - Diagnostik gewinnt an Bedeutung

## **Professionalisierung – was kommt zuerst?**

*„Die Pflege muss sich an pflegerischen Konzepten und Modellen orientieren, die sie begründet vertreten und umsetzbar machen kann. Zuerst muss die Pflege ihre Aufgabe erkennen und lernen zu artikulieren. Erst dann ist es möglich aufzuzeigen, welche personellen Bedingungen geschaffen werden müssen, damit sie diese Aufgabe verwirklichen kann (Schröck, 1998)“.*



- Barker Gournay
- Ambivalenz

**Daraus ergeben sich für die psychiatrische Pflege Fragen, so zum Beispiel**

- Welchen Therapiebegriff legen wir zugrunde?
- Wie entwickeln sich die Schnittmengen zu anderen Professionen?
- Wie differenzieren wir innerhalb unserer Berufsgruppe Qualifikationen und Hierarchien?
- Welche Aufgaben haben Leitungen zukünftig zu erfüllen?

# Warum Gruppenarbeit?

## Der Beitrag psychiatrischer Pflege am Gruppenprogramm in der Psychiatrie

M. Schulz  
C. Renard

### Berufspolitik

Die Bedeutung pflegerischer Gruppen in der Betreuung und Behandlung psychisch kranker Menschen ist ein immer wieder aktuelles Thema, sei es durch die Regelaufgaben der Psych. PV oder durch Effizienzdiskussionen im Hinblick auf Einsparungen. Gruppen bieten ein breites Erfahrungs- und Lernfeld. Bei immer kürzeren Verweildauern im stationären Bereich wird in Zukunft die Frage sein, ob bestimmte Gruppen eher im komplementären und ambulanten Bereich angeboten werden und nur die „elementaren“ auf einer psychiatrischen Station. Anders herum gefragt: sind drei gut und zielgerichtet gestaltete Mahlzeiten nicht zentrale pflegerische Gruppen, bei denen unterschiedliche Kompetenzen gefördert werden können?

Wandlungsprozess positiv für sich im Sinne einer Profilschärfung nutzen kann, sollte sie sich über die Inhalte klar werden, um so das Produkt, welches die Profession anzubieten hat, möglichst genau zu definieren. Dazu gehört es unzweifelhaft auch, ein zeitgemäßes Verständnis zu der Frage zu entwickeln, welche Rolle Gruppenarbeit in der psychiatrischen Pflege spielt. Die Diskussion über Aufgaben und Rollen des Pflegepersonals in einer sich wandelnden Psychiatrie ist im Sinne einer Rekonzeptionalisierung [1] vor allem deswegen durchaus im Fluss, weil die Profession starken professionsinternen (z.B. der Akademisierung von Pflege) und externen Kräften (zunehmende Forderung nach wissenschaftlicher Begründung von Interventionen) ausgesetzt ist, welche Innovationen und Weiterentwicklung notwendig machen. Die Berufspolitik muss diese Entwicklungen fördern, die Richtung...

## Gruppenarbeit im therapeutischen Setting

- Gruppenangebote gelten neben einzeltherapeutischen Maßnahmen als ein bedeutsames Medium im Behandlungsprozess
- Entwicklung und Ausprägung des Gruppenprofils sind oft zufallsbedingt und wenig transparent
- Zur Durchführung von Gruppenangeboten sind erhebliche strukturelle und personelle Ressourcen notwendig
- Art des Aufwandes, Begründbarkeit der Intervention und das erzielte Behandlungsergebnis sollten möglichst transparent sein.

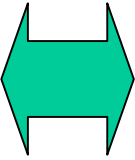
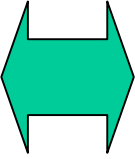
- Neben störungsspezifischen Interventionen ermöglicht Gruppenarbeit die Behandlung von Verhaltensdefiziten und die Stärkung sozialer Kompetenzen.
- Es geht in therapeutischen Gruppen immer auch um interaktionelle Faktoren und eine verbesserte Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit
- Patienten erfahren, dass sie mit bestimmten Problemen nicht alleine sind und erleben wechselseitig Anregung und Unterstützung
- Zusätzliche Vorteile einer Therapiegruppe sind nach deren Feedbackfunktion sowie ihr Öffentlichkeits- und Verpflichtungscharakter
- Psychiatrische Gruppenarbeit vertraut in hohem Maße darauf, dass der Gruppenprozess an sich eine therapeutische Wirkung hat. Gleichzeitig sind Gruppenangebote aus ökonomischer Sicht sinnvoll und Inhalte für Patienten so eher verfügbar.

Die Psychiatriepersonalverordnung fordert die Einbettung therapeutischer Gruppenangebote in die Behandlung, wobei ihre Beschreibung patientenzentriert und nicht institutionszentriert sein sollte. Weiterhin soll die Beschreibung der einzelnen Tätigkeiten der Berufsgruppen Transparenz nach innen und nach außen schaffen und einerseits ein Orientierungsrahmen für die notwendige Kooperation der einzelnen Berufsgruppen sein sowie andererseits der Abgrenzung dienen [2].



- *„...die Möglichkeiten pflegerischer Gruppenarbeit werden längst nicht ausgeschöpft“ (Weber, 2003)“.*

## Pflege und Gruppenarbeit

- Ressourcen  Innovation
- Therapie  Pflege
  - Nursing vs. Caring
- Gruppenarbeit vs. Gruppentherapie

# **Darstellung der Ergebnisse**

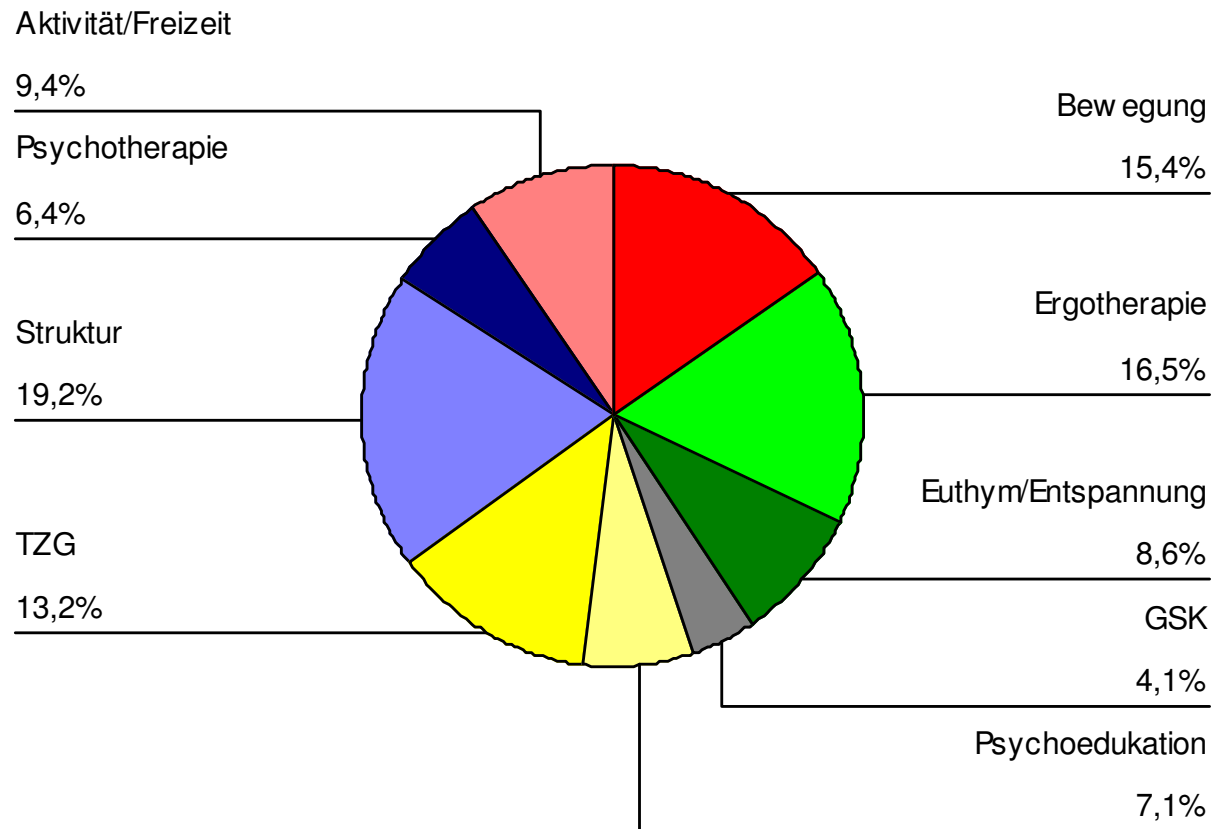
- Versorgungsauftrag für die Stadt Bielefeld
  - (330.000 Einwohner)
- 274 Betten
- 92 tagesklinische Betten

Übergeordnete Ergebnisse

<b>Akutpsychiatrie</b>	<b>„Psycho- therapie“</b>	<b>Abhängigkeits- erkrankungen</b>	<b>Geronto- psychiatrie</b>	<b>Übergreifende</b>
<i>A2- n=7</i> <i>A3- n=5</i> <i>A4- n=7</i> <i>A5- n=2</i> <i>A6- n=2</i> <i>TKO- n=17</i> <i>TKSü- n=9</i> <i>TKW- n=17</i> <u><math>\Sigma=66</math></u>	<i>A1- n=8</i> <i>A7- n=11</i> <i>A8- n=5</i> <u><i>A9- n=6</i></u> <u><math>\Sigma=30</math></u>	<i>B1- n=15</i> <i>B2- n=4</i> <i>B3- n=5</i> <i>B5- n=11</i> <i>TKDr- n=0</i> <u><i>TKS- n=14</i></u> <u><math>\Sigma=49</math></u>	<i>F1- n=9</i> <i>F2- n=9</i> <i>F3- n=9</i> <u><i>TKGe- n=16</i></u> <u><math>\Sigma=43</math></u>	<i>AP1- n=18</i> <i>AP2- n=13</i> <i>ABH- n=19</i> <i>GE- n=6</i> <u><i>Gilead- n=22</i></u> <u><math>\Sigma=78</math></u>
<u><math>\Sigma=266</math></u>				

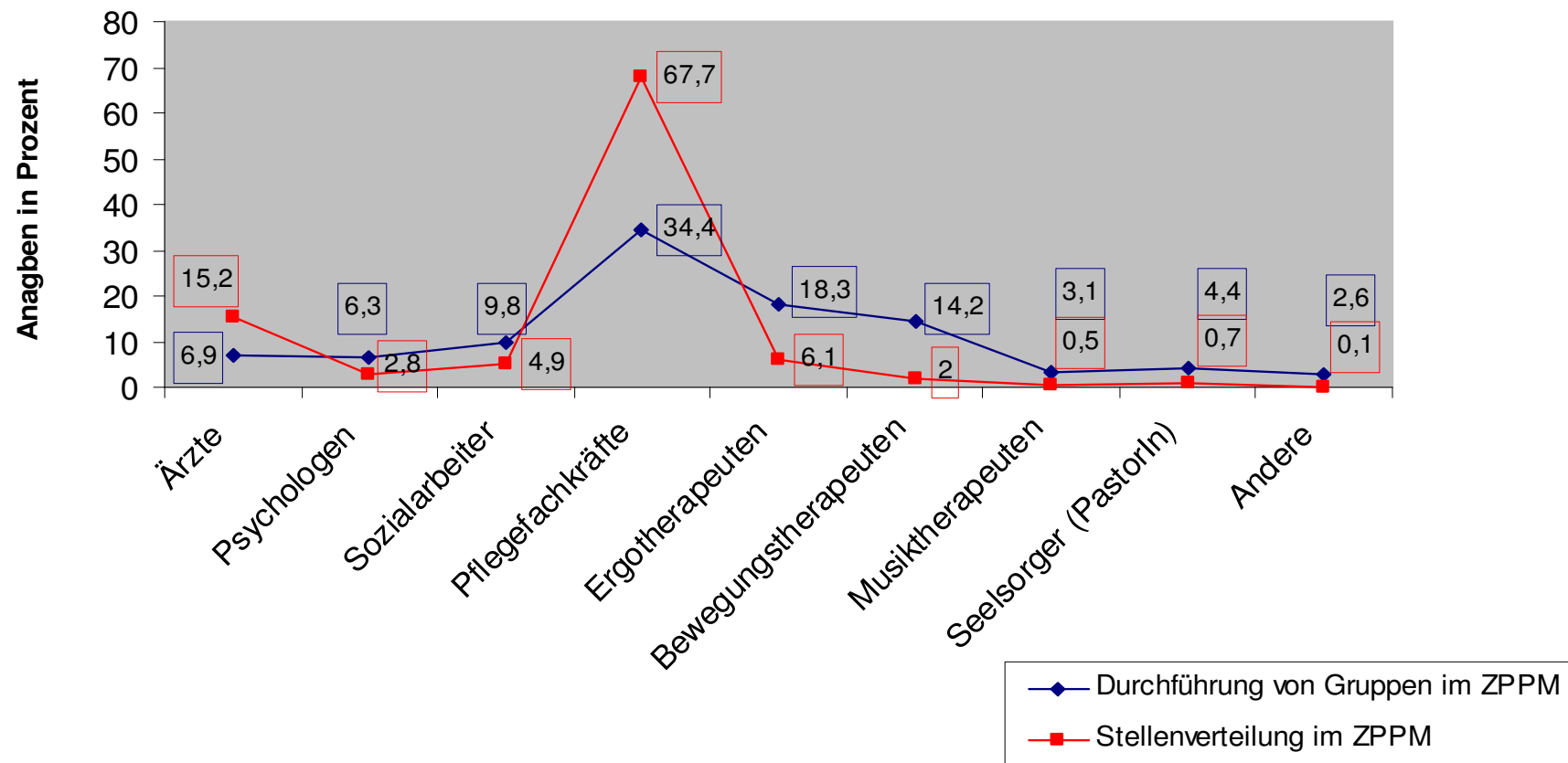
## Gruppenstrukturen nach Kategorien

N=266



## Berufsgruppen in Gruppen versus Stellenanteil im ZPPM

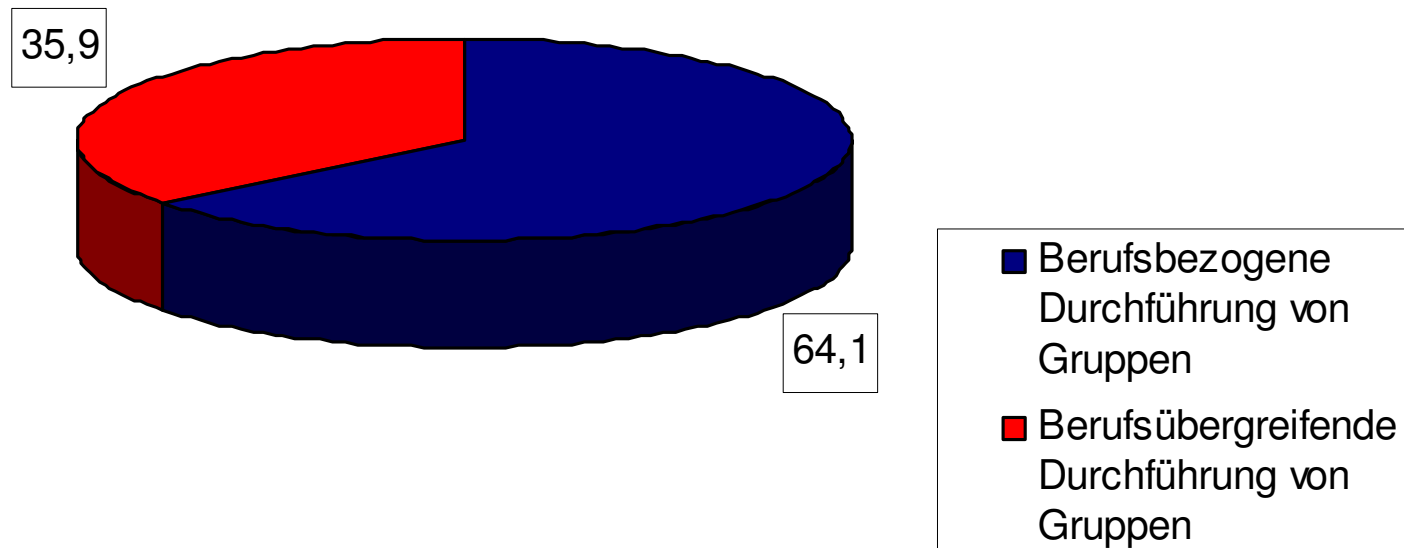
Gruppenverteilungen und Stellenanteile im ZPPM (Stand: Dez.'03)



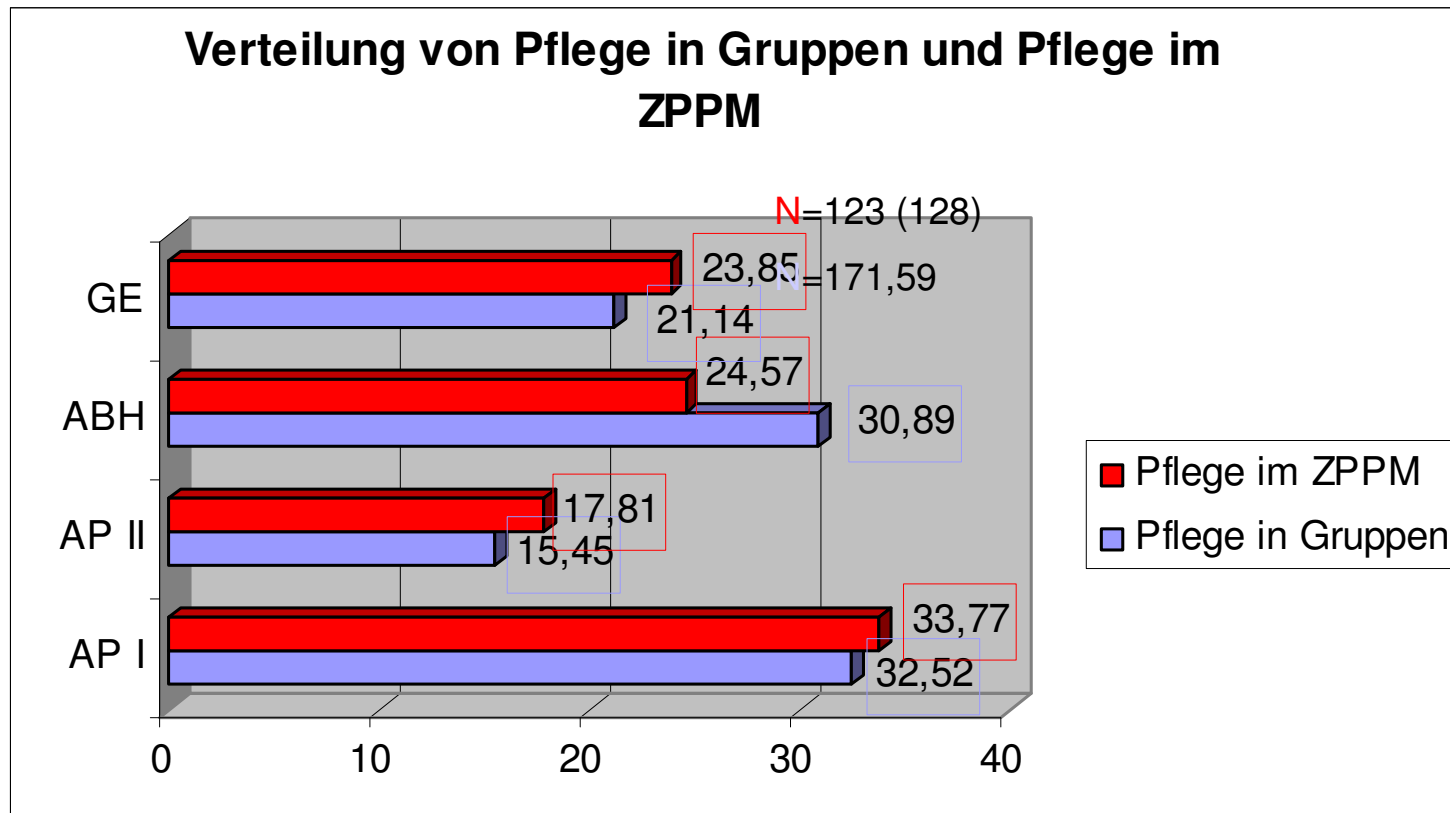


## Gruppendurchführung im ZPPM

### Verteilung der Gruppen innerhalb einer Berufsgruppe und mit anderen Berufsgruppen in Kooperation



**Verteilung der Pflege und der Pflege in Gruppen in den verschiedenen  
Abteilungen des ZPPM**



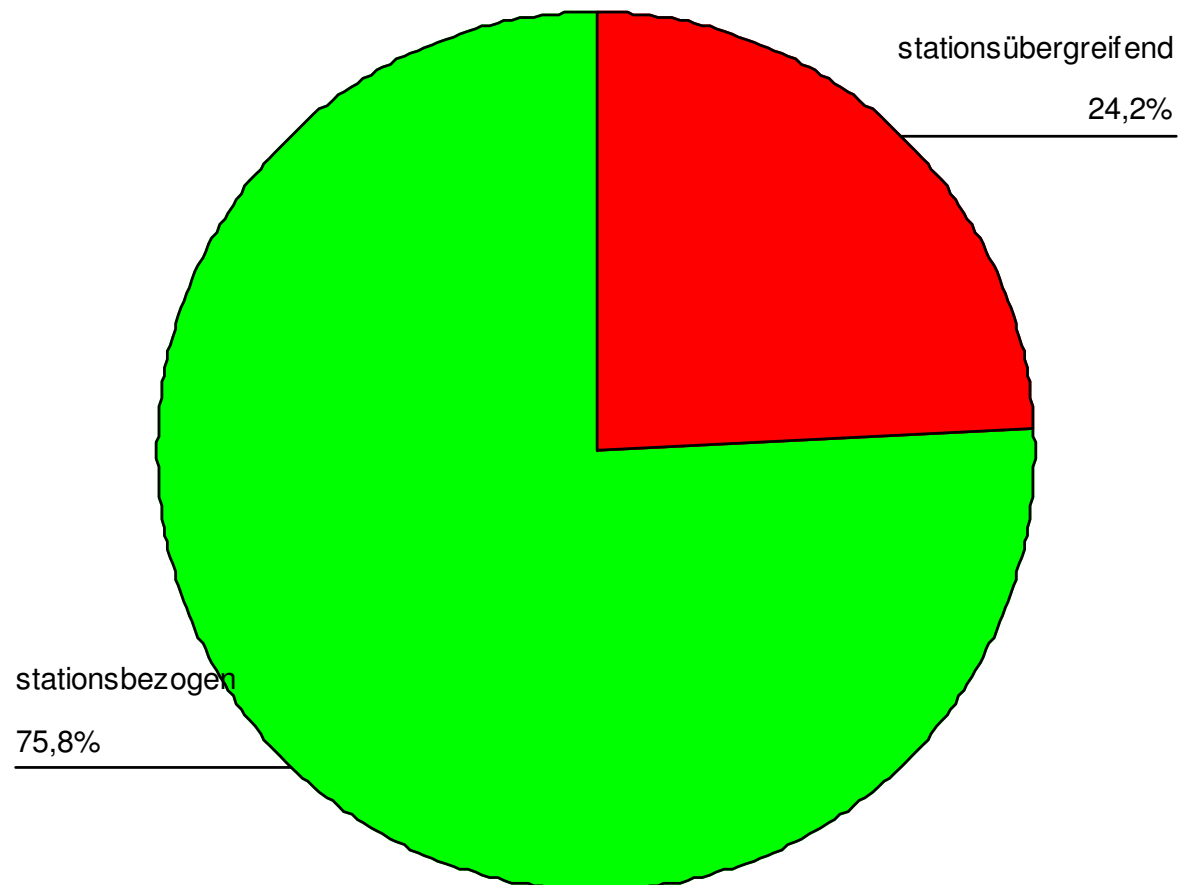
## Pflege und Gruppen im ZPPM

### Häufigkeit von Pflege (und Pflege mit anderen Berufsgruppen) in Gruppen allgemein

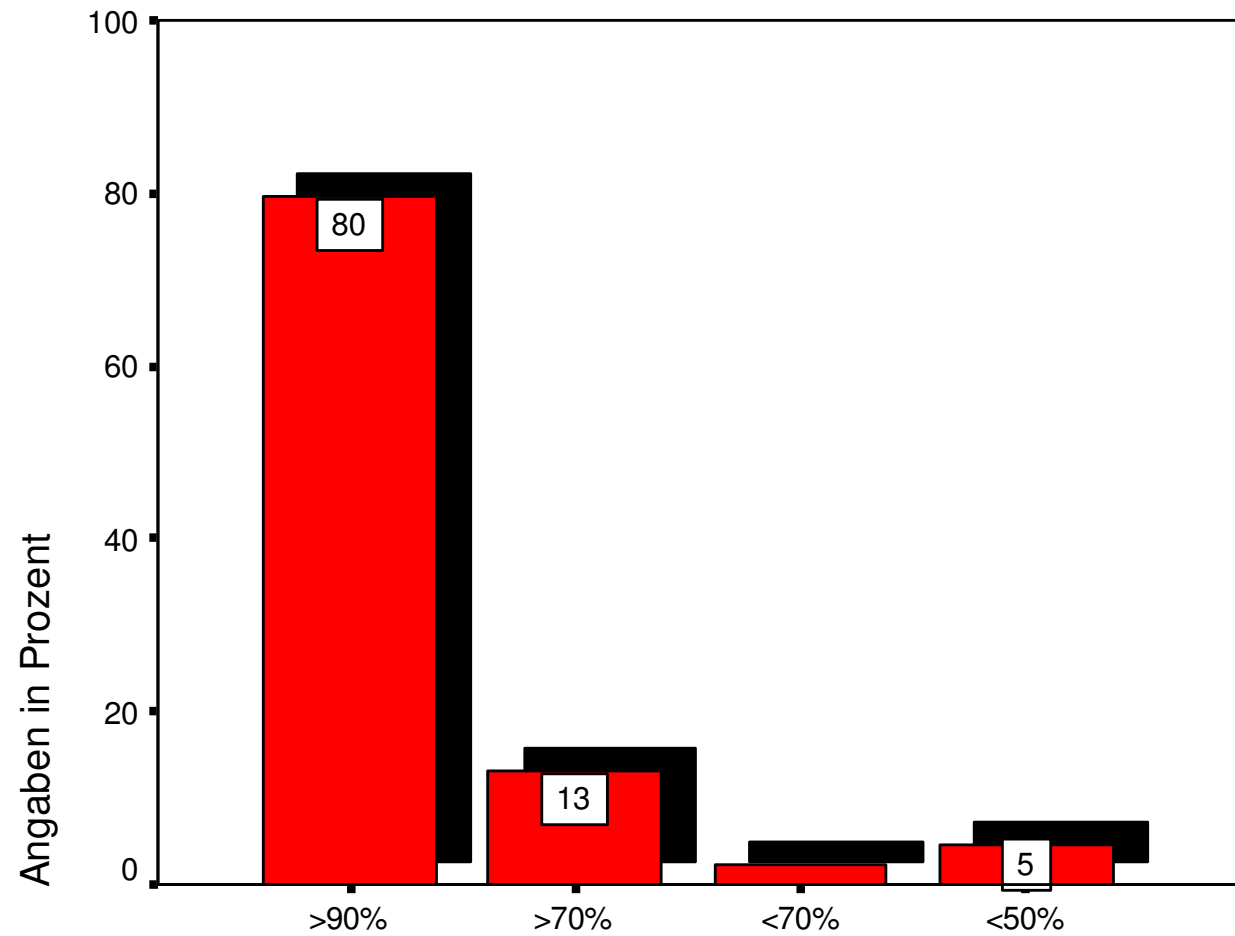
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Pflege	60	46,9	46,9	46,9
Arzt und Pflege	10	7,8	7,8	54,7
Pflege und Psychologe	5	3,9	3,9	58,6
Pflege und Sozialarbeiter	22	17,2	17,2	75,8
Pflege und Ergotherapie	8	6,3	6,3	82,0
Pflege und Bewegungstherapie	6	4,7	4,7	86,7
Arzt und Psychologe und Pflege	3	2,3	2,3	89,1
Psychologe und Sozialarbeiter und Pflege	5	3,9	3,9	93,0
Arzt und Sozialarbeiter und Pflege	4	3,1	3,1	96,1
Bewegungstherapeut und Sozialarbeiter und Pflege	3	2,3	2,3	98,4
Sozialarbeiter und Pflege und Ergotherapie	1	,8	,8	99,2
Pflege und Seelsorge	1	,8	,8	100,0
Gesamt	128	100,0	100,0	

## Verteilung von stationsbezogenen und -übergreifenden Gruppenangeboten

stationsübergreifende und -bezogene Gruppen für Pflege

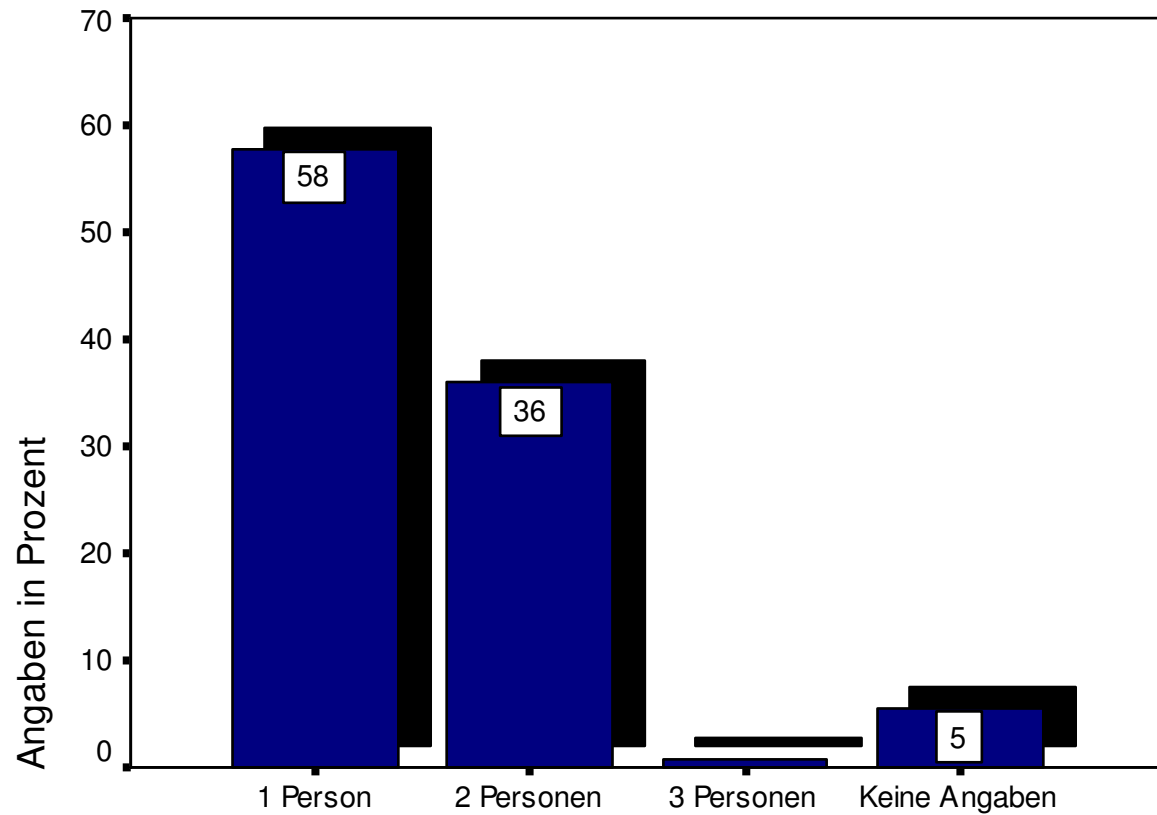


Zu wie viel % findet die Gruppe statt?



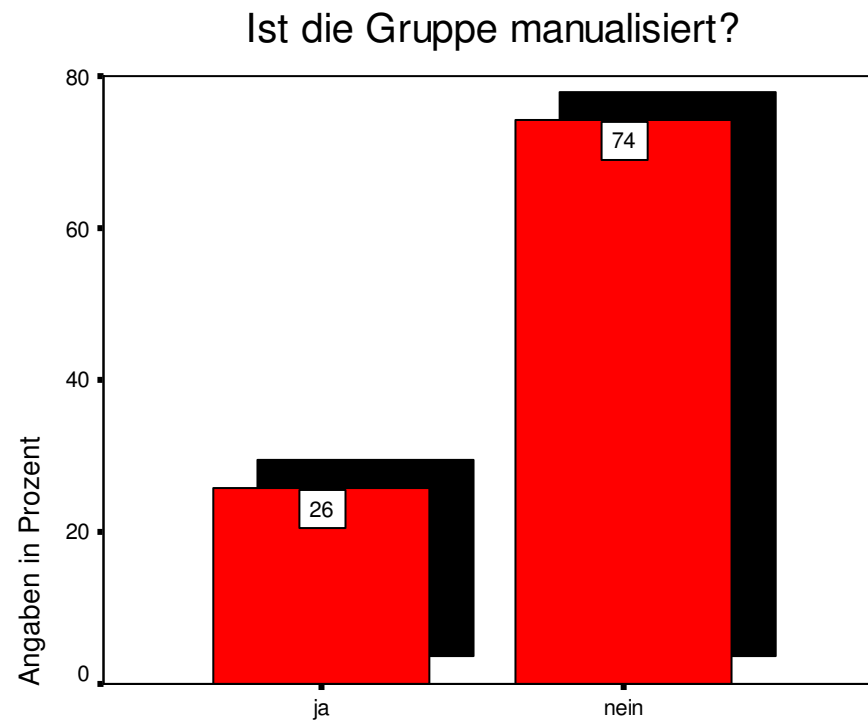
„Mittel“ zur Durchführung von Gruppen

Benötigte Mitarbeiterzahl zur Durchführung einer Gruppensitzung



N=128

## Gruppen und Manuale in der Pflege



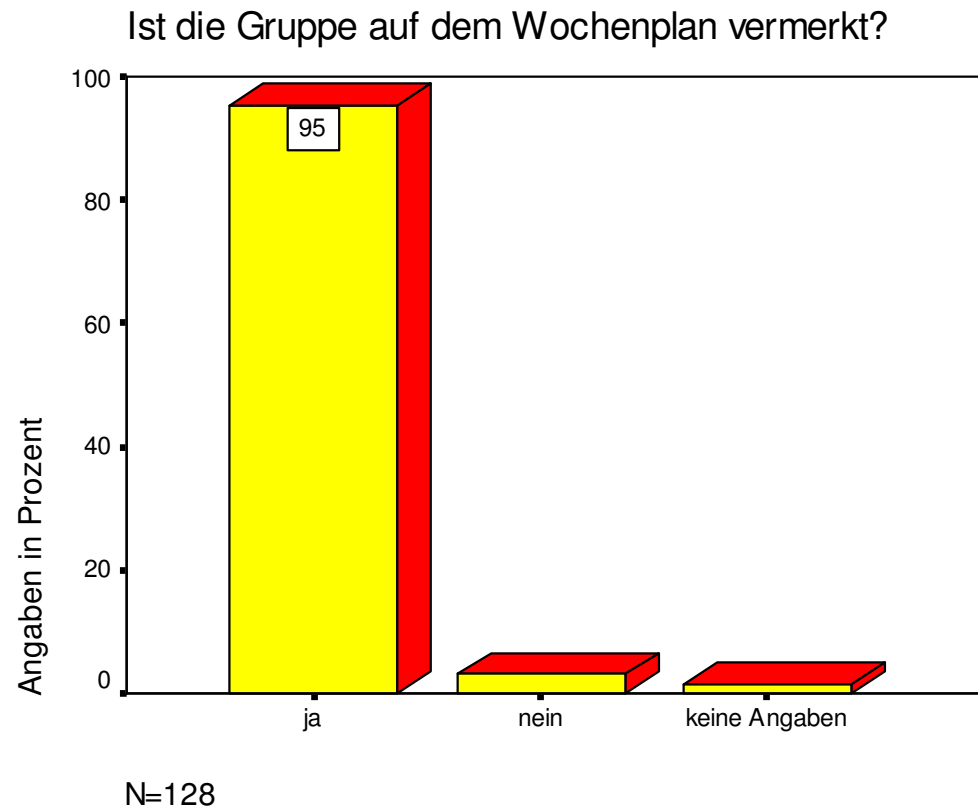
## Manuale

### Manuale für Gruppen in denen Pflege vertreten ist

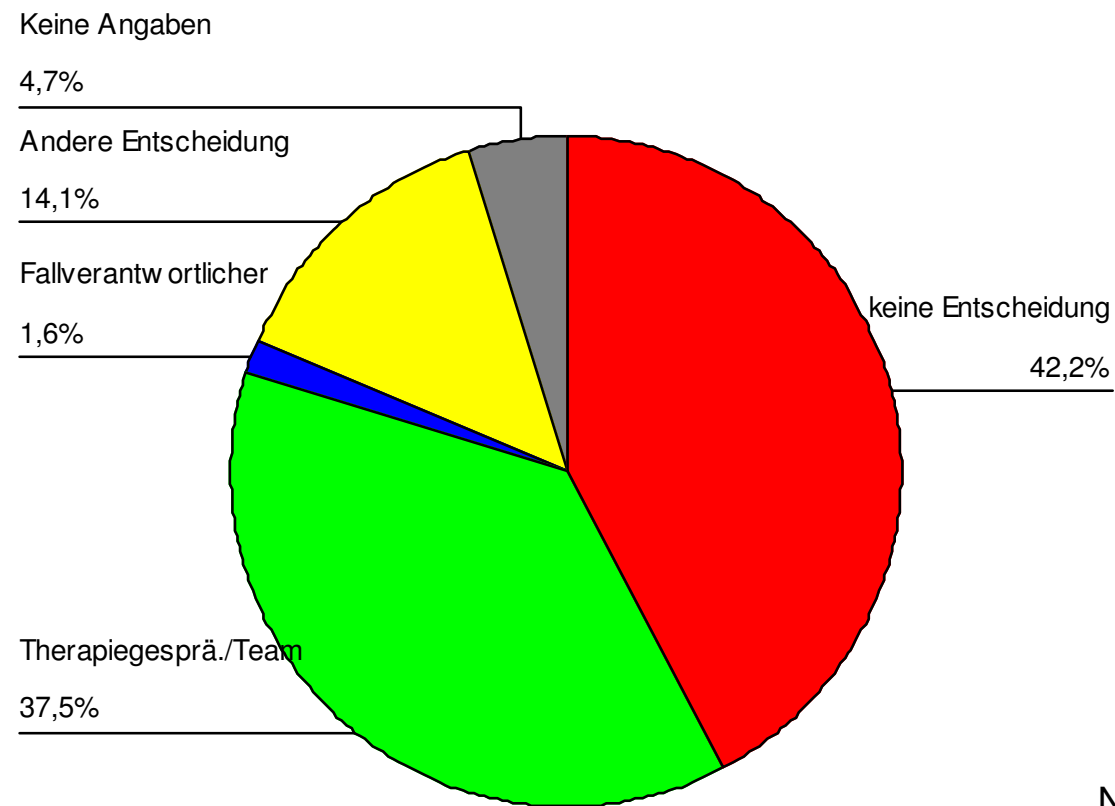
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit (nur Pflege)
Gültig	"Imagination als heilsame Kraft" nach L. Reddemann	2	1,6	2,0
	PEGASUS-nach G. Wienberg	6	4,7	
	eigenes Entwicklungskonzept	11	8,6	9,0
	"GSK"- nach R. Hinsch und U.Pfingsten	3	2,3	
	nach Auf meinen Spuren - Gudjons/ Pieper/ Wagener	1	,8	1,0
	"Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT)"- nach M.M.Linehan	3	2,3	
	"PEGPAK" nach T. Wessel und H. Westermann	3	2,3	1,0
	"Beiträge zur Euthyme Therapie" nach R. Lutz	3	2,3	3,0
	Gruppen Manual "Gruppenarbeit" nach Fr. Plainiger-Hoffmann	1	,8	1,0
	Gesamt	33	25,8	17,0
Fehlend	System	95	74,2	43,00
Gesamt		128	100,0	60,00



## Transparenz von Gruppen



Wo wird hauptsächlich entschieden, ob der Patient an der Gruppe teilnimmt?



N=128

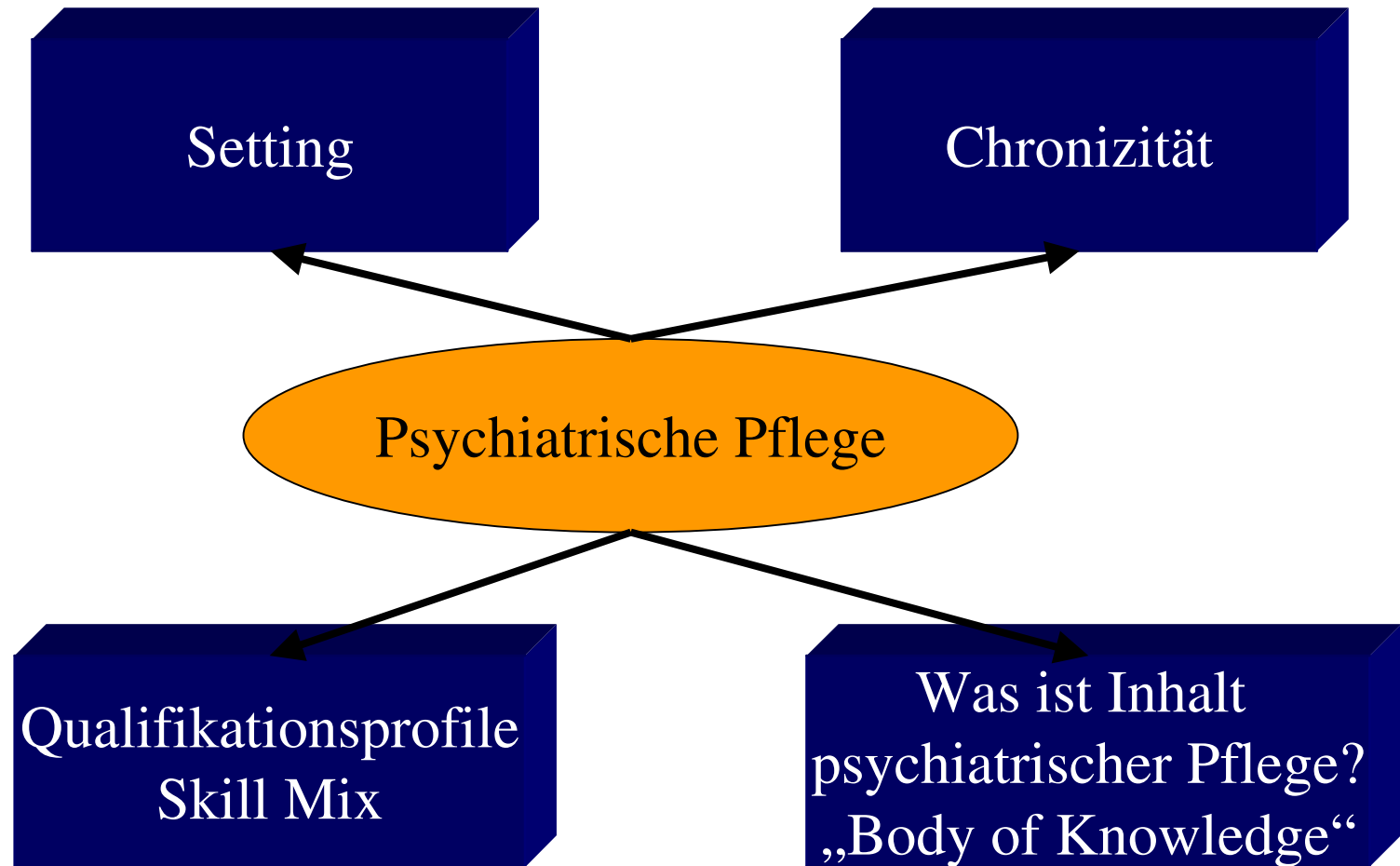
## Diskussion

- Methodische Schwächen:
  - Nur ein Haus in die Untersuchung einbezogen
  - Vertrauen darauf, dass die Antworten stimmen
- Die Daten stellen eine Basiserhebung dar, auf deren Hintergrund konzeptionelle Richtungsentscheidungen getroffen werden können
  - stationsübergreifend versus stationsbezogen
  - quantitativ versus qualitativ.

## Was kann man aus den Ergebnissen schließen?

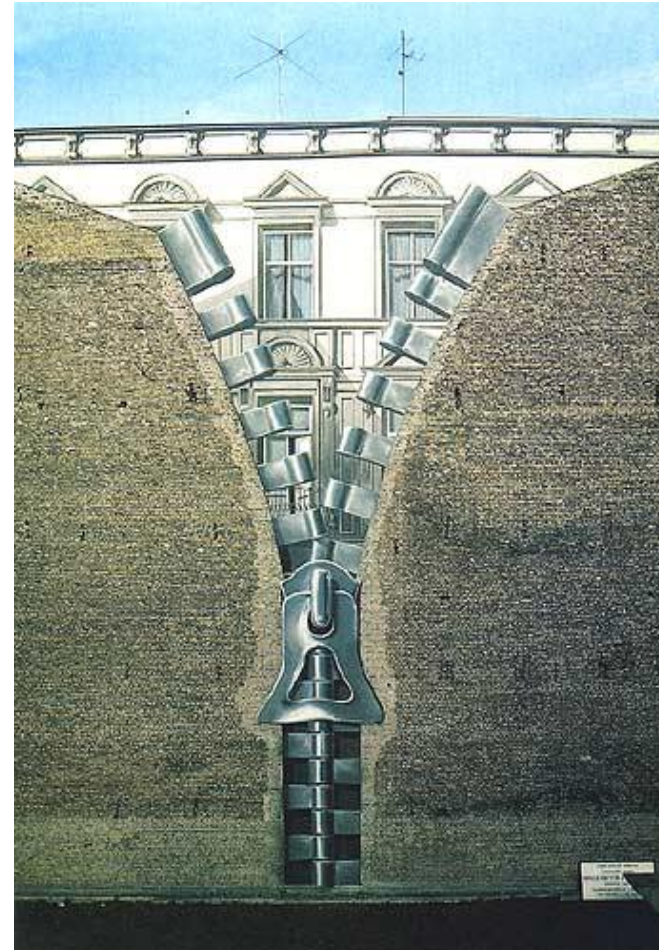
- Die Pflege stellt mit 34,4% Anteilnahme an Gruppen eine wesentliche Säule in der therapeutischen Gruppenbehandlung dar.
- Auffällig ist der geringe bis kaum vorhandene Anteil (70,2%) an manualisierten Gruppen und standardisierten Evaluationsinstrumenten.
- Der hohe quantitative Anteil an Gruppenangeboten beinhaltet nur zum Teil qualitativ hochwertige Gruppenangebote.
- Pflege findet sowohl alleine aber auch mit anderen Berufsgruppen ihren Platz in therapeutischen Gruppeninterventionen.
- Pflegegruppen finden im hohen Maße statt (80% findet >90%statt).

- Welche grundsätzlichen Überlegungen sind anzustellen?



## Qualifikationsprofile

- Skill Mix
  - Die Zusammensetzung der Berufsgruppen, die an der Leistungserbringung beteiligt sind
  - Der Mix an Qualifikationen innerhalb einer Disziplin
  - Die Qualifikationen, über die einzelne Mitarbeiter verfügen

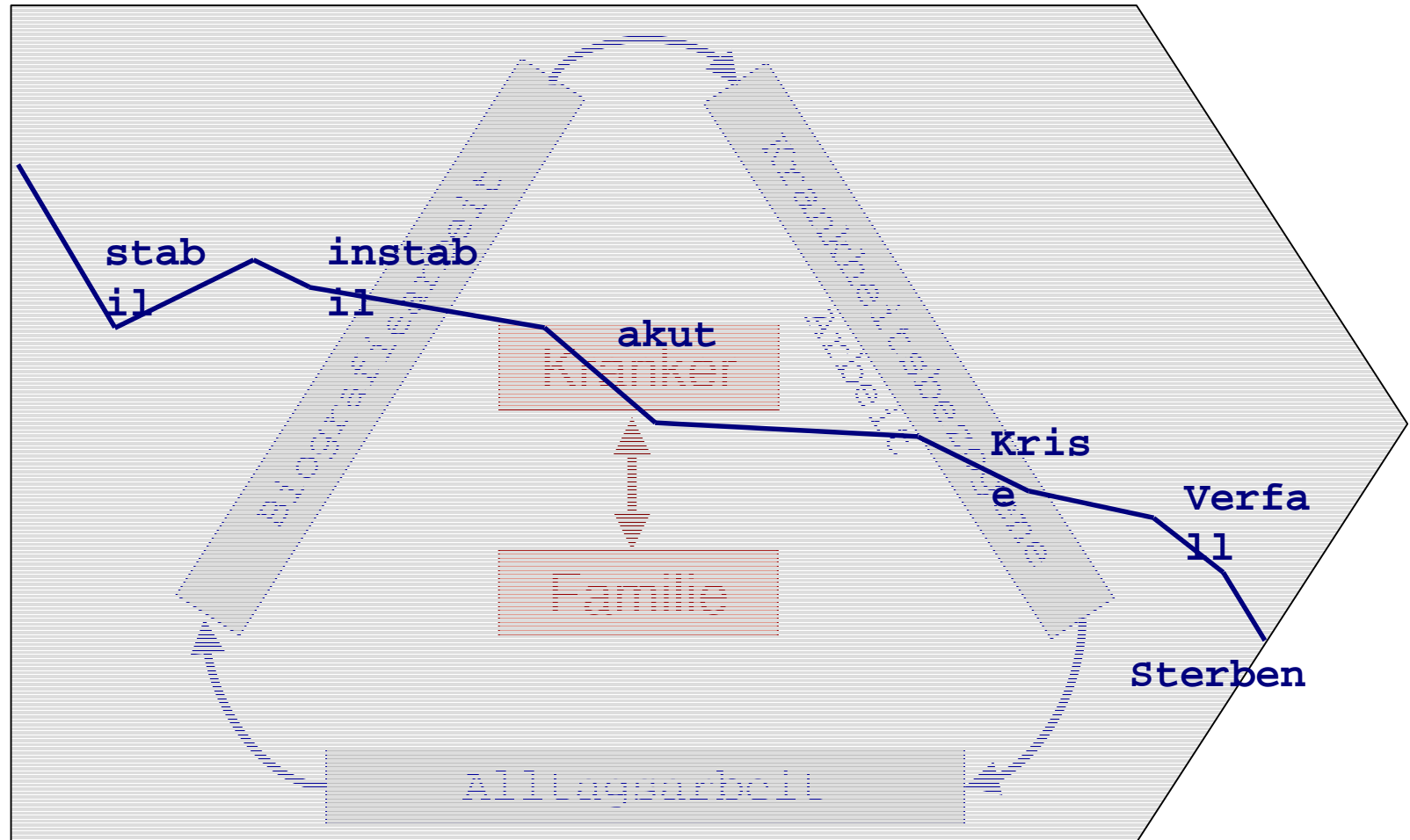


## Chronizität

- Partizipative Entscheidungsfindung gewinnt an Bedeutung
- Wienberg: „Vom Objekt zum Subjekt“
- Beispiel:
  - Trialog
  - Behandlungsvereinbarung



Vor der  
Krankheit  
s-  
verlaufs-  
kurve



Strauss/Corbin

Abbildung 2: Prozess der Krankheitsbewältigung

- „Von Pflegemitarbeitern wird mir häufig gesagt, dass die Beziehung zum Patienten, das Ringen um eine tragfähige Beziehung, den wesentlichsten Teil der Arbeit ausmacht.... Viele Psychiatrie-Erfahrene nehmen die Pflegenden anders wahr. Im Vordergrund stehen eher ihre ordnenden und kontrollierenden, weniger ihre Verhandlungs- und Unterstützungsfunktionen“.



Sybille Prinz, Psychiatrie-  
erfahrene, Buchautorin

## Zusammenfassung

- Professionalisierung
- Rahmenbedingungen
- Pflege macht schon viel
  - Quantität versus Qualität
- Annahme der Herausforderung trotz knapper Ressourcen
  - Was können wir weglassen?
- Chronizität und Nutzereinbeziehung

*Seit der letzten Gruppentherapie  
sind wir wahnsinnig locker und entspannt!*



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit





# **Hat's geholfen?**

Oder der Ruf nach  
Wirksamkeitsnachweisen  
(pflegersicher) Gruppen

- Ein Wissen, das nicht in die Zukunft reicht, ist kein Wissen.

Hans-Peter Dürr (\*1929), dt. Physiker, 1987 Alternat. Nobelpr.



## **Gewandeltes Verhältnis von Theorie und Praxis seit Descartes (17. Jhrh.)**

- Eintritt ins Zeitalter der Wissenschaft
- Ideal der Gewissheit wird zum Maßstab der Erkenntnis
- Isolierung von Kausalbeziehungen und damit unvermeidliche Partikularität der wissenschaftlichen Kompetenz
- Das Experiment als Methode

- Therapie ist nur verantwortbar, wenn Wirksamkeitsnachweise vorliegen

- Who defines what evidence is?

## Gesetzliche Verankerung von Wissenschaftlichkeit

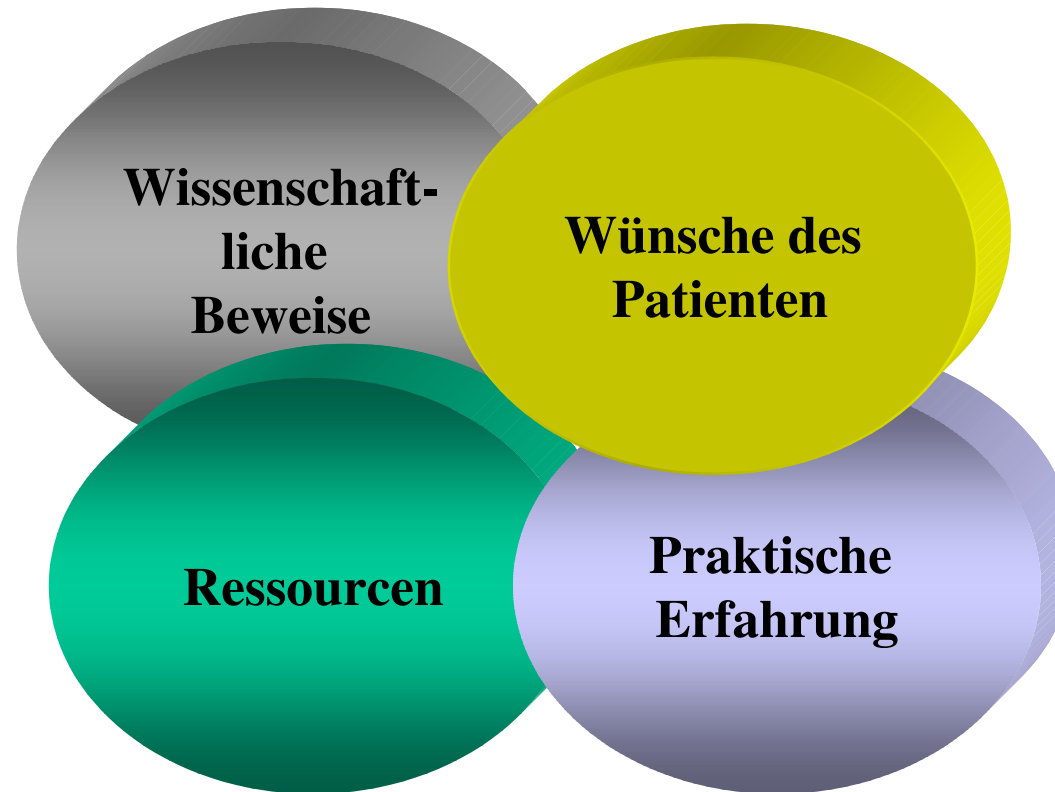
### **SGB 5 § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen **dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen** und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

## **WHO (2003): ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES – Evidence for action**

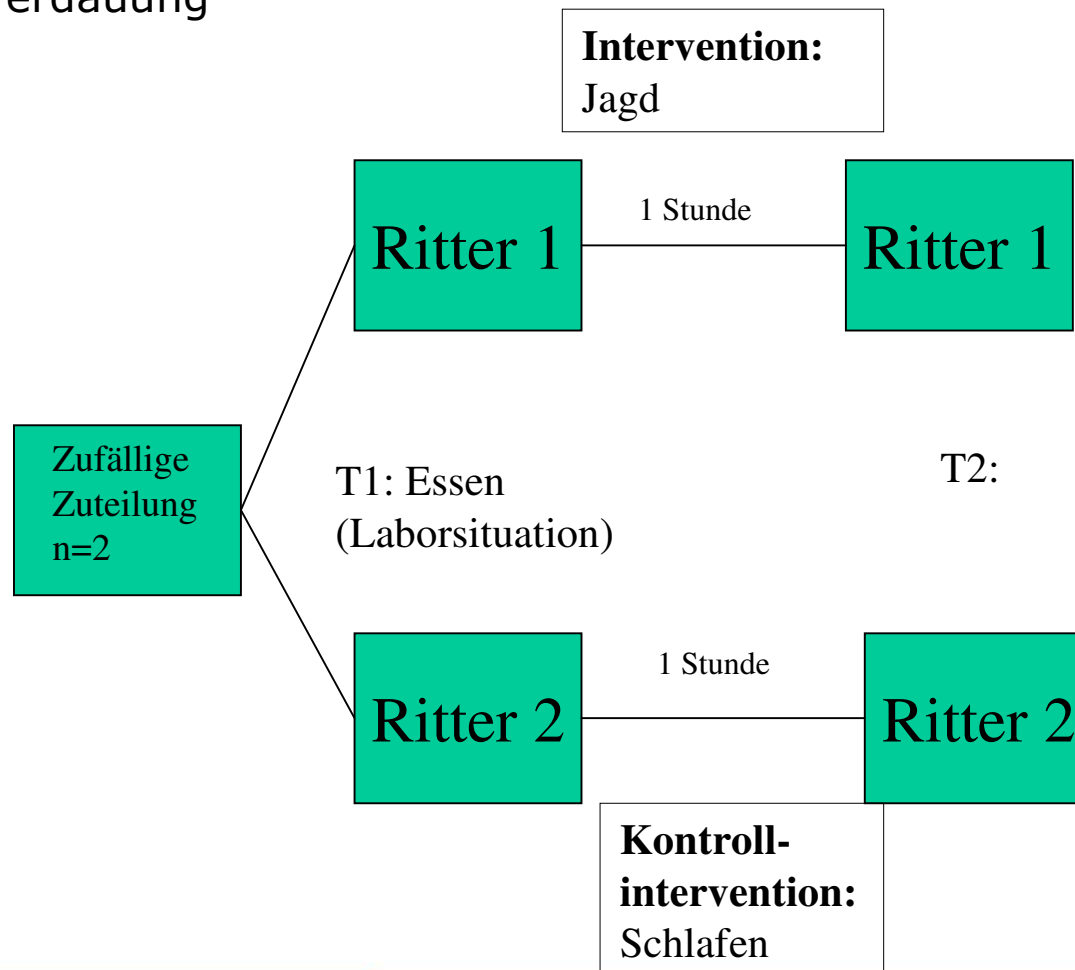
**„Gelingt es, die Wirksamkeit von Interventionen zur Adherence zu erhöhen, wird dies einen größeren Einfluss auf die Gesundheit der Menschheit haben als die Entwicklung neuer Medikamente“**

## Bausteine der klinischen Entscheidungsfindung

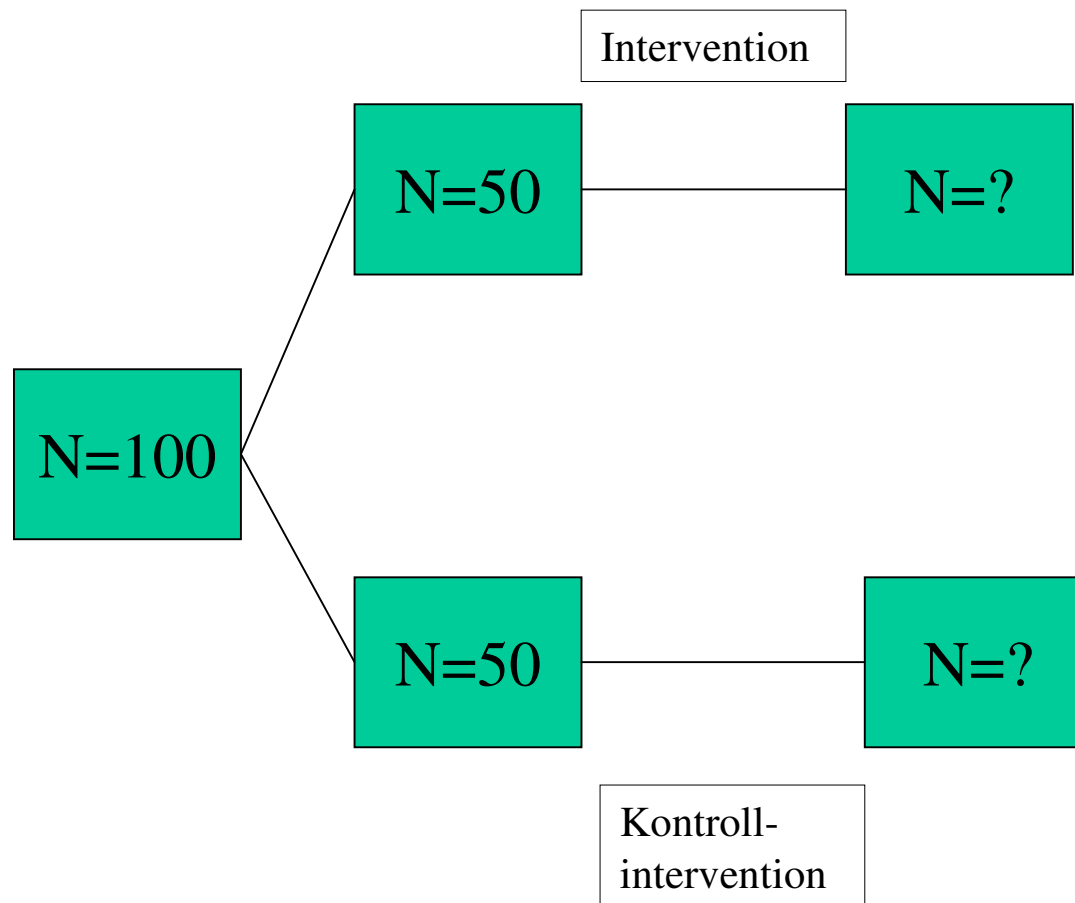


## Randomisiert – kontrollierte Studien (RCT)

- Friedrich II. (1192-1250) und sein Interesse für die Vorgänge bei der Verdauung



- Randomisiert – kontrollierte Studien





## **Evidenzbasierte Psychiatrie und Psychotherapie**

### **Cochrane Klassifikation**

#### **Grad I**

- a) Metaanalyse randomisierter kontrollierter Studien (RCT)**
- b) Mindestens ein ausreichend großer, hochwertiger RCT**

#### **Grad II**

- a) Mindestens eine hochwertige kontrollierte Studie ohne Randomisierung**
- b) Mindestens hochwertige quasi-experimentelle Studie anderen Typs**

#### **Grad III**

**Mehr als eine hochwertige nicht-experimentelle Studie**

#### **Grad IV**

**Meinungen von Expertenkommissionen, Konsensuskonferenzen, anerkannten Autoritäten; beschreibende Studien**

*Ende des 19. Jahrhunderts:*

Das **traditionelle Krankheitskonzept** der Schizophrenie ist als Grundlage für psychoedukative Formen der Zusammenarbeit ungeeignet:

- ▷ rein biologisch bedingt, “endogen”
  - ▷ unverstehbar, uneinfühlbar
  - ▷ Verlauf endogen determiniert
  - ▷ unheilbar
  - ▷ Patient Objekt
- ⇒ für Betroffene mystifizierend, stigmatisierend, kränkend

*Ende des 20. Jahrhunderts:*

Bedingung für die Entwicklung und Verbreitung von Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen war die Ablösung des traditionellen Krankheitskonzepts durch ein neues Paradigma:  
das **Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell**

- ▷ Vulnerabilität biologisch + psychosozial bedingt, externe Auslöser häufig
  - ▷ Psychose (auch) als Selbsthilfeversuch verstehbar
  - ▷ Verlauf vielfältig
  - ▷ Ausgang überwiegend günstig
  - ▷ Patient aktives Subjekt
- ⇒ für Betroffene nachvollziehbar, akzeptabel, entlastend

**Psychoedukation ist Therapie** und insofern nur verantwortbar, wenn geeignete Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Dies ist der Fall, und zwar sowohl bezüglich eher "weicher" Kriterien (wie z.B. Krankheits- und behandlungsbezogenes Wissen und Einstellungen, Bewertung der Gruppenarbeit) als auch bezüglich "harter" Kriterien (wie Rückfall- und Rehospitalisierungshäufigkeit; vgl. WIENBERG und SIBUM 1997, PITSCHEL-WALZ & ENGEL 1997, HORNUNG et al. 1999, BASAN et al. 2000). Dabei erwiesen sich die Varianten unter Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen generell deutlich wirksamer, als die unifokale Arbeit mit Betroffenen oder Angehörigen. Eine Befragung von Moderatorinnen hat darüber hinaus ergeben, dass auch diese über erhebliche Lernerfolge durch die Teilnahme an der Gruppenarbeit berichten (WIENBERG 1998).

## Das Credo der Psychoedukation

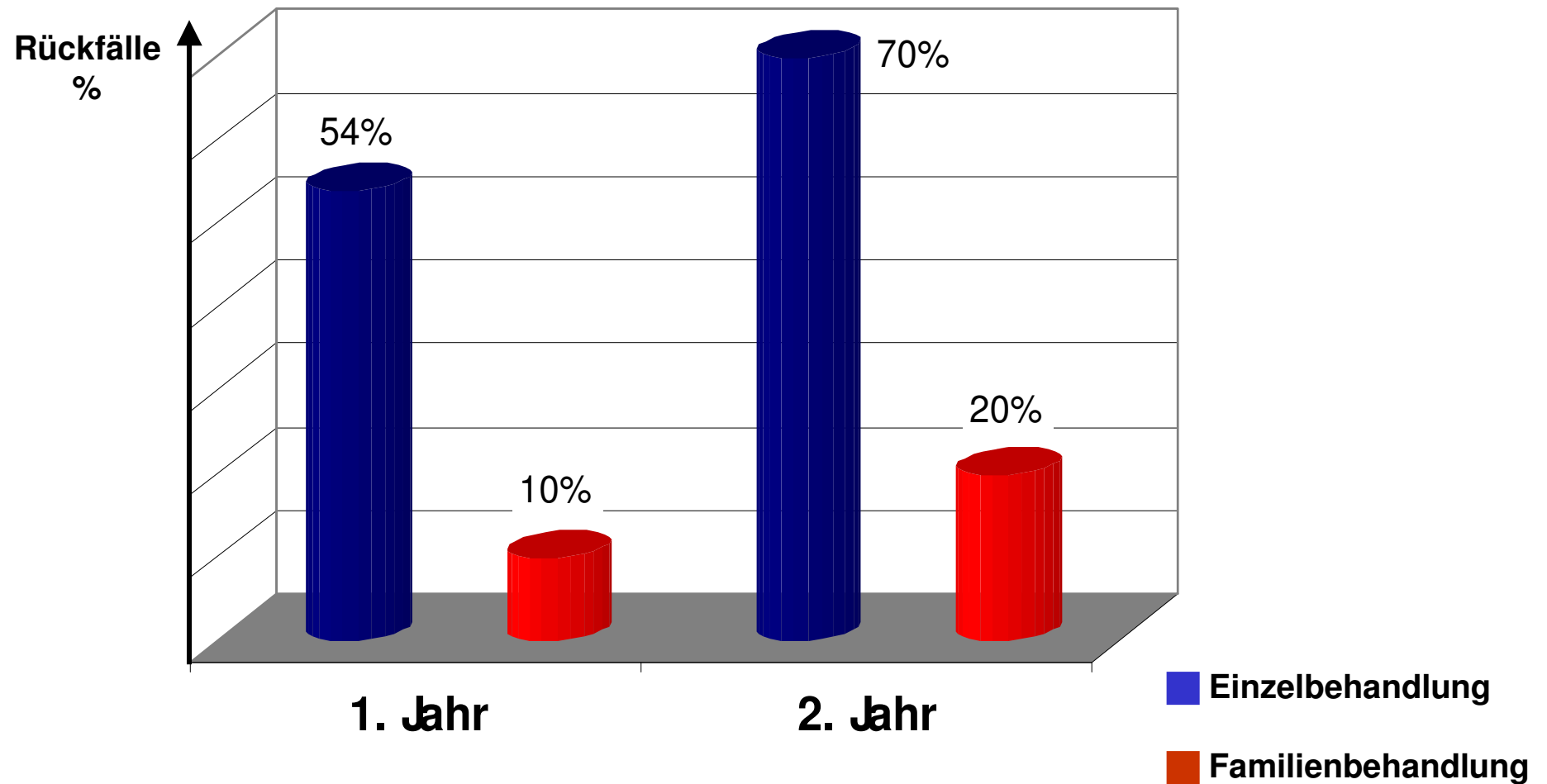
» Kurz zusammengefasst: Eine moderne (...) Psychotherapie zielt darauf ab, die betroffenen Menschen wie die Personen ihrer Bezugsgruppe zu (...) **Experten** der jeweiligen psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung zu machen.

Das geht nur, wenn die Therapeuten ihr Expertenwissen mit den Betroffenen **maximal** teilen.

Das geht weiter natürlich nur, wenn (...) **Therapeuten selbst** ausgewiesene Experten psychischer Störungen, Krankheiten und Behinderungen sind!«

## Metaanalyse: Rückfallraten schizophrener Patienten Einzel- vs. Familienbehandlung

(aus: Hahlweg et al., 1995)



(Vergleich von Familienbetreuung und Einzelbehandlung [Hogarty et al. 1986; Falloon et al. 1984; Leff et al. 1982; Tarrier et al. 1988])

- ▶ **Wissenszuwachs über Erkrankung und Behandlung**
- ▶ **Bessere Compliance**
- ▶ **Weniger Rückfälle und stationäre Wiederaufnahmen**
- ▶ **Bessere Lebensqualität**
- ▶ **Höhere Behandlungszufriedenheit**
- ▶ **Normalisierung der »Expressed Emotions«**
- ▶ **Besserung der Symptomatik**
- ▶ **Kostensenkung**

Kissling & Pitschel-Walz 2004

»Zusammenfassend kann eine prinzipielle Wirksamkeit psychoedukativer Ansätze im Sinne der Verbesserung des Krankheitsverlaufs als gesichert gelten.«

AG Psychoedukation 2003

- Hohes Expertenwissen wird verlangt
  - Aber: welches ist das richtige Wissen?

# The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

VOLUME 368 NUMBER 13 SEPTEMBER 22, 2013

## Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia

Jeffrey A. Lieberman, M.D., T. Scott Stroup, M.D., M.P.H., Joseph P. McEvoy, M.D., Marvin S. Swartz, M.D., Robert A. Rosenheck, M.D., Diana O. Perkins, M.D., M.P.H., Richard S.E. Keefe, Ph.D., Sonia M. Davis, D.Phil., Clarence E. Davis, Ph.D., Barry D. Lebowitz, Ph.D., Joanne Sweeney, M.S., and John K. Haislo, M.D., for the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators\*

### ABSTRACT

#### BACKGROUND

The relative effectiveness of second-generation (atypical) antipsychotic drugs as compared with that of first-generation (typical) antipsychotic drugs has been incompletely defined, although certain agents are currently used far more commonly. We compared a first-generation antipsychotic, perphenazine, with an atypical (second-generation) antipsychotic in a double-blind study.

#### METHODS

A total of 1463 patients with a diagnosis of schizophrenia were recruited at 57 U.S. sites and randomly assigned to receive olanzapine (7.5 to 20 mg per day), perphenazine (8 to 32 mg per day), quetiapine (200 to 800 mg per day), or risperidone (1.5 to 6.0 mg per day) for up to 18 months. Ziprasidone (40 to 160 mg per day) was included after its approval by the Food and Drug Administration. The primary aim was to determine differences in the overall effectiveness of the active treatments.

#### RESULTS

Overall, 74 percent of patients discontinued the study medication before 18 months (1061 of the 1463 patients who received at least one dose). Sixty-eight of those assigned to olanzapine, 75 percent of those assigned to perphenazine, 83 percent of those assigned to quetiapine, 74 percent of those assigned to risperidone, and 79 percent of those assigned to ziprasidone. The time to the discontinuation of treatment for any cause was significantly longer in the olanzapine group than in the quetiapine ( $P<0.001$ ) or risperidone ( $P=0.002$ ) group, but not in the perphenazine ( $P=0.051$ ) or ziprasidone ( $P=0.038$ ) group. The times to discontinuation because of intolerable side effects were similar among the groups, but the rates differed ( $P=0.04$ ): olanzapine was associated with more discontinuation for weight gain or metabolic effects, and perphenazine was associated with more discontinuation for atypical side effects.

#### CONCLUSIONS

The majority of patients in each group discontinued their assigned treatment owing to inefficacy or intolerable side effects or for other reasons. Olanzapine was the most effective in terms of the rates of discontinuation, and the efficacy of the conventional antipsychotic agent perphenazine appeared similar to that of quetiapine, risperidone, and ziprasidone. Olanzapine was associated with greater weight gain and increases in measures of glucose and lipid metabolism.

Division of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York State Psychiatric Institute, New York (J.A.L.); the Department of Psychiatry, School of Medicine (I.S.S., D.O.P.) and the Department of Biostatistics, School of Public Health (J.P.M., C.E.D.), University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, N.C.; Research Triangle Park, N.C. (R.S.E.); the Department of Biological Psychiatry, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Md. (J.P.M.); the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham, N.C. (J.P.H., M.S.S., B.D.L.); the Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, Conn. (B.D.L.); and the Division of Biometrics and Biomarkers Research, National Institute of Mental Health, Bethesda, Md. (D.O.P., J.E.H.). Address correspondence to Dr. Lieberman at the Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York State Psychiatric Institute, 1200 Avenue Y, New York, NY 10032 (e-mail: jlieber@psych.columbia.edu).

\*The CATIE investigators are listed in the Appendix.

*N Engl J Med* 2013;368:1329-37.  
Copyright © 2013 Massachusetts Medical Society.



## Randomized Controlled Trial of the Effect on Quality of Life of Second- vs First-Generation Antipsychotic Drugs in Schizophrenia

Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CULASS 1)

Peter B. Jones, MD, PhD; Thomas R. E. Barnes, MD; Elin Ursula Dvorak, MA; Graham Dorey, PhD; Helen Lloyd, BA; Karen P. Rayburn, MSc; Stefan M. Harvey, MD; Elin Alison Macfarlane, BA; John W. Lewis, MD

**CONCLUSIONS:** Second-generation (atypical) antipsychotics (SGAs) are more expensive than first-generation (typical) antipsychotics (FGAs) but are associated with more efficacy, with less or similar efficacy and side-effect profiles. Thus, relative to SGAs, there is an overall profile of a program.

**OBJECTIVE:** To test the hypothesis that in people with schizophrenia requiring antipsychotic treatment, FGAs either alone or alongside an antidepressant with improved quality of life versus 1 year compared with SGAs.

**DESIGN:** A randomized, controlled, pragmatic, multi-site, multi-centre, controlled trial of antipsychotic drug classes with blind outcome assessors (12, 18, and 24 weeks using blinded raters) analysis.

**SETTING:** Primary care community psychiatric clinics in the English National Health Service.

**PARTICIPANTS:** Two hundred and eighty-two people aged 18 to 45 years with DSM-IV axis I schizophrenia and clinical diagnosis assessed for medication with historical or subjective response to previous therapy.

**INTERVENTIONS:** Randomized and parallel use of either SGA or FGA (either alone or alongside), with the choice of individual drug made by the managing psychiatrist.

**MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS:** Quality of life, efficacy, symptoms, adverse effects, psychiatric morbidity, and cost of care.

**RESULTS:** The primary hypothesis of a program improvement in Quality of Life, Efficacy, and symptoms during the parallel assessment of SGAs vs FGAs was not met. Post-treatment SGA use was associated with improved psychiatric morbidity in Quality of Life, efficacy, and symptoms. Post-treatment response to drug problems related to drug groups were more similar.

**CONCLUSIONS:** In people with schizophrenia requiring antipsychotic treatment, there is no clear advantage versus 1 year in terms of quality of life, symptoms, or cost of care of either SGA or FGA when used alongside an antidepressant. Medication history, previous use patterns of drug administration, and cost of care are not factors of drug administration considered in the study.

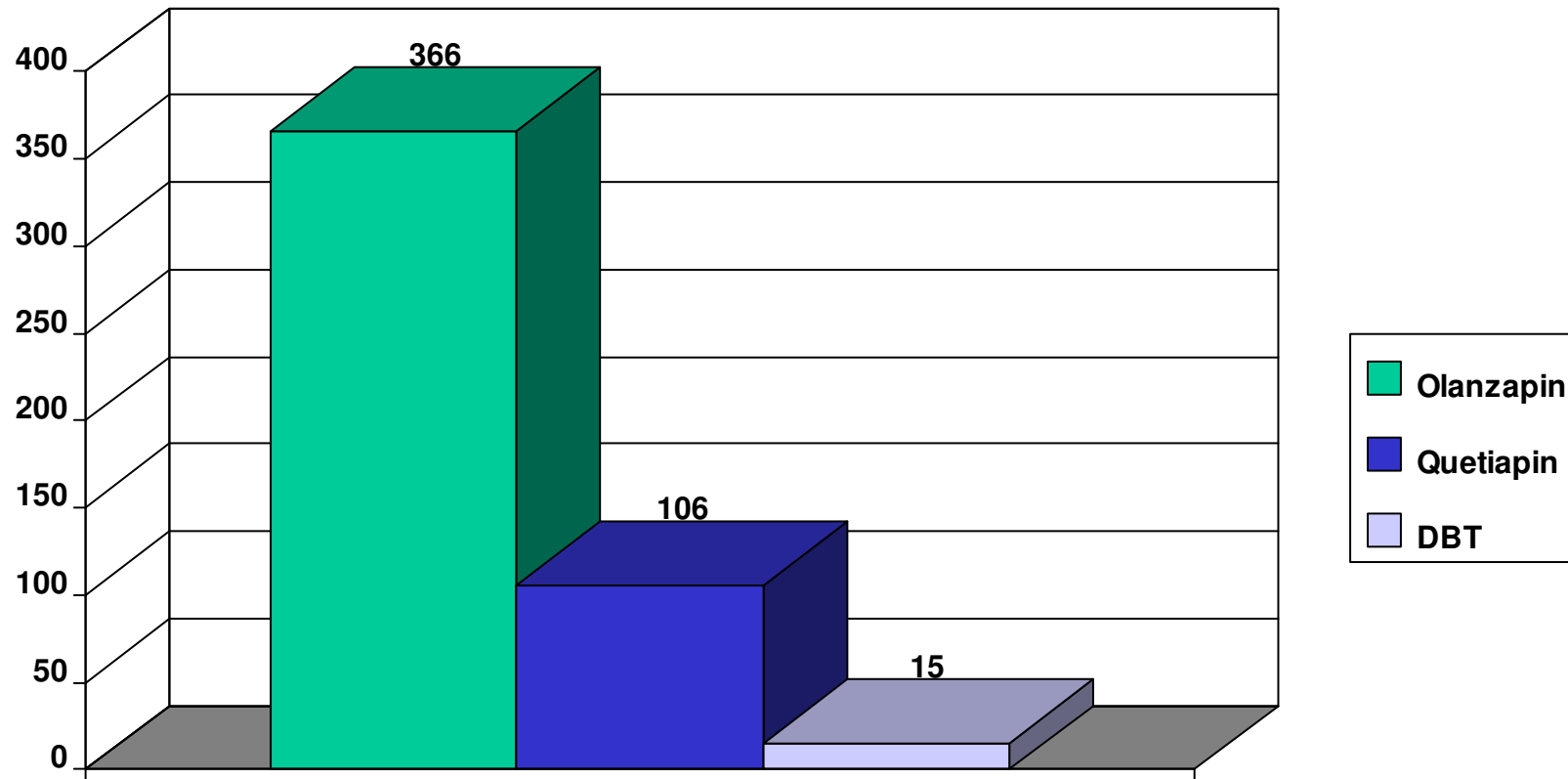
Arch Gen Psychiatry. 2005;62:1077-1087

## Evidenzbasiert – immer das Beste?

- **Vorteile**
  - a) **Härtteste Prüfung der Effekte**
  - b) **Methodentransparenz**
  - c) **Geringere Anfälligkeit für Interessenskonflikte**
  - d) **Geringere Anfälligkeit für persönliche Vorlieben**
  
- **Nachteile und Einschränkungen**
  - a) **Nur ein geringer Teil des Weltwissens**
  - b) **Evidenz ersetzt nicht die Prüfung im Einzelfall**
  - c) **Evidenz ersetzt nicht das Können**
  - d) **Drittmittelabhängigkeit: was nicht gefördert wird, kommt auch nicht in Metaanalysen**

## Was meint Adherence?

- "**Adherence**" beinhaltet eine aktive Rolle des Patienten und den Prozess, der zu einem durchdachten Verhalten führt: die Interaktionen zwischen den Beteiligten, die Berücksichtigung des Wissensstandes, der Überzeugungen und der Entscheidung sowie ein danach ausgerichtetes Handeln.



Anzahl RCT's 19.03.2007 in Medline

## Weitere Beispiele

- Akupunktur im Rahmen der Entzugsbehandlung

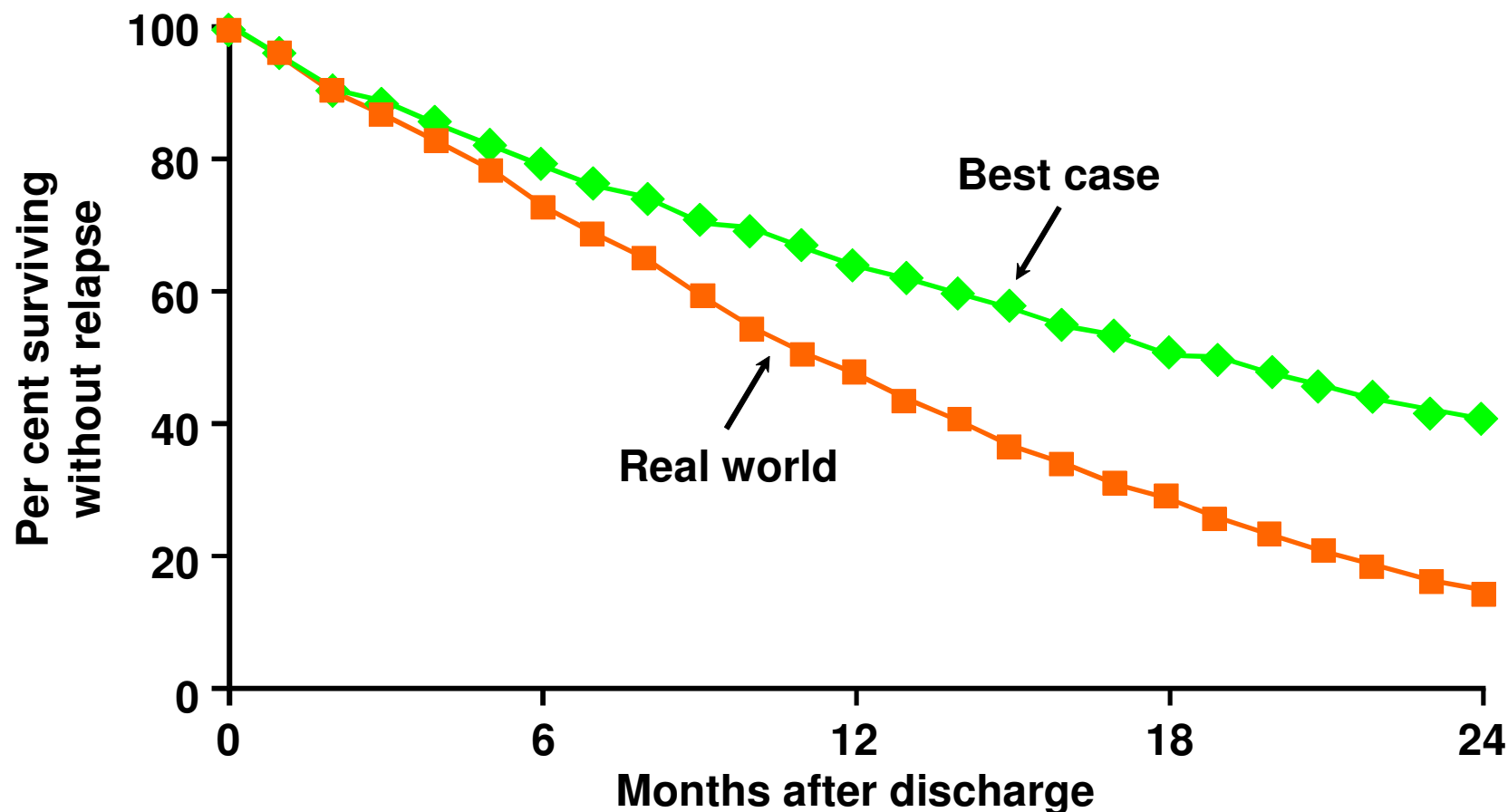
**Daraus ergeben sich für die psychiatrische Pflege Fragen, so zum Beispiel**

- Welchen Therapiebegriff legen wir zugrunde?
- Wie entwickeln sich die Schnittmengen zu anderen Professionen?
- Wie differenzieren wir innerhalb unserer Berufsgruppe Qualifikationen und Hierarchien?
- Welche Aufgaben haben Leitungen zukünftig zu erfüllen?

## **WHO (2003): ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES – Evidence for action**

**„Gelingt es, die Wirksamkeit von Interventionen zur Adherence zu erhöhen, wird dies einen größeren Einfluss auf die Gesundheit der Menschheit haben als die Entwicklung neuer Medikamente“**

# Schizophrenia relapse rates of multi-episode neuroleptic-responsive patients

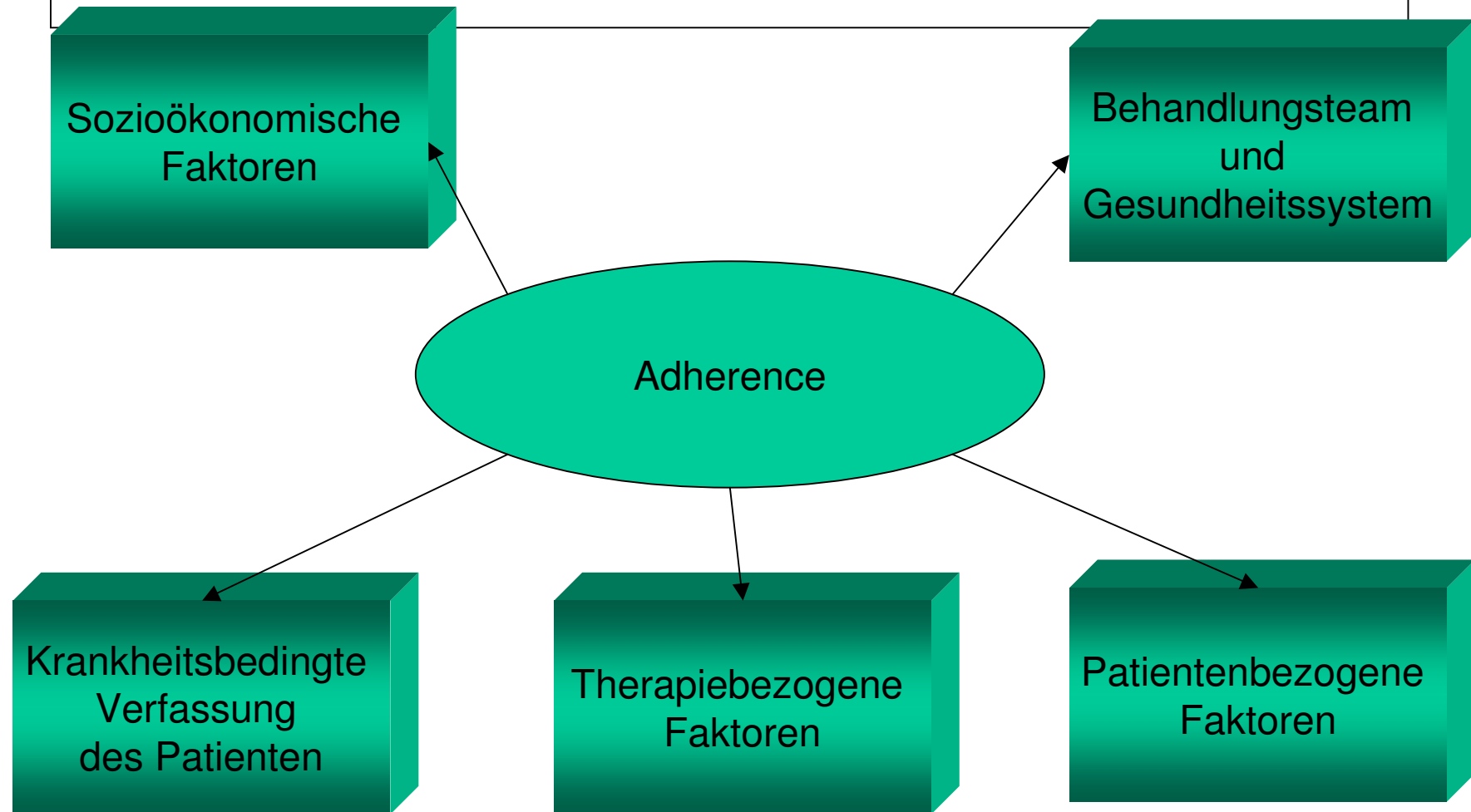


Assumes constant optimal neuroleptic dose relapse rate of 3.5% per month, constant medication non-compliance rate of 7.6% per month, and constant medication non-compliance relapse rate of 11% per month

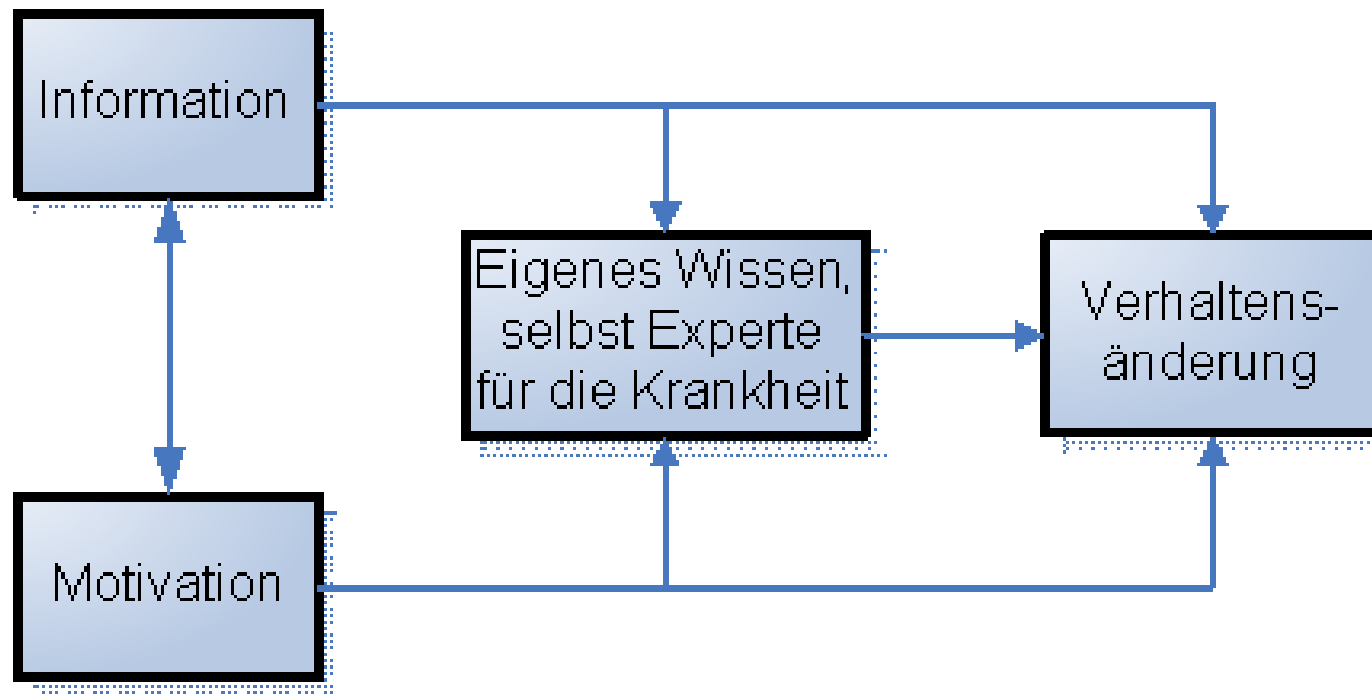




## Was beeinflusst Adherence? Die fünf Dimensionen der WHO



## Wie entsteht Verhaltensänderung?



# **Die Welt kann verändert werden. Zukunft ist kein Schicksal.**

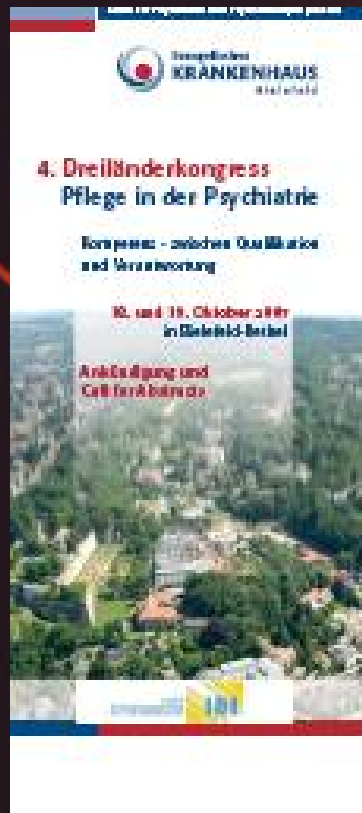
**Robert Jungk (1913-94), östr. Schriftsteller u.  
Zukunftsforscher**

## Zusammenfassung

- Meßbarkeit gewinnt zunehmend an Bedeutung
- Interaktionsintensive Leistungen lassen sich nur schwer nachweisen
- Diskursfähigkeit ist wichtig
- Management braucht eine klare Positionierung
- Verantwortungsübernahme

18. Und 19. Oktober Bielefeld

4. Dreiländerkongress: Pflege in der Psychiatrie  
**Kompetenz zwischen Qualifikation und Verantwortung**



*Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!*