

Therapieziele in der Schizophreniebehandlung – Wichtigkeit aus Sicht von Ärzten, Patienten, Angehörigen und Kostenträgern

O. Kuhnigk¹, A. Schmeding², L. Slawik²

¹Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, ²Health Economics&Pricing, Janssen-Cilag GmbH, Neuss

HINTERGRUND UND ZIEL

➤ Der Therapieansatz des Shared Decision Makings (SDM) geht davon aus, dass ein patientenorientiertes Therapieangebot die Zufriedenheit und damit die Therapietreue (Adhärenz) des Patienten verbessern kann [1].

➤ Führt dies, wie bereits für die Schizophrenietherapie gezeigt, zu einer Reduktion von Rezidivraten, kann die Effektivität gefördert werden. Dies wirkt sich gleichermaßen positiv auf die Belastungssituation der Patienten und ihrer Angehörigen wie auch auf die Kostenbelastung des Gesundheitssystems aus [2,3].

➤ Sollen Versorgungsangebote in diesem Sinne optimal ausgestaltet sein, ist es förderlich, die Präferenzen bezüglich der Schizophrenietherapie sowohl aus Sicht Betroffener als auch der zentral am Versorgungsgeschehen beteiligten Gruppen (z.B. Ärzte, Angehörige, Kostenträger) zu kennen.

➤ Internationale Studienergebnisse haben gezeigt, dass sich die verschiedenen Gruppen in ihren Präferenzen für Medikation und Therapieziele unterscheiden können [4,5]. Vergleichbare nationale Ergebnisse liegen bislang nicht vor.

➤ Ziel der vorliegenden Studie war es, die für Patienten, Ärzte, Angehörige und Kostenträger subjektiv wichtigsten Therapieziele einer Schizophrenietherapie sowie die Einschätzung der vom Patienten präferierten Darreichungsformen der medikamentösen Therapie zu erfassen. In einem zweiten Schritt wurden diesbezügliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bewertet.

METHODIK

➤ Im ersten qualitativen Studienteil wurden über Patientenfokusgruppen [n=30 Teilnehmer] und Literaturrecherche u.a. die 20 wichtigsten Ziele und Rahmenbedingungen einer medikamentösen Therapie aus Sicht der Patienten identifiziert. Für den zweiten sich anschließenden quantitativen Studienabschnitt wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt.

➤ Patienten und Angehörige wurden in persönlichen Einzelinterviews, Ärzte und Kostenträger in Telefoninterviews durch die GfK AG Health Care u.a. zu ihrer persönlichen Präferenz hinsichtlich der 20 Therapieziele (durch zunächst Ranking 1-20, dann Rating auf einer 5-Punkte-Likert-Skala) sowie zur präferierten Verabreichungsform neuroleptischer Medikation aus Patientensicht befragt.

➤ Einschlusskriterien:

➤ Eingeschlossen wurden Patienten mit der Diagnose Schizophrenie (F20-F29) zwischen 18 und 60 Jahren, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einem stabilen Zustand befanden und neuroleptisch behandelt wurden.

➤ Eingeschlossen wurden Ärzte, die seit mindestens zwei Jahren als niedergelassener Facharzt bzw. seit mindestens drei Jahren in einer Klinikambulanz tätig sind, mindestens 20 Schizophrenie-Patienten im Quartal behandeln und innerhalb der letzten drei Monate nicht an einer Versorgungsstudie teilgenommen haben.

➤ Angehörige zwischen 30 und 62 Jahren, die eine an Schizophrenie erkrankte Person seit mindestens einem Jahr pflegen oder betreuen und innerhalb der letzten drei Monate nicht an einer Versorgungsstudie teilgenommen haben.

➤ Kostenträger zwischen 30 und 62 Jahren (Mitarbeiter einer Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigung mit min. einjähriger Tätigkeit), die sich (laut eigener Angabe) in der Indikation „Schizophrenie“ sehr gut bzw. gut auskennen und innerhalb der letzten drei Monate nicht an einer Versorgungsstudie teilgenommen haben.

➤ Statistik:

Rangdaten (Ranking) wurden als Ordinaldaten behandelt. Daten zur Beurteilung der Wichtigkeit der Therapieziele (Rating) wurden als intervallskalierte Daten behandelt. Zur Berechnung der Mittelwerte und der Prüfung auf signifikante Unterschiede wurden metrische Verfahren angewendet.

ERGEBNISSE

➤ An der Befragung nahmen N=345 Teilnehmer (Ärzte: n=160; Patienten: n=105; Angehörige: n=50; Kostenträger: n=30) teil.

➤ In der Rangreihe nehmen die „Top 3“ der Therapieziele z.B. aus Patientensicht „Weniger depressive Gedanken/Gefühle“, „Verbesserte Gesamtzufriedenheit“, „Verbesserung kognitiver Leistungen, z.B. „klarer denken“,“ ein oder aus Kostenträgersicht die „Wiederherstellung der Arbeitstauglichkeit“, die „Verringerung krankheitsbezogener Symptome“ sowie die „Geringere Notwendigkeit eines Klinikaufenthaltes bzw. Arztbesuchs“ (Tabelle 1).

➤ „Verringerung krankheitsbezogener Symptome“ und „Verbesserung kognitiver Leistungen“ gehörten bei allen vier Gruppen zu den fünf wichtigsten Therapiezielen.

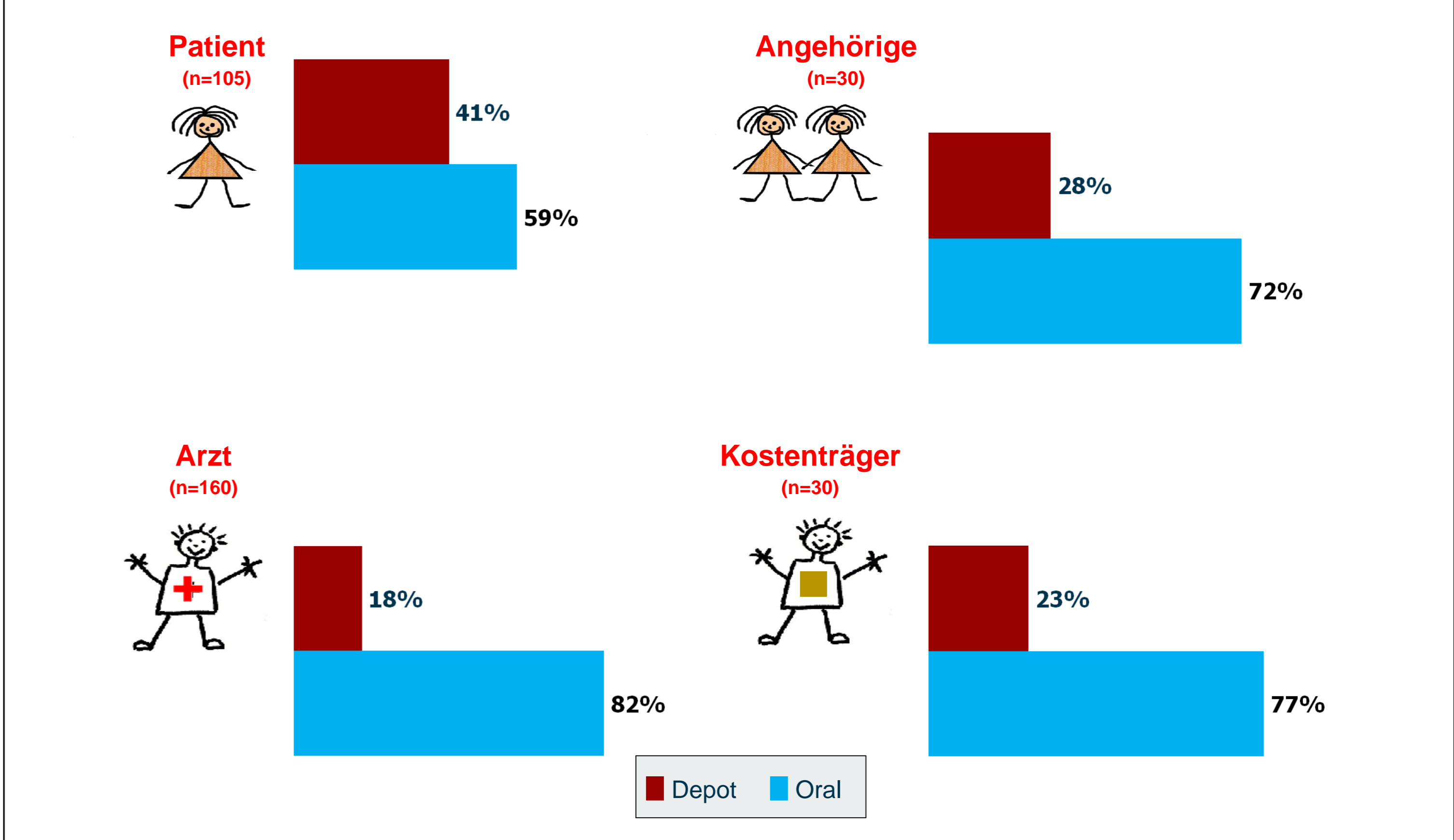
➤ Gruppenunabhängig werden alle Therapieziele bis auf wenige Ausnahmen als „sehr wichtig“ bis „wichtig“ eingestuft (Rating). Patienten maßen der „Reduktion von Ängsten“ (Mittelwert 1,78), „Verbesserte kognitive Fähigkeiten“ (1,83) und „Weniger depressive Gefühle/Gedanken“ (1,84) besonders hohe Wichtigkeit, während „Mehr Genuss an Sexualität“ geringer eingestuft wird (2,62), (Tabelle 1).

Tabelle 2. Analyse der Gruppenunterschiede – Wichtigkeit Therapieziele

Wichtigkeit Therapieziele	Patienten (N=103-105)		Ärzte (N=160)		Angehörige (N=50)		Kostenträger (N=30)		Gruppenunterschiede (Signifikanzniveau und Kommentierung)
	MW	StdAbw	MW	StdAbw	MW	StdAbw	MW	StdAbw	
Verringerung krankheitsbezogener Symptome	1,92	1,27			1,44	0,91			<0,05
Wiederherstellung der Arbeitstauglichkeit	2,26	1,41			2,66	1,57	1,6	0,72	Kostenträger ggü. Patienten und Angehörige <0,05
Verbesserte Familienbeziehungen	2,16	1,06			1,7	0,86			<0,05
Verbesserte Ausdrucksfähigkeit ggü. anderen			2,04	0,87			2,57	0,86	<0,05
Minderung des Misstrauens/ der Feindseligkeit anderen gegenüber	2,3	1,05	1,97	0,88					<0,05
Reduzierte emotionale Verflachung	2,23	1,13	1,89	0,77					<0,05
Mehr Genuss an Sexualität	2,62	1,36	2,09	0,9	2,98	1,27	2,87	1,01	Ärzte ggü. allen anderen <0,05

Wichtigkeit 1-5 (1 = „sehr wichtig“ bis 5 = „völlig unwichtig“), Varianzanalyse, nach Bonferroni-Prozedur

Abb 1. Wie wird die aus Patientensicht präferierte Darreichungsform eingeschätzt?



ERGEBNISSE (Fortsetzung)

➤ Signifikante Gruppenunterschiede in den Therapiezielen (Rating) wurden mithilfe der Varianzanalyse identifiziert (Tabelle 2): Bezüglich der Kernsymptomatik („Verringerung krankheitsbezogener Symptome“), in der Wichtigkeit der Sozialen Funktionalität/Integrationsfähigkeit („Verbesserte Familienbeziehungen“, „Verbesserte Ausdrucksfähigkeit gegenüber Anderen“, „Minderung des Misstrauens/ der Feindseligkeit anderen gegenüber“, „Reduzierte emotionale Verflachung“, „Mehr Genuss an Sexualität“), sowie im Bereich der sozialen Teilhabe („Wiederherstellung der Arbeitstauglichkeit“).

➤ In Bezug auf die Applikationsform würden 41% der Patienten ein Depot gegenüber einer oralen Medikation präferieren. Ärzte schätzen diesen Anteil mit 18% als signifikant geringer ein (p<0,05). 28% der Angehörige und 23% der Kostenträger glauben, dass Patienten ein Depot bevorzugen würden (Abbildung 1).

DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG

➤ Trotz vieler Gemeinsamkeiten weisen die Beurteilungen der am Versorgungsgeschehen untersuchten vier Gruppen sowohl unterschiedliche Rangdaten, als auch signifikant unterschiedlich beurteilte Wichtigkeiten in den Behandlungszielen auf.

➤ Auch zeigen die Ergebnisse, dass Ärzte, Angehörige und Kostenträger die Präferenz für eine neuroleptische Depotmedikation von Patienten unterschätzen.

➤ Vorliegende Ergebnisse können sowohl in der Diskussion mit Betroffenen, als auch mit Angehörigen, Ärzten und Kostenträgern dazu beitragen, die Wünsche und Erwartungen an eine Behandlung bei der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte in der Behandlung der Schizophrenie gezielter zu berücksichtigen.

Tabelle 1. Wichtigkeit der Therapieziele aus Sicht der vier Gruppen (Rangreihung und Rating)

Deskriptive Statistik	Patienten			Ärzte			Angehörige			Kostenträger		
	Rang	MW	StdAbw	Rang	MW	StdAbw	Rang	MW	StdAbw	Rang	MW	StdAbw
Weniger depressive Gedanken/Gefühle	1	1,84	1,13	3	1,82	0,76	4	1,64	0,85	12	1,80	0,71
Verbesserte Gesamtzufriedenheit	2	1,95	1,24	9	1,88	0,77	9	1,72	0,93	7	1,77	0,82
Verbesserung kognitiver Leistungen, z.B. "klarer denken"	3	1,83	1,18	1	1,78	0,74	2	1,66	1,00	5	1,53	0,51
Erhöhung der allgemeinen Leistungsfähigkeit/mehr Energie	4	1,86	1,19	4	1,88	0,71	6	1,96	1,12	8	2,00	0,59
Verringerung krankheitsbezogener Symptomen, z.B. Stimmen hören	5	1,92	1,27	2	1,71	0,74	1	1,44	0,91	2	1,63	0,93
Verbesserter körperlicher Zustand, z.B. weniger Müdigkeit	6	1,86	1,17	10	1,94	0,81	5	1,80	0,99	6	2,00	1,02
Erhöhung der Selbstständigkeit (z.B. Leben in eigener Wohnung)	7	1,91	1,24	13	1,89	0,73	8	1,84	1,02	4	1,40	0,62
Wiederaufnahme von Hobbys und Aktivitäten des täglichen Lebens	8	2,11	1,21	19	2,05	0,76	14	2,00	0,95	17	2,20	0,93
Wiederherstellung von sozialen Kontakten	9	1,96	1,13	7	1,87	0,75	10	2,06	1,02	13	1,73	0,83
Reduktion von Ängsten	10	1,78	1,15	11	1,93	0,76	3	1,66	0,90	9	1,63	0,72
Wiederherstellung der Arbeitstauglichkeit	11	2,26	1,41	18	2,08	0,77	19	2,66	1,57	1	1,60	0,71
Erhöhung des Selbstvertrauens	12	1,93	1,18	5	1,77	0,78	12	1,92	0,98	10	2,00	0,91
Geringere Notwendigkeit eines Klinikaufenthaltes bzw. Arztbesuch	13	2,19	1,33	16	1,99	0,81	17	1,88	1,02	3	1,70	0,79
Verbesserte Familienbeziehungen	14	2,16	1,06	15	2,04	0,88	11	1,70	0,86	11	1,83	0,75
Verringerte allgemeine und motorische Unruhe	15	2,04	1,15	14	1,94	0,72	7	1,90	0,97	14	2,23	1,01
Verbesserte Ausdrucksfähigkeit anderen gegenüber	16	2,27	1,09	6	2,04	0,87	18	2,44	1,05	20	2,57	0,86
Minderung des Misstrauens/der Feindseligkeit anderen gegenüber	17	2,30	1,05	12	1,97	0,88	15	1,96	0,93	15	2,07	0,98
Reduzierte emotionale Verflachung/Gefühlsarmut	18	2,23	1,13	8	1,89	0,77	16	2,20	1,03	18	2,33	0,92
Verringerte Reizbarkeit	19	2,29	1,13	17	2,13	0,77	13	2,04	1,10	16	2,30	0,79
Mehr Genuss an Sexualität	20	2,62	1,36	20	2,09	0,90	20	2,98	1,27	19	2,87	1,01

Therapieziele sortiert nach Rangdaten der Patienten für Wichtigkeit
Rang: Ranking-Aufgabe "Bitte bringen Sie nun die einzelnen Therapieziele in eine Reihenfolge" (1=am wichtigsten bis 20=am wenigsten wichtig)
MW: Rating-Aufgabe "Wie wichtig ist Ihnen diese Eigenschaften im Zusammenhang mit der medikamentösen Schizophrenietherapie?" (1 = „sehr wichtig“ bis 5 = „völlig unwichtig“)

LITERATUR

- [1] Scheiber F, von Pritzbuere E, Pfaff H. Shared decision-making: Ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Soziale Präventivmedizin 2003; 48(1): 11-23.
- [2] Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Shared decision-making and long-term outcome in schizophrenia treatment. Journal of Clinical Psychiatry 2007; 68(7): 992-997.
- [3] Chue P. The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. Journal of Psychopharmacology 2006; 20(6): 38-56.
- [4] Shumway M. Preferences weights for cost-outcome analyses of schizophrenia treatments: comparison of four stakeholder groups. Schizophrenia Bulletin 2003;29(2): 257-266.
- [5] Fisher EP, Shumway M, Owen RR. Priorities of consumers, providers, and family members in the treatment of schizophrenia. Psychiatric services, 2002;53(6).

DANKSAGUNG

Wir danken Dipl. Psych. Julia Schreiner für ihre Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

INTERESSENKONFLIKT

Für OK besteht kein Interessenskonflikt. LS ist und AS war zum Zeitpunkt des Studienabschlusses Mitarbeiterin von Janssen-Cilag GmbH. Die Studie wurde unterstützt von der Janssen-Cilag GmbH.