

„Recovery“ bei psychischen Erkrankungen Das Ende der Unheilbarkeit: eine Lebenshaltung

Psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahren medial an Beachtung gewonnen. Insofern wurde die Wahrnehmung von psychischen Krisen und möglichen langwierigen Verläufen geschärft. Die Inklusion von Personen mit psychischen Erkrankungen gestaltet sich dennoch oft schwierig. Hinter dem Begriff „Recovery“ verbirgt sich ein multiperspektivisches Konzept, das die Erfahrungen und Ressourcen von Betroffenen sowohl für die Krankheitsbewältigung als auch für die öffentliche Krankheitsaufklärung nutzbar machen will, um nicht nur zwischen Heilung und Unheilbarkeit zu verharren, sondern die Bewältigung des Leben mit Krankheit im Zentrum hat.

Eine rezente Veröffentlichung im „British Journal of Psychiatry“ berichtete zu den Interview-Ergebnissen von 3.600 Personen hinsichtlich ihrer Einstellungen zu den Krankheitsbildern Schizophrenie, Depression und Alkoholkrankheit. Positive Erwähnung findet die Zunahme an allgemeinem Wissen über psychische Krankheiten und den psychopharmakologischen sowie psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten. Verglichen mit früheren Untersuchungen zeichnen die Ergebnisse jedoch insgesamt ein unbefriedigendes Bild. Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung wird durch die öffentliche Darstellung eines rein biologischen Krankheitsverständnisses verstärkt. Begründet wird dies durch eine angenommene, vermeintliche „Andersartigkeit“ dieser Menschen.

Solche Ergebnisse zeigen wiederholt die Notwendigkeit für Psychiatrieerfahrene, involvierte Gesundheitsprofessionen und an der Nachhaltigkeit von Genesungsprozessen Forschende, an der Krankheitsbewältigung und der Selbstbestimmung zu arbeiten. Gemäß den AutorInnen der zuvor zitierten Studie brauchen wir „ein differenzierteres, lebendigeres Bild von Men-

schen mit psychischen Krankheiten. Psychisch kranke Menschen dürfen nicht auf eine Fehlfunktion im Gehirn reduziert werden.“ Diesem Appell folgend stellt sich die „Recovery-Bewegung“, die sich in den frühen 1990er Jahren in den USA formierte, ausgrenzenden Tendenzen von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen entgegen.

„Recovery“ umfasst ein gesundheits- und gesellschaftspolitisches Konzept, das neben einem ressourcenorientierten Ansatz auch die Selbstbestimmung („Empowerment“) von psychisch erkrankten Personen betont. In entsprechenden Behandlungssettings (wie z. B. in Tageskliniken) zeigt sich die „Recovery“-Orientierung etwa daran, dass durch Fokussierung auf Stärken und Ressourcen der PatientInnen und Motivation zu Aktivität und Reflexion deren Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit und Selbstwert gefördert werden. Selbst bei bereits über längere Zeit anhaltenden Beschwerden und Beeinträchtigungen sowie schwierigen Krankheitsverläufen besteht die Möglichkeit positiver Entwicklungen. Dabei geht es keineswegs um die Wiederherstellung eines prämorbidem Zustands, sondern vielmehr um das Akzeptieren von Einschränkungen, die mit psychischen Erkrankungen einhergehen können bzw. die Integration von Krankheitserfahrungen in die Lebensgeschichte. Insofern kann „Recovery“ auch als eine Herausforderung bezeichnet werden, die sich zu einer entsprechenden inneren Haltung formiert, oder wie es Michaela Amering und Margit Schmolke in ihrem Buch „Recovery“ treffend benennen: „Recovery ist ein Lebensstil.“ Die schrittweise Verinnerlichung eines solchen Stils bedarf es sowohl auf Seiten betroffener Menschen als auch bei ÄrztInnen, TherapeutInnen. Um einen „Recovery-Prozess“ einleiten zu können, bedarf es demnach der Erarbeitung einer partnerschaftlichen Basis, der Akzeptanz von PatientInnenvereinbarungen, des achtsamen Umgangs mit individuellen Coping-Strategien etc.

Insgesamt zielt eine Recovery-Orientierung immer auch auf eine Stigma-Resistenz ab. Die Stärkung der inneren Widerstandsfähigkeit gegenüber Stigma soll Einzelne befähigen, trotz psychischer Probleme ein gutes und erfülltes Leben zu leben. Schließlich trägt die „Recovery-Bewegung“ auch zur Sichtbarkeit von Betroffenen in psychiatrischen Einrichtungen, in Forschung und Lehre und in der Gesundheitspolitik bei und ermöglicht Begegnungen auf Augenhöhe.

Dr. phil. Roman Winkler, MSc, Wissenschaftler am LBI-HTA
Assoc. Prof.ⁱⁿ Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Ingrid Sibitz,
Univ. Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie, AKH-Wien

Angermeyer, M. et al.: Attitudes about psychiatric treatment have improved over the last two decades, attitudes towards mentally ill people not. Brit J Psychiatry, in press.

Amering, M., Schmolke, M. (2012, 5. Auflage): Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit, Bonn: Psychiatrie Verlag.

✦ Inhalt

Horizon Scanning in der Onkologie	2
Qualitätsindikatoren	3
Yoga	3
Stationäre psychiatrische Rehabilitation	4
Impressum	4



Horizon Scanning in der Onkologie

Priorisierung onkologischer Wirkstoffe

Im Rahmen des Projekts „Horizon Scanning in Oncology“ werden 9 Datenbanken regelmäßig gescannt, um neue Krebsmedikamente zu identifizieren. Vierteljährlich werden diese Wirkstoffe nach gewissen Kriterien (in den meisten Fällen Verfügbarkeit von Phase III Ergebnissen) zunächst gefiltert und dann von einem Expertengremium bestehend aus OnkologInnen und PharmazeutInnen priorisiert. Ziel ist es, jene Medikamente zu identifizieren, für die substantielle finanzielle und/oder klinische Auswirkungen erwartet werden können.

Die 18. Priorisierung wurde im März 2014 durchgeführt. Von insgesamt 192 identifizierten onkologischen Medikamenten wurden 12 gefiltert und von dem Expertengremium hinsichtlich der folgenden Kriterien priorisiert:

- ✳ Verfügbarkeit einer anderen Therapie/ neue Therapie
- ✳ Medikament als Ersatz/Add-on
- ✳ signifikanter Gesundheitsnutzen für PatientInnen
- ✳ signifikante finanzielle Auswirkungen
- ✳ Risiko einer unangebrachten Verwendung des Medikaments.

Für jedes Medikament wurde darüber hinaus eine Gesamteinschätzung (hochrelevant – relevant – nicht relevant) vergeben. Die Wirkstoffe sowie die Ergebnisse der Priorisierung sind in folgender Aufstellung überblicksmäßig dargestellt.

Highly relevant:

1. Bevacizumab (Avastin®) as maintenance therapy for patients with advanced colorectal carcinoma

2. Obinutuzumab afutuzumab (Gazyva®) as first line therapy for chronic lymphocytic leukaemia

3. Ibrutinib (Imbruvica®) in patients with relapsed or refractory mantle cell lymphoma

4. Idelalisib (GS-1101) for relapsed chronic lymphocytic leukaemia

5. Cabozantinib (Cometriq®) in patients with unresectable, locally advanced or metastatic medullary thyroid cancer (MTC)

6. Erlotinib (Tarceva®) for the first-line therapy of stage IIIB/IV non-small-cell lung cancer

7. Nintedanib (Vargatef®) for the second-line therapy of advanced or recurrent non-small-cell lung cancer

Relevant:

8. Bevacizumab (Avastin®) for the maintenance therapy of advanced non-small-cell lung cancer

9. Axitinib (Inlyta®) for the first-line treatment of metastatic renal cell cancer

10. Sorafenib (Nexavar®) in patients with advanced/metastatic thyroid cancer refractory to radioactive iodine treatment

11. Ramucirumab (IMC-1121B) in patients with metastatic gastric adenocarcinoma, refractory to or progressive after first-line therapy with platinum and fluoropyrimidine

Not relevant:

12. Docetaxel (Taxotere®, Docefim) for the second-line therapy of patients with relapsed oesophago-gastric adenocarcinoma.

Bislang wurden die Priorisierungsergebnisse nur als Hintergrundinformation für die Auswahl der Assessments verwendet. Ab nun sollen auch diese Informationen als Unterlagen für etwa Arzneimittelkommissionen öffentlich zugänglich sein.
AN, JB

LBI-HTA/Ö 2014: Priorisierungsergebnisse.
http://eprints.hta.lbg.ac.at/1026/3/HSO_18th_Prioritisation.pdf

Termine



✳ 15. – 18. Juni 2014

HTAi 11. Annual meeting –
„Optimizing patient-centered care in an era of economic uncertainty”
Washington DC/USA
<http://www.htai2014.org/>

✳ 24. – 26. Juni 2014

EHMA 2014 Annual conference –
„Leadership in healthcare: from bedside to board”
Birmingham/UK
<http://www.ehma.org/>

✳ 20. – 23. August 2014

11th G-I-N Conference: „Creation and Innovation: Guidelines in the Digital Age”
Melbourne/Australien
<http://www.g-i-n.net/conference/11th-conference>

✳ 15. – 17. September 2014

„2nd Preventing Overdiagnosis Conference”
Oxford/UK
<http://www.preventingoverdiagnosis.net/>

✳ 15. – 20. September 2014

Primary Health Care Summer School –
„Quality and Performance”
Graz/Österreich
<http://www.medunigraz.at/PrimaryHealthCareSummerschool2014>

✳ 17. September 2014

„Meta-Analysen für Nicht-StatistikerInnen”
Krems an der Donau/Österreich
<http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/meta-analysen-fuer-nicht-statistiker/index.php>

✳ 17. – 19. September 2014

„Health Literacy als Basis-Kompetenz in (der) Gesundheitsgesellschaft”
Villach/Österreich
<http://www.fh-kaernten.at/healthliteracy2014>



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Qualitätsindikatoren

in der Onkologie

Im Rahmen der Aktivitäten zum Deutschen Nationalen Krebsplan wurde begonnen, auch an der Entwicklung von Indikatoren zur Messung der Qualität onkologischer Versorgung zu arbeiten. Als erster Schritt wurde im Kontext des Leitlinienprogramms Onkologie ein Methodenpapier vorgestellt. Ein österreichischer LBI-HTA Bericht von 2013 befasste sich mit demselben Thema, aber unterschiedlicher Herangehensweise.

Das Methodenpapier von Leitlinien-basierten Qualitätsindikatoren/QI wurde im November 2013 als gemeinsames Dokument der Deutschen Krebsgesellschaft/DKG, der Deutschen Krebshilfe/DKH und der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften/AWMF herausgegeben. Es richtet sich an Initiatoren von Qualitätsinitiativen und gibt – in Anlehnung an die Methodik zu Versorgungsleitlinien und orientiert am Bewertungsinstrument QUALIFY – die methodische Vorgehensweise in der Erarbeitung von messbaren und veränderungs-sensitiven Indikatoren vor. Das Dokument beschreibt die Arbeitsschritte von der Besetzung des Gremiums der QI-Entwickler, zum Erstellen von primären QI-Listen basierend auf nationalen Leitlinienempfehlungen und internationalen Qualitätsindikatoren sowie von – wenn vorhanden – bereits publizierten Ergebnissen. Nach der Erarbeitung von indikationsspezifischen QI folgt die Pilotierung und Validierung.

Das LBI-HTA befasste sich dagegen nicht mit methodischen Fragen der Erarbeitung, sondern mit einer Synthese aus bereits veröffentlichten generischen (d. h. nicht indikationsspezifischen) internationalen Indikatoren zur Messung der Qualität der onkologischen Versorgung. Es konnten 16 Institutionen identifiziert werden. Die dort am häufigsten genannten Qualitätsindikatoren waren solche zu Fragen am Lebensende (systemische Therapie oder palliative Interventionen, Tod im Akut-Setting etc.)

und mit supportiven Maßnahmen gegen Schmerz, Depressionen etc. CW

AWMF/DE 2013: Entwicklung von Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie. http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/QIEP_OL_2013.pdf.

LBI-HTA/Ö 2012: Generic indicators for process quality in oncological care: A compendium. http://eprints.hta.lbg.ac.at/946/1/HTA-Projektbericht_Nr.049b.pdf.

BQS/DE 2007: QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. <http://bqs-institut.de/images/stories/doc/106-qualify-down.pdf>.

Yoga

bei diversen Indikationen

Yoga, das seine Wurzeln in der indischen Philosophie hat, wird in der westlichen Welt in den letzten Jahren vermehrt herangezogen, um krankheitsbedingten Nebenwirkungen vorzubeugen oder um diese zu lindern. In 5 systematischen Übersichtsarbeiten wurde untersucht, ob Yoga wirksam ist und welche Nebenwirkungen durch die Ausübung auftreten können.

Auf Basis von 4 Übersichtsarbeiten kann Yoga bei Arthritis, Angstzuständen, Herz-erkrankungen und Schmerzen im unteren Bereich des Rückens als zusätzliche Therapiemöglichkeit angedacht werden. Diese Empfehlung muss jedoch durch vielfach unkontrollierte Studiendesigns und kleine Stichprobengrößen eingeschränkt werden. Potentielle Nebenwirkungen, die mit der Ausübung von Yoga einhergehen können, sind meist Muskel- und Skelettverletzungen oder Verletzungen des Nervensystems. Bei der Ausübung von Bikram Yoga (Übungen bei 40 Grad Raumtemperatur) und Pranayama (spezielle Atemtechnik) wurden die häufigsten Nebenwirkungen festgestellt. Bei Yoga handelt es sich demnach um körperliche und mentale Übungen, die mit Risiken verbunden sein können. Yoga sollte

Rezente Assessments



NOKC – Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner?language=english&reportsandnotes=1>

- ✱ Psychological interventions for children and youth with serious somatic illness in primary care
- ✱ National electronic incident reporting systems in hospitals: Which systems exist, what is their effect, and how are they evaluated?
- ✱ Electroconvulsive therapy (ECT) – systematic literature search with thematically organized reference list
- ✱ Effect of new anti-diabetic medications in combination with metformin compared to sulfonylurea in combination with metformin in patients with type 2 diabetes
- ✱ Immediate health consequences of female genital mutilation/cutting
- ✱ Preventing gang-involvement among young people in detention
- ✱ Psychometric assessment of the Norwegian version of the California Verbal Learning Test II (CVLT-II)
- ✱ Effect of abdominal aortic aneurysm screening
- ✱ Cost-effectiveness of a HPV-vaccination catch-up program for females aged 26 years or younger in a Norwegian setting
- ✱ Effect of catch-up HPV vaccination of young women
- ✱ Effects of and experiences with interventions aimed at improving public trust in the police
- ✱ Long term effects of bariatric surgery
- ✱ Effect of electronic booking systems for appointment at the GP



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

gezielt vorsichtig und nur unter professioneller Anleitung durchgeführt werden. Übungen sollten gemeinsam mit ÄrztInnen und YogalehrerInnen erarbeitet werden und extreme Positionen besonders von AnfängerInnen vermieden werden. JB

Cramer, H. et al. (2014): A systematic review of yoga for heart disease. Eur J Preventive Cardiology.; 1-12.

Cramer, H. et al. (2013): Adverse events associated with yoga: a systematic review of published case reports and case series. Plos One; 8(10):e75515.

Cramer, H. (2013): A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. Clin J Pain; 29(5):455-460.

Chugh-Gupta, N. et al. (2013): A systematic review of yoga for state anxiety. Canad J Occupational Therapy; 80(3):150-170.

Sharma, M. (2013): Yoga as an alternative and complementary approach for arthritis: a systematic review. J Evidence-based Complementary Medicine; 19(1):51-8.

Stationäre psychiatrische Rehabilitation

Nachhaltigkeit oder Kurzzeiteffekt

Im Jahr 2007 waren in Österreich psychiatrische Erkrankungen mit 29 % erstmals die häufigste Ursache für die Neu-Zuerkennung einer Berufsunfähigkeitspension. Vor dem Hintergrund einer steigenden Tendenz sollen derzeit 8 stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen einen Beitrag zur umfassenden psychiatrischen Versorgung leisten.

Ziel der aktuellen systematischen Übersichtsarbeit des LBI-HTA war eine Analyse der Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen/psychosomatischen Rehabilitation in einem Beobachtungszeitraum

von mindestens 12 Monaten nach Rehabilitationsende. Eine Metaanalyse, 4 RCTs, 2 Prä-Post Studien mit und 14 ohne Kontrollgruppe wurden für die Übersicht herangezogen. Insgesamt konnten 180 Einzelergebnisse zu Veränderungen zwischen Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und dem Katamnesezeitpunkt (K), die mit mehr als 50 Instrumenten bzw. Subskalen dieser Instrumente gemessen wurden, erfasst werden.

Es zeigte sich mit wenigen Ausnahmen über alle Studien und Ergebnisparameter hinweg ein ähnlicher Verlauf: Die, zu T1 gegenüber T0 verbesserten Ergebnisse liegen auch zu K in (meist signifikant) günstigeren Bereichen als zu Rehabbeginn, haben sich aber in unterschiedlichem Ausmaß im Vergleich zu T1 wieder verschlechtert. In den aktuellen Studien zu spezifischen Nachsorgemaßnahmen lässt sich ein Trend hinsichtlich besserer Stabilisierung der, während der Rehabilitation erzielten, Effekte bis zum Katamnesezeitpunkt ableiten. Das Bias-Risiko ist (mit Ausnahme eines RCTs) in allen Studien v. a. aufgrund der hohen Drop-out Raten insgesamt aber als hoch einzuschätzen. Aus den verfügbaren Arbeiten lassen sich keine Aussagen zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der psychiatrischen/psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zu keiner Rehabilitation ziehen, da diesbezügliche Studien nicht durchgeführt wurden und wohl auch zukünftig nicht durchgeführt werden.

In den letzten Jahren werden jedoch zunehmend spezifische Nachsorgeprogramme (v. a. webbasierte Interventionen) und die integrierte berufliche Rehabilitation im Rahmen (randomisiert) kontrollierter Studien untersucht. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten insb. Fragen nach kritischen Erfolgsfaktoren (Was wirkt?) und differentiellen Wirkungen (Für wen?) ins Zentrum des Forschungsinteresses stellen. BP

LBI-HTA/Ö 2014: Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen Rehabilitation für Erwachsene: systematischer Review. Projektbericht Nr.: 75.

<http://eprints.hta.lbg.ac.at/1025/>.

LBI-HTA Empfehlung



<https://www.facebook.com/LBI.HealthTechnologyAssessment>

Themen-Vorausschau Juni

- ✦ Monitoring osteoporosis treatment: bone markers
- ✦ Assessment-Appraisal-Decision
- ✦ Leitfaden komplexe Interventionen
- ✦ Personalisierte Medizin

Impressum

Redaktion:

Claudia Wild/CW

Judit Erdös/JE

BP: Brigitte Piso

AN: Anna Nachtnebel

JB: Johanna Breuer

Graphik: Florian Bettel

Satz: Manuela Kaitna

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
A-1090 Wien, Nußdorfer Straße 64/6. Stock
<http://www.lbg.ac.at/de/themen/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv. Doz. Dr. Claudia Wild
Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
A-1090 Wien, Garnisongasse 7/20

Der HTA-Newsletter erscheint 10 x pro Jahr und ausschließlich auf der HTA-Website: <http://hta.lbg.ac.at/>

ISSN: 1680-9602



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment