

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer**

**Schizophrene Patienten im Zeitraum bis
12 Monate nach Klinikentlassung.
Ein Vergleich von Arzt- und Patientenangaben.**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

**vorgelegt von
Alexander Simon
aus Nürtingen
2003**

Dekan:..... Professor Dr. C. D. Claussen
1. Berichtstatter Privatdozent Dr. G. Längle
2. Berichtstatter Professor Dr. G. Lorenz

DIESE ARBEIT

**IST MEINEN LIEBEN ELTERN
MARGOT UND GÜNTHER SIMON
GEWIDMET.**

Dezember 2002

<u>A. Einführung</u>	
<u>1. Epidemiologie und Krankheitsbild</u>	6
<u>2. Diagnoseschlüssel</u>	8
<u>3. Verlauf</u>	9
<u>4. Behandlung der Schizophrenie</u>	11
<u>5. Versorgung psychisch Kranker</u>	14
<u>6. Compliance: Definition und Einflussfaktoren</u>	18
<u>7. Angaben von Patienten und Ärzten zu Behandlungs- und Krankheitsparametern</u>	22
<u>B. Fragestellung</u>	
<u>1. Fragestellung der Gesamtstudie</u>	24
<u>2. Angaben von Patienten und Ärzten im Vergleich</u>	24
<u>C. Methode</u>	
<u>1. Vorbemerkungen</u>	27
<u>2. Studiendesign und Durchführung der Untersuchung</u>	27
<u>3. Art der Stichprobe</u>	29
<u>4. Erhebungsinstrument</u>	30
<u>5. Operationalisierung ausgewählter Konstrukte</u>	40
<u>6. Statistische Auswertung</u>	41
<u>7. Patientenstichproben</u>	43
<u>D. Ergebnisse</u>	
<u>1. Deskriptive Darstellung/Angaben der Ärzte 6/12- Monatskatamnese (Kat 6-Befragung/Kat 12-Befragung)</u>	50
<u>1.1 Krankheits- und Behandlungsanamnese Katamnese 12 Monate</u>	50
<u>1.2 Medikamentenumstellung Arzt Katamnese 6 Monate</u>	54
<u>1.3 Einstellung zur Weiterbehandlung /Katamnese 12 Monate</u>	59
<u>1.4 Arztbogen Katamnese 12 Monate</u>	63
<u>2. Vergleichende Auswertung von Aussagen der Ärzte und Patienten (Katamnese 6/12) Monate</u>	66
<u>2.1 Krankheits- und Behandlungsanamnese Katamnese 6/12 Monate</u>	66

2.2 Medikamentenumstellung Arzt Katamnese 6/12 Monate	72
2.4 Einstellung der Weiterbehandlung und Frequenz der ambulanten Behandlung	77
3. Zusammenfassung der Auswertung	82
4. Ergebnisse der Gesamtstudie / Überblick	84
E. Diskussion	
1.Methodik	90
2 .Patientenstichproben	92
3. Ergebnisse	94
4. Notwendigkeit der Parallelbefragung	100
5. Checkliste	102
G. Zusammenfassung	
G. Literatur	
H. Anhang	
Abkürzungsverzeichnis	122
Fragebögen	124
Danksagung	137
Lebenslauf/tabellarisch	138

A. Einführung

Vorbemerkung

Während der stationären Behandlung hat man einen guten Einblick in die Zustände und Krankheitsverläufe der Patienten. Nach Entlassung aus der Klinik ist diese Möglichkeit der Teilhabe meistens darauf beschränkt, die Patienten bei Rehospitalisierung wieder zu sehen oder sie weiter zu betreuen. In den meisten Fällen ist aber das Arzt-Patientenverhältnis mit Klinikentlassung beendet. Die Aufgabe der Arbeitsgruppe war es die Patienten im Zeitraum bis 12 Monate nach Entlassung aus der Tübinger Universitätsnervenklinik zu beobachten und damit Aussagen über den weiteren Verlauf innerhalb ihres natürlichen Settings treffen zu können. Nicht nur die Patienten wurden jeweils nach 6 und 12 Monaten befragt, sondern auch ihre betreuenden Ärzte.

Hier war es interessant wie sich die Therapie beim Niedergelassenen darstellt, wie sie in ein Gesamtbild eingebettet ist, welche Probleme auftreten und wie sich die Aussagen von Betreuer und Betreutem decken.

Die Einführung stellt das Krankheitsbild der Schizophrenie im Allgemeinen dar und geht auf einige Besonderheiten der Universitätsklinik sowie des Landkreis Tübingen ein. Der Ergebnisteil beschreibt zuerst die Aussagen der niedergelassenen Ärzte um sie dann mit den Aussagen der Patienten zu vergleichen.

Ein kurzer Überblick der Gesamtergebnisse wird auch gegeben.

Im Schlussteil wird als kleine Arbeitshilfe eine Checkliste vorgestellt.

1. Epidemiologie und Krankheitsbild

Die Lebenszeitinzidenz der Schizophrenie beträgt 0,8-1,0% weltweit (Häfner 1995).

Die Punktprävalenz liegt bei 0,1-0,5% (DGPPN).

Das erste Auftreten einer Schizophrenie liegt bei Männern eher vor, bei Frauen eher nach dem 25. Lebensjahr (Lewine et al. 1981).

Dabei ist die Erstmanifestation vor dem 12. und nach dem 45. Lebensjahr selten. Im Durchschnitt erkranken Frauen 3-4 Jahre später als Männer (DGPPN 1998).

Obwohl die Schizophrenie als eher seltene Erkrankung angesehen werden muss, ist sie die kostenintensivste psychische Erkrankung (Rösler et al. 1998). Sie verursacht Kosten ähnlich den Erkrankungen Diabetes und arterielle Hypertonie (Kissling et al. 1999). Etwa ein Drittel des Krankengutes psychiatrischer Kliniken sind Schizophrenieerkrankte, bei Niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie liegt ihr Anteil bei 10%.

Das Krankheitsbild Schizophrenie ist durch Störungen der Wahrnehmung, des Denkens, der Gefühlswelt und des Verhaltens geprägt. Durch diese Symptome ist die Fähigkeit den allgemeinen Anforderungen der Gesellschaft zu genügen meist in unterschiedlichem Grade eingeschränkt. Gedächtnisleistung und Intelligenz sind in der Regel nicht negativ beeinflusst. Mögliche Symptome lassen sich in 2 Hauptgruppen gliedern:

Positivsymptomatik: Wahn ; inhaltliche und formale Denkstörungen

Halluzinationen

Störungen des Affektes (Erregung, schwere Angst)

Psychomotorische Störungen

Störungen des Ich

Negativsymptomatik: Mangelnder Antrieb

Affektarmut, Lustlosigkeit, Anhedonie

Konzentrationsstörungen

Limitierte Sozialkontakte, Kontaktstörungen

(Möller et al. „Schizophrenie- Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie, Springer 1998)

Oft sind Symptome der Negativskala schon lange vor der Klinikeinweisung retrospektiv zu erfassen (Häfner 1998). Das Vorliegen dieser Symptome scheint dabei das soziale Umfeld (wenn vorhanden) nicht ausreichend zu alarmieren. So sind ungewöhnlich lange Zeiträume vom Auftreten dieser als Prodromi zu deutenden Negativsymptome bis zur Erstkonsultation eines Arztes der Durchschnitt (Häfner 1998).

Carpenter (1996) beschreibt eine weitere Untergliederung der Negativsymptomatik in eine primäre und sekundäre Form. Unter der Primärform lassen sich Antriebsarmut, Gleichgültigkeit, Einschränkung des affektiven Ausdruckvermögens sowie Interessenverlust zusammenfassen. Dieses „Defizitsyndrom“ soll dabei mit der Pathophysiologie der Erkrankung zusammenhängen. Auslöser der Sekundärform können lange Unterstimulation (Hospitalismus), Neuroleptikafolgen und misslungene Bewältigungsversuche der Erkrankung sowie eine Kombination dieser Punkte sein.

2. Diagnoseschlüssel

Die Kriterien des Diagnoseschlüssels ICD-10 für Schizophrenie müssen erfüllt werden (WHO 1991). ICD steht hierbei für international classification of diseases , 10.überarbeitete Neuauflage. In die vorliegende Studie wurden Patienten mit F2-Diagnose eingeschlossen.

Dabei werden folgende Inhalte gefordert:

1. Mindestens ein Symptom der Gruppe: Gedankenausbreitung, Gedankenlautwerdung, Gedankeneingebung, Wahnsymptomatik und akustische Halluzinationen oder mindestens zwei Symptome der Gruppe: Halluzination jeder Sinnesqualität (außer akustischer) mit Gedankenabreißen, zerfahrenes Denken, Neologismen, katatone Symptome, Negativsymptomatik

2. Die Symptomatik muss fast ständig für den Zeitraum von mindestens einem Monat bestehen. Retrospektiv kann eine Prodromalphase festgelegt werden.

3. Verlauf

Der Krankheitsverlauf der Schizophrenie ist uneinheitlich. So sieht man einmalige Krankheitsausbrüche mit vollständiger Remission, aber auch chronische Verläufe, die eine lebenslange betreuende Versorgung erfordern können (Längle&Mayenberger 1999, Gaebel 1998). Häfner hat 1998 eine Zusammenfassung von Studien veröffentlicht, die verschiedene Einflussfaktoren auf den Verlauf der Schizophrenie untersuchen. Dabei gelten männliches Geschlecht, junges Ersterkrankungsalter, genetische Belastung (Schizophrenieerkrankte in der Familie), geringer sozialer Kontakt, fehlende feste Partnerschaft, isolierte Wohnsituation, schleichender Krankheitsbeginn mit langer Prodromalphase und schlechte prämorbid soziale Anpassung als für den Verlauf ungünstige Prädiktoren. Der Verlauf der Krankheit vor psychiatrischer Versorgung (Prodromalphase) stellt sich nach der prospektiv angelegten ABC-Studie, wobei A für Alter, B für Beginn und C für Verlauf steht, folgendermaßen dar: der Erstaufnahme geht im Schnitt ein fünfjähriger Zeitraum mit Symptomen wie innere Unruhe, Rückzug aus sozialen Aktivitäten, ein Leistungsknick in der jeweiligen Aufgabensituation, nervliche Anspannung, Mangel an Konzentrationsfähigkeit, depressive Stimmungslage und sehr häufig stark ausgeprägte Schlafstörungen voraus.

Oft kann in dieser Phase der Erkrankte die an ihn von Seite der beruflichen oder familiären Umgebung gestellten Aufgaben nicht mehr erfüllen. Im Durchschnitt treten nach 3 Jahren Positivsymptome wie Wahn, Halluzinationen und Ich-Störungen hinzu. Sie sind also durchschnittlich 2 Jahre vor Erstversorgung zu finden (Häfner 1995).

Eine Studie aus Schweden zeigt, dass die Erkrankung Schizophrenie eine insgesamt als eher schlecht einzustufende Prognose aufweist. Nur eine Subgruppe weiblichem Geschlecht, spätem und akutem „Onset“, fehlenden prämorbid Phasen in der Schulentwicklung, hohem Bildungsgrad, kurzer Dauer der Erkrankung, hebt sich hierbei in positivem Sinne ab (Wieselgren et al. 1996). Es

wurden Einschätzungsscores entwickelt. Die untersuchten Patienten wurden in 3 Gruppen aufgeteilt.

Gutes (30%), mittleres (56%) und schlechtes „Outcome“ (14%).

Das höchste Risiko für einen Suicid bestand in den ersten 6 Jahren der Krankheit. 7% der untersuchten Gruppe begingen Suicid, was den Schweregrad der Erkrankung eindrucksvoll betont. Nach 5 Jahren war das „Outcome“ gegenüber der 1-Jahresuntersuchung verbessert. Für diese Tendenz sehen die Autoren eine Erklärung in der längeren Einnahme von atypischen Neuroleptika in Form von Clozapin sowie einer generellen Tendenz zur Outcome-Verbesserung über die Zeit hinweg (Wieselgren et al. 1996).

Auch andere Autoren beschreiben den eher als negativ zu bewertenden Verlauf der Schizophrenie. So findet Häfner 1998, dass in einem Zeitraum bis zu 15 Jahren nach der Ersthospitalisation, kaum Veränderungen in der Symptomatik feststellbar waren. Bei nahezu 2/3 der Patienten waren deutliche schizophrene, funktionelle und soziale Beeinträchtigungen zu finden (Häfner 1998).

Primär erreichen ca. 3/4 der Patienten eine Vollremission. Von diesen 75% bleibt etwa ein fünftel im Anschluss zeitlebens gesund, 15% nehmen einen ausgesprochen günstigen Verlauf und 15% zeigen nur leichte dauerhafte Residuen.

20% zeigen einen wellenförmigen Verlauf mit mittelgradigem Residualzustand. Bei 20-30% ist der Verlauf progredient und führt zu ausgeprägten Residuen. Schwere Residualzustände sind heute seltener geworden (früher ca. 15%). 60% erreichen eine Soziale Remission mit Erwerbstätigkeit auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt (Müller et al. 1998).

Groß et al. (1998) fanden, dass 15 Jahre nach Ersthospitalisierung die Positivsymptomatik eine geringe Prävalenz zeigt und die Negativsymptomatik dominiert. Die psychosoziale Leistungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt, aber stabil. Andere Untersuchungen zeigen dagegen eine weitere Verschlechterung der sozialen Situation zwischen dem 15. und 17. Jahr der Erkrankung (Wiersma et al. 1998).

Der Lebensalltag ist durch die Erkrankung deutlich eingeschränkt.

Diese Einschränkung ist stärker ausgeprägt, als bei anderen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen (Koivumaa-Honkanen et al. 1999).

Obwohl die Zahl abgeschlossener Berufsausbildungen, sowie der Anteil an festen Partnerbindungen auch nach Krankheitsbeginn ansteigt, bleiben die Zahlen in diesen Kategorien eindeutig hinter den Zahlen der Durchschnittsbevölkerung zurück. So sind 37% der Schizophrenieerkrankten nach einem 10-jährigen Krankheitsverlauf verheiratet, im Vergleich zu 72% der gleichaltrigen Normalbevölkerung (Statistisches Landesamt BW 1995).

Die pathophysiologischen Prozesse der Schizophrenie haben keinen Einfluss auf die Lebenserwartung, allerdings ist die Suicidgefahr wie zuvor erwähnt groß. Es gibt Schätzungen, dass jeder zehnte Schizophrenieerkrankte durch Suicid verstirbt.

4. Behandlung der Schizophrenie

Der Akutzustand der Erkrankung ist in Dauer und Ausprägung sehr variabel. In der Regel bewegt sich der Zeitraum zwischen einigen Wochen bis Monaten. Meist wird die Behandlung in dieser Phase stationär durchgeführt. Hier stehen beschützende, halboffene und offen geführte Stationen zur Verfügung.

Ziel der Behandlung ist die vollständige Remission oder das weitgehende Unterdrücken der Akutsymptomatik. Nach 4-6 Wochen lässt sich bei bis zu 70 % der Patienten eine deutliche Reduktion der Symptomatik (Positivsymptomatik) feststellen (Gaebel 1996).

1952 wurde als erstes Neuroleptikum Chlorpromazin eingeführt. In der Zwischenzeit wurde eine Vielzahl verschiedener Substanzen dieser Medikamentengruppe entwickelt, welche eine suffiziente Akutbehandlung Schizophrenieerkrankter ermöglichen.

Der Einsatz von Neuroleptika schuf die Grundlage für psychotherapeutische und soziotherapeutische Behandlungsmaßnahmen bereits in der Akutsituation (Möller 1996). Es schließt sich eine im Durchschnitt 3-6-monatige Postakutpha-

se an. Eine Stabilisierung der Remission ist jetzt das vorrangige Ziel, um ein in dieser Zeit häufiges Rezidiv zu verhindern.

Der absoluten Mehrzahl der Patienten wird eine Neuroleptikaeinnahme zur Rezidivprophylaxe empfohlen (DGPPN 1997, Kissling 1992). Über die Wirksamkeit dieser Rückfallprophylaxe liegen zahlreiche Arbeiten vor. In einer Metaanalyse von Gilbert et al. wurden 66 Studien untersucht. Bei einem durchschnittlichem Katamnesezeitraum von 10 Monaten erlitten 16 % der mit Neuroleptika behandelten Patienten ein Rezidiv, dagegen 53 % der Patienten, die keine Neuroleptika einnahmen. Die empfohlenen Mindestdosen sollten dabei nicht unterschritten werden, da ansonsten mit raschem Ansteigen der Rezidivwahrscheinlichkeit gerechnet werden muss (Möller 1989).

Für Behandlungen außerhalb von Studienbedingungen (Alltagsbedingungen) muss man von höheren Rezidivraten unter Neuroleptikatherapie ausgehen (Kissling 1992). Die Rezidivprophylaxe durch Neuroleptika ist auch nach jahrelanger Behandlung gegeben. So konnte Gaebel (2000) eine Rezidivhäufigkeit von bis zu 60% nach Absetzen der Neuroleptika bei zuvor 5-Jähriger Behandlung feststellen. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass ca. 25% der Patienten, die keine Neuroleptika einnehmen kein Rezidiv erleiden und gleichzeitig ein vergleichbarer Prozentsatz trotz regelmäßig eingenommener Rückfallprophylaxe rezidivierend erkrankt (Möller 1995).

Bisher gibt es noch keine guten Instrumente, die es ermöglichen diese Non-Responder-Gruppe im Voraus zu isolieren und damit eine unnötige Behandlung mit eventuellen Nebenwirkungen zu vermeiden.

Wie oben schon beschrieben kommt der Pharmakotherapie in der Schizophreniebehandlung eine herausragende Bedeutung zu. Linden et al. konnten 1992 zeigen, dass ohne die medikamentöse Behandlung die anderen Therapieformen, wie beispielhaft Psycho- oder Soziotherapie, keinen Benefit erbringen.

Psychopharmaka sind Substanzen, die in die Regulation zentral-nervöser Funktionen eingreifen und seelische Prozesse modifizieren können.

Im Gegensatz zur weit verbreiteten Meinung haben beide Gruppen kein Abhängigkeitspotential (Linden et al. 1992).

Im Vordergrund stehen die Nebenwirkungen, die während der Akutbehandlung auftreten. EPM-Störungen wie Frühdyskinesien, Parkinsonoid und Akathisie werden von den Patienten als besonders störend eingeschätzt

(Windgassen 1989). Als problematisch sehen verschiedene Autoren die klare Differenzierung und Zuordnung der Symptome in die Gruppen Nebenwirkung oder Krankheitsinhalt (Linden et al. 1995). Hier sind vor allem Symptome wie Dysphorie, anhaltende Müdigkeit und Konzentrationsstörungen nur schwer als krankheitstypische Negativsymptomatik oder Nebenwirkung einzuordnen. Eine vollständige und exakte Auflistung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen zeigt Benkert/Hippius 1996. Die Einteilung ist nach verschiedenen Kriterien wie biochemische Gruppen, Wirkeigenschaften, Wirkungspotenz und Nebenwirkungsprofil möglich.

Hier ist eine Untergliederung in "typische" und „atypische“ Substanzen üblich.

Die atypischen Neuroleptika wie Olanzapin, Risperidon und der älteste Vertreter Clozapin haben ebenso wie die typischen Substanzen eine antipsychotische Wirkung, allerdings mit dem Vorteil keine extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen (EPM) vorzuweisen (Benkert/Hippius 1996).

Allerdings sind einige substanzspezifischen Nebenwirkungen zu berücksichtigen. Bei Clozapin sind als schwere Nebenwirkungen Blutbildveränderungen zu berücksichtigen, die eine regelmäßige Blutbildkontrolle erfordern (Stevens 1994). Bei Risperidon ist das Auftreten von EPM-Nebenwirkungen dosisabhängig.

Die Consensus Konferenz in Brügge konnte folgende, auch weiterhin gültigen Empfehlungen für die neuroleptische Langzeittherapie herausgeben:

1-2 Jahre Dauertherapie bei Ersterkrankten,

bei mehrfach Erkrankten mindestens 5 jährige bis lebenslange Therapie.

Dabei sollte die Entscheidung für ein Präparat Vorerfahrungen des Patienten und Prioritäten hinsichtlich des Nebenwirkungsprofils berücksichtigen (Alber 1998).

Außer der medikamentösen Therapie gibt es zwei weitere wichtige Säulen der Behandlung Schizophreniekranker: die Psychotherapie sowie die Soziotherapie. In der akuten wie auch in der postakuten Phase werden diese eigenständigen

gen Therapien überwiegend mit medikamentöser Behandlung kombiniert. Psychosoziale Behandlungsmaßnahmen haben einen positiven Effekt auf die Kriterien „Sozialverhalten“, „psychotische Symptomatik“ und „Rezidivrate“ (Wunderlich et al. 1996). Auf die zahlreichen Ansätze der Psychotherapie kann hier im Detail nicht eingegangen werden.

So werden unter diesem Überbegriff verschiedene Formen wie psychodynamische, verhaltenstherapeutische, kognitive, psychoedukative und humanistische Therapie zusammengefasst.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische/psychoedukative Ansätze sind die häufigst angewandte Psychotherapieform bei Schizophreniekranken (Frauenfelder et al. 1998). Ihre Wirksamkeit ist gut belegt (Hornung 2000).

Buchkremer et al. (1997) konnte den positiven Effekt einer Kombination verschiedener Behandlungsformen belegen. So konnte gezeigt werden, dass die Rezidivhäufigkeit 2 Jahre nach Behandlung bei gleichzeitigem Einsatz von Psychoedukation, Psychotherapie, Familientherapie und medikamentöser Therapie um 20% niedriger war als bei der Kontrollgruppe mit konventioneller Therapie. Eine Senkung der Rezidivrate um mehr als 50% bei gleichzeitiger Einbeziehung der Familienangehörigen in das therapeutische Vorgehen konnte Hahlweg (2000) beschreiben. Soziotherapie beinhaltet die Maßnahmen wie Milieuthherapie, Bewegungstherapie, Arbeitstherapie und Ergotherapie.

5. Versorgung psychisch Kranker

Anfang der 70-er Jahre fand die Behandlung psychisch Kranker fast ausschließlich in psychiatrischen Großkliniken statt. Nervenarztpraxen waren mit Ausnahmen nur im großstädtischen Bereich zu finden.

Die Betreuung in diesen Zentren war nicht zufriedenstellend, das Personal nicht ausreichend qualifiziert (Deutscher Bundestag 1975). Außerhalb der Kliniken gab es wenig Möglichkeiten der professionellen Versorgung chronisch Kranker. Oft musste die Familie die Betreuung übernehmen und war damit überfordert (Längle et al. 1996).

1975 wurde die Psychiatrieenquete des deutschen Bundestages veröffentlicht. Hier wurden Reforminhalte wie Eingrenzung des Versorgungsbereiches auf 250000 Einwohner, die Verkleinerung von Großkliniken auf weniger als 500 Bettenplätze, der Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die Sicherung der flächendeckenden Versorgung psychisch Kranker und die Bildung von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften gefordert.

Die Psychiatrischen Großkliniken konnten sich in der Zwischenzeit gemäß den Vorgaben der Enquete entwickeln. 18% der Kliniken haben noch mehr als 500 Betten (BMG 1996). Auch sind mittlerweile zahlreiche psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern geschaffen worden.

Nachtkliniken, Tageskliniken, betreutes Wohnen, ambulante Dienste, Integrationsfirmen und Werkstätten für Behinderte entstanden in Folge staatlicher Fördermodelle und haben sich etabliert.

Weiterhin wurde durch neue Verordnungen festgelegt, welches Zeitbudget für eine qualifizierte stationäre Versorgung psychisch Kranker notwendig ist (Kunze/Kaltenbach 1996).

Die Nervenarztstudie (Bochnik 1989) die 1985 durchgeführt wurde, zeigt eine detaillierte Auflistung der Versorgung psychisch Kranker beim niedergelassenen Arzt.

Die Angaben beziehen sich auf das Gesamtklientel der Nervenärzte, können also nicht direkt auf die Untergruppe der Schizophrenen übertragen werden. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 47 Jahren, 44% waren bis 44 Jahre alt. Die höhere Altersgruppe überwog. Daraus ist ein höheres Multimorbiditätsrisiko abzuleiten. Bis 14 Jahre überwogen Patienten des männlichen Geschlechts, während sich ein leichtes bis erhebliches Überwiegen des weiblichen Geschlechtes jenseits des 25. Lebensjahres ergab.

44% der Patienten waren berufstätig, was in etwa dem Anteil der Normalbevölkerung gemäß den Angaben im statistischen Jahrbuch 1986 entsprach. Arbeitslos waren 5%, in der Normalbevölkerung 3,6%. Gegenüber der Wohnbevölkerung waren Schwerbehinderte etwa um das doppelte überrepräsentiert.

Gut ein Drittel der Quartalspatienten waren Erstkontakte. 55% der Patienten waren mindestens 12 Monate bei dem befragten Arzt in Behandlung. Durchschnittlich hatten die Patienten 3 Arztkontakte pro Quartal.

Mehr als 50% der Patienten wurden vom Hausarzt mitbetreut. 26% befanden sich bereits einmal in psychiatrisch oder neurologischer stationärer Betreuung. Der Anteil der schizophrenen Patienten betrug 10%. Mit 19% waren Neuroleptika nach Antidepressiva (24%) die zweithäufigst verordnete Medikation. Insgesamt wurden bei 69% medikamentöse und/oder physikalische Therapien durchgeführt. 94% der niedergelassenen Ärzte waren sowohl im Fach Psychiatrie wie auch im Fach Neurologie ausgebildet, wobei die meisten an der kassenärztlichen Versorgung teilnahmen.

Die zuletzt 1999 geänderte Weiterbildungsverordnung wird eine Zunahme der Fachärzte für ausschließlich ein Fachgebiet mit sich bringen.

Für die Untergruppierung der Schizophrenen kann momentan gezeigt werden, dass vor der Ersthospitalisierung Haus- oder Nervenarzt zu etwa gleichen Teilen konsultiert werden (Haasen/Stark 1997). Die Behandlung mit Neuroleptika wird in der Mehrzahl vom Nervenarzt durchgeführt.

Insgesamt sind bis zu 75% der schizophrenen Patienten in fachärztlicher Behandlung (Weber 1998).

Eine allgemeingültige Darstellung der aktuellen Versorgungssituation psychisch Kranker wird durch eine unvollständige Datenbasis erschwert. Eine umfassende Beschreibung der Versorgungsstrukturen ist derzeit nur auf regionaler Ebene möglich (BMG 1996). Für zahlreiche Fragestellungen ist es notwendig auf Querschnittsbefragungen, wissenschaftliche Untersuchungen einzelner Versorgungsregionen oder die Basisdokumentation von Versorgungseinrichtungen zurückzugreifen. Da sich seit der Datenerhebung für die Nervenarztstudie Mitte der achtziger Jahre die Betreuungs- und Versorgungssituation erheblich verändert hat, wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung einige Aspekte der Betreuung durch die niedergelassenen Ärzte untersucht.

Die Versorgung psychisch Kranker in Tübingen

Die UKPP kann 144 stationäre und 20 Teilstationäre Behandlungsplätze anbieten. Neben der „Hauptklinik“ gibt es eine Tagesklinik (20 Plätze), eine Nachsorgeklinik, eine stationäre Einrichtung der medizinischen Rehabilitation (15 Plätze). 1995 wurde das Behandlungsangebot der Klinik um eine gerontopsychiatrische Tagesklinik erweitert (20 Plätze). Die Poliklinik bietet eine Vielzahl von Sprechstunden für spezielle Belange an (Angst, Sucht, Demenz). Im April 2002 konnte eine Institutsambulanz eröffnet werden.

In den Jahren 1978 bis 1994 waren 25-30% der aufgenommenen Patienten an einer Schizophrenie erkrankt (Hammer 1998).

Der Anteil der Suchterkrankten war bei steigender Tendenz über 30% angelangt. In den Jahren 1994-1997 wurden 31% der Patienten erstmalig in ein psychiatrisches Krankenhaus aufgenommen (Stevens et al. 2001).

43% waren bis dreimal, 26% mehr als 3 mal in psychiatrischen Kliniken hospitalisiert. Mehrfachaufnahmen innerhalb des Zeitraumes von 12 Monaten gab es bei fast 25%. Das mittlere Alter bei Aufnahme lag bei 41 Jahren, die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 17 Tage. 1998 wurden insgesamt 2016 Patienten stationär aufgenommen, 27% waren Schizophrenieerkrankte.

1999 gab es 2334 Aufnahmen. Der Prozentsatz an Schizophrenen blieb konstant. Neben dem stationären Angebot gibt es im Landkreis Tübingen 15 Praxen mit niedergelassenen Psychiatern und/oder Neurologen.

Es gibt weiterhin ein großes Angebot an komplementären Versorgungseinrichtungen wie beispielhaft den Sozialpsychiatrischen Dienst mit 170 Dauerbetreuungen (Längle 2001), Psychosozialen Dienst mit 45 Dauerbetreuungen und verschiedene Angebote zu den Hilfsbereichen Wohnen, Arbeit sowie zahlreiche Kontaktgruppen. Eine ausführlichere Darstellung der Angebote kann im Rahmen der Arbeit nicht gezeigt werden.

(Detaillierte Auflistung: Leitfaden der Psychiatrie für den Landkreis Tübingen, 3.Auflage 1999). Die Klinik hat seit 1999 den Pflichtversorgungsauftrag für den gesamten Landkreis mit +/- 205000 Einwohnern.

6. Compliance: Definition und Einflussfaktoren

Compliance wird im Allgemeinen als Befolgen eindeutig formulierter Empfehlungen verstanden (Pietzcker 1983). Der Begriff bezieht sich auf jeden Bereich empfohlenen Verhaltens und therapeutischer Maßnahmen.

Non-Compliance bezeichnet umgekehrt die komplette Bandbreite an fehlendem Nachvollziehen der Empfehlungen: eine Verspätung bei vereinbarten Arztterminen, die zur Verkürzung der Behandlungsdauer führt, Auslassen oder Reduktion der Medikation bis hin zur völligen Therapieverweigerung (Melamed/Szor 1999).

Es gibt zahlreiche Variablen, die einen Einfluß auf die Compliance haben.

Eine grobe Unterteilung trennt sie in Faktoren, die durch die Umwelt des Patienten bestimmt werden und in Variablen, die in dessen Natur und Persönlichkeit liegen.

M.C. Angermeyer hat in einer Zusammenstellung 1991 diese Determinanten der Compliance ausführlich diskutiert. Unter den soziodemographischen Charakteristika ist der Einfluss auf die Compliance für das Geschlecht und die aktuelle Lebens-/Wohnsituation belegt. Frauen zeigen eine höhere Compliance als Männer (Pruss et al. 1984, Linden 1987, Haas et al 1994).

Frühdyskinesien, die für betroffene Patienten, wie auch für das Umfeld bedrückend und quälend sein können, treten bei Frauen seltener auf.

Weiter wird diese Differenz mit der unterschiedlichen Sozialisation der Geschlechter und der sich daraus ergebenden Rollen erklärt. So seien Frauen eher bereit die mit der medikamentösen Therapie einhergehende Abhängigkeitssituation zum Behandelnden zu akzeptieren. Auch vertrauen sich weibliche Patienten eher ihrem Therapeuten an (Linden 1988). Dieser Effekt sollte sich mit der fortschreitenden Auflösung der typischen Geschlechterrollen abschwächen. Sozial isolierte/alleinstehende Patienten zeigen eine geringere Compliance. Motivation zur Therapie aber auch Kontrolle und Erinnerungshilfe durch nahestehende Bezugspersonen fehlen. Weiterhin gibt es kein positives „Feed-

Back“ bei sorgfältiger Befolgung der Verordnungen (Parkes et al. 1962, Renton et al. 1963, Reilly et al. 1967, Pruss et al. 1984, Pan&Tantam 1989).

Patienten die ihre Krankheit akzeptieren, und somit krankheitseinsichtig sind, haben eine höhere Compliance (Bartko et al. 1988, Mc Evoy et al. 1989).

Linden et al. (1988) stellten eine geringe positive Korrelation zwischen der durch die Erkrankung empfundenen Bedrohung und der Compliance fest.

Die erste veröffentlichte Arbeit mit Daten der Erhebung unserer Arbeitsgruppe beschäftigt sich ausführlich mit dem Einfluss des Krankheitskonzeptes auf die Compliance. S.Engel (2000) konnte zeigen, dass ein höheres Arzt- und Medikamentenvertrauen positiv mit höherer Compliance verbunden sind.

Diese Korrelation steigt offenbar mit zunehmender Dauer nach Entlassung an.

Non-complianten Personen hatten schon bei Entlassung in der Dimension Medikamentenvertrauen kleinere Werte. 6 Monate nach Entlassung waren Arzt- und Medikamentenvertrauen insgesamt zurückgegangen.

Die Gruppe der complianten Patienten zeigt 6 Monate nach Entlassung jedoch ein größeres Arztvertrauen.

Die Hypothese, dass sich das Krankheitskonzept complianten von non-complianten Patienten in den Dimensionen Negativerwartungen und idiosynkratische Erwartungen unterscheiden würden konnte, nicht gezeigt werden. Hier unterscheiden sich Angaben aus anderen Studien, die zeigen dass sich Negativerwartungen seitens der Medikamente und mangelnde Überzeugung von der positiven Wirkung der Neuroleptika negativ auf die Compliance auswirken (Bender et al. 1986, Linden 1988)

Weiterhin wurde gezeigt, dass die Dimensionen Schuld, Anfälligkeit und Zufallskontrolle von der Compliance unabhängig sind.

Auch Angermeyer (1991) beschreibt in seiner Arbeit die Annahme “Gesundheit ist reine Glückssache“ als nicht mit niedrigerer Compliance korreliert. In einer prospektiven Arbeit konnte seine Arbeitsgruppe zeigen, dass die Vorstellung „Stress sei der Auslöser des schizophrenen Zustandes „und die Ablehnung eines biologischen Erklärungsmodelles, häufiger mit Absetzen der medikamentösen Therapie verbunden war.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Behandlungscompliance und den Erwartungen der Behandelten bezüglich der Auswirkungen des Neuroleptikums. Dabei erhoffen sich jüngere Patienten eine Steigerung der Leistungsfähigkeit, ältere Patienten eher Beruhigung, weibliche Patienten erwünschen sich eine Verbesserung ihrer sozialkommunikativen Kompetenz. Chronisch erkrankte Patienten erwarten von der Medikation die Vermeidung von Rezidiven (Angermeyer 2000).

Glauben Patienten, dass die Medikation einen rezidivprophylaktischen Effekt besitzt, sind sie eher geneigt die Empfehlungen einzuhalten (Hogan et al. 1983, Chan 1984, Bender et al. 1986, Linden 1987, Kelly et al. 1987, Linden et al. 1988). Ein weiterer Einfluss auf das Verhalten der Patienten hinsichtlich der Medikamenteneinnahme durch die Einstellung der Gesellschaft im Allgemeinen gegenüber der Anwendung von Neuroleptika konnte nicht bestätigt werden (Längle 2001).

Eine Repräsentativumfrage in den alten Bundesländern zeigte eine eher negative und angstbesetzte Vorstellung der Bevölkerung. Nur knapp 5 % hielten Psychopharmaka für die höchst geeignete Therapieform gegen seelische Krankheiten. Im Gegensatz dazu setzten 46,2% die Psychotherapie an erster Stelle. Über 60% der Befragten äußerten Angst vor Abhängigkeit (Angermeyer 1994). Dagegen bewerten Angehörige der Patienten Neuroleptika eher positiv. Grundlage dieser Einschätzung dürfte die Erleichterung des Zusammenlebens und die offensichtliche Verbesserung des Zustandes sein (Angermeyer 1999).

Van Putten und May (1984) konnten zeigen, dass die vermeintlich erste Reaktion des Patienten auf die Einnahme der Neuroleptika großen Einfluss auf die spätere Compliance bedeutet. Die Mehrzahl der Patienten, die dysphorisch reagierten und sich durch die Substanzen negativ beeinflusst fühlten, brachen in der Folge die Behandlung ab. Wird während der ambulanten Therapie subjektiv ein positiver Effekt der Medikation bemerkt, steigt die Compliance (Linden 1987). Die tatsächlich verspürte Wirkung der Neuroleptika, ob erwünscht oder nicht, scheint einen bedeutenderen Einfluss auf die Compliance zu haben, als die zu erwartenden oder angestrebten Auswirkungen der Behandlung (Hogan et al. 1983). Diese Tendenz stellt gerade hinsichtlich Langzeitbehandlung, die

vielen ambulanten Patienten zu Teil wird, ein Hindernis dar. Ist die Stabilisierung des Zustandes gelungen, wird die unmittelbare Wirkung der Medikamente nur noch als negative Nebenwirkung erfahren.

Das Argument der Rezidivprophylaxe verliert an Bedeutung. Oft verschwinden nach Absetzen der Medikation primär die Nebenwirkungen, der Zustand bleibt kurzfristig stabil. Diese tatsächliche Zustandsbesserung bestärkt den Patienten in der Meinung, die Beendigung der medikamentösen Therapie sei korrekt gewesen (Serban&Thomas 1974).

Verschiedene Arbeiten zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen erfahrenen Nebenwirkungen und Non-Compliance. Hier scheinen vor allem die EPM-Störungen und unter diesen insbesondere die Akathisie einen negativen Effekt zu haben (Fleischhacker 1994). Angst vor Spätdyskinesien verschlechtern die Compliance (Kane 1999).

Einzelne Arbeiten geben Hinweise auf die größere Compliance bei Verordnung von atypischen Neuroleptika gegenüber typischen (Naber et al. 1999). Langzeiterfahrungen liegen aber ausschließlich für Clozapin vor (Walz 2000). Patienten die ein ausgesprochen negatives Verhältnis zu Neuroleptika haben, geben eher mehr Negativwirkungen an und neigen weiterhin dazu, aufgetretene Symptome den Medikamenten zuzuschreiben. Diese Gruppe hat eine schlechtere Compliance.

Fehlende Compliance ist nicht nur ein Problem innerhalb der Behandlung psychisch Kranker. Sie existiert bei sämtlichen Therapiearten. Vor allem bei Erkrankungen, die eine langfristige Medikamenteneinnahme bedingen sowie bei Therapieformen, die belastende Nebenwirkungen zeigen. So haben mehrere Untersuchungen gezeigt, dass die Non-Compliance in diesen Bereichen die Non-Compliance bei Psychopharmaka übersteigen kann. So lag die Non-Compliance bei Antibiotika im Schnitt bei ca. 50%, bei Antihypertensiva ca. 42% und bei Anti-TBC-Chemotherapie bei ca. 41% (Haynes, R.B. (Hrsg): Compliance Handbuch, München Verlag für angewandte Wissenschaft, 1986, Barolsky 1980, Ley 1976, FDA 1979)

Nicht nur auf Patientenseite kann das Problem der Compliance/Non-Compliance untersucht werden. Es existiert ebenfalls ärztliche Non-Compliance. Der betreuende Arzt kann als compliant eingestuft werden, wenn er seine Therapie an allgemein anerkannten und verbindlichen Therapiestandards ausrichtet. Für den psychiatrisch Tätigen liegen hier Empfehlungen der Fachgesellschaften für die Dauer der Behandlung vor (DGPPN 1997). Vergleichbare Empfehlungen für die gezielte Auswahl und Dosis eines bestimmten Präparates liegen nicht vor.

Trotz der bestehenden Empfehlungen für die Dauer der Medikation stellten bis 90% der von Kissling (1992) befragten Ärzte keine Indikation für eine medikamentöse Rezidivprophylaxe oder beendeten diese zu früh.

Sehr ausführliche Darstellungen und Untersuchungen der Compliance sind in den Arbeiten von Engel und Längle zu finden (Engel 1999, Längle 2001).

Faktoren, die Ärzte zu einem Absetzen, Präparatwechsel oder Dosisänderung veranlassen, sind nur spärlich untersucht. Die vorliegende Studie behandelt entsprechende Fragen an niedergelassene Ärzte. (Siehe in Angaben von Ärzten und Patienten zur Behandlung)

7. Angaben von Patienten und Ärzten zu Behandlungs- und Krankheitsparametern.

In der psychiatrischen aber auch innerhalb der somatischen Fachliteratur wird immer wieder diskutiert und bezweifelt, ob Angaben, die Patienten zu Parametern ihrer Krankheit und Behandlung machen, auch zuverlässig sind (Chermark et al. 2000). Verschiedene Kontrollmechanismen dieser Aussagen werden vorgeschlagen. Als Instrumente werden häufigst Serumspiegeluntersuchungen, Haar- und Urinproben und Parallelbefragungen durchgeführt (Stevens/Gärtner 1994). Diese Kontrollen sind mit unterschiedlichem Zusatzaufwand verbunden. Daher ist es von Interesse die Zuverlässigkeit der Patientenaussagen zu untersuchen, um eventuelles „Überkontrollieren“ zu vermeiden und die Zusatzkon-

trollen an notwendigen Stellen zu etablieren (Babor/Steinbeck 2000). Solche Untersuchungen sind bis dato sehr selten (Schmeling-Kludas 1995). Anhand der Erfahrungen der psychiatrischen Praxis erschien eine ergänzende Fremdanamnese durch den behandelnden Arzt sinnvoll. Es bestand die Hoffnung, dass eine ausreichend gute Deckung der Aussagen zukünftige Doppelbefragungen und zusätzliche Kontrollen überflüssig machen sollte.

B. Fragestellung

1. Fragestellung der Gesamtstudie

Die Fragestellung der Gesamtstudie kann folgendermaßen zusammengefasst werden. „Wie entwickelt sich der Zustand die Behandlung und die Betreuung schizophrener Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik. Wodurch wird dieser Prozess beeinflusst und welche Prognosefaktoren lassen sich finden?“

Die wissenschaftliche Basis der jeweiligen Fragestellung wird in der Einleitung dargestellt. Von einer Wiederholung wurde an dieser Stelle abgesehen.

Die vorliegende Studie wurde als prospektive explorative Kohortenstudie konzipiert. Mehrere Fragestellungen wurden parallel untersucht. Sie können als formal voneinander unabhängig angesehen werden.

Inhaltlich sind sie eng miteinander verbunden.

2. Angaben von Patienten und Ärzten im Vergleich

Psychiater/Nervenärzte sowie niedergelassene Ärzte für Neurologie und Allgemeinmedizin übernehmen mehrheitlich die poststationäre Betreuung schizophrener Patienten. Ihre Aufgabe besteht in der Fortsetzung der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapie, der Vermittlung zu ambulanten Diensten und Hilfestellung in verschiedenen Bereiche des alltäglichen Lebens.

Dieses vielfältigen Aufgaben sind unter bestehendem Kostendruck des ambulanten ärztlichen Versorgungssystems nur schwer zu bewältigen.

Ausführliche Gespräche mit den Patienten sind kaum möglich. Sie müssen oft knapp geführt werden. Ihr Inhalt bleibt auf bestimmte Bereiche beschränkt. Im Gegensatz dazu steht die Notwendigkeit der genauen Kenntnis des Zustandes und der Lebenssituation des Patienten, um die Koordination der Bedürfnisse qualitativ hochwertig zu bewältigen.

Weiterhin sollte der Arzt die Vorerfahrungen, Einstellungen und Prioritäten des Patienten bezüglich der neuroleptischen Therapie kennen, um ein optimales

Medikament auszuwählen und damit die Behandlung, Zufriedenheit und Compliance des Patienten zu erhöhen.

Um zu erfahren in wieweit diese notwendigen Kenntnisse bei den Behandelnden vorliegen, wurden sie parallel zu den Patienten befragt.

Die Zuverlässigkeit von Patientenangaben wird immer wieder kritisch hinterfragt. Anhand der Ärztebefragung sollen die Aussagen der Patienten kontrolliert werden.

Diese Art der vergleichenden Untersuchung von Therapeuten und Patienten ist wie bereits im einleitenden Teil dargestellt, eher selten (vgl. Schmeling-Kudas 1995), ihre Ergebnisse uneinheitlich. Day et al. (1998) fanden, dass sich die Aussagen der beiden Gruppen bezüglich der unerwünschten Nebenwirkungen in weiten Teilen deckten. Welchen Grad und welche Bedeutung die erlebten Nebenwirkungen einnahmen unterschied sich aber grundlegend. Einschränkend ist zu erwähnen, dass hier nicht die einander zugehörigen Patienten-Therapeutenpaare befragt wurden. Die zuverlässigsten Ergebnisse sind allgemein zu erwarten, wenn beide Gruppen identische Fragestellungen beantworten müssen und gleichzeitig zueinander gehörige Paare befragt werden.

Die Befragung der behandelnden Ärzte ist mit folgenden Absichten verbunden:

- Kontrolle der Patientenangaben durch die ärztliche Fremdanamnese.
- Überprüfung des Kenntnisstandes der Ärzte bezüglich Wirkung und Nebenwirkung der verordneten Medikamente, soziale Situation, begleitende Therapien sowie stattgehabte Rezidive und Rehospitalisierungen.
- Können die Ärzte ihrer zentralen Rolle als „Case-Manager“ gerecht werden?
- Einschätzung der Notwendigkeit einer Parallelbefragung.

Die behandelten Ärzte wurden zum Behandlungsverlauf, über Rehospitalisierungsphasen, Nutzung und Nutzen begleitender Therapien und komplementärer Hilfsangebote befragt.

Weitere Fragen bezüglich der Medikation, der unerwünschten Nebenwirkungen sowie das Um- und Absetzen von Neuroleptika sollte beantwortet werden.

Der Grad an Compliance wurde mittels eines standardisierten Fragebogen erhoben. Es schlossen sich Fragen zum Hilfebedarf in den 4 Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit und Beratung an.

Folgende Hypothesen wurden formuliert und überprüft:

-Die Angaben von Ärzten und Patienten zur medikamentösen Therapie unterscheiden sich nicht.

-Ärzte nennen eine kleinere Anzahl an Nebenwirkungen als die Patienten.

-Ärzte nennen nur die Nebenwirkungen, die Patienten bei Befragung angeben, nicht diejenigen, welche anhand von Listen erfragt werden.

-Die Gründe für Umstellung der Medikation unterscheiden sich nicht.

-Die Wichtigkeit der psychiatrischen Behandlung wird von beiden Seiten gleich hoch angesehen.

-Ärzte schätzen die Compliance ihrer Patienten richtig ein.

-Ärzte und ihre Patienten unterscheiden sich nicht in ihren Angaben zur Nutzung der Behandlungs- und Betreuungsangebote.

-Ärzte schätzen die Hilfe durch in Anspruch genommene Angebote höher ein als der Patient.

C. Methode

1. Vorbemerkungen

Über einen langen Zeitraum hinweg wurde nahezu ausschließlich innerhalb der Kliniken unter Rahmenbedingungen stationärerer Behandlung Forschung betrieben. Allerdings muss nach Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes in den ambulanten Bereich die Forschung ebenfalls diesen Schritt nachvollziehen und Evaluationsforschung vermehrt im außerstationären Setting stattfinden (Linden 1997).

Übergänge zwischen diesen Bereichen werden wie in dieser Studie durch Befragung von Patienten während ihres Klinikaufenthaltes und bestimmte Zeit nach der Klinikentlassung abgebildet. Die von Bailer (2000) aufgeführten Grundregeln für ein optimales Studiendesign von Beobachtungs- und Verlaufsstudien wurden beim Aufbau der vorliegenden Studie soweit als möglich befolgt.

2. Studiendesign und Durchführung der Untersuchung

Das Untersuchungsdesign entspricht dem einer nicht-interventionellen Beobachtungsstudie. Sie kann in den Bereichen, die sich auf Aspekte der Neuroleptika - Behandlung beziehen, der Phase -IV-Forschung zugeordnet werden.

Es wurden durch Befragung der Patienten sowohl retrospektive, als auch prospektive Daten, bezogen auf den Befragungszeitpunkt, erhoben. In der Regel wurden die Daten in standardisierter Form erhoben. An ausgesuchten Stellen wurde die offene Fragestellung gewählt.

Die Untersuchung der Patienten ist als Längsschnittstudie mit 3 Erhebungszeitpunkten konzipiert, wohingegen die behandelnden Ärzte zu den 2 Katamnesezeitpunkten befragt wurden.

Die Erhebungen erfolgten zum Zeitpunkt der Entlassung der Patienten aus der Klinik sowie in einer 6- und 12-Monats-Katamnese, wobei die Patienten entwe-

der in der Klinik oder zu Hause interviewt wurden. Die Untersuchung wurde als Forschungsprojekt der „Tübinger Forschungsgruppe für Sozialpsychiatrie–TüFoS“ (Leiter: PD Dr. med. G.Längle) der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. G. Buchkremer) durchgeführt.

Projektleiter waren Prof. Dr. med. G.Buchkremer und PD Dr. med. G.Längle. Die Studie wurde im Rahmen des fortune–Forschungsprogrammes der medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität (Projekt 492), sowie durch Drittmittel der Firmen Janssen-Cilag AG und Lilly Deutschland GmbH gefördert. Der Studienplan wurde durch die Ethik-Kommission der medizinischen Fakultät geprüft und genehmigt.

Die Patientenbefragung wurde von Doktorand/innen und Diplomandinnen und in Ausnahmefällen von Mitarbeitern der TüFoS-Gruppe durchgeführt, wohingegen die Arztbefragung durch den Projektleiter selbst durchgeführt.

Die Untersuchungen setzten sich aus strukturierten Interviews, klinischen Fremdratingskalen und Selbstratingskalen zusammen.

Die Entlassuntersuchung dauerte im Schnitt 90 Minuten und sollte wenige Tage vor Entlassung aus der Klinik stattfinden. Die Katamneseuntersuchungen K6 und K12 wurde je nach Vorliebe des Befragten zu Hause oder in der Klinik durchgeführt. Dazu wurden die Patienten nach 5 und 11 Monaten angeschrieben und gebeten an einem einstündigen Katamnesegespräch teilzunehmen.

Die telefonischen Interviews mit den behandelnden Ärzten wurden durch ein Anschreiben und die Zusendung eines Interviewleitfadens vorbereitet.

Die Arztinterviews wurden nach schriftlicher Zustimmung der Patienten durch den Projektleiter PD G.Längle durchgeführt. Lag die Behandlung überwiegend in den Händen des Hausarztes, so wurde dieser interviewt. Das Interview nahm in den Regel 10 Minuten in Anspruch.

Der zeitliche Ablauf der gesamten Studie gestaltete sich folgendermaßen: die Rekrutierung der Patientenstichprobe begann am 1. August 1998, vorgegangen waren die Entwicklung der Erhebungsinstrumente sowie eine

1-monatige Pilotphase, zur Erprobung des Studiendesigns und der erhobenen Items. Am 31. Juli 1999 wurde die Stichprobenrekrutierung beendet.

Der Beginn der Katamnese sowie der Arztbefragung war am 1. Februar 1999 und dauerte bis zum 31. Juli 2000.

Der Doktorand war vom 1. April 1999 an mit der Stichprobenerhebung beschäftigt, schloss diese zum 31. Juli 1999 ab, anschließend beschäftigte er sich mit der Aktenauswertung und Literaturrecherche, um am 1. Oktober 1999 mit der 6Monats- beziehungsweise 12 Monats-Katamnese zu beginnen . Parallel wurden Masken zur Dateneingabe erstellt und die erhobenen Daten, sowohl der Patienten als auch der Arztbefragung in Excel-Tabellen eingegeben.

Die Auswertung der Entlass und 6 Monats-Katamnese wurde am 1. Mai 2000 begonnen.

3. Art der Stichprobe

Einschlusskriterien:

Es wurden alle Patienten die stationär oder teilstationär im UKPP behandelt wurden und zur Entlassung geplant waren in die Stichprobe aufgenommen, sobald sie folgende Kriterien erfüllten:

- Indikation für die Langzeitbehandlung mit einem Neuroleptikum für mindestens 1 Jahr nach Klinikentlassung.
- Diagnose gemäß dem Kapitel F2 der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10 Kapitel V 1990, Dilling et al. 1991) Schizophrenie, schizotype, wahnhafte Störungen.

Die Diagnose wurde vom behandelnden Arzt erfragt und zusätzlich vom Untersucher anhand internationaler Diagnosen-Checklisten für ICD-10 überprüft (WHO 1991)

Ausschlusskriterien:

Patienten, die wegen ausgeprägter sprachlicher Verständigungsprobleme, wegen Minderbegabung oder erworbener hirnnorganischer Demenz nicht zu einem differenzierten Interview in der Lage waren, wurden von der Stichprobe ausgeschlossen.

Weitere Ausschlusskriterien waren folgende:

- Alter über 65 Jahre
- Weniger als 3 Tage in stationärer Behandlung
- Zweitdiagnose einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen. Bei jungen Schizophrenen ist ein begleitender Missbrauch von Suchtmittel nicht selten (Drake et al. 1998). Dieser Missbrauch kann als Versuch der Selbstmedikation gedeutet werden. Patienten, bei denen ein Suchtmittelmissbrauch ohne manifeste Abhängigkeit vorlag, wurden in die Studie aufgenommen, um eine Verfälschung der Ergebnisse zu vermeiden. Das gleiche galt für begleitende somatische Diagnosen.

4. Erhebungsinstrument

Es kamen verschiedene Messinstrumente, die zum einen von der Projektgruppe selbst entwickelt wurden, zum anderen standardisierte oder sich in der Validierungsphase befindliche Fragebögen zur Anwendung.

Diese Messinstrumente wurden von der Projektgruppe zu 3 Gesamtfragebögen zusammengefügt: für die Entlassuntersuchung, die Katamneseuntersuchung und die Arztbefragung.

Erhebungsinstrumente bei der Entlassuntersuchung:

a) Soziodemographische Daten

Hier wurden mit Hilfe eines von der Projektgruppe konstruierten Fragebogens Angaben zur Person, dem beruflichen und sozialen Umfeld, sowie Daten zur stationären Aufnahme gewonnen. Die Items wurden als strukturierte Fragen, die Antworten als gebundene Wahlantworten formuliert.

b) Krankheits- und Behandlungsanamnese

Mit Hilfe dieses von der Projektgruppe konstruierten Fragebogens wurden Daten zum bisherigen Krankheitsverlauf erfasst. Des Weiteren sollten die Patienten einschätzen, ob und welche krankheitsbedingten Einschränkungen sie vor dem aktuellen Klinikaufenthalt erfahren haben und diese gegebenenfalls an einer bipolaren Ratingskala in ihrer Stärke bewerten.

Im Rahmen der Behandlungsanamnese werden Daten zur Art und Häufigkeit der bisherigen ambulanten Behandlung und der medikamentösen Therapie erhoben. Die Patienten sollten wiederum anhand einer 6-stufigen bipolaren Ratingskala einschätzen wie hilfreich die Kontakte und Medikamente waren.

c). Aktuelle Therapiedaten

Der von der Projektgruppe verfasste Fragebogen erhebt Items bezüglich des aktuellen stationären Aufenthalts, sowie vergangener Aufenthalte, Behandlungsformen, Daten zu Medikamenten, Nebenwirkungen, Dosierungen.

Die Ratingskalen sind 6-stufig und bipolar.

d). Wirkungs- und Nebenwirkungscheckliste

Diese beiden ebenfalls von der Projektgruppe erarbeiteten Fragebögen umfassen eine Checkliste der häufigsten Wirkungen und Nebenwirkungen. Die Patienten wurden aufgefordert spontan zu berichten, welche Wirkungen/Nebenwirkungen ihre Neuroleptikamedikation hatte und dabei zwischen aktuellem und vorangegangenem Zustand zu differenzieren.

War eine Antwortmöglichkeit nicht im Katalog enthalten wurde sie unter <sonstiges> als offene Frage aufgeführt.

Des Weiteren wurden gezielt anhand strukturierter Items Wirkungen/ Nebenwirkungen der Neuroleptika-Medikation erfragt. Die Patienten sollten sie Fragen dichotom mit >ja< oder >nein< beantworten. Bei Bejahung war die Stärke der Wirkung/Nebenwirkung anhand einer 6-stufigen Skala zu beurteilen.

Zusätzlich wurden bei ausgewählten Nebenwirkungen genauere Angaben verlangt, z. B. sollte bei Frühdiskinesien der betroffene Körperbereich angegeben werden.

e). Einstellung zur Weiterbehandlung

Die Patienten mussten bei diesem ebenfalls von der Projektgruppe erarbeiteten Fragebogen prospektive Angaben zur ambulanten und komplementären Versorgung im folgenden Jahr machen. Die Fragen sind entweder dichotom >eher ja<, >eher nein< zu beantworten oder durch offene Antworten zu ergänzen.

f). Krankheitskonzept (KK)- Skala

Diese von LINDEN et al. (1988) entwickelte Skala dient der Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte, speziell bei Schizophrenen. Die KK-Skala setzt sich aus 29 Items zusammen, die als Feststellung formuliert sind und auf 5 Stufen zu beantworten sind. (>stimme gar nicht zu< = 0 bis >stimme voll zu< = 4).

Die Einzelitems lassen sich folgenden 7 Dimensionen zuordnen: Medikamentenvertrauen, Arztvertrauen, Negativerwartungen, Schuld, Zufallskontrolle, An-

fälligkeit, idiosynkratische Annahmen. Es können sowohl Subskalencodes, als auch Krankheitskonzept-Summencodes (KKS) berechnet werden.

Erweiterte KK-Skala

Die Projektgruppe hat die Skala von LINDEN um 10 weitere Items ergänzt, welche die Einstellung gegenüber Neuroleptika betreffen und auf klinischer Erfahrung beruhen. Es besteht die Annahme diese könnten Teil des Krankheitskonzeptes sein.

Die Auswertung erfolgt analog der KK-Skala von LINDEN. Dieser Bewertungsbogen ist im Anhang abgebildet.

g). GAF- globale Erfassung des Funktionsniveaus

Dies ist die deutsche Übersetzung einer Skala, die im DSM-III-R als >global assessment of functioning< erschienen ist und ursprünglich von ENDICOTT, SPITZER, FLEISS & COHEN (1976) entwickelt wurde.

Die Patienten sollen auf der Basis eines Interviews in Bezug auf psychische, soziale oder berufliche Funktionsbereiche eingeschätzt werden. Dies erfolgt anhand einer 10er Skala von 0 bis 100, wobei Zwischenschritte möglich sind. Die Bewertung erfolgt zum aktuellen Zeitpunkt durch den Interviewer. Je höher der Wert, desto besser die soziale Anpassung. Dieser Bogen ist im Anhang abgebildet.

h). SOFAS- Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus

Dies ist die deutsche Übersetzung einer Skala, die in der DSM-IV in den Anhang B neu aufgenommen wurde und ursprünglich von der social and occupational functioning assessment scale von GOLDMAN, SKODOL & LAVE (1992) stammt.

Sie bestimmt im Gegensatz zur GAF- Skala ausschließlich das soziale und berufliche Funktionsniveau der Patienten unabhängig von psychopathologischen Symptomen.

Die Bewertung erfolgt analog der GAF-Skala.

j). PANSS positive and negative syndrome scale of schizophrenia

Diese mit 30 items bestückte Skala ist eine Zusammenfügung des >Brief psychiatric rating scale< von OVERALL & GOREHAM (1962) und dem >psychiatric rating schedule< von KAY, FISZBEIN & OPLER (1967).

Die Einzelitems sind siebenfach abgestuft: 1 = keine Psychopathologie bis 7 = extreme Psychopathologie und werden durch Fremdeinschätzung des Interviewers erhoben und lassen sich in 16 Items allgemeine, 7 Items positive und 7 Items negative Symptomatik zusammenfassen. Es können für alle 3 Pathologiegruppen auch Einzelscores erhoben, sowie ein Gesamtscore berechnet werden.

k). Entlassprotokoll

Dieser Fragebogen, der von der Projektgruppe entwickelt wurde, erfragt den Entlassmodus und die Dauer des Aufenthalts, sowie weiterführende Maßnahmen bezüglich der Behandlung und Betreuung des Patienten.

l). Einstellung zur Weiterbehandlung

Diese Fragen wurden ebenfalls von der Projektgruppe entwickelt und befassen sich mit der ambulanten, medikamentösen, sowie der begleitenden Behandlung.

Erhoben werden vor allem Einschätzungen des Patienten hinsichtlich seiner Medikation. Ein Schwerpunkt liegt bei der Einschätzung der Dosierung, beziehungsweise hinsichtlich einer möglichen Dosisänderung.

m). Tübinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit stationär und ambulant

Diese zwei Varianten des von der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie ausgearbeiteten Fragebogens ermittelt die Patientenzufriedenheit mit der jeweiligen Behandlung, >stationär< bei der Entlassuntersuchung, >ambulant< bei den Katamnesen. Die Patienten müssen auf einer 7-stufigen Ratingskala die jeweilige Behandlung bewerten.

n). Fragebogen zur Erfassung der Familienatmosphäre (FEF)

Dieser von FELDMANN, BUCHKREMER, MINNECKER-HÜGEL & HORNUNG (1995) entwickelte Fragebogen versucht anhand vorgegebener Aussagen, die dichotom mit ja/nein beantwortet werden können, die subjektive Einschätzung der Beziehung zu Angehörigen schizophrener Patienten zu bewerten.

o). Münsteraner Prognose Score (MPS)

Mit dem (1986) von SCHULZE-MÖNKING, ROOK, STRICKER & BUCHKREMER entwickelten Instrument wird anhand vier verschiedener Einschätzungen durch den Untersucher versucht, eine Prognose über den weiteren Verlauf der Erkrankung herauszufinden, wobei eine Zusammenfassung der Items eine Aussage bezüglich günstiger oder ungünstiger Prognose erlaubt.

p). ICD-10 und DSM IV- Checklisten

Mit Hilfe der Internationalen Klassifikation von Krankheiten, ICD-10 DILLING et al. 1995 und des Diagnostischen und Statistischen Manuals SASS et al. 1996 wurden die gestellten Diagnosen überprüft, um gegebenenfalls Abweichungen herauszufinden.

Messinstrumente zum Katamnesezeitpunkt:

q). Berliner Lebensqualitätsprofil

Das von PRIEBE et al. (1995) entwickelte Berliner Lebensqualitätsprofil erhebt Daten zu den verschiedenen Lebensumständen der Patienten. Zu den objektiven Kriterien gehören unter anderem Arbeit, Freizeit, Familie sowie Finanzen. Das Berliner Lebensqualitätsprofil versucht aber auch über die Bewertung der einzelnen Bereiche durch den Patienten eine Aussage über die subjektive Lebensqualität zu erlangen, indem die Patienten aufgefordert werden, die Items auf einer Zufriedenheitsskala (von 1 = völlig zufrieden bis 7 = völlig unzufrieden) zu bewerten.

r). Fragebogen Katamnese 6 Monate

Dieser, von der Projektgruppe entwickelte Fragebogen befasst sich vor allem mit der beruflichen Integration der Patienten in den letzten 6 Monaten.

s). Krankheits- und Behandlungsanamnese

Dieser Fragebogen wurde für die Katamnese leicht verändert und untersucht vor allem die stationären und ambulanten Behandlungsmaßnahmen in den vergangenen 6 Monaten.

t). Therapiedaten

Dieser von der Projektgruppe entwickelte Fragebogen erfragt die Medikation und deren Veränderungen im Zeitraum der letzten 6 Monate. Dabei soll der Patient angeben wie häufig er die Medikamente eingenommen hat.

Gründe für Veränderungen der Medikation sollen bestimmt werden, indem sowohl spontan genannte Gründe der Patienten erfragt, als auch einen Katalog mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, die jeweils mit >ja< oder >nein< beantwortet werden müssen, bietet. Im Falle einer positiven Antwort ist diese in ihrer Wichtigkeit auf einer Skala von 1 bis 6 zu beurteilen. Außerdem werden Fragen in Bezug auf den behandelnden Arzt hinsichtlich der Arzt-Patientenkommunikation gestellt.

Sowohl eine Medikamenten Um- /Absetzung als auch eine Dosisänderung werden abgefragt. Im Anschluss daran werden die Patienten nach ihrer Zufriedenheit bezüglich Behandlung und Medikation befragt.

Dieser Bogen erhebt sehr relevante Aspekte der Medikamentencompliance und der Arzt/Patient Beziehung.

Bei fehlenden Daten wurden sowohl die Krankenakten als auch Daten aus der Basisdokumentation, die 1998 von HAMMER im UKPP entwickelt wurde, herangezogen.

Arztbefragung

Anhand der Erfahrungen der psychiatrischen Praxis erschien eine ergänzende Fremdanamnese durch den behandelnden niedergelassenen Arzt sinnvoll.

Es bestand die Hoffnung, dass eine ausreichend gute Übereinstimmung der Ergebnisse zukünftige Doppelbefragungen dieser Art unnötig machen sollte. Die entwickelten Bögen sind im Anhang abgedruckt.

u) Krankheits- und Behandlungsanamnese Arzt

Dieser von der Projektgruppe erarbeitete Fragebogen ist dem der Patientenbefragung inhaltlich identisch, jedoch formal teilweise unterschiedlich.

Er erfasst Daten zur ambulanten /stationären Behandlung, zu Medikation, sowie zwei abschließende Fragen zur Einbeziehung des Patienten in die Therapie.

v). Medikamentenumstellung Arzt

Diese von der Forschungsgruppe erarbeitete Checkliste erfragt Gründe für eine mögliche Medikamentenumstellung. Dabei werden einzelne Items aus dem Fragebogen >Therapiedaten< übernommen. Die Fragen sind mit >ja< , >nein< zu beantworten, im Falle einer Positivantwort ist die Wichtigkeit auf einer Skala von 1 bis 6 anzugeben.

Eine zweite Checkliste erfragt die Nebenwirkungen der Patienten.

w). Fragebogen zur Medikamenten- und Behandlungs- Compliance von Psychose-Erkrankten

Dieser von STEINERT, GEBHARDT & WÖLFLE; erarbeitete Fragebogen erhebt 6 Items zur Einschätzung der Patienten- Compliance durch den Arzt. Erfragt werden Krankheitseinsicht, Behandlungseinsicht, Regelmäßigkeit und Freiwilligkeit der Medikamenteneinnahme, sowie die Einschätzung der nicht medikamentösen Behandlungsmaßnahmen. Alle Items sind mit vier Antwortmöglichkeiten versehen, deren Einordnung je nach Fragestellung von >immer< bis >nie< reicht.

x). Einstellung zur Weiterbehandlung Arzt

In diesem von der Projektgruppe vorgelegten Fragebogen werden die weiteren Behandlungsmaßnahmen, die weitere Medikation, sowie einige Fragen zur Einschätzung der Patientenzufriedenheit und Compliance an den Arzt gerichtet.

Tabelle: Alle Fragebögen, die zu den Unterschiedlichen Zeitpunkten eingesetzt wurden.

Erhebungsinstrumente Fragebögen	Entlass- zeitpunkt	Kat 6	Kat 12
Soziodemokratische Daten	x		
Krankheitsanamnese	x		
Behandlungsanamnese	x		
Aktuelle Therapiedaten	x		
Entlassprotokoll	x		
ICD 10	x		
Erfassung der Familienatmosphäre	x	x	x
Einstellung zu Medikamen- ten/Krankheitskonzept (KK-Skala)	x	x	x
Einstellung zur Weiterbehandlung	x	x	x
Münsteraner Prognosescore (MPS)	x	x	x
Tübinger Fragebogen zur Behand- lungszufriedenheit (TüBB stationär, TüBB ambulant)	x	x	x
Wirkungs- und Nebenwirkungs- checkliste	x	x	x
GAF/Sofas	x	x	x
Psychopathologie (PANSS)	x	x	x
Berufliche Integration		x	x
Verlauf von Krankheits- und Be- handlungsanamnese		x	x
Verlauf Therapiedaten		x	x
Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP)		x	x
BKÄ-Skala Schizophrenie		x	
Medikamenten- und Behandlungs- compliance Arzt		x	x
Krankheits- und Behandlungsanam- nese Arzt		x	x
Medikamentenumstellung Arzt		x	x
Einstellung zur Weiterbehandlung Arzt		x	x

Tabelle 1: Erhebungsinstrumente Entlassung, Kat 6, Kat 12, Arztbefragung

5. Operationalisierung ausgewählter Konstrukte

Compliance

Ein Patient wird innerhalb der vorliegende Studie als compliant bezeichnet, wenn alle folgenden Punkte erfüllt sind:

Berliner Lebensqualitätsprofil: „Nehmen Sie wegen seelischer Probleme Medikamente?“ muss mit „ja“ beantwortet werden.

Behandlungs- und Krankheitsanamnese: der Patient berichtet über mindestens 2 Kontakte zum Haus- oder Nervenarzt aufgrund seiner psychischen Erkrankung in den letzten 6 Monaten.

Therapiedaten: der Patient kann für den Tag und den Monat vor dem Interview ein Neuroleptikum nennen, welches er regelmäßig eingenommen hat.

Einstellung zur Weiterbehandlung: die Frage „Nehmen Sie die vom Arzt empfohlene Dosis ein?“ muss mit „ja“ beantwortet werden. Die Abweichung von der empfohlenen Dosis darf dabei maximal 33% betragen.

Angaben des behandelnden Arztes zum Katamnesezeitpunkt/Medikamenten und Behandlungscompliance: der Arzt geht davon aus, dass der Patient völlig behandlungseinsichtig ist und die verordneten Medikamente regelmäßig und freiwillig einnimmt.

Typische/Atypische Neuroleptika

In der vorliegenden Studie wurden folgende Neuroleptika als „atypisch“ eingeordnet: Clozapin, Olanzapin, Risperidon, Amisulprid.

Rehospitalisierung

Als Rehospitalisierung wurde jede Wiederaufnahme in eine psychiatrische Klinik oder Tagesklinik eingestuft. Wurde ein Patient nach einer Rehospitalisierung entlassen und anschließend innerhalb eines Zeitraumes von weniger als 7 Tagen wiederaufgenommen, galt dies als Unterbrechung des vorherigen Aufenthaltes.

6. Statistische Auswertung

Datenverwaltung

Sämtliche Daten wurden mittels einer zugeordneten Ziffer anonymisiert. „EXEL 97 Version 5.0“ wurde als Tabellenkalkulationsprogramm verwendet. Die statistischen Rechenoperationen wurden mit Hilfe des Programmpaketes „SPSS 9.0 for Windows“ durchgeführt.

Deskriptive Auswertung

Für die deskriptive Auswertung der Daten wurden die geeigneten statistischen Kennwerte wie Mittelwert, Median, Standardabweichung, Minimalwert und Maximalwert ermittelt. In Abhängigkeit der Fragestellung wurden Antwortmöglichkeiten zur besseren Darstellung neu gruppiert.

Prüfung auf Repräsentativität/ Prüfung von Unterschiedshypothesen

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Gruppen Teilnehmer und Nichtteilnehmer wurden verschiedene Verfahren für unabhängige Stichproben verwendet. Als Nullhypothese wurde angenommen, dass sich die beiden Gruppen in den untersuchten Variablenausprägungen nicht unterscheiden.

Mittels Chi-Quadrat-Techniken wurde ermittelt, ob Unterschiede in den Häufigkeits-Verteilungen vorlagen.

Anwendung fanden hier 2x2 Chi-Quadrat- und kx2 Chi-Quadrat-Verfahren. Pearson-Chi-Quadrat-Wert wurde als Kennwert auf Signifikanz überprüft. Als Voraussetzung für die Wertung als Signifikanzaussage mussten mindestens 80% aller erwarteten Häufigkeiten einen Wert > 5 vorweisen und die restlichen 20% Werte > 1 enthalten. Konnte diese Bedingung nicht erfüllt werden, kam als Alternativverfahren bei 2x2 Kreuztabellen der Fisher-Exact-Test zum Einsatz. Als Alternative bei nicht erfüllten Bedingungen der kx2-Kreuztabellen wurde der Craddock-Floods approximierte Chi-Quadrat-Test verwendet (Bortz et al. 2000). Messwerte (z.B. Zufriedenheitsmaße) wurden auf Normalverteilung mittels des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft. Normalverteilung war in der Mehrzahl der Fälle nicht gegeben. Ob Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer aus identischen Grundpopulationen stammten, wurde in diesem Fall unter Anwendung des Kolmogorov-Smirnow-Testes für zwei unabhängige Stichproben festgestellt.

Normalverteilte Daten auf Intervallskalenniveau wurden mit dem t-test für unabhängige Stichproben auf Mittelwertsdifferenzen verglichen.

Ob Varianzhomogenität als Voraussetzung für die Durchführung des t-test vorhanden war, wurde mit dem Levene`s Test zur Überprüfung von Gleichheit von Varianzen festgestellt werden. Bei Ungleichheit wurden die Freiheitsgrade vor der Bestimmung der Zufallswahrscheinlichkeit des t-Wertes korrigiert (Bortz 2000).

Vergleich von Patienten- und Arztangaben

Die Gruppen wurden als verbundene Stichproben behandelt. Hier sollte die Urteils Konkordanz beider Gruppen hinsichtlich verschiedenster Begriffsparameter untersucht werden. Mit Hilfe des Kappa-Konzeptes konnten Nominaldaten aus inhaltlich äquivalenten Variablen auf Urteiler-Übereinstimmung getestet werden.

Voraussetzung für die Berechnung des Kappa-Konkordanzmaßes war, dass sich die Variablenausprägungen als symmetrische kxk-Felder-Tafel anordnen

ließen (Bortz 1998). Kendalls tau-b war bei Ordinaldaten das Maß für die Übereinstimmung der Urteile von Ärzten und Patienten.

Der bindungskorrigierte tau-Koeffizient wurde zusätzlich auf Signifikanz geprüft. Mittels des Wilcoxon-Test für Paardifferenzen wurde die zentrale Tendenz der Angaben beider Gruppen verglichen. Die Auftretenswahrscheinlichkeit des resultierenden z-Wertes ermöglichte eine Aussage über einen möglichen Unterschied zwischen beiden Gruppen (Bortz 1998).

Weiterhin wurden neben diesen Prüfverfahren auch rein deskriptive Verfahren verwendet und die Ergebnisse mittels Hilfe verschiedener Tabellen dargestellt.

7. Patientenstichproben

Die Gesamtstichprobe umfasst 169 Patienten. An der Entlassuntersuchung (E) nahmen 80% der Ausgangsstichprobe, also 136 Patienten, teil.

An der ersten Katamnesebefragung 6 (Kat 6) Monate nach Entlassung nahmen 61% der Ausgangsstichprobe, also 103 Patienten, teil.

8 dieser Patienten hatten nicht bei der Entlassuntersuchung (E) teilgenommen. 95 der 103 Patienten hatten schon bei der Entlassuntersuchung (E) teilgenommen, das entspricht 70 % der Entlassuntersuchung (E).

Während der Befragung 12 Monate nach Entlassung (Kat 12) konnten 83 Patienten befragt werden. Das sind 49 % der Gesamtstichprobe.

Von 70 Patienten sind die Daten aller 3 Untersuchungen vorhanden.

Das sind 41% der Gesamtstichprobe, 51% der Entlassstichprobe, 68% der Kat 6-Stichprobe und 84% der Kat 12-Stichprobe. 22 Patienten der Gesamtstichprobe nahmen an keiner der 3 Untersuchungen teil. Das entspricht 13% der Gesamtstichprobe. Leider verstarben 3 Patienten während der Studie, 2 von ihnen durch Suicid.

Zum Zeitpunkt der ersten Katamnesebefragung waren 81 der 103 Teilnehmer (79%) der Kat 6-Befragung einverstanden, dass ihr betreuender Arzt parallel

befragt wurde. Zum Zeitpunkt der zweiten Katamnesebefragung waren 67 der 83 Teilnehmer der Kat 12-Befragung dazu bereit (81%).

Alle betreuenden Ärzte waren bereit das entsprechende Interview durchzuführen. Nur für einen Patienten konnte kein Interview durchgeführt werden. 37 Ärzte nahmen an der Untersuchung teil, davon 29 Psychiater, 3 Ärzte für Allgemeinmedizin, 2 behandelten ihre Patienten in der Poliklinik der UKPP und 2 Ärzte waren in einer nachbehandelnden Klinik tätig.

Die Arztbefragung musste teilweise mit deutlicher Verzögerung durchgeführt werden. Meist waren Probleme der Terminfindung mit den niedergelassenen Ärzten dafür verantwortlich. Die erste Befragung der Ärzte wurde im Durchschnitt 235 Tage nach der Entlassung durchgeführt, die zweite Befragung im Mittel 422 Tage nach Entlassung.

Gesamtstichprobe

Geschlechtsverteilung:

48% männlich,

52% weiblich

Staatsangehörigkeit:

86% deutsch,

7% EU-Bürger,

6% Nicht-EU-Bürger,

bei einem Patienten nicht bekannt

Alter:

Durchschnittsalter 36 Jahre (Wertebereich 18-64 Jahre)

Wohnform:

69% lebten selbstständig,
21% bei den Eltern,
9% in betreuter Wohnform

Partnerschaft:

38% der Patienten waren verheiratet oder in fester Partnerschaft

Schulabschluss:

44% Abitur,
21% Realschulabschluss,
28%Hauptschulabschluss,
4% ohne Schulabschluss

Berufsausbildung:

51% abgeschlossene Berufsausbildung,
9% abgeschlossenes Studium

Erwerbstätigkeit:

31% arbeiten >30h pro Woche,
14% arbeiten<20h pro Woche,
12% befinden sich in Ausbildung,
7% Hausfrau/Hausmann,
18% waren Rentner,
18% arbeitslos

Psychische Erkrankungen bei Verwandten:

12% gaben an, das ein Verwandter 1. Grades ebenfalls an Schizophrenie erkrankt sei,
6% Suchterkrankung,
17% andere psychiatrische Diagnosen

Aufnahmestation:

66% zunächst auf einer beschützenden Station,
33% auf einer offenen Station oder Tagesklinik

Aufnahmemodus:

39% durch einen Facharzt für Psychiatrie,
22% durch den Allgemeinarzt, den ärztlichen Notdienst oder Behörden,
25% ohne ärztliche Einweisung

Diagnose:

Alle Gruppe F2 nach ICD-10.
54% paranoide Schizophrenie,
26% schizoaffektive Psychose,
9% akute vorübergehende Psychose,
10% Suchtmittelmissbrauch,
2% depressive Störung,
3% Persönlichkeitsstörung als Nebendiagnose

Krankheitsdauer:

Im Durchschnitt vor 10 Jahren erstmals an einer F2-Diagnose erkrankt
(Wertebereich 0-44)

Klinikaufenthalte:

Im Schnitt 5,5 Klinikaufenthalte vor aktueller stationärer Behandlung
(Wertebereich 0-36).
12% erstmalig,
37% ein- bis dreimalig,
34% vier- bis zehnmalig,
10% häufiger als zehn mal

Entlassmodus:

87% der Patienten reguläre Beendigung der Behandlung,
7% hatten die Klinik gegen ärztlichen Rat verlassen,
2% wurden auf Grund mangelnder Kooperation entlassen
4% Entlassmodus unbekannt

Stichprobe der Entlassuntersuchung

136 Patienten beteiligten sich an der Entlassuntersuchung, entsprechend 80% der Gesamtstichprobe. Anhand soziodemographischer Daten (Geschlecht, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, ärztliche Einweisung, Zeitraum seit letzter Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik, Staatsangehörigkeit, Alter zum Zeitpunkt der Entlassung, Zeitpunkt der Ersterkrankung, Zahl der bisherigen Aufnahmen) wurde überprüft, ob sich die Nichtteilnehmer von den Teilnehmern unterschieden. G.Längle (2001) konnte zeigen, dass auf einem Signifikanzniveau $p < 0.05$ kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bestand.

Stichprobe der Kat 6-Untersuchung

103 Patienten nahmen an der Befragung nach 6 Monaten teil (61% der Gesamtstichprobe). 40 Patienten lehnten die Teilnahme ab (24%). 2 Patienten waren verstorben. 23 Patienten konnten nicht aufgefunden werden (14%).

Die Repräsentativitätsprüfung wurde wiederum anhand soziodemographischer Daten durchgeführt. Die Gesamtstichprobe wurde für den Vergleich zugrunde gelegt. Ein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern konnte lediglich in der Art der Zuweisung zur Aufnahme gezeigt werden. Überproportional viele der über die hauseigene Poliklinik zugewiesenen Patienten nahmen nicht an der Kat 6-Befragung teil (Längle 2001). Weiterhin wurde

überprüft, ob sich die Patienten, die an der Entlassuntersuchung wie auch an der Kat6-Untersuchung teilgenommen hatten (N=95), von denjenigen Patienten unterschieden, die zwar an der Entlassuntersuchung teilnahmen, nicht aber an der Kat6-Untersuchung (N=41). Da für beide Gruppen wenigstens die Daten der Entlassuntersuchung vorlagen, konnten hier für die Repräsentativprüfung zusätzlich zu soziodemographischen Daten, weitere Parameter untersucht werden (z.B Neuroleptikanebenwirkungen, GAF-Skala, PANSS-Summenscore).

Signifikante Unterschiede auf 5%-Niveau fanden sich bei Alter, Schulbildung und Art der Zuweisung in die Klinik, also bei 3 von 25 Items. Der Altersdurchschnitt der Teilnehmer betrug 35 Jahre, der der Nichtteilnehmer 39 Jahre. Bei den Teilnehmer hatten immer ein Drittel einen Hauptschulabschluss, mittlere Reife und Abitur.

Bei der Gruppe der Nichtteilnehmer stellte die Gruppe mit erworbenem Abitur mit 61% den größten Anteil dar. 44% der Teilnehmer wurden von Fachärzten zugewiesen, dagegen nur 22% der Nichtteilnehmer (Längle 2001).

Stichprobe der Kat 12-Untersuchung

83 Patienten nahmen an der Befragung nach einem Jahr teil (49% der Gesamtstichprobe).

53 Patienten verweigerten die Teilnahme (31%), 29 Patienten konnten nicht aufgefunden werden (17%), 1 Patientin war wieder in ihr Ursprungsland gezogen, 3 Patienten waren verstorben. Die Teilnehmer und Nichtteilnehmer wurden erneut anhand soziodemographischer Daten verglichen. Basis war wiederum die Grundgesamtheit von N=169.

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Weiter Parameter wurden mit den Daten der Entlassuntersuchung überprüft.

Es bestand ein signifikanter Unterschied in den Mittelwerten der GAF-Skala ($p=0,04$). Mittelwert bei Teilnehmern 64 Punkte, bei Nichtteilnehmern 62,6 Punkte. Dieser geringe Unterschied ist nicht von klinischer Relevanz (Längle 2001).

Stichproben der Arztbefragung

Kat 6-Befragung

81 Patienten der Kat6-Untersuchung waren mit der parallelen Befragung ihres Arztes einverstanden (79%). 22 Patienten verweigerten ihr Einverständnis (21%).

Für alle 81 Patienten lag das Arztinterview vor. Anhand von soziodemographischen Daten wie Alter (t-Test), Geschlecht (Pearson-Chi-Quadrat), Familienstand (Pearson-Chi-Quadrat), Wohnform (Craddock-Flood) und Art der Einweisung (Pearson-Chi-Quadrat) wurden die Gruppen Teilnehmer und Nichtteilnehmer auf Unterschiede untersucht.

Nur für die Wohnform ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p=0.001$).

Unter den mit der Befragung einverständenen Patienten war der Parameter Wohnform wie folgt verteilt: 65% selbstständig, 6% in einer betreuten Wohnform. Bei den Ablehnern: 29% selbstständig, 36% in betreuter Wohnform.

Kat 12-Befragung

67 Patienten der Kat12-Untersuchung waren mit der parallelen Befragung ihres Arztes einverstanden (81%). 16 verweigerten ihr Einverständnis (19%).

Zu einem Patienten, der sein Einverständnis gegeben hatte, konnte der Arzt nicht befragt werden. Bei Überprüfung auf Unterschiede der Gruppen einverständene/nichteinverständene Patienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Der festgestellte Unterschied des Parameters Wohnform nach 6 Monaten konnte nach 12 Monaten nicht erneut festgestellt werden.

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass die Patientengruppen, die zu den unterschiedlichen Zeitpunkten befragt wurden, als repräsentativ für die Gesamtstichprobe der schizophrenen Patienten der Klinik gelten (G.Längle 2001).

D. Ergebnisse

1. Deskriptive Darstellung/Angaben der Ärzte 6/12- Monatskatamnese (Kat 6-Befragung/Kat 12-Befragung)

In den Vergleich von Arztangaben und Patientenangaben wurden alle Patienten einbezogen, zu denen der behandelnde Arzt interviewt werden konnte und für die komplette Datensätze aus der Arzt- und Patientenbefragung vorlagen (N=81 bei Kat 6/ N=66 bei Kat 12).

Es wurden deskriptive Analysen sowie statistische Prüfverfahren von Arzt- und Patientenaussagen durchgeführt. Angaben aller Paare (jeweils Patient und behandelnder Arzt) wurden miteinander verglichen. Zur Vermeidung von Redundanz wurde auf die vollständige Darstellung beider Datensätze verzichtet und diese nur für die Kat 12 vorgenommen. Die Ergebnisse der Kat 6 Untersuchung sind ebenfalls aufgelistet sowie durch (Klammern). und Unterstreichung optisch markiert. Falls sich die beiden Ergebnisse deutlich voneinander unterscheiden ist dies noch zusätzlich im Text erwähnt.

1.1 Krankheits- und Behandlungsanamnese Katamnese 12 Monate

Die Interviews wurden jeweils mit den Ärzten durchgeführt, welche die hauptsächliche Betreuung in Bezug auf die Schizophrenieerkrankung übernommen hatten. So wurden 63 (95,5%) Interviews mit Psychiatern/Nervenärzten durchgeführt, 2 Interviews mit Allgemeinpraktikern.

Ähnliche Zahlen wie nach 6 Monaten (stabil).

Arztkonsultationen

Der Mittelwert der Nervenarztbesuche im vergangenen halben Jahr betrug 11,94 (Standardabweichung 14,19). Für etwa die Hälfte der Patienten gaben die Ärzte eine Frequenz zwischen 5 und 15 Besuchen in den letzten 6 Monaten

an. Die Häufigkeit der Arztkonsultationen ist damit im zweiten Halbjahr im Schnitt um ca. 2 Besuche angestiegen.

Durchschnittlich waren die Patienten 2,31 (Standardabweichung 3,98) mal im letzten Monat vor dem Interview zur Betreuung bei Ihrem Arzt.

Die Häufigkeit der Arztbesuche hatte im zweiten Halbjahr zugenommen.

Ergänzende Angebote

Bei 31,8% der Patienten gaben die Ärzte die Nutzung eines ergänzenden Behandlungsangebotes an. (In Klammern die Zahlen nach 6 Monaten)

<u>SPDI und andere sozialpsychiatrischen Dienste</u>	15 Nennungen (6)
<u>Gruppen und Kontaktstellen</u>	4 Nennungen (11)
<u>Ambulante Wohnangebote</u>	6 Nennungen (5)
<u>Wohnheime</u>	0 Nennungen (1)
<u>Arbeitsangebote und Werkstatt für Behinderte</u>	5 Nennungen (7)
<u>Sonstige</u>	5 Nennungen (6)

Sozialpsychiatrische Dienste wurden also im 2.Halbjahr deutlich häufiger genutzt, Gruppen und Kontaktstellen deutlich seltener.

8 Patienten nutzten 2 ergänzende Behandlungsangebote.

Die Angabe über die Häufigkeit der Nutzung dieser Behandlungsangebote ergab durch die tägliche Nutzung eines Wohn- oder Arbeitsangebotes eine weite Streuung und ist für die detaillierte Auflistung ungeeignet.

In einer Skala von 1-6 (1=sehr hilfreich/6=überhaupt nicht hilfreich) sollten diese Angebote vom Arzt in ihrer „Hilfspotenz“ bewertet werden.

Der Durchschnittswert war für alle Angebote kleiner als 2, also als sehr hilfreich eingestuft. In 12 Fällen wurde dem Patienten ein ergänzendes Behandlungsangebot empfohlen, aber nicht wahrgenommen. Bei diesen Empfehlungen stellen sozialpsychiatrische Dienste und Gruppen/Kontaktstellen den größten Anteil.

Nahezu gleich wie nach 6 Monaten (stabil).

Von 10 (14) Patienten wurden ambulante Behandlungsangebote

Psychotherapie

8 Nennungen (6)

Sonstige

2 Nennungen (4 Nennungen)

genutzt.

Ergotherapie und Krankengymnastik wurden im Gegensatz zum ersten Katamnesezeitraum nicht mehr angegeben.

Bei 67 Patienten (84,8%) konnte der Arzt keine Nutzung ambulanter Therapieangebote nennen. Diese ambulanten Angebote wurden in den letzten 6 Monaten im Schnitt 15,90 mal (Standardabweichung 14,22) genutzt.

Also viel häufiger als in den ersten 6 Monaten (8,92 mal).

Das Hilfspotential dieser ambulanten Behandlungsformen wurde im Schnitt mit 2,36 (1=sehr hilfreich/6=überhaupt nicht hilfreich) eingestuft.

Rehospitalisationen

Für 86,4% der Patienten war dem Arzt kein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik in den letzten 6 Monaten bekannt. Im ersten Halbjahr waren den Ärzten nur für 61% kein Aufenthalt in einer Psychiatrie in den letzten 6 Monaten bekannt. 9 Patienten waren innerhalb dieser Zeit einmal, 2 Patienten zweimal und 1 Patient dreimal rehospitalisiert.

Im zweiten Halbjahr wurden also deutlich seltener Rehospitalisationen angegeben.

Der Durchschnitt des Zeitraumes zwischen Entlassung und Wiederaufnahme wurde mit 36,5 Wochen angegeben (Standardabweichung 5,64).

Kat 6: Durchschnitt 10 Wochen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer des ersten Klinikaufenthaltes (1.Rehospitalisierung) war 4,67 Wochen (Standardabweichung 4,21).

Kat 6: durchschnittliche Aufenthaltsdauer 14 Wochen.

Im Durchschnitt also deutlich kürzer als bei Rehospitalisation im ersten Halbjahr nach Entlassung.

Erneut wurde der Arzt gefragt wie hilfreich dieser Aufenthalt in der Klinik für den Patienten war (1=sehr hilfreich/6=überhaupt nicht hilfreich). Hier konnte ein Durchschnitt von 1,57 (Standardabweichung 0,79) ermittelt werden.

Aufenthalte in Tageskliniken/teilstationäre Einrichtungen in den letzten 6 Monaten wurden bei keinem der Patienten angegeben. Kat 6: Hier wurde für 7 Patienten ein Aufenthalt in teilstationären Einrichtungen angegeben.

Medikamenteneinnahme

Die Ärzte wurden gefragt welches Medikament der entsprechende Patient momentan einnehmen würde. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Clozapin	12 Nennungen (<u>12</u>)
Risperidon	5 Nennungen (<u>5</u>)
Olanzapin	25 Nennungen (<u>32</u>)
Amisulprid	3 Nennungen (<u>3</u>)
Atypische Neuroleptika	45 Nennungen (<u>52</u>)
Haloperidol/Haldol-Decanoat	4 Nennungen (<u>5</u>)
Perphenazin/Perphenazin-Depot	7 Nennungen (<u>11</u>)
Perazin	5 Nennungen (<u>6</u>)
Sulpirid	2 Nennungen (<u>5</u>)
Sonstige Neuroleptika	9 Nennungen (<u>9</u>)
Typische Neuroleptika	27 Nennungen (<u>36</u>)
Antidepressiva	14 Nennungen (<u>16</u>)
Phasenprophylaktika	10 Nennungen (<u>11</u>)
Tranquilizer	10 Nennungen (<u>10</u>)

Tabelle 2: Momentane Medikation/Arztbefragung Kat 12(in Klammern sind die Angaben der Kat 6 Befragung)

Welche Medikamente in den letzten 6 Monaten in gleicher Dosierung weiterverordnet wurden ist in folgender Tabelle dargestellt.

Clozapin	9 Nennungen (<u>7</u>)
Risperidon	2 Nennungen (<u>2</u>)
Olanzapin	16 Nennungen (<u>13</u>)
Amisulprid	3 Nennungen (<u>2</u>)
Atypische Neuroleptika	30 Nennungen (<u>23</u>)
Haloperidol/Haldol-Decanoat	2 Nennungen (<u>2</u>)
Perphenazin/Perphenazin-Depot	7 Nennungen (<u>5</u>)
Perazin	4 Nennungen (<u>3</u>)
Sulpirid	1 Nennung (<u>3</u>)
Sonstige Neuroleptika	6 Nennung (<u>2</u>)
Typische Neuroleptika	20 Nennungen (<u>15</u>)

Tabelle 3: Medikamente die in den letzten 6 Monaten in der gleichen Dosierung weitergegeben wurden/Arztbefragung Kat 12. (In Klammern sind die Aussagen der Kat 6-Befragung dargestellt).

1.2 Medikamentenumstellung Arzt Katamnese 6 Monate

Mit Hilfe dieses Fragebogens sollten Gründe, die zu Umstellung der Medikation führten untersucht werden.

Änderung der Medikation

Folgende Tabelle zeigt ob die Neuroleptikamedikation unverändert weitergeführt oder variiert wurde.

Nicht verändert	46 Nennungen (<u>46</u>)
Medikament abgesetzt	8 Nennungen (<u>8</u>)
Medikament angesetzt	3 Nennungen (<u>14</u>)
Medikament reduziert	7 Nennungen (<u>24</u>)
Medikament erhöht	4 Nennungen (<u>1</u>)
Medikament umgesetzt	3 Nennungen (<u>1</u>)

Tabelle 4: Neuroleptikamedikation im Verlauf Kat 12/Arztbefragung. (In Klammern Ergebnisse der Kat 6-Befragung)

Der Zeitpunkt der Umstellung war im Durchschnitt 39 Wochen nach der Entlassung durchgeführt worden (Standardabweichung 7,34).

Gründe für die Medikamentenumstellung

Die Begründung für eine Umstellung der Medikation.

Kursiv ist die Angabe der Bedeutung dieser Nennung

für die Umstellung angegeben 1=sehr

2=mäßig wichtig

3=nicht wichtig

Der Patient hatte unerwünschte Nebenwirkungen	13 Nennungen (<u>24</u>) 1,25
Wegen stabilem Zustand war die Umstellung sinnvoll.	7 Nennungen (<u>24</u>) 1,43
Der Patient klagte über das Medikament.	9 Nennungen (<u>23</u>) 1,38
Das Medikament zeigte keine ausreichende Wirkung.	9 Nennungen (<u>8</u>) 1,14
Der Patient hatte den Wunsch, auf ein anderes Neuroleptikum umgestellt zu werden.	5 Nennungen (<u>5</u>) 1,4
Sonstige Gründe führten zur Umstellung.	1 Nennung (<u>5</u>) <i>keine Angabe</i>
Aktuelle Budgetprobleme.	1 Nennungen (<u>3</u>) 3,00
Wegen krankheitsbedingter Krise war die Umstellung sinnvoll.	7 Nennungen (<u>3</u>) 1,17
Es gab das gleiche Präparat von einer günstigeren Anbieterfirma	1 Nennung (<u>2</u>) 1,0
Umstellung weil der Patient drohte, ansonsten die Behandlung abzubrechen.	2 Nennungen (<u>2</u>) 1,0
Drohende Budgetprobleme	1 Nennung (<u>2</u>) <i>keine Angabe</i>
Die Darreichungsform war für den Patienten ungeeignet.	1 Nennung (<u>1</u>) 1,0
Auf Wunsch anderer Personen wurde umgestellt.	0 Nennungen (<u>0</u>)

Tabelle 5: Gründe für die Medikationsumstellung Kat 12/Arztbefragung. (In Klammern sind die Nennungen bei Kat 6 angegeben). Kursiv stellt die Wichtigkeit der Begründung dar.

„War der befragte Arzt mit dem Patienten im Punkt Umstellung mit seinem Patienten einig?“

1=völlig einig	ca. 75%
2=mässig einig	ca. 15%
3=nicht einig	ca.10%

Ähnlich wie Kat6.

Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen

Nebenwirkungen der Neuroleptika:

Gewichtszunahme	8 Nennungen (<u>18</u>)
Müdigkeit	12 Nennungen (<u>15</u>)
EPM-Störungen	1 Nennung (<u>11</u>)
Kreislaufreaktionen	0 Nennungen (<u>3</u>)
Spätdyskinesien	0 Nennungen (<u>2</u>)
Endokrine Nebenwirkungen	5 Nennungen (<u>2</u>)
Lustlosigkeit	1 Nennung (<u>2</u>)
Schlafstörungen	1 Nennung (<u>1</u>)

Tabelle 6: Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen Kat 12/Arztbefragung.(In Klammern sind die Angaben für Kat 6 abgebildet.

Bei 13,6% (22,2%) Patienten wurde ein Medikament abgesetzt.

Dabei wurden atypische Neuroleptika 6 mal (6) abgesetzt

typische Neuroleptika 6 mal (11) abgesetzt.

Bei 9,1% (23,5%) der Patienten wurde ein Medikament neu angesetzt.

Darunter atypische Neuroleptika 5 mal (4).

typische Neuroleptika 3 mal (12).

In 13,6% (37%) der Fälle wurde die Dosierung des Medikamentes um mindestens 20% reduziert.

Atypische Neuroleptika wurden dabei in 5 Fällen (25) reduziert, typische Neuroleptika in 4 Fällen (8).

Bei 6,1% (6,2%) der Patienten musste das Medikament um mindestens 20% erhöht werden.

Dabei 3 mal (2) das atypische Neuroleptikum und einmal das typische Neuroleptikum (1).

Die Ärzte wurden gefragt:

- in wieweit sie die bisherigen Erfahrungen der Patienten mit Neuroleptika berücksichtigt hatten.

Die Antwortmöglichkeit war skaliert

1=sehr stark	70%
2=mässig	22%
3=nicht	8%

- in wieweit sie die Wünsche der Patienten bezüglich der Neuroleptikamedikation erfüllen konnten.

Skalierung

1=sehr stark	75%
2=mässig	20%
3=nicht	5%

Es existierte also jeweils ein höheres Mitspracherecht der Patienten als nach 6 Monaten.

1.3 Einstellung zur Weiterbehandlung /Katamnese 12 Monate

Wichtigkeit und Frequenz der ambulanten Behandlung

Die Ärzte wurden gefragt:

„Wie wichtig ist eine regelmäßige ambulante Betreuung des Patienten?“.

Die Antwortmöglichkeit war skaliert von 1=sehr wichtig bis 6=gar nicht wichtig.

Der Mittelwert der Einschätzungen lag bei 1,35 (Standardabweichung 0,74).

Eine regelmäßige Betreuung wurde als wichtig eingestuft.

Sogar noch wichtiger als nach 6 Monaten (1,49)

„Wie häufig sollten die ambulanten Kontakte in den nächsten 6 Monaten stattfinden?“

Die Antwortmöglichkeit war skaliert in 1=mindestens wöchentlich, 2=mindestens monatlich, 3=mindestens einmal pro Quartal, 4=nach Bedarf. Der Mittelwert der Einschätzung lag bei 2,06 (Standardabweichung 0,56), also im Bereich mindestens einmal monatlich.

Stabil, wie Kat 6

„Wie ist die generelle Einstellung des Patienten gegenüber Neuroleptika?“

Skalierung 1=sehr wichtig bis 6=überhaupt nicht wichtig.

Der Durchschnittswert ergab 3,00(Standardabweichung 1,12).

Die Ärzte schätzten die Bedeutung, die Patienten Neuroleptika entgegenbringen als mittelmäßig ein.

Stabil, wie Kat6

„Planen Sie eine Umstellung der Medikation in den nächsten 6 Monaten?“

In 6 Fällen (20) planten die Ärzte eine Umstellung der Medikation.

Dabei sollte 4 mal (16) ein atypisches Neuroleptikum,

2 mal (3) ein typisches Neuroleptikum

umgestellt werden.

Zufriedenheit mit der Behandlung

„Wie zufrieden ist der Patient mit der aktuellen Medikation?“

Skalierung 1=sehr zufrieden bis 6=überhaupt nicht zufrieden. Der Durchschnittswert ergab 2,65 (Standardabweichung 1,02).

Der Arzt schätzte die Zufriedenheit des Patienten mit der Medikation als mittelmäßig ein.

Stabil, wie Kat 6

„Wie ist die Zufriedenheit des Arztes mit der aktuellen Medikation?“

Skalierung 1=sehr zufrieden bis 6=überhaupt nicht zufrieden. Der Durchschnittswert lag hier bei 2,31 (Standardabweichung 1,02).

Die Ärzte waren also selbst etwas zufriedener mit der aktuellen Medikation, als sie die Zufriedenheit der Patienten einschätzten.

Stabil, wie Kat 6

Compliance

„Wie schätzen Sie die Compliance des Patienten gegenüber der neuroleptischen Therapie in den nächsten 6 Monaten ein?“

Skalierung von 1=sehr compliant bis 6=gar nicht compliant.

Der Durchschnittswert lag in diesem Falle bei 2,20 (Standardabweichung 1,01).

Die Compliance der Patienten gegenüber Neuroleptikaeinnahme wurde als gut bis mittelmäßig eingestuft.

Nach 6 Monaten wurde sie mit (2,65) eingeschätzt.

Die Antworten zur gleichen Fragestellung wurden ebenfalls in 3 Gruppen eingeordnet.

Skalierung	Gruppe1=sehr compliant 74%
	Gruppe2=mässig compliant 23%
	Gruppe3=nicht compliant 3%

„Wie schätzen Sie die Compliance des Patienten gegenüber nichtmedikamentöser Therapie in den nächsten 6 Monaten ein?“

Skalierung 1=sehr compliant bis 6=überhaupt nicht compliant.

Der Durchschnittswert lag hier bei 3,10 (Standardabweichung 1,57).

Die Compliance der Patienten bezüglich der nichtmedikamentösen Therapie in den nächsten 6 Monaten wurde vom Arzt als gut bis mäßig eingestuft.

Nach 6 Monaten wurde sie mit (2,94) eingeschätzt.

Auch hier erfolgte die Einteilung in die 3 Gruppen.

Skalierung	Gruppe1=sehr compliant 52%
	Gruppe2=mässig compliant 20%
	Gruppe3=nicht compliant 28%

Hilfsbereiche

Die Ärzte wurden zu den verschiedenen Kategorien Freizeit, Arbeit, Wohnen und Beratung befragt. Jeweils sollte beurteilt werden, wie gut der Bedarf des Patienten in diesen Punkten gedeckt sei und ob noch weiterer Bedarf in diesen Punkten bestünde.

Skalierung Bedarf gedeckt	1=sehr gut 2=mässig 3=schlecht
Skalierung weiterer Bedarf	1=ja 2=nein

Wie gut ist der Bedarf an Wohnen gedeckt?	Durchschnitt: 1,26 gut (<u>gut 1,35</u>)
Besteht weiterer Bedarf?	1,89 (eher nein)
Wie gut ist der Bedarf an Arbeit gedeckt?	Durchschnitt: 1,48 gut (<u>gut-mässig 1,62</u>)
Besteht weiterer Bedarf?	1,87 (eher nein)
Wie gut ist der Bedarf an Freizeit gedeckt?	Durchschnitt: 1,79 gut-mässig (<u>gut-mässig 1,86</u>)
Besteht weiterer Bedarf?	1,63 (eher nein)
Wie gut ist der Bedarf an Beratung gedeckt?	Durchschnitt: 1,49 gut (<u>gut-mässig 1,60</u>)
Besteht weiterer Bedarf?	1,74 (eher nein)

Tabelle 7: Wie gut ist der Bedarf in den Hilfsbereichen gedeckt Kat 12/Arztbefragung? (In Klammern ist der Bedarf der Kat 6 Befragung dargestellt). Besteht weiterer Bedarf in diesem Hilfsbereich Kat 12/Arztbefragung? Diese Angaben bei beiden Befragungszeitpunkten nahezu deckungsgleich.

Genauere Gruppenaufteilung Kat 12:

Wie gut ist der Bedarf an **Wohnen** gedeckt:

1= sehr gut 77%

2=mässig 20%

3=schlecht 3%

Wie gut ist der Bedarf an **Arbeit** gedeckt:

1= sehr gut 66%

2=mässig 21%

3=schlecht 13%

Wie gut ist der Bedarf an **Freizeit** gedeckt:

1= sehr gut 43%

2=mässig 36%

3=schlecht 21%

Wie gut ist der Bedarf an **Beratung** gedeckt:

1= sehr gut 69%

2=mässig 13%

3=schlecht 18%

1.4 Arztbogen Katamnese 12 Monate

Hier sind die Ergebnisse der 12-Monatskatamnese dargestellt. Die Ergebnisse nach 6 Monaten waren nahezu identisch. Aus diesem Grunde keine Doppeldarstellung.

„Wie schätzt der Arzt die Krankheitseinsicht des Patienten ein?“

Skalierung 1= immer und voll

2=meistens und größtenteils

3=selten und kaum

4=nie

Der Durchschnittswert lag hier bei 1,7 (Standardabweichung 0,78).
Die Krankheitseinsicht der Patienten wurde als gut angesehen.

„Wie schätzt der Arzt die Behandlungseinsicht des Patienten ein?“

Skalierung 1= immer
2= meistens
3= selten und kaum
4= nie

Der Durchschnittswert lag bei 1,65 (Standardabweichung 0,76).
Die Behandlungseinsicht der Patienten wurde als gut eingeschätzt.

„Nimmt der Patient seine Medikamente regelmäßig ein?“

Skalierung 1= immer
2=meistens
3=unregelmäßig
4=selten bis nie

Der Durchschnittswert lag bei 1,6 (Standardabweichung 0.88).
Die Ärzte gingen von einer zuverlässigen Einnahme der Medikamente aus.
Ebenso wurde die Zuverlässigkeit bei der Nutzung der nichtmedikamentösen Therapie mit einem Durchschnittswert von 1,64 als gut bewertet.

„Ist die Neuroleptikaeinnahme freiwillig?“

Skalierung 1= immer
2= meistens
3= selten
4= nie

Durchschnittswert 1,62 (Standardabweichung 0,9).
Die Ärzte gehen im Schnitt von einer freiwilligen Einnahme der Medikation aus.
Ebenso wurde die Freiwilligkeit der nichtmedikamentösen Therapie mit einem Durchschnitt von 1,58 als gut bewertet.

Zusammenfassung der deskriptiven Auswertung der Arztbefragung Kat6/12

Die Patienten wurden fast ausschließlich von Nervenärzten betreut (>95%).

Die mittlere Konsultationsfrequenz der Patienten betrug im ersten Halbjahr ca. 12 x, im zweiten Halbjahr ca. 14x.

Ungefähr ein Drittel der Patienten nutzten nach Angaben der betreuenden Ärzte ein ergänzendes Angebot. Sozialpsychiatrische Dienste sowie Gruppen und Kontaktstellen wurden hierbei am häufigsten genannt.

Die Ärzte stuften diese Angebote als sehr hilfreich ein.

Für den Zeitraum bis 6 Monate nach Klinikentlassung war den Ärzten für ca. 60% der Patienten keine Rehospitalisierung bekannt, für den Zeitraum von 6-12 Monaten nach Klinikentlassung für ca.80%.

Außerdem war im ersten Halbjahr die Rehospitalisierungsdauer mit durchschnittlich 14 Wochen deutlich länger.

Häufigst verordnete Psychopharmaka waren Olanzapin, Clozapin, Perphenazin, Perazin und Risperidon. Ca. die Hälfte dieser Medikamente wurden im ersten Halbjahr unverändert verordnet, im 2. Halbjahr fast drei Viertel.

Hauptgründe für die Medikamentenumstellung waren nach Angaben der Ärzte unerwünschte Nebenwirkungen, stabiler psychopathologischer Zustand, Klagen des Patienten sowie unzureichende Wirkung.

Bedeutendste Nebenwirkung für die Betreuer waren Gewichtszunahme und Müdigkeit im ersten Halbjahr und zusätzlich endokrine Nebenwirkungen im zweiten Halbjahr. Die Erfahrungen und Wünsche von Seiten der Patienten konnten die Therapeuten mäßig gut berücksichtigen.

Eine regelmäßige ambulante Weiterbehandlung hielten die Ärzte für sehr wichtig, vorgeschlagene Frequenz war hier Einmal pro Monat.

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung schätzten die Ärzte als mittelmäßig ein, selbst waren sie gut bis mittelmäßig zufrieden.

Ebenfalls gut bis mittelmäßig schätzten sie die medikamentöse und nicht-medikamentöse Compliance der Patienten ein.

Weiterer Bedarf an Hilfsbereichen wie Wohnen, Arbeit, Freizeit oder Beratung wurde eher verneint.

2. Vergleichende Auswertung von Aussagen der Ärzte und Patienten (Katamnese 6/12) Monate

Um eine überschaubare Darstellung der Ergebnisse zu erreichen, wurden die Resultate der Vergleichsuntersuchungen in gleicher Reihenfolge wie die Resultate der deskriptiven Untersuchungen aufgeführt. In den Vergleich von Arztangaben und Patientenangaben wurden alle Patienten einbezogen, zu denen der behandelnde Arzt interviewt werden konnte und für die komplette Datensätze aus der Arzt- und Patientenbefragung vorlagen (N=81 bei Kat 6/ N=66 bei Kat 12).

Es wurden deskriptive Analysen sowie statistische Prüfverfahren von Arzt- und Patientenaussagen durchgeführt. Angaben aller Paare (jeweils Patient und behandelnder Arzt) wurden miteinander verglichen.

Vergleiche der Ergebnisse der Katamnese nach 6 Monaten (Kat 6 und Arztbefragung 1) werden ausführlich dargestellt. Die 2.Arztbefragung wurde mit den Aussagen der Patienten nach 12 Monaten (Kat12) verglichen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden diese Ergebnisse nur bei relevanten Abweichungen genauer dargestellt.

2.1 Krankheits- und Behandlungsanamnese Katamnese 6/12 Monate

Arztkonsultationen

Für den Mittelwert der Arztkonsultationen (bei psychiatrisch betreuendem Arzt) ergaben sich bei den Patienten 2,86 (SA=Standardabweichung 0,59) in den letzten 6 Monaten und den Ärzten 2,9 (SA 0,68) fast identische Werte. Die Zahlenwerte sind keine Absolutwerte, sondern durch Gruppierung der Aussagen entstanden (1= 0 Kontakte; 2=1-4 Kontakte; 3=5-15 Kontakte; 4=>15 Kontakte). Vergleicht man diese Angaben nun im Paarvergleich ergibt sich mit $\kappa=0,226$ nur eine schwache Übereinstimmung, die aber mit $p=0,003$ signifikant ist. Im 2. Halbjahr gab es keine relevante Veränderung.

Anzahl der Kontakte zum Nervenarzt in den letzten 6 Monaten.	Ärzte	Patienten
0 Kontakte	1 Nennung	4 Nennungen
1-4 Kontakte	17 Nennungen	11 Nennungen
5-15 Kontakte	54 Nennungen	54 Nennungen
>15 Kontakte	8 Nennungen	11 Nennungen

Tabelle 8: Anzahl der Kontakte in den letzten 6 Monaten/Vergleichsuntersuchung Kat 6

Ergänzende Behandlungsangebote

Die korrespondierenden Angaben zur Nutzung ergänzender medizinischer Behandlungsangebote wie Psychotherapie und Ergotherapie unterschieden sich nicht signifikant voneinander (McNemar-Test, $p=0,115$). Der McNemar Test prüft Unterschiede in abhängigen Stichproben hinsichtlich eines binären Merkmals (ja/nein). Die Psychotherapie war bei gruppenstatistischer Berechnung in beiden Gruppen (Arzt/Patient) die jeweils häufigste Einzelnennung. Bei genauerer Untersuchung zeigte sich allerdings eine teilweise erhebliche Differenz zwischen den Aussagen.

Bei 8 von 12 Patienten, die Angaben Psychotherapie zu nutzen, machten die entsprechenden Ärzte diese Aussagen nicht. Wiederum gaben die Ärzte für 3 Patienten diese Behandlungsform an, die selbst eine solche Behandlung nicht erwähnt hatten. Die Mehrheit der Patienten (68%) als auch der betreuenden Ärzte (67%) gaben an, dass kein ergänzendes Angebot in Anspruch genommen wurde. Dabei wurde nach medizinischen, als auch nicht-medizinischen Angeboten wie Kontaktgruppen, Wohnangebote, Arbeitsangebote und sozialpsychiatrischen Angeboten gefragt.

<i>Ergänzendes (Behandlungs-)Angebot</i>	<i>Ärzte</i>	<i>Patienten</i>
Psychotherapie	6 Nennungen	12 Nennungen
Ergotherapie	1 Nennung	2 Nennungen
SPDi (sozialpsychiatrischer Dienst)	5 Nennungen	12 Nennungen
PSD (psychosozialer Dienst)	1 Nennung	7 Nennungen
Kontaktgruppen	6 Nennungen	4 Nennungen
Wohnangebote	4 Nennungen	1 Nennung
Arbeitsangebote	5 Nennungen	1 Nennung

Tabelle 9: Welche ergänzenden Angebote wurden von den Patienten wahrgenommen/Vergleichsuntersuchung Kat 6?

Die Ärzte nannten auffallend häufig die Nutzung von Arbeits-, Wohnangeboten und Kontaktgruppen. Im Gegensatz wurden ambulante Hilfsdienste von ihnen nur sehr selten angegeben. Beide Gruppen wurden zur empfundenen „Hilfspon-
tenz“ der verschiedenen genutzten Angebote befragt. Hier kann aufgrund der kleinen Einzelziffern nur eine Tendenz dahingehend erkannt werden, dass die Ärzte ergänzende Hilfsangebote hilfreicher einstufen als die Patienten selbst. Arbeitsangebote wurden von den Patienten im Schnitt als hilfreicher bewertet.

Tabelle: Bewertung der ergänzenden Angebote durch Ärzte und Patienten

1=sehr hilfreich

2=mäßig hilfreich

3=nicht hilfreich;

Ergänzendes Angebot	Beurteilung durch den Arzt (Median)	Beurteilung durch den Patienten (Median)
SDDi	1	1,5
Ambulante Wohnangebote	2	2
Gruppen und Kontaktstellen	1	1
Arbeitsangebote	1,5	1

Tabelle 10: Bewertung der ergänzenden Angebote/Vergleichsuntersuchung Kat 6. Jeweils Erstnennung.

Rehospitalisierung

Antworten bezüglich der Rehospitalisierung im Zeitraum zwischen Entlassung und Katamneseinterview/Arztbefragung nach 6 Monaten ergab sich eine hochsignifikante Übereinstimmung ($p=0,001$) mit Kappa 0,69.

88% der Angaben stimmten überein. In 11 Fällen wurde jeweils nur von einer Seite die stattgehabte Rehospitalisierung beschrieben. So erwähnten 8 Patienten einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, gleichzeitig konnte der behandelnde Arzt nicht davon berichten. In 3 Fällen war die Sachlage gerade umgekehrt. Insgesamt berichteten die Patienten häufiger über Rehospitalisierungen. Im zweiten Halbjahr ergab sich in diesem Punkt eine vollständige Übereinstimmung beider Gruppen.

Mittels eines anderen Fragebogens konnten die Ärzte angeben, warum sie eine Medikamentenabsetzung oder -reduktion angeordnet hatten.

Es zeigte sich, dass nur 13,6% der Patienten im ersten Halbjahr rehospitalisiert wurden, bei denen der Arzt wegen stabilem psychopathologischen Befund die neuroleptische Medikation reduziert hatte. Hatte der Arzt auf die Frage „Wegen stabilem psychopathologischen Befund habe ich die Medikation reduziert“ mit „nein“ geantwortet war der entsprechende Patient zu 40% rehospitalisiert worden.

Bezogen auf die teilstationäre Behandlung im selben Zeitraum zeigte sich eine mittlere, signifikante ($p=0,001$) Übereinstimmung mit Kappa 0,503.

In 10% der Fälle gab es hier gegensätzliche Aussagen. Wieder berichteten mehr Patienten über einen tagesklinischen Aufenthalt. So gaben in 6 Fällen nur die Patienten und in weiteren 2 Fällen ausschließlich die Ärzte einen tagesklinischen Aufenthalt an. Auch hier ergab sich für zweite Halbjahr eine vollständige Übereinstimmung der beiden Gruppen was die teilstationäre Behandlung betraf. Die Hypothese, dass sich Patienten und betreuende Ärzte in ihren Aussagen zur Nutzung ambulanter, stationärer und teilstationärer Behandlungsangebote unterscheiden, konnte somit nicht gezeigt werden. Zusammenfassend zeigten die „parallelen Informanten“ eine zufriedenstellende Übereinstimmung, wobei die Patienten wie dargestellt jeweils häufiger von Behandlungen berichteten. Zur Nutzung ergänzender Hilfsangebote zeigten die Angaben der beiden Gruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede. Allerdings konnte gezeigt werden, dass weniger als 50% der betreuenden Ärzte von einer zusätzlichen Psychotherapie oder sozialpsychiatrische Dienste berichten konnten.

Die Ärzte waren sich damit nur unzureichend über die Nutzung ergänzender Behandlungsangebote ihrer Patienten bewusst.

Medikamenteneinnahme

Bezüglich der Einnahme von Medikamenten konnte für die Einzelmittel kein Kappa ermittelt werden. Die für diese Berechnung notwendige Symmetrie der Daten war nicht vorhanden. Mit Hilfe von Kreuztabellen ergaben übereinstimmende Aussagen für Einzelmittel in 77% der Fälle.

Um die notwendige Verteilung der Angaben herzustellen, wurden die Medikamente zu folgenden Gruppen zusammengefasst:

- atypische Neuroleptika,
- typische Neuroleptika,
- Antidepressiva,
- Phasenprophylaktika
- Tranquilizer.

So konnte eine hochgradige (Kappa 0,729) signifikante Übereinstimmung ($p=0,001$) bei den Angaben zur Einnahme von typischen oder atypischen Neuroleptika gefunden werden. Ähnlich hoch war die Übereinstimmung bei den Angaben zur Einnahme von Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Tranquilizern. Die Angaben zu den Medikamentendosierungen waren ebenfalls nicht symmetrisch. Der Vergleich konnte hier mittels des tau-b-tests erfolgen. Das tau von Kendall überprüft den Zusammenhang auf Ordinaldatenniveau und berücksichtigt die Ranginformation. Die Werte reichen von -1 bis +1. Eine Abweichung von bis zu 25% wurde zugelassen.

Für Medikamentendosierungen ergab sich ein mittelstarker (tau 0,642) hoch signifikanter ($p<0,001$) Zusammenhang der beiden Gruppen.

Die Ergebnisse der Katamnese 12 zeigten noch etwas höhere Übereinstimmungen. Der Kenntnisstand bezüglich der Medikation kann somit als konstant hochgradig bezeichnet werden. Die Hypothese, dass sich Patienten und Ärzte in den Aussagen zu eingenommener Medikation und deren Dosierung nicht signifikant unterscheiden, konnte bestätigt werden.

Welches Medikament nimmt der Patient aktuell ein? Kat6	Aussagen des Arztes	Aussagen des Patienten
Atypisches Neuroleptikum	54 Nennungen	50 Nennungen
Typisches Neuroleptikum	20 Nennungen	28 Nennungen
Antidepressiva	12 Nennungen	12 Nennungen
Phasenprophylaktika	12 Nennungen	10 Nennungen
Tranquilizer	5 Nennungen	0 Nennungen

Tabelle 11: Welches Medikament nimmt der Patient momentan ein/Vergleichsuntersuchung Kat 6?

2.2 Medikamentenumstellung Arzt Katamnese 6/12 Monate

Mit diesem Fragebogen sollte die Medikation im Verlauf erfragt werden.

Änderung der Medikation

Für 39 Patienten gaben die Ärzte keinerlei Veränderung der Medikation zwischen Entlassung und Zeitpunkt des ersten Interviews an.

Weiterhin nannten sie 16 Absetzungen, 14 Ansetzungen, 24 Dosisreduktionen und eine Dosiserhöhung (siehe auch deskriptive Auswertung). Im direkten Paarvergleich der Aussagen zur Medikamentenumstellung findet sich nur eine mittelmäßige, signifikante ($p < 0,001$) Übereinstimmung der beiden Gruppen mit Kappa 0,403. 96% der Patienten, bei denen nach eigenen und ärztlichen Angaben die Medikation unverändert fortgesetzt wurde und die sich zu dieser Frage äußerten, waren sich mit ihrem Arzt dahingehend einig, die Medikation gleichartig fortzusetzen. Die erste Veränderung der Medikation gaben die Ärzte im Durchschnitt 13 Wochen nach Entlassung an, die Patienten 12 Wochen nach Entlassung. Mit Hilfe des Vorzeichentestes konnte kein signifikanter ($p = 189$) Unterschied festgestellt werden. Der Vorzeichentest ist eine Variante des Binominaltests für 2 verbundene Stichproben.

Gründe für die Medikamentenumstellung

Sowohl Patienten wie auch Ärzte wurden nach Gründen für eine Umstellung der Medikation in den vergangenen 6 Monaten seit der Entlassung befragt. Gleichzeitig wurde die Einschätzung der Relevanz der Gründe für die Umstellung ermittelt. Im ersten halben Jahr wurden von 15 Patienten, die dazu Angaben machten 103 Gründe genannt. Mehrfachnennungen waren möglich: Unzufriedenheit mit den Nebenwirkungen (10%), Angst vor Nebenwirkungen (9%), Empfehlungen des behandelten Arztes (9%), Verlust der Spontaneität (8%), Leistungsminderung (7%), Krankheitsgefühl bei Medikamenteneinnahme (6%) und veränderte Lebenssituation (6%).

Die wichtigsten Gründe für ein Umsetzen des Präparates waren also Nebenwirkungen, Empfehlung des Arztes und Leistungsminderung.

Als Hauptgründe für eine Dosisänderung gaben Patienten wurden genannt: Der Rat des Arztes (32%), Unzufriedenheit mit den Nebenwirkungen (23%), Leistungsminderung (9%), veränderte Körperwahrnehmung (8%), Krankheitsgefühl (8%). Die Angaben der Katamnese¹² waren mit Ausnahme „krankheitsbedingter Krise“ (hier 32%) sehr ähnlich.

Da die Antwortmöglichkeiten für die beiden Gruppen unterschiedlich und damit nicht symmetrisch waren, konnte kein Paarvergleich durchgeführt werden. Hauptgründe auf Seiten der Ärzte für eine Dosisänderung (N=25) waren ein stabiler psychopathologischer Zustand (77%), Nebenwirkungen (52%), Klagen des Patienten über das Medikament (41%) und aktuelle und drohende Budgetprobleme (23%). Für 16 Patienten nannten die Ärzte Beweggründe für das Absetzen oder Umsetzen (dafür Alternativpräparat) eines Medikamentes. Am häufigsten wurden dabei Beschwerden der Patienten über das Medikament (64%), gefolgt von Nebenwirkungen des Präparates (52%), ungenügende Wirkung (29%), ausdrücklicher Wunsch des Patienten (29%) und sonstigen selteneren Gründen (43%) genannt.

In den folgenden 2 Tabellen sind die aufgeführten Zahlenwerte nach Rangordnung aufgeführt.

Gründe für eine Umstellung des Neuroleptikums	Ärzte	Gründe für die Umstellung der Neuroleptika	Patienten (N=103)
Beschwerden des Patienten	64%	Unzufriedenheit mit den Nebenwirkungen	10%
Unerwünschten Nebenwirkungen	57%	Angst vor Nebenwirkungen	9%
Sonstige Gründe	43%	Empfehlung des Arztes	9%
Ausdrücklicher Wunsch des Patient	29%	Verlust der Spontaneität	8%
Ungenügende Wirkung	29%	Leistungsminde- rung	7%
		Krankheitsgefühl bei Medikameneinnahme	6%
		Veränderte Lebenssituation	6%
Gründe für die Dosisänderung	Ärzte	Gründe für die Dosisänderung	Patienten
Stabiler psychopathologischer Befund	77%	Rat des Arztes	32%
Unerwünschte Nebenwirkungen	52%	Unzufriedenheit mit den Nebenwirkungen	23%
Klagen über das Medikament	41%	Leistungsminde- rung	9%
Aktuelle und drohende Budgetprobleme	23%	Veränderte Körperwahrnehmung	8%
		Krankheitsgefühl bei Einnahme	8%

Tabelle 12: Gründe für die Umstellung des Neuroleptikums/Vergleichsuntersuchung Kat 6.

Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen

Angaben zu den unerwünschten Medikamentennebenwirkungen wurden zu allen Messzeitpunkten detailliert erhoben. Gleichzeitige Angaben der behandelnden Ärzte liegen für beide Katamnesezeitpunkte vor. Patienten konnten sowohl spontane Antworten auf offene Fragen geben, als auch im zweiten Schritt mit Hilfe einer Checkliste die zutreffenden Nebenwirkungen auswählen. Den Ärzten wurden ausschließlich offene Fragen gestellt. Auf die einzelnen Nebenwirkungen bezogen war die Anzahl der Patienten, die über eine Nebenwirkung auf Anfrage (Checkliste) berichteten um das Drei- bis Vierfache höher im Vergleich zu spontaner Nennung (offene Fragen).

Das gravierendste Beispiel dieser Diskrepanz ergab sich bei Nachfrage auf „Gewichtszunahme“ unter Olanzapinmedikation. Nachdem 9% der Patienten diese Nebenwirkung spontan genannt hatten, gaben noch weitere 61% diese Nebenwirkung auf Nachfrage an. Die Abweichung betraf nur die Quantität der Antworten. Inhaltlich waren die Unterschiede nur gering und die Rangreihen der wichtigsten Nebenwirkungen zeigten ebenfalls nur kleine Abweichungen. Weiterhin wurde geprüft, ob im direkten Paarvergleich höhere Übereinstimmungswerte zu verzeichnen waren, wenn der Arzt die Patienten gut kennt und schon länger betreut. Dafür wurden die Patienten in Gruppen eingeteilt. Als „gut bekannt“ wurde der Patient angesehen, der im vergangenen Halbjahr seinen betreuenden Arzt mindestens einmal pro Monat kontaktiert hatte und welcher seinen Arzt im letzten Halbjahr nicht gewechselt hatte.

Hier ergab sich mittels des Kolmogorov-Smirnov-Test kein signifikanter Unterschied des Mittelwertes ($p=0,97$) zwischen beiden Gruppen. Der Betreuende Arzt kann also die Medikamentennebenwirkungen von Patienten, die in häufiger kontaktieren nicht signifikant besser einschätzen, als von solchen die eher selten ihren Arzt aufsuchen. Insgesamt nannten die Ärzte im Zeitraum bis 6 Monate nach Entlassung für knapp die Hälfte (49%) ihrer Patienten unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen. Etwas mehr Patienten gaben selbst Nebenwirkungen für diesen Zeitraum an (54%). Im direkten Paarvergleich zeigt sich allerdings eine sehr viel kleinere Übereinstimmung der Aussagen. Nur in 24% der

Fälle waren sich Patient und Arzt einig, dass unerwünschte Nebenwirkungen aufgetreten waren. Der Kappawert $-0,135$ zeigt keine Übereinstimmung der Angaben beider Gruppen. Bezüglich der Angaben der Quantität der genannten Nebenwirkungen ergaben sich ebenfalls Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die 81 befragten Patienten konnten spontan 93 unerwünschte Nebenwirkungen nennen (auf gezielte Nachfrage im Faktor 3-4 mehr), während ihre Ärzte nur 53 unerwünschte Nebenwirkungen aufführten (Vorzeichentest; $p=0,106$). Die Ergebnisse der Katamnese¹² zeigten weitgehend gleiche Ergebnisse.

NEBENWIRKUNG	ÄRZTE	PATIENTEN
Unerwünschte Gewichtszunahme	18 Nennungen	8 Nennungen
Starke Müdigkeit	16 Nennungen	15 Nennungen
Muskuläre Steifheit	3 Nennungen	3 Nennungen
Kreislaufstörungen	1 Nennung	3 Nennungen
Schlafstörungen	1 Nennung	1 Nennung
Obstipation		7 Nennungen
Vermehrter Speichelfluss		6 Nennungen
Zyklusstörungen		5 Nennungen
Mundtrockenheit		4 Nennungen

Tabelle 13: Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen /Vergleichsuntersuchung Kat 6.

2.4 Einstellung der Weiterbehandlung und Frequenz der ambulanten Behandlung

Relevanz und Frequenz der ambulanten Behandlung

Behandler und Patienten wurden gefragt, wie wichtig sie eine regelmäßige ambulante Behandlung beim Niedergelassenen einschätzen.

Die Antwortmöglichkeiten lagen auf einer Skala von 1-6, wobei 1 sehr wichtig und 6 überhaupt nicht wichtig bedeuteten. Der Durchschnittswert war bei Ärzten 1,49 , bei den Patienten 2,12. Im Paarvergleich gab es keine signifikante ($p=4,61$) Übereinstimmung (Kappa 0,071). Dennoch schätzten beide Gruppen im Mittel die ambulante Betreuung als wichtig ein. Ärzte beurteilten die weitere Behandlung durch den Niedergelassenen als wichtiger. Weiter sollten beide Gruppen ihre Vorstellung bezüglich optimaler Therapiefrequenz nennen. Die Patienten wünschten sich hier häufigere ambulante Arztkonsultation als ihre Behandler. Im Paarvergleich ergab sich hier eine schwache aber signifikante Übereinstimmung (Kappa 0,142; $p=0,038$). Ein ähnliches Resultat ergab sich nach 12 Monaten.

Optimale Frequenz der Arztkontakte	Ärztemeinung	Patientenmeinung
Mindestens 1 x wöchentlich	9%	23%
Mindestens 1 x monatlich	80%	59%
Mindestens 1 x im Quartal	5,5%	8%
Je nach Bedarf	5,5%	10%

Tabelle 14: Optimale Therapiefrequenz/Vergleichsuntersuchung Kat 6.

Zufriedenheit mit der Behandlung

Beide Gruppen sollten ihre Zufriedenheit mit der aktuellen Medikation angeben und einschätzen wie zufrieden jeweils die andere Gruppe damit ist.

Wie zufrieden ist der Patient mit seiner Medikation?	Meinung des Patienten	Meinung des Arztes
zufrieden	46 Nennungen	40 Nennungen
mäßig zufrieden	24 Nennungen	28 Nennungen
unzufrieden	6 Nennungen	8 Nennungen

Tabelle 15: Zufriedenheit des Patienten mit seiner Medikation/Vergleichsuntersuchung Kat 6.

Im direkten Paarvergleich zeigte sich eine schwache Übereinstimmung der beiden Gruppen bezüglich der Zufriedenheit des Patienten (Kappa 0,031, $p=0,734$). Nur 46% der Einschätzungen stimmten überein. Unter- und Überschätzungen der Zufriedenheit mit der Medikation waren in etwa gleich häufig.

Wie zufrieden ist der Arzt mit der Medikation?	Meinung des Patienten	Meinung des Arztes
zufrieden	57 Nennungen	50 Nennungen
mäßig zufrieden	15 Nennungen	18 Nennungen
unzufrieden	2 Nennungen	6 Nennungen

Tabelle 16: Zufriedenheit des Arztes mit der Medikation des Patienten/Vergleichsuntersuchung Kat 6.

Für die Zufriedenheit des Arztes bestand eine schwache aber signifikante ($p=0.011$) Übereinstimmung der Zufriedenheit mit der Medikation (Kappa 0,242). 68% der Paare hatten gleiche Urteile abgegeben.

Die Abweichungen zeigten eine tendenzielle Überschätzung der Zufriedenheit des Arztes durch die Patienten.

Zusätzlich wurde untersucht, ob sich die Zufriedenheitsraten der Ärzte mit Medikation und Behandlung von Patienten mit hoher Schulbildung signifikant von Patienten ohne diese unterscheidet. Als hohe Schulbildung wurde abgeschlossene Realschule oder Abitur eingestuft.

Es konnte hier kein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der Ärzte festgestellt werden ($p=0,311$ Zufriedenheit Medikation, $p=0.889$ Zufriedenheit mit der Behandlung). Weiterhin wurde geprüft, ob die angegebene Zufriedenheit der Ärzte mit der Behandlung und der Medikation eine Reflexion in der Rehospitalisierungshäufigkeit fanden. Wurde ein Patient mit dessen Behandlung sein Arzt zufrieden war signifikant seltener rehospitalisiert, als ein Patient, für dessen Behandlung keine Zufriedenheit bestand?

Der Pearson-Chi-Quadrat-Test zeigt hier keine signifikanten Unterschiede auf $p=0,164$. Ein Patient für dessen Behandlung von ärztlicher Seite Zufriedenheit geäußert wurde, musste im ersten Halbjahr nicht signifikant seltener rehospitalisiert werden.

Compliance

Nach Operationalisierung des Begriffes Compliance wurde diese als gegeben angesehen, wenn der Patient Neuroleptika einnahm, dies zuverlässig und regelmäßig erfolgte und mindestens 2 Arztkontakte in den letzten 6 Monaten aufgrund seiner Psychopathologie stattfanden. (Operationalisierung ausgewählter Konstrukte).

Unter diesen Voraussetzungen waren nach Angaben der Patienten 84% von ihnen als compliant zu bezeichnen. In der Einschätzung durch die Ärzte wurde Compliance als vorhanden eingeschätzt, wenn der Patient als immer und voll

behandlungseinsichtig galt, außerdem zuverlässig und freiwillig die ihm empfohlene Neuroleptika einnahm.

Diese Kriterien erfüllten nach Einschätzung der Ärzte (Kat6) 48% der Patienten also deutlich weniger Patienten als in der Selbsteinschätzung.

Im Paarvergleich ergab sich eine schwache, aber signifikante ($p=0,01$) Übereinstimmung zwischen den beiden Gruppen mit Kappa 0,205. Unter dem Vorbehalt, dass Ergebnisse eigens operationalisierter Konstrukte abgebildet wurden, ergab sich nur ein schwacher Zusammenhang der Einschätzung der Compliance durch die verschiedenen Gruppen. Für den zweiten Befragungszeitraum war die Einschätzung als compliant durch die Ärzte auf 57% gestiegen. Der Prozentsatz bei den Patienten blieb konstant (84%). Im Paarvergleich bestand weiterhin nur eine schwache Übereinstimmung (Kappa 0,272).

Es war von Interesse, ob bestimmte Einflussvariablen auf die „Einschätzung als compliant“ durch die Ärzte bestanden. Mehrere Items wurden dahingehend untersucht. Weder für die Variablen Alter und Geschlecht noch für die Variable Schulbildung konnte ein signifikanter Unterschied in der „Einschätzung als compliant“ gefunden werden. In der Bewertung der Compliance durch die Ärzte spielte es also keine Rolle, ob der Patient weiblich mit Hochschulabschluss und 50 Jahre alt war oder ein Mann ohne Schulabschluss in den Zwanzigern (t-Test und Varianzanalyse).

Hilfsbereiche

Die Ärzte wurden zu den verschiedenen Kategorien

FREIZEIT, ARBEIT, WOHNEN und BERATUNG befragt.

Es sollte in jeden Fall beurteilt werden, wie gut der Bedarf in diesen Bereichen gedeckt sei und ob noch weiterer Hilfsbedarf nach Meinung der Behandelnden bestehe. Mit der Arzteinschätzung wurde die vorhandene Zufriedenheit der Patienten mit den jeweiligen Bereichen verglichen. Die Angaben der Patienten wurden mit dem Bogen „Berliner-Lebensqualitätsprofil“ (BeLP) erhoben. Der Paarvergleich zeigt für den Bereich Freizeit kleine Übereinstimmung der Einschätzungen (Kappa $-0,75$, $p=0,32$). Nur 30% der Aussagen stimmten überein. Ebenfalls kleine Übereinstimmung ergaben die Aussagen bezüglich des Berei-

ches Arbeit (Kappa 0,012, $p=0,885$). Hier waren nur 38% der Aussagen identisch.

Die Bewertung des Bereiches Wohnen zeigte eine schwache, aber signifikante ($p=0.046$) Korrelation (Kappa 0.167). Hier waren die Angaben in 64% der Paare passend.

	Aussagen der Ärzte	Aussagen der Patienten (BeLP)
Wie gut ist der Bedarf an Wohnen gedeckt?	55 x sehr zufrieden 18 x mäßig zufrieden 5 x unzufrieden	57 x sehr zufrieden 10 x mäßig zufrieden 11 x unzufrieden
Wie gut ist der Bedarf an Arbeit gedeckt?	39 x sehr zufrieden 20 x mäßig zufrieden 12 x unzufrieden	33 x sehr zufrieden 17 x mäßig zufrieden 21 x unzufrieden
Wie gut ist der Bedarf an Freizeit gedeckt?	31 x sehr zufrieden 27 x mäßig zufrieden 18 x unzufrieden	44 x sehr zufrieden 10 x mäßig zufrieden 22 x unzufrieden

Tabelle 17: Bedarfsdeckung in den Hilfsbereichen/Vergleichsuntersuchung Kat 6.

Bei der Katamnese 12 ergaben sich keine relevanten Änderungen. Der nicht ausreichend gedeckte Hilfsbedarf war auf beiden Seiten leicht rückläufig.

Die Auswertung konnte die Hypothese bestätigen, dass zwischen der Einschätzung der beiden Gruppen bezüglich der Hilfsbereiche „Arbeit“ und „Freizeit“ kein signifikanter Zusammenhang besteht.

Eine schwache und signifikante Übereinstimmung war für den Bereich „Wohnungssituation“ zu finden. Wie schon bei den Medikamentennebenwirkungen wurde auch hier überprüft, ob die Kenntnis der Ärzte über Hilfsbereiche signifikant unterschiedlich ist, falls die Patienten den Arzt gut bekannt sind. Als „gut bekannt“ wurde ein Patient eingestuft, wenn er im letzten Halbjahr mindestens einmal wöchentlich seinen Arzt kontaktiert hatte und diesen im gleichen Zeitraum nicht gewechselt hatte. Auch hier ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Kenntnislänge.

3. Zusammenfassung der Auswertung

Hypothese:

Die Angaben von Patienten und Ärzten zur medikamentösen Therapie unterscheiden sich nicht

.Es konnten zu beiden Untersuchungszeitpunkte mittlere bis hohe Übereinstimmungen der Aussagen bezüglich der medikamentösen Therapie gefunden werden. Somit konnte die formulierte Hypothese bestätigt werden.

Hypothese:

Ärzte nennen eine geringere Anzahl an unerwünschten Medikamentennebenwirkungen, als die Patienten bei Befragung angeben. Ärzte nennen nur die Nebenwirkungen, die die Patienten bei der Befragung spontan angeben, nicht die Nebenwirkungen, welche anhand von Listen erfragt werden.

Insgesamt nannten Ärzte weniger unerwünschte Nebenwirkungen und weniger verschiedene Nebenwirkungen als die Patienten.

Beide Gruppen gaben „Müdigkeit“ und „Gewichtszunahme“ am häufigsten an. Bestimmte Nebenwirkungen wie „Schlafstörungen“ und „anticholinerge Symptome“ fanden sich jeweils nur in den Nennungen der Patienten.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Allerdings konnte nicht gezeigt werden, dass die Behandelnden hauptsächlich über Nebenwirkungen informiert waren, die von Seite der Patienten spontan angegeben wurden. So waren anticholinerge Nebenwirkungen als Symptomgruppe bei der Spontannennung durch Patienten an erster Stelle, wurden diese aber von den Ärzten gar nicht erwähnt.

Hypothese:

Die Gründe für eine Medikamentenumstellung unterscheiden sich nicht.

Die Ärzte und Patienten gaben ähnliche Gründe für eine Umstellung der Medikation an. Dabei standen „Unwirksamkeit“, „Nebenwirkungen“ sowie „stabiler psychopathologischer Befund“ im Vordergrund. Letzteres von Seiten der Ärzte. Die Hypothese konnte bestätigt werden.

Hypothese:

Die Wichtigkeit der psychiatrischen Behandlung wird von beiden Seiten gleich hoch eingeschätzt.

Eine Tendenz in Richtung „wichtig“ ergab sich bei beiden Gruppen. Dennoch bestand keine Übereinstimmung der Aussagen. Die Ärzte schätzten die Behandlung als wichtiger ein. Die Patienten hingegen wünschten sich im Schnitt häufigere Arztkontakte. Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Hypothese:

Ärzte schätzen die Compliance ihrer Patienten richtig ein.

Es zeigte sich eine schwache Übereinstimmung der Aussagen bezüglich Compliance. Die Ärzte schätzten einen deutlich kleineren Anteil der Patienten als compliant ein, als aus den Selbstaussagen der Patienten hervorging. Einschränkung muss hier eine Asymmetrie der Fragen und der operationalisierten Konstrukte des Begriffes „Compliance“ angeführt werden. Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Hypothese:

Ärzte und Patienten unterscheiden sich nicht in ihren Angaben zur Nutzung von Behandlungs- und Betreuungsangeboten.

Bezüglich der Nervenarztbesuche im letzten Halbjahr zeigte sich eine schwache Übereinstimmung der Angaben. Angaben über eine Rehospitalisierung

ergaben eine mittlere Übereinstimmung. Patienten nannten jedoch in mehreren Fällen eine Rehospitalisierung, über die der Behandelnde nicht informiert war. Insgesamt zeigten die Angaben zur ambulanten, stationären und teilstationären Behandlung eine annehmbare Übereinstimmung zwischen den beiden Datenquellen dar. Bezüglich der Nutzung zusätzlicher medizinischer und sonstiger Behandlungsangebote zeigten sich nur geringe Übereinstimmungen beider Gruppen. Die behandelnden Ärzte waren nur unzureichend über die Nutzung begleitender Angebote informiert. Die Hypothese konnte nur für die Teilbereiche ambulante und stationäre Versorgung bestätigt werden.

Hypothese:

Ärzte schätzen die Hilfspotenz durch wahrgenommene Angebote höher ein als die Patienten.

Aufgrund der kleinen Einzelziffern war hier eine differenzierte Vergleichsberechnung für die einzelnen Angebote nicht möglich. Tendenziell war eine Bewertung in Richtung größerer Wichtigkeit durch die Ärzte zu erkennen. Die Hypothese kann mit Einschränkung als bestätigt angesehen werden.

4. Ergebnisse der Gesamtstudie / Überblick

Die Mehrheit der befragten Patienten(86%) gaben bei Klinikentlassung an, dass sie eine Weiterbehandlung bei einem niedergelassenen Facharzt (Arzt für Psychiatrie) anstrebten. Ein Großteil der Patienten realisierte diesen Plan im Katamnesezeitraum. Zwei Drittel der Patienten kontaktierten ihren Arzt zwischen 5-15 mal innerhalb von 6 Monaten.

Die Behandlung wurde durchschnittlich als hilfreich eingeschätzt.

Ebenfalls positiv bewertet wurden die ambulant durchgeführten Psychotherapien, wenn auch viel seltener durchgeführt als bei Entlassung geplant.

So äußerten 51% der Befragten das Vorhaben, realisiert wurde es jedoch nur von 16% bis zur ersten Katamnesebefragung.

Von 24% wurde über mindestens eine Rehospitalisierung berichtet, die wiederum überwiegend als hilfreich eingestuft wurde.

Bei Entlassung war allen Patienten eine Neuroleptikabehandlung für mindestens ein Jahr empfohlen worden.

43% bekamen eine neuroleptische Monotherapie,
32% nahmen 2 verschiedene Medikamente und
23% drei oder mehr Medikamente ein.

Bei den Katamnesebefragungen war die Verteilung vergleichbar. Nach 6 Monaten und 12 Monaten gaben circa 10% der Patienten an, keine neuroleptische Medikation einzunehmen. Es zeigte sich im Verlauf ein leicht rückläufiger Anteil derjenigen, die Atypika einnahmen, sowie ein starker Rückgang bezüglich Verordnung typischer Neuroleptika.

So nahmen bei Entlassung 68% ein Atypika ein, nach 12 Monaten noch 60%.

Der Anteil an Typika verringerte sich von 56% auf 40%.

Der prozentuale Anteil der einzelnen Präparate blieb annähernd stabil.

Haloperidol bildete hier die Ausnahme und ging im Verlauf deutlich zurück.

Die am häufigsten eingenommene Einzelpräparate waren in abfallender Reihenfolge:

Olanzapin, Clozapin, Haloperidol, Perphenazin, Risperidon und Perazin.

Eine Kombination von Neuroleptika mit anderen Medikamentengruppen wurde häufig verordnet.

Im Verlauf konnten Tranquilizer und nicht-psychotrop wirkende Medikamente reduziert werden.

Antidepressiva (11-17%) und Phasenprophylaktika (13%) blieben relativ stabil.

Bei Entlassung wurde die „beruhigende Wirkung“ (22%),

der „Rückgang von Positivsymptomatik“ (16%) und

die „Ordnung des Denkens“ (15%) am häufigsten als Wirkung der Neuroleptika angegeben.

Knapp die Hälfte (46%) konnte zu diesem Zeitpunkt keine spontane Angabe zur Wirkung der Medikamente machen. Bei der Katamnesebefragung wurde als Wirkung nun „Förderung des Schlafes“ (30% Kat6) am häufigsten genannt.

45 % der Patienten konnten bei der Befragung nach 12 Monaten

spontan keine Wirkung der Neuroleptika nennen.

Bei gezielter Nachfrage mit Hilfe von Antwortlisten gaben alle Befragten eine Wirkung der Medikation an. Vergleicht man die Rangreihen der spontan genannten Wirkungen mit den auf Nachfrage genannten, ergab sich keine wesentliche Verschiebung.

Es unterschieden sich in Abhängigkeit vom Fragetyp lediglich die absoluten Häufigkeiten der genannten Wirkungen. Hingegen der Erwartungen fand sich keine Übereinstimmung in den Rangreihen, wenn die genannten Wirkungen nach ihrer empfundenen Stärke sortiert wurden.

Die spontan genannten Wirkungen sind nicht mit den am stärksten empfundenen Wirkung gleichzusetzen. Der prozentuale Anteil der Medikamentenwirkungen war bei Atypika höher.

Die unerwünschten Neuroleptikawirkungen wurden ebenfalls spontan und standardisiert erfragt. Hier gab fast die Hälfte der Patienten (44%) bei Entlassung spontan keine Nebenwirkung an. In den nachfolgenden Befragungen war dieser Prozentsatz ähnlich hoch.

Bezogen auf die Atypika konnten 42% keine spontane Nebenwirkung angeben, bei den Typika 54%.

Müdigkeit und Gewichtszunahme standen hier bei den Atypika im Vordergrund, Unruhe und anticholinerge Nebenwirkungen bei den Typika.

Die Rangfolge ergab hier an

erster Stelle „verschiedene“
gefolgt von anticholinergen,
endokrinen und
extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen.

Über den Zeitraum der Untersuchung nahm der Prozentsatz der am häufigsten genannten Kategorien kontinuierlich ab. Bei den Angaben auf gezielte Nachfrage veränderte sich die Rangfolge nicht. Häufigst genannt wurden

Müdigkeit (65%),
Gewichtszunahme (63%),
Konzentrationsstörungen (52%) und
Lustlosigkeit (43%).

Auch bezüglich der unerwünschten Nebenwirkungen ergab sich keine Übereinstimmung zwischen den als besonders gravierend eingestuft und den spontan genannten. Die Zahl der Patienten, die spontan über eine Nebenwirkung berichteten war ca. 3-4 mal kleiner als bei gezielter Nachfrage.

Bis zur Katamnesebefragung nach 6 Monaten blieb die Medikation

bei 35% der Patienten unverändert,

bei 43% gab es eine Dosisänderung,

bei 12% wurde das Neuroleptikum ohne Ersatz abgesetzt.

Bei einem Viertel der Patienten wurde das vorherige Medikament durch ein neues ersetzt. In den folgenden 6 Monaten bis zur Kat12 Untersuchung blieb die Medikation bei 60% unverändert.

Nach der Operationalisierung des Begriffes Compliance waren nach 6 Monaten 23% der Patienten als nicht-compliant einzustufen. Es zeigte sich ein Anstieg der nicht-complianten Patienten von 3% zum Entlasszeitpunkt über 23% nach 6 Monaten bis zu über 30% nach 12 Monaten.

In den ersten 6 Monaten nach Entlassung gaben 33% der Befragten an ein ergänzendes Behandlungs- oder Betreuungsangebot zu nutzen.

Bei Entlassung hatten noch 65% geplant dieses zu tun. Am häufigsten genutzt wurden der SPDi mit fast 45% der Nennungen. Mehr als die Hälfte bewertete das jeweilige Angebot als sehr hilfreich. Im zweiten Halbjahr nach Entlassung waren die Angaben ähnlich.

Zur Beschreibung der Psychopathologie und sozialen Funktionsfähigkeit wurden die Patienten mit Hilfe der GAF-Skala durch den jeweiligen Interviewer eingestuft. Bei Entlassung ergab sich eine durchschnittliche Bewertung von 63 Punkten. Eine Definition dieses Wertebereiches lautet folgendermaßen:

61-70 Punkte „Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung) oder einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.“ Der Mittelwert dieser Skala stieg im Verlauf der Untersuchung nur leichtgradig an. Es gab keine relevante Veränderung in diesen Bereichen im Verlauf.

Mittels der PANSS-Skala wurden die Patienten in den Bereichen Positiv- und Negativsymptomatik sowie Allgemeinpsychopathologie bewertet.

Für jeden der Bereiche ergab sich eine geringe Ausprägung der Psychopathologie. Die Ergebnisse der verschiedenen Messzeitpunkte zeigten keine größere Abweichung. Parallel dazu sollten die Patienten ihren Zustand im Vergleich zur Voruntersuchung einschätzen. 81% gaben eine Besserung im Vergleich zu ihrem Zustand bei Entlassung an. Nur 6% gaben eine Verschlechterung ihres Zustandes an.

Die soziale Situation der Patienten wurde anhand des BeLP-Bogens erhoben.

30% der Befragten arbeiteten vor der Hospitalisierung >20h pro Woche,
6% 10-20h pro Woche und
7% stundenweise.

Nach 6 bzw. 12 Monaten war der Prozentsatz der Vollbeschäftigten (< 20 h pro Woche) leicht zurückgegangen (26%),

der der stundenweise Beschäftigten auf 21% angestiegen.

Arbeitslos waren zu Beginn 17%, nach 12 Monaten noch 3%.

Der Anteil derer, die in geschützten Beschäftigungsverhältnissen standen, stieg über den Zeitraum der Untersuchung an.

Bezüglich der Wohnform gab es keine größeren Veränderungen bis zur Kat12. Ca. 10% waren in betreuter Wohnform,
ein Viertel lebte noch bei den Eltern,
60% lebte selbständig mit oder ohne Partner.

Die Mehrzahl berichtete über eine gute allgemeine Lebenszufriedenheit (56% bei Kat6),

30-44% gaben eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Arbeit an,
60-69% waren zufrieden mit ihren Freizeitaktivitäten,
60-63% waren mit ihrer finanziellen Lage zufrieden
und 57-66% mit ihrem Freundeskreis.

Mit der körperlichen Gesundheit waren 64-79% zufrieden und 49-51% mit der seelischen Gesundheit.

Nach 12 Monaten erreichte die Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit den höchsten Wert, gleichzeitig die Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit den niedrigsten.

Im Fragebogen zur Familienatmosphäre wurden 50% der wichtigsten Bezugspersonen als überbehütend bezeichnet und nahezu der gleiche Anteil als besonders kritisch.

E. Diskussion

1.Methodik

Die vorliegende Untersuchung wurde als Nicht-interventionelle-Studie durchgeführt. Patienten mit der Diagnose Schizophrenie sollten im Zeitraum von 12 Monaten nach ihrer Entlassung aus der Klinik untersucht und eingeschätzt werden. Von Interesse war die Beschreibung der Entwicklung des Zustandes der Patienten, deren Prognose und Beeinflussung.

Alle schizophrenen Patienten, die sich innerhalb eines Jahres an der PUK-Tübingen in stationärer Behandlung befanden, wurden in die Kohorte eingeschlossen. Die Katamneseinterviews wurden zum Grossteil in natürlicher Umgebung der Patienten durchgeführt (Befragung zu Hause). Aufgrund der guten Teilnahmeeinwilligung konnte eine große Datenmenge erhoben werden.

Parallel zur Patientenbefragung wurden auch die behandelnden Ärzte interviewt. Diese Erhebung sollte die Patientenangaben überprüfen und gleichzeitig über das Informationsniveau der Ärzte Auskunft geben.

Die Teilnahme der Ärzte war nach Zustimmung der Patienten fast 100%.

Zu allen drei Messzeitpunkten wurden die Patienten von den Untersuchenden mittels standardisierter Erhebungsinstrumente eingeschätzt.

Weiterhin beantworteten die Patienten bestimmte Fragebögen ohne die Anwesenheit der Interviewer, um eine Tendenz zur erwünschten Antwort zu verhindern. Hier wurden vor allem Zufriedenheit mit der Behandlung und das Krankheitskonzept erfasst.

In der vorliegenden Arbeit wurden hauptsächlich die Befragungen der Ärzte untersucht und mit den Patientenangaben verglichen.

So wurde versucht, eine häufig gestellte Anregung und Aufforderung innerhalb der Fachliteratur nach Parallelbefragung der Behandelnden zu bearbeiten und dadurch näher zu beleuchten (Weiss et al. 2000, Van Gust et al. 2002, Helmchen et al. 1984). Es wird immer wieder bezweifelt, ob die Patientenbefragung als alleinige Grundlage ausreichend ist. Vor allem Fragen bezüglich der Be-

handlungcompliance werden als problematisch angesehen (Chermack et al. 2000, Angermeyer 1991).

Als zweites Standbein kann hier eine Arztbefragung zur Festigung der Daten dienen. Weiterhin ist es interessant, ob der Aufwand der Arztbefragung gerechtfertigt ist, d.h. zusätzliche Daten liefert oder ob die Qualität der Patientenbefragung so hoch ist, dass ein zusätzlicher Aufwand hinfällig wird (Weiss et al. 1998, 2000, Babor et al. 2000, Scheider et al. 2002).

Zu Beginn der Studie war eine Kontrolle der Serumspiegel parallel zur Befragung geplant. Technische und organisatorische Probleme, sowie die häufige Ablehnung von Seiten der Patienten führten dazu, dieses Vorhaben aufzugeben. Bei einigen Neuroleptika ist die Streubreite der Serumspiegel bei gleicher Einnahmedosis so hoch, dass eine Bestimmung dieser Spiegel nur schwer Rückschlüsse auf das Einnahmeverhalten zulässt (Stevens/Gärtner 1994).

Weiterhin können Serumspiegel durch kurzfristige Einnahme der Substanz vor bekanntem Untersuchungstermin manipuliert werden (Cramer/Rosenheck 1998). Insgesamt waren die Erhebung und Verwendung des Datenmaterials sehr aufwendig, aber gut zu bewältigen. Die Ergebnisse werden in verschiedenen Dissertationsschriften und Diplomarbeiten und einer Habilitationsschrift vorgestellt und dienen als Basis für die Bearbeitung weiterer Fragestellungen.

2 .Patientenstichproben

Einschluss in die Kohorte erhielten alle Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD 10 , F2-Diagnose), die im Zeitraum von 12 Monaten an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen entlassen wurden und die geforderten Kriterien erfüllten. Insgesamt wurden 29 Patienten ausgeschlossen.

Grund hierfür waren mangelnde Deutsch- oder Englischkenntnisse, zu hohes Alter, zu schwere somatische Erkrankung, schwere dementielle Erkrankung.

Bei zwei Patienten wurde von Seite des behandelten Arzt keine Indikation für eine mindestens 12-monatige Neuroleptikaprophylaxe gestellt.

Die Untersuchungsgruppe darf daher als unausgelesene Kohorte stationär behandelter schizophrener Patienten bezeichnet werden. Weiterhin ist für eine Übertragbarkeit der Ergebnisse bedeutend, ob die befragte Gruppe die Gesamtheit der Patienten mit gleicher Diagnose repräsentiert. Wenn man die zwei großen Kohortenstudien der letzten Jahre (Janssen et al. 2000, Salize et al. 1998) berücksichtigt, können die Ergebnisse der Studie mit nötiger kritischer Vorsicht für die Gesamtheit der in Deutschland stationär behandelten schizophrenen Patienten als repräsentativ betrachtet werden (Längle 2001).

80% der Patienten, die Einschluss in die Zielgruppe fanden, konnten bei Entlassung untersucht werden, nach 6 Monaten noch 61% und nach 12 Monaten 49%. An mindestens einem Interview waren 87% der Zielgruppe beteiligt (Ablehnung des Erstinterviews, aber Bereitschaft zum Folgeinterview).

Neben bewusster Ablehnung war auch ein Großteil der fehlenden Interviews durch die Unauffindbarkeit der Patienten bedingt (14-17%).

Der Teilnehmerückgang ist vergleichbar mit ähnlich strukturierten Kohortenstudien (Bailer 2000). Zusätzlich müssen die einzelnen Untersuchungen auf Repräsentativität untereinander geprüft werden, um auch hier eine Generalisierung der Aussagen zu erlauben.

Die Stichproben jedes Messzeitpunktes wurden mit der Gesamtstichprobe verglichen. Da nur in vereinzelt Items leichte Unterschiede gefunden wurden, kann insgesamt von einer ausreichenden Repräsentativität ausgegangen wer-

den (Längle 2001). Zu beiden Katamnesezeitpunkten waren 80% der interviewten Patienten mit einer Befragung des behandelnden Arztes einverstanden. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gab es lediglich in der Angabe der Wohnform. Hier war bei den Ablehnern die Gruppe der in betreuten Wohnangeboten untergebrachten Personen signifikant höher als bei den Teilnehmern. Somit kann auch die Stichprobe der Arztinterviews als repräsentativ für die Grundgesamtheit der Studie angesehen werden.

Die Quote der Ärzteinterviews kann als vollständig gewertet werden. Die große Bereitschaft niedergelassener Ärzte war sehr erfreulich und höher als erwartet werden durfte (Linden et al. 1997, Verdoux 2000). Ein Erklärungsversuch für diese hohe Ausschöpfung ist erstens in der Art des Interviews zu suchen und zweitens durch die bereits vorbestandene Kontakte des Interviewers zu den meisten der befragten Kollegen. Der Zeitaufwand der Befragung war eher gering (10min), vor Beginn der Studie wurden den Kollegen die Studienziele persönlich vermittelt und die Befragung war zuvor von der Ethikkommission der Universität Tübingen geprüft sowie akzeptiert.

3. Ergebnisse

Krankheits- und Behandlungsanamnese

95 % der Patienten gaben bei Entlassung an eine ambulante nervenärztliche Behandlung anzustreben. Während der Dauer der Katamneseuntersuchungen befanden sich 93% der Patienten aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung in ambulanter ärztlicher Behandlung. Dieser Anteil ist noch höher als der vergleichbarer Untersuchungen (z.B. Bailer 2000), was möglicherweise durch die überdurchschnittlich hohe Nervenarztdichte und damit leichteren Verfügbarkeit der Betreuung im Landkreis Tübingen zusammenhängt.

Dabei plante die große Mehrheit (86%) einen Facharzt für Psychiatrie aufzusuchen. Die Hausärzte betreuten im Gegensatz zu anderen Erhebungen (Haasen/Stark 1997) nur einen geringen Anteil der Patienten. Auch für diesen Tatbestand kann man obige Erklärung anfügen. Primär wird an einen Fachkollegen überwiesen und dieser ist bei ausreichender Verfügbarkeit auf Grund seiner Spezialisierung sicherlich die erste Wahl.

Die ambulante Behandlung wurde in der Mehrzahl als gut eingestuft und nur ca. 6% der befragten Patienten wechselten pro Katamnesezeitraum ihren Arzt (in diesen Zahlen sind Ortswechsel eingeschlossen).

16% der Patienten stufen bei der Katamnese nach 6 Monaten die Behandlung als nicht hilfreich ein. Ähnlich hoch war die Zufriedenheit der Ärzte mit der Behandlung. Im direkten Paarvergleich zeigte sich allerdings in nur knapp der Hälfte der Aussagen eine Übereinstimmung. Unter- und Überschätzungen hielten sich die Waage. Ob ein Patient zufrieden mit der Behandlung war, zeigt also scheinbar nichts über die Zufriedenheit seines Betreuers. So muss von unterschiedlichen Erwartungshaltungen der beiden Gruppen an eine „gute Therapie“ ausgegangen werden. Wünschenswert wäre ein Austausch dieser unterschiedlichen Motive zwischen Arzt und Patient, um eine Therapie zu optimieren.

Die Aussagen bezüglich der Rehospitalisierung im Zeitraum zwischen Entlassung und Katamneseinterview/Arztinterview zeigten eine hochsignifikante Übereinstimmung. Bei einer mittleren Verweildauer von 9 Wochen und des hohen

Prozentsatzes an Patienten, die ihren Arzt nicht gewechselt hatten, ist leicht verständlich, dass der Betreuer über diesen Aufenthalt informiert war. Ca 30% der Patienten wurden im ersten Halbjahr nach Entlassung rehospitalisiert. Bei einem Drittel davon fand diese Rehospitalisierung bereits innerhalb einer Woche nach Entlassung statt. Hier ist von einer zu frühen Entlassung, oft auf Wunsch des Patienten oder wegen Therapieabbruch, auszugehen.

Im zweiten Halbjahr nach Erstentlassung gingen Rehospitalisierungsrate und auch durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Rehospitalisierung zurück.

Die Reshospitalisierungsrate anderer Untersuchungen sind uneinheitlich und liegen teilweise deutlich über, aber auch unter derjenigen der vorliegenden Studie (Lindström et al. 2000, Kallert 1996).

Die Häufigkeit der Arztkontakte erstreckte sich von einmal pro Woche bis einmal alle 3 Monate. Einmal pro Monat war die meistgenannte Konsultationsfrequenz. Andere Untersuchungen zeigen etwas häufigere Konsultationen (Salize et al. 1998). Die Angaben der Ärzte und Patienten im Vergleich zeigten hier nur im Mittelwert eine gute, im direkten Paarvergleich dagegen nur geringe Übereinstimmung. Diese Diskrepanz wurde durch eine unglückliche Gruppeneinteilung gefördert, wobei kleine Unterschiede in den Aussagen potenziert wurden. (Gruppe 2 beinhaltet 1-4 Kontakte pro Monat, Gruppe 3 beinhaltet 5-15 Kontakte pro Monat). So bedeutet eine Nennung 4 Mal pro Monat in der Praxis keinen relevanten Unterschied zur Nennung 5 mal pro Monat, wird aber durch die Gruppeneinteilung getrennt.

Patienten wünschten sich im Gegensatz zu ihren Ärzten häufigere ambulante Kontakte. Fast ein Viertel der Patienten stufte eine mindesten 1-mal wöchentliche Konsultationsfrequenz als ideal ein. Nur 9% der Ärzte waren in diesem Punkt gleicher Meinung. Diese Zahlen bestätigen die positive Einschätzung der Hilfspotenz durch die Patienten. Die Erklärung, warum Ärzte hier eher längere Abstände begrüßen, dürfte organisatorischer und finanzieller Natur sein.

Ergänzende Behandlungsangebote und Hilfsbereiche

Es gibt nur wenige Untersuchungen bezüglich der Nutzung ambulanter Psychotherapie. In den meisten Fällen beschreiben die vorliegenden Untersuchungen die psychotherapeutischen Verhältnisse während der stationären Behandlung (Klingberg et al.1999).

Als Anhaltspunkt kann der 5%-Anteil der schizophrenen Patienten an unter allen ambulanten Psychotherapien dienen (BMG 1996).

16% der Studienpatienten der Studie waren bis zur Katamneseuntersuchung nach 6 Monaten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, 6% im zweiten Halbjahr. Diese Zahlen liegen über dem Durchschnitt anderer Bundesländern und sind eventuell durch die überdurchschnittliche Dichte an Psychotherapeuten im Landkreis Tübingen zu erklären, die im Vergleich zu den Anhaltzahlen der KV doppelt so hoch ist.

Hier zeigte sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Aussagen der Ärzte und Patienten. Im direkten Paarvergleich zeigte sich nur bei 3 Patienten eine Übereinstimmung, dabei hatten 12 Patienten und 6 Ärzte die Psychotherapie als Behandlungsform angegeben. Auch bei Aussagen bezüglich weiterer ambulanter Behandlungs- oder Hilfsangebote zeigten sich die Behandelnden als unzureichend informiert. Es konnten nur geringfügige Übereinstimmungen gefunden werden. Es bleibt offen, ob für diese Angaben zu wenig Zeit während des Arztkontaktes besteht, die Dokumentation von Seiten der Ärzte hier mangelhaft ist oder die Betreuer vom Patienten einfach mangelhaft informiert werden. Eventuell wollen die Patienten vor Ihrem Arzt nicht zugeben, dass sie eine weitere Therapie nutzen, um ihn damit nicht zu beleidigen. Eine Einschränkung erfährt die Kritik an diesem schlechten Informationsgrad durch Ergebnisse zur Befragung der Patienten zu ihren Wohn- und Arbeitsangeboten. Diese Aussagen wurden an zwei verschiedenen Zeitpunkten des Katamneseinterviews erfasst. Erstens durch eine offene Frage, welche Einrichtungs- und Versorgungsangebote der Patient im letzten halben Jahr genutzt hat. Zweitens innerhalb des Bogens „Berliner Lebensqualitätsprofil“ als geschlossene Fragen zur aktuellen Wohnform und Beschäftigungssituation. Bezüglich des Wohnangebotes gab es innerhalb der Patientengruppe deutliche Unterschiede. So wurde die Nutzung

im einem Bogen bei 4% im anderen von 11% der Patienten genannt, im Arbeitsbereich 2% zu 8%.

Eine genaue Aussage fällt folglich dem behandelnden Arzt schwer. Die Ärzte nennen auffallend häufig die Nutzung von Arbeits-, Wohnangeboten und Kontaktgruppen. Die selteneren Angaben der Patienten in diesen Bereichen, lassen sich eventuell dadurch erklären, dass Patienten Arbeitsangebote auf dem zweiten Arbeitsmarkt nicht als „Arbeitsangebot“ betrachten, sondern als vollwertige Arbeitsstelle. Ähnlich empfinden sie möglicherweise „Wohnangebote“ nicht als diese. Auch bei betreutem Wohnen ist ein Betrag an Mietgeld zu bezahlen.

Ambulante Hilfsdienste wurden im Gegensatz von den Ärzten viel seltener als von den Patienten angegeben. So stehen 19 Nennungen von Patienten gerade einmal 6 der Ärzte entgegen. Die Betreuer zeigen sich in diesem Punkt als unzureichend informiert. Gleichzeitig stufen Ärzte die Hilfspotenz dieser Angebote (außer Arbeitsangebote) höher als die Patienten ein. Über die Begründung dieses Defizits des Informationsgrades kann nur spekuliert werden. Bei hoher Wertschätzung der Angebote durch die Ärzte, bleiben hier noch mangelnde Zeit innerhalb der Sprechstunde, um diese Themen anzusprechen und zu kleine Schnittflächen zwischen den Ärzten und den Mitarbeitern der Hilfsangebote als mögliche Erklärung.

Medikamentöse Therapie und Nebenwirkungen

Bezüglich der Medikamente ergab sich eine große Übereinstimmung in den Aussagen der beiden Gruppen. Dies entspricht den Erwartungen, da ein Großteil der eingenommenen Substanzen durch den psychiatrisch betreuenden Arzt verschrieben wird.

Etwa 75% der Patienten gaben im Entlassinterview an, eine zukünftige Neuroleptikabehandlung für sinnvoll zu halten. Ein Großteil der Ärzte (ca. 2/3) und Patienten (ca. 2/3) gaben an mit der Medikation sehr zufrieden zu sein. Die Zufriedenheit der jeweils anderen Gruppe sollte ebenfalls eingestuft werden. Hier zeigte sich eine Überschätzung der Zufriedenheit der Ärzte durch die Patienten. Insgesamt konnten beide Gruppen die Andere bezüglich der Zufriedenheit mit

der Medikation nicht gut einschätzen. Fast die Hälfte der Patienten (43%-49%) wurde ausschließlich ein Neuroleptikum verabreicht, ohne Zusatzmedikation. Nur 10-15% erhielten eine Zweifachkombination von Neuroleptika. Hier folgten die Ärzte neueren Forderungen, möglichst mit einer Monotherapie zu behandeln (Gaebel 2000). Insgesamt wurden deutlich mehr typische als atypische Medikamente abgesetzt. Der Anteil an atypischen Neuroleptika blieb in etwa stabil, wohingegen der Anteil an typischen Neuroleptika von 56% auf 40% zurückging, was ebenfalls dem Trend entspricht (Falkei et al. 2000). Depotneuroleptika wurden bei Entlassung in 5% der Fälle gegeben. Nach einem Jahr noch in einem Fall (1%). Dieser Prozentsatz liegt deutlich unter den Zahlenangaben in der Literatur (Meise et al. 1994). Dies ist eventuell durch die traditionell seltene Verwendung von Depotneuroleptika an der Tübinger Nervenklinik zu erklären. Zusätzlich wurden 11-17% Antidepressiva, 13-14% Phasenprophylaktika, 12-7% Tranquilizer verordnet. Nur der Anteil der Tranquilizer ging im Jahresverlauf zurück. Für knapp die Hälfte (39:81) der Patienten gaben die Ärzte an, im ersten Halbjahr keinerlei Veränderung der Medikation durchgeführt zu haben. 96% dieser Patienten waren sich mit ihrem Arzt darüber einig, diese Medikation unverändert fortzusetzen. Weiterhin gaben die Ärzte 16 Absetzungen, 14 Neuansetzungen, 24 Dosisreduktionen im Zeitraum bis 6 Monate nach Entlassung und nur eine Dosiserhöhung an. Hier fand sich nur eine mittelmäßige Übereinstimmung der Aussagen beider Gruppen.

Beide Gruppen wurden nach Gründen für die Medikamentenumstellung befragt. Hauptgründe von Seite der Ärzte waren stabiler psychopathologischer Zustand, unerwünschte Nebenwirkungen, Beschwerden des Patienten und zu geringe Wirksamkeit. Die Patienten nannten meist Nebenwirkungen, Empfehlung des Arztes, Leistungsminderung und Verlust der Spontaneität als Begründung für die Umstellung. Nur sehr selten spielten „Dritte“ (Angehörige, Freunde Kollegen, Medien) eine Rolle bei dieser Entscheidung. Guter Psychopathologischer Zustand und unerwünschte Nebenwirkungen waren also die wichtigsten Motive um die Medikation abzuändern. Dies bestätigt die Ergebnisse von Fleischhacker et al. (1994), der unerwünschte Medikamentennebenwirkungen als bedeutendste Ursache für eine Umstellung fand. Die Wirkungslosigkeit oder man-

gelhafte Wirkung der Medikamente war hauptsächlich für den Therapeuten eine Begründung für die Medikamentenumstellung (Holzinger et al. 1997).

Angaben zu den unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen wurden zu allen Messzeitpunkten erhoben. Insgesamt konnten die Ergebnisse der Untersuchung die Resultate klinischer Studien im Punkt Nebenwirkungsprofil bestätigen. Patienten konnten sowohl spontane Antworten auf offene Fragen geben, als auch in einem zweiten Schritt mit Hilfe einer Checkliste die zutreffende Nebenwirkung angeben. Ärzte wurden ausschließlich offene Fragen gestellt. Auf die einzelnen Nebenwirkungen bezogen war die Anzahl der Patienten, die über eine Nebenwirkung auf Anfrage berichteten um das drei- bis vierfache höher, als bei spontaner Nennung. Die Abweichung betraf nur die Quantität der Antworten, bei nur geringen inhaltlichen Unterschieden. Insgesamt konnten die Ärzte für knapp die Hälfte der Patienten unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen nennen (49%). Ein etwas höherer Prozentsatz der Patienten gaben Nebenwirkungen an (54%). Im direkten Paarvergleich waren sich allerdings nur 24% der Fälle beider Gruppen darüber einig, dass Nebenwirkungen aufgetreten waren. Auch bei der Angabe der Quantität gab es große Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. So ergaben sich hier beim direkten Paarvergleich nur in 16% Übereinstimmungen. Insgesamt wurden „starke Müdigkeit“ und „Gewichtszunahme“ am häufigsten genannt. Es muss ein Ziel sein, diese Diskrepanz der Aussagen zu minimieren. So sind die Nebenwirkungen ein zentraler Teil der Neuroleptikabehandlung. Sie entscheiden über Zufriedenheit mit der Medikation, Lebensqualität und schließlich wie in der Befragung nach der Begründung für die Medikamentenumstellung deutlich wird, auch über die Auswahl des Medikamentes. Eine detailliertere Befragung des Patienten über Nebenwirkungen und Behandlungszufriedenheit ist empfehlenswert. Eventuell ist die erstellte Checkliste im Anschluss eine mögliche Hilfe.

4. Notwendigkeit der Parallelbefragung

Eine wichtige Frage der Arbeit war die Bewertung der Notwendigkeit einer Parallelbefragung der betreuenden Ärzte.

In den bedeutenden Medizinliteratur-Providern (Pub-Med, Med-Line und Psych-Net) wurden Suchbegriffe wie „information source, collateral information, additional information, patient and provider reported adherence, comparison of physicians`and patients`reporting, self-report, general practitioner, compliance, validity, new information, test- retest reliability, non- adherence, agreement between patient and health-care personal, referring physician, physicians`perspectives, patients underreporting, self-report data, the unreliable informant, second interviews“ einzeln verwendet oder sinnvoll kombiniert. Die erhaltene Literatur und daraus hervorgehende Datenlage ist sowohl in der somatischen wie auch psychiatrischen Medizin sehr gering. Studien, die gleiche Belange wie die vorliegende Arbeit untersuchen, gibt es nur vereinzelt, ihre Aussagen sind außerdem widersprüchlich.

So resümierten Babor und Steinbeck (2000), dass sie eine Investition von Zeit und Geld in die Verbesserung der Patienteninterviews sinnvoller einstufen, als die Befragung einer zweiten Person (Arzt, medizinisches Personal). Auch Van Geest et al.(2002) fanden im „self-report“ ein gutes Instrument.

Für demente Patienten fordern Scheid et al. (2002) eine zusätzliche Datenquelle. Wagner et al. (2001) fanden eine Übereinstimmung der Aussagen von Ärzten und Patienten bezüglich der Einsicht über die Notwendigkeit von Einnahme antiretroviraler Medikation, die nicht über der Zufallswahrscheinlichkeit lag. Um die Zuverlässigkeit der Aussagen substanzabhängiger Patienten bezüglich ihres Einnahmeverhaltens zu untersuchen, wurden zahlreiche Studien durchgeführt. Dabei stellte man Blutserumspiegel der Substanzen fest oder zählte leere Medikamentenschachteln. Weiss et al. (1998, 2000) fanden in mehreren Untersuchungen eine gute Übereinstimmung der Patientenaussagen mit dem Kontrollmarker. Chermak et al. (2000) dagegen stellten eine deutliche Diskrepanz zwischen angegebener Menge und Serumspiegel fest. Die Spiegel von Opiaten und Amphetaminen lagen im Durchschnitt deutlich über der ge-

nannten Menge. Weitere Untersuchungen zu dieser Fragestellung sind dringend erforderlich.

Ausgehend von den Ergebnissen der vorliegenden Studie sind Kontrollbefragungen der betreuenden Ärzte nur unter ausgewählten Bedingungen sinnvoll. Angaben der Patienten zur Nutzung medizinischer Angebote im stationären und ambulanten Bereich sind im Durchschnitt sehr zuverlässig. Eine zusätzliche Ärztebefragung ist hier nicht effektiv. Ebenso sind die Patientenangaben zur Medikation zuverlässig. Bei Erfragung der Medikamentennebenwirkungen zeigten sich die Ärzte sowohl bei qualitativen als auch quantitativen Fragen nur unzureichend informiert.

Nur in 24% der Fälle waren sich Arzt und Patient über eine aufgetretene Nebenwirkung einig.

Ein weiterer Bereich mit eher unzureichender Kenntnis der Behandelnden waren die Nutzung zusätzlicher medizinischer und sonstiger Behandlungsangebote.

Ein unverbindlicher Vorschlag des Autors versucht mit Hilfe einer Checkliste innerhalb kurzer Zeit die Bereiche zu erfassen, deren genauere Kenntnis bisher offensichtlich schwer fiel.

Die Asymmetrie verschiedener Frageblöcke vorliegender Untersuchung limitiert ihre Aussagekraft. So kann hier die Aussage der unterschiedlichen Einschätzung der Compliance durch die beiden Gruppen nur mit der Einschränkung unterschiedlicher operationalisierter Konstrukte dieses Begriffes getätigt werden. Bei zukünftigen Untersuchungen ist zu fordern, dass ausschließlich identische Frageinstrumente zur Anwendung kommen, die jeweils eine Auswertung durch direkten Paarvergleich erlauben.

5. Checkliste

Diese Checkliste ist als unverbindliche Hilfestellung für den psychiatrisch tätigen Arzt gedacht. Er soll in kürzester Zeit einen Überblick über wichtige Details des Patienten erhalten. Berücksichtigt sind hier auch Bereiche, die nach Ergebnissen der Studie für den Arzt nur schwer zu erfassen waren.

Die Checkliste kann als Interview durch den Arzt durchgeführt werden, aber auch vom Patienten selbst ausgefüllt werden, z.B. zwischen den Behandlungsterminen als strukturiertes „Tagebuch“.

Teilweise sind die Antwortmöglichkeiten nur dual gehalten um eine Tendenz zum Mittelwert zu umgehen und eine klare Entscheidung zu fördern.

1. Fühlen Sie sich momentan schwer krank ?	ja	überhaupt nicht
2. Wie war Ihr Gesundheitszustand seit dem letzten Besuch in meiner Praxis?	Eher schlecht	Eher gut
3. Waren sie seit dem letzten Besuch in meiner Praxis in einem Krankenhaus in Behandlung?	ja	nein
Wenn ja : In welchem Krankenhaus? Wie lange?		
4. An welchen Tagen im letzten Monat haben Sie mehr als die empfohlene Dosis der Medikamente eingenommen?	Datum bitte ankreuzen: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.	
5. An welchen Tagen im letzten Monat haben Sie weniger als die empfohlene Dosis der Medikamente eingenommen?	Datum ankreuzen: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.	

16. Ist ein bestimmter Punkt, der Ihnen besonders am Herzen liegt, bis jetzt nicht angesprochen worden? Wenn ja , wünschen Sie heute ein Eingehen auf diese Problematik?	Bitte ausfüllen:
---	------------------

Checkliste

G. Zusammenfassung

Die Aufgabestellung der Gesamtstudien war eine Darstellung des Zustandes, der Behandlung und der Betreuung schizophrener Patienten nach der Entlassung aus der Klinik. Einfluss- sowie Prognosefaktoren dieses Prozesses sollten untersucht werden. Psychiater sowie niedergelassene Ärzte für Neurologie und Allgemeinmedizin übernehmen mehrheitlich die poststationäre Betreuung dieser Patienten. Der niedergelassene Arzt muss als „Case-Manager“ vielfältige Aufgaben erfüllen und genaue Kenntnis über den Zustand und die Lebenssituation seiner Patienten besitzen, um die Koordination der Anforderungen hochwertig zu bewältigen. Zur Darstellung in wieweit diese notwendigen Kenntnisse vorhanden sind, wurden parallel zu den Patienten auch die behandelnden Ärzte befragt.

Die Zuverlässigkeit von Patientenaussagen wird immer wieder angezweifelt. Hier dient die Ärztebefragung/Parallelbefragung als Kontrolle. Weiterhin sollten die Ergebnisse der Studie klären, in welchen Punkten der Aufwand einer Zweitebefragung keinen Benefit erbringt und sich somit einsparen lässt.

In der Einführung wird zuerst das Krankheitsbild der Schizophrenie vorgestellt. Hier werden Epidemiologie, Diagnoseschlüssel nach ICD-10, Verlauf, Behandlung, Versorgung der Erkrankten im Allgemeinen und speziell für den Landkreis Tübingen sowie Compliance und die Parallelbefragung der Ärzte beschrieben. Danach folgt die Fragestellung der Gesamtstudie sowie daraus abgeleitet, die Fragestellung vorliegender Arbeit. Mehrere Hypothesen wurden formuliert. Der Methodikteil stellt das Studiendesign, die Stichproben, operationalisierte Konstrukte und Erhebungsinstrumente vor. Die Art der statistischen Auswertung wird beschrieben.

Im Ergebnisteil werden zunächst die Auswertungen der Ärztebefragung deskriptiv dargestellt. Danach folgt ein Vergleich von Patienten- mit Therapeutenangaben. Den Abschluss bildet eine knappe Zusammenstellung von Ergebnissen der Gesamtstudie.

Mit der Diskussion werden die erhaltenen Resultate noch Einmal ausführlich betrachtet sowie gewertet.

Die durchgeführte Studie war als prospektiv, nicht-interventionelle Feldstudie angelegt. In die Untersuchungskohorte waren alle schizophreniekranken Patienten die zwischen dem 1.08.1998 und 31.07.1999 aus der UKPP-Tübingen entlassen wurden (N=169) und keine der Ausschlussfaktoren aufwiesen. Die Kohorte wurde zum Entlasszeitpunkt, 6 Monate und 12 Monate nach Klinikentlassung untersucht. Die Befragung der betreuenden Ärzte fand nach Einwilligung der Patienten zum Zeitpunkt der 6-(N=81) und 12-Monatskatamnese (N=66) statt. Jeweils 80% der Katamnesegruppen stimmten der Parallelbefragung zu, die Arztbefragung kann mit 99%-Quote als vollständig gewertet werden. Teilnehmer- und Schwundgruppe unterschieden sich zu keinen Befragungszeitpunkt signifikant voneinander, so dass Resultate auf die Gesamtstichprobe übertragen werden können.

Beide Gruppen wurden zu Behandlungs- und Betreuungsangeboten, medikamentöser- und nichtmedikamentöser Therapie, Therapiezufriedenheit, Therapiebereitschaft, Hilfspotenz und die Wichtigkeit einer weiteren psychiatrischen Betreuung befragt.

Insgesamt zeigten die Angaben über stationären und teilstationären Behandlung eine annehmbare Übereinstimmung beider Datenquellen. Bezüglich der Nutzung zusätzlicher medizinischer und anderer Behandlungsangebote zeigten sich allerdings eine geringe Übereinstimmungen. Hier waren die Ärzte nur unzureichend informiert.

Die Betreuenden schätzen einen deutlich kleineren Anteil der Patienten als compliant ein, als aus den Selbsteinschätzungen dieser hervorging. Beide Gruppen beurteilten eine weitere psychiatrische Therapie für wichtig. Die Ärzte halten die Therapie allerdings für wichtiger als die Patienten selbst, die sich jedoch im Schnitt häufigere Arztkontakte wünschen.

Für die Ärzte liegt die optimale Therapiefrequenz bei einmal pro Monat. Bezüglich der medikamentösen Therapie ergaben sich mittlere bis hohe Übereinstimmungen.

Insgesamt nennen die Betreuer weniger unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen als die Schizophreniekranken. Müdigkeit und Gewichtszunahme waren an den verschiedenen Befragungsterminen und von beiden Gruppen jeweils die

meistgenannten Nebenwirkungen. Einschlafstörungen und anticholinerge Nebenwirkungen wurden nur von Patientenseite angegeben. Nicht bestätigt werden konnte die Hypothese, dass die Ärzte nur die Nebenwirkungen kennen, die von den Patienten spontan aufgeführt werden, denn anticholinerge Nebenwirkungen waren in der Gruppe Spontannennungen der Patienten an erster Stelle. Für die Medikamentenumstellung gaben beide Gruppen ähnliche Begründungen an. Unwirksamkeit der Präparate, Nebenwirkungen und stabiler psychopathologischer Befund standen im Vordergrund. Die ambulante Behandlung wurde in der Mehrzahl als gut eingestuft und es wurden nur von ca. 6% der befragten Patienten im Katamnesezeitraum der Therapeut gewechselt, wobei in diese Zahl Ortswechsel eingeschlossen sind. Ob ein Patient zufrieden mit der Behandlung war, sagte wenig über die Zufriedenheit des Betreuers aus. Insgesamt war der Informationsgrad der Ärzte in bestimmten Teilbereichen zufriedenstellend, in anderen aber sicher unzureichend. Als mögliche Hilfe um dieses Defizit auch innerhalb kurzer Zeit auszugleichen, ist im Schlussteil der Arbeit eine Checkliste vorgeschlagen. Diese kann der Patient zu Hause ausfüllen und dem Arzt bei Konsultation vorlegen.

Die Frage ob der Aufwand einer Parallelbefragung gerechtfertigt ist wird kontrovers diskutiert. Innerhalb vorliegender Studie konnte gezeigt werden, dass die Angaben zur Medikation und Behandlung eine sehr hohe Übereinstimmung zwischen Patienten- und Ärzteangaben aufwiesen. Eine Zweitbefragung als „Absicherung“ scheint bei Schizophrenen in diesen Punkten eher überflüssig zu sein.

G. Literatur

1. Albers M. Die Langzeitbehandlung der chronischen Schizophrenien. *Nervenarzt* 1998;69:737-751
2. Albus M, Burkes S, Scherer J. Welche Faktoren beeinflussen die Medikamenten-Compliance? *Psychiatr Prax* 1995;22:228-230
3. Angermeyer MC. Compliance schizophrener Kranker mit Neuroleptika-Medikation. In: Möller HJ. (Hrsg.) *Langzeiterfahrungen mit Glianimon*. Köln: Tropon, 1991:163-177
4. Angermeyer MC. Einstellung der Bevölkerung zu Psychopharmaka. In: Naber D, Müller-Spahn F. (Hrsg.) *Clozapin. Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums: Neuere Aspekte der klinischen Praxis*. Berlin: Springer, 1994:113-123
5. Angermeyer MC. Schizophrenie und Lebensqualität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;68 Sonderheft 1:2-6.
6. Angermeyer MC, Matschinger H. Neuroleptika im Urteil der Angehörigen. *Psychiatr Prax* 1999a;26:171-174
7. Angermeyer MC, Matschinger H. Neuroleptika und Lebensqualität. *Psychiatr Prax* 2000;27:64-68
8. Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP). Leitlinien zur Durchführung von Anwendungsbeobachtungen in der Psychopharmakotherapie. *Nervenarzt* 1994;65:638-644
9. Babor TF, Steinbergk T. Talk is cheap: Measuring drinking outcomes in clinical trials. *Journal of studies of Alcohol* 2000 61(1): 55-6
10. Bailer J. *Prognose und Verlauf der schizophrenen Psychosen: Ergebnisse einer fünfjährigen prospektiven Verlaufsstudie*. Peter Lang: Frankfurt, 2000
11. Bartko G, Herczeg I, Zador G. Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. 1988; *Acta Psychiatrica Scan.* 77, 74-76
12. Bauer M. Institutsambulanzen. Partner oder Konkurrenten für niedergelassene Nervenärzte? *Spektrum* 1997;26:11-16

13. Bender W, Haag M, Haag H, Greil W, Engel R. Compliance in psychiatry: Development of a patient questionnaire. 1986, *Pharmacopsychiatrie* 19: 176-177
14. Bender W, Haag M. Zur Compliance psychiatrischer Patienten: Entwicklung eines Fragebogens. 1995; *Psycho* 12: 384-385
15. Benkert O, Hippus H. *Psychiatrische Pharmakotherapie*. 6.Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, 1996
16. Berger M. (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg, 1999
17. Bochnik HJ, Koch H. *Die Nervenarzt-Studie*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1990
18. Böcker FM. Der Beitrag psychiatrischer Abteilungen zur Umgestaltung der stationären Versorgung: Das Beispiel Sachsen-Anhalt. *Psychiatr Prax* 1998;25:179-182
19. Bortz J. *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5.Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, 1999
20. Bortz J, Lienert GA. *Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 1998
21. Bortz J, Lienert GA, Boehnke K. *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2000
22. A, Pickar D. Clozapine and Risperidone in Chronic Schizophrenia: Effects on Symptoms, Parkinsonian Side Effects and Neuroendocrine Response. *Am J Psychiatry* 1999;156:294-298
23. Brenner HD. Sozialpsychiatrie versus Klinikpsychiatrie? Eine verfehlte Kontroverse. In: Finzen A, Hofmann-Richter U. (Hrsg.) *Was ist Sozialpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1995
24. Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M. Gemeindeintegrierte Akutversorgung. *Nervenarzt* 2000;71:691-699
25. Buchanan A. A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine* 1992;22:787-797
26. Buchkremer G, Böser H. Der Einfluß sozialer Faktoren auf den Krankheitsverlauf und Möglichkeiten therapeutischer Intervention. In: Häfner H. (Hrsg.) *Was ist Schizophrenie?* Stuttgart: Fischer, 1995:213-228

27. Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Mönking H, Hornung WP. Psycho-educational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care givers: results of a 2-year-follow-up. *Acta Psych Scand* 1997;96:483-491
28. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Rössler W: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker - Daten, Fakten, Analysen. Baden-Baden: Nomos, 1996b
29. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychosomatisch/ psychotherapeutischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn, 1988
30. Burkes S, Albus M, Scherer J. Welche Faktoren beeinflussen die Medikamenten-Compliance? 1995 *Psychiatrische Praxis* 22:228-230. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag
31. Carpenter W. The treatment of negative symptoms: pharmacological and methodical issues. *Br J Psychiatry* 1996;168(Suppl 29):17-22
32. Carpenter WT. The Challenge to Psychiatry as Society's Agent for Mental Illness Treatment and Research. *Am J Psychiatry* 1999;156:1307-1310
33. Carpenter W, Heinrichs D, Wagmann A. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry* 1988;145:578-583
34. Chan D. 1984; Medication compliance in a chinese psychiatric out-patient setting. *British Journal of Medicine Psychol.* 57:81-89
35. Chermack ST, Roll J, Reilly M, Davis L, Kilura U, Grabowski J. Comparison of patient self-reports and urinalysis results obtained under naturalistic methadone treatment conditions. *Drug and Alcohol dependence* 2000 April (59) 1:43-49.
36. Ciompi L. Grundsätze einer modernen patientenzentrierten psychiatrischen Versorgung. *Schweizer Ärztezeitung* 1993;71:302-306
37. Day JC, Kinderman P, Bentall R. A comparison of patients' and prescribers' beliefs about neuroleptic side-effects: prevalence, distress and causation. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:93-97
38. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band1 *Darmstadt: Steinkopf, 1998*

39. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde - DGPPN. Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland: Positionspapier zur aktuellen und zukünftigen Entwicklung. Berlin: Springer, 1997
40. Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête). In: Bonn: Bundesdrucksache 7, 1975
41. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz). Bundesgesetzblatt Jahrgang 1999, Teil I Nr.59
42. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber, 1991
43. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophr Bull* 1998;24:589-608
44. Endicott JE, Spitzer J, Fleiss L, Cohen J. The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766-771
45. Engel S. Der Einfluß des Krankheitskonzepts auf die Behandlungcompliance bei Patientinnen und Patienten mit schizophrener Störung. Diplomarbeit, Universität Tübingen 1999
46. Feldmann R, Buchkremer G, Minneker-Hügel E, Hornung P. Fragebogen zur Erfassung der Familienatmosphäre (FEF): Einschätzung des emotionalen Angehörigenverhaltens aus der Sicht schizophrener Patienten. *Diagnostica* 1995;41:334-348
47. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89 (Suppl.382):11-15
48. Frauenfelder A, Ebner G, Schätzle M. Zum Stand der Psychotherapie der Psychoosen. *Nervenarzt* 1998;69:823-825
49. Gaebel W. Verlaufsausgang und Verlaufsprädiktoren schizophrener Erkrankungen unter neuroleptischer Behandlung. In: Rifkin A, Osterheider M. (Hrsg.) Schizophrenie - aktuelle Trends und Behandlungsstrategien. Berlin, Heidelberg: Springer, 1992:125-135

50. Gaebel W. Towards the improvement of compliance: the significance of psycho-education and new antipsychotic drugs. *J Clin Psychopharmacol* 1997;12 (Suppl.1):37S-42S
51. Gaebel W. Langzeitbehandlung schizophrener Erkrankungen: Konzept, Methoden, Strategien. In: Möller HJ, Müller N. (Hrsg.) *Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien, New York: Springer, 1998:315-334
52. Gaebel W. Langzeitmedikation schizophrener Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;68 Sonderheft 1:26-31
53. Gaebel W, Pietzcker A. Indikation zur neuroleptischen Langzeitmedikation - Standardverfahren oder individualprognostisch geleitete Intervention? *Nervenarzt* 1983;54:467-476
54. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising Axis V FOR DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning. *Am J Psychiatry* 1992;149:1148-1156
55. Groß A, Bottlender R, Hoff A, Wegner U, Wittman J, Möller HJ. Münchner 15-Jahres-Katamnese: Erste Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung an ersthospitalisierten Patienten mit schizophrenen, schizoaffektiven und affektiven Psychosen aus den Jahren 1980 bis 1982. In: Möller HJ, Müller N. (Hrsg.) *Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien: Springer, 1998:61-74
56. Haasen C, Stark FM. Subjektive Kriterien Schizophrener bei der Arztwahl in der ambulanten Betreuung. *Psychiat Prax* 1997;24:74-76
57. Häfner H. Was ist Schizophrenie? In: Häfner H. (Hrsg.) *Was ist Schizophrenie?* Stuttgart: Fischer, 1995:1-56
58. Häfner H. Psychiatric rehabilitation: general issues. *Eur Psychiatry* 1996;11 (Suppl. 2):39S-50S
59. Häfner H. Ist es einzig die Krankheit? In: Möller HJ, Müller N. (Hrsg.) *Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien, New York: Springer 1998:38-59
60. Häfner H, an der Heiden W, Buchholz W, Bardens R, Klug J, Krumm B. Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. *Nervenarzt* 1986;57:214-226

61. Häfner H, Rössler W, Häfner-Ranabauer W. Zwei-Klassen-Psychiatrie. *Psychiatr Prax* 1996;23:55-62
62. Hahlweg K, Dürr H, Schröder B. Familienbetreuung als verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe bei schizophrenen Patienten. In: Krausz M, Naber D. (Hrsg.) *Integrative Schizophrenietherapie: Behandlungsphilosophie und Interventionen*. Basel: Karger, 2000:86-112
63. Hammer K. *Psychiatrische Datenbanken - Klotz am Bein oder Quell der Erkenntnis?* Dissertation, Universität Tübingen 1996
64. Haynes R; (Hrsg): *Compliance Handbuch*, München, .Verlag für angewandte Wissenschaft, 1986
65. Hoffmann K, Kaiser W, Isermann M, Priebe S. Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde? *Gesundheitswesen* 1998;60:232-238
66. Hoffmann K, Priebe S. Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? - Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von "Needs". *Fortschr Neurol Psychiatr* 1996;64:473-481
67. Hoffmann K, Priebe S, Isermann M, Kaiser W. Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. *Psychiatr Prax* 1997;24:221-226
68. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* 1983;13:177-183
69. Holzinger A, Angermeyer MC, Matschinger H. Lebensqualität für schizophrene Patienten - das ist... *Psychiatr Prax* 1997;24:61-64
70. Hornung P. Psychoedukative Interventionen. In: Krausz M, Naber D. (Hrsg.) *Integrative Schizophrenietherapie: Behandlungsphilosophie und Interventionen*. Basel: Karger, 2000:113-147
71. Kallert TW. *Psychiatrischer Versorgungsbedarf, Betreuungsbedürfnisse und -bewertungen sowie subjektive Sichtweisen schizophrener Patienten zu Erkrankung und Bewältigungsmöglichkeiten nach Klinikentlassung in der Versorgungsregion Dresden*. Habilitationsschrift, Technische Universität Dresden 1998

72. Kallert TW, Leißer M, Kreiner B, Bach O. Versorgungserwartungen an die im Freistaat Sachsen neu etablierten Sozialpsychiatrischen Dienste. *Rehabilitation* 1998; 37:181-191
73. Kane J. Olanzapine in the long-term treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999;174 (Suppl.37):26-29
74. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13;261-276
75. Kelly G, Mammon J, Scott J. 1987; Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric out-patients. *Soc.Sci. Med.* 25: 1205-1211
76. Kendler KS. Long-Term Care of an Individual With Schizophrenia: Pharmacologic, Psychological, and Social Factors. *Am J Psychiatry* 1999;156:124-128
77. Kissling W (ed) Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia. Berlin, Heidelberg: Springer, 1991
78. Kissling W. Neuroleptische Rezidivprophylaxe – eine verpaßte Chance? In: Rifkin A, Osterheider M. (Hrsg.) Schizophrenie - aktuelle Trends und Behandlungsstrategien. Berlin, Heidelberg: Springer, 1992:83-91
79. Kissling W, Höffler J, Seemann U et al. Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999;67:29-36
80. Klingberg S, Buchkremer G. Therapeutische Angehörigenarbeit als zentraler Pfeiler der Schizophreniebehandlung: empirische Untersuchungen. In: Möller HJ, Müller N. (Hrsg.) Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie. Wien, New York: Springer, 1998:307-313
81. Klingberg S, Buchkremer G, Holle R, Schulze Mönking H, Hornung WP. Differential therapy effects of psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients - results of a 2-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:66-72

82. Köhler T. Biologische Grundlagen psychischer Störungen. Stuttgart, New York: Thieme, 1999
83. Koivumaa-Honkanen HT, Honkanen R, Antikainen R, Hintikka J, Viinamäki H. Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:377-384
84. Kunze H, Kaltenbach L. (Hrsg.) *Psychiatrie-Personalverordnung*. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 3. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, 1996
85. Längle G, Köster M, Mayenberger M, Günthner A. Der Therapeutische Arbeitsversuch: eine Annäherung an die Arbeitswelt für Psychatriepatienten. *Psychiatr Prax* 2000; 27:176-182
86. Längle G, Mayenberger M, Günthner A. Gemeindenahe Rehabilitation für schwer psychisch Kranke? *Rehabilitation* 2001;40:21-27
87. Längle G, Welte W, Roesger U. Die Versorgung psychisch Kranker in der Gemeinde - bisherige Entwicklung, aktuelle Probleme und künftige Perspektiven am Beispiel des Landkreises Tübingen. *Psychiat. Prax.* 1996;23:230-235
88. Längle G. *Behandlungcompliance schizophrener Patienten nach Entlassung aus der Klinik*. Habilitationsschrift für des Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Aug. 2001. Medizinische Fakultät Tübingen.
89. Lambert M, Naber D, Perro C, Moritz S, Krausz M. Chancen neuer Therapien schizophrener Patienten am Beispiel moderner Antipsychotika. *Psychiatr Prax* 1999a;26 (Sonderheft 1):30-35
90. Lambert M, Perro C, Holzbach R, Krausz M, Naber D. Olanzapin: Ein Antipsychotikum der zweiten Generation in der Behandlung schizophrener Erkrankungen. *Psychopharmakotherapie* 1999b;6 (Sonderdruck):38-52
91. Lambert M, Perro C, Naber D. Pharmakotherapie als integrativer Bestandteil in der Behandlung schizophrener Patienten. In: Krausz M, Naber D. (Hrsg.) *Integrative Schizophrenietherapie: Behandlungsphilosophie und Interventionen*. Basel: Karger, 2000b:36-85
92. Linden M. *KK-Manual*. Vorläufige Arbeitsversion. 1996
93. Linden M. Phase IV Research and Drug Utilization Observation Studies. *Pharmacopsychiat* 1997;30 (Suppl.):1-3

94. Linden M, Baier D, Beitinger H et al. Leitlinien zur Durchführung von Anwendungsbeobachtungen (AWB) in der Psychopharmakotherapie. *Nervenarzt* 1994;65:638-644
95. Linden M, Baier D, Gothe H, Kohnen R. What Happens to Patients After the End of a Clinical Trial? Systematic Follow-up Observational Study of an Open Moclobemide Trial in Major Depression. *Pharmacopsychiat* 1997;30 (Suppl.):35-43
96. Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 1996;67:205-215
97. Linden M, Nather J, Wilms HU. Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1988;56:35-43
98. Linden M, Seidel K. Krankheitseinsicht und Krankheitskonzepte von Patienten in der Behandlung schizophrener Psychosen. In: Möller HJ, Müller N. (Hrsg.) *Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien, New York: Springer, 1998:301-306
99. Mc Evoy JP, Howe AC, Hogarty GE. 1984; Differences in the nature of relapse and subsequent inpatient course between medication compliant and noncompliant schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 172:412-416
100. Mc Evoy JP, Apperson LJ, Applebaum PS. 1989 ; Insight in Schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 177, 1:43-47
101. Meise U, Kurz M, Fleischhacker WW. Antipsychotic Maintenance Treatment of Schizophrenia Patients: Is There a Consensus? *Schizophr Bull* 1994;20:215-225
102. Melamed Y, Szor H. The Therapist and the Patient: Coping With Noncompliance. *Compr Psychiatry* 1999;40:391-395
103. Möller H-J. Review: Treatment of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996;246:229-234
104. Möller HJ. Atypische Neuroleptika: Definitionsprobleme, Wirkungsmechanismen und Wirksubstanzen. In: Möller HJ, Müller N. (Hrsg.) *Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien, New York: Springer, 1998: 207-226

105. Möller HJ, Boyer P, Fleurot O, Rein W. Improvement of acute exacerbations of schizophrenia with amisulpride: a comparison with haloperidol. *Psychopharmacology* 1997;132:396-401
106. Möller HJ, Müller N. (Hrsg.) Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie. Wien, New York: Springer, 1998
107. Moringello BA, Hillier L, Bass M. What I said versus What you heard: a comparison of physicians and parents reporting of anticipatory on child safety issues. Psychology department, University of Guelph, Ontario, Canada. ???
108. Müller P, Gaebel W, Köpcke W, Linden M, Müller-Spahn F, Pietzcker A, Schaefer E, Tegeler J. Wie erlebt der Patient die neuroleptische Medikation? In: Möller HJ. (Hrsg.) Langzeiterfahrungen mit Glianimon. Köln: Tropon, 1991:108-116
109. Müller MJ, Rossbach W, Davids E, Wetzels H, Benkert O. Evaluation eines standardisierten Trainings für die "Positive and Negative Syndrome Scale" (PANSS). *Nervenarzt* 2000;71:195-204
110. Naber D, Lambert M, Krausz M. (Hrsg.) Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Patienten. Bremen: UNI-MED, 1999
111. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;10:300-312
112. Overall J, Goreham D. The brief psychiatric rating scale. *Psychol. Rep.* 10 (1962) 799-812
113. Pan P, Tantam D. Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment: a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1989 153:607-617
114. Parkes C, Brown G, Monck E. The general practitioner and the schizophrenic patient. 1962; *British Medical Journal* I, 972-976
115. Pietzcker A. Ambulante neuroleptische Intervalltherapie-eine Alternative zur Langzeitmedikation? 1995 In: Häfner H., Hrsg. Was ist Schizophrenie? Stuttgart, Jena, New York: Georg Thieme Verlag.
116. Pietzcker A, Gaebel W. Indikation zur neuroleptischen Langzeitmedikation - Standardverfahren oder individualprognostisch geleitete Intervention? *Nervenarzt* 1983;54:467-476

117. Priebe S, Bröker M. Prediction of hospitalization by schizophrenia patients' assessment of treatment: an expanded study. *Journal of Psychiatric Research* 1999;33:113-119
118. Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C, Jäkel A. Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung - Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatr Prax* 1995;22:140-144
119. Priebe S, Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W. Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten. *Psychiatr Prax* 1996a;23:15-20
120. Priebe S, Kaiser W, Huxley P. Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Gesundheitswesen* 1996b;58:0-0
121. Pruss U, Rose H, Zechner E. 1984; Depotneuroleptika in der in der sozialpsychiatrischen Praxis. *Psychiatrische Praxis* 11: 101-108
122. Reilly E, Wilson W McClinton H. Clinical characteristics and medication history of schizophrenics readmitted to the hospital. *Int J Neuropsychiatry* 1967, 3:85-90.
123. Renton CA. A follow-up of schizophrenic patients in Edinburgh. *Acta Psychiatrica Scand* 39:548-581, 1963.
124. Rössler W. Regionale Versorgungsstrategien für schizophren Erkrankte. In: Möller HJ, Müller N. (Hrsg.) *Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien, New York: Springer, 1998:335-345
125. Rössler W, Häfner H, Martini H, an der Heiden W, Jung E, Löffler W. Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg - Analysen, Konzepte, Erfahrungen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1987
126. Rössler W, Salize HJ, Bauer M. Psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern - Stand der Entwicklung in Deutschland. *Psychiat Prax* 1996; 23:4-9
127. Die Kosten der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998a;66:496-504
Rössler W, Salize HJ, Knapp M.
128. Rössler W, Salize HJ, Reinhard I. Treatment with antipsychotics: the impact on the patients in the community. *Eur Psychiatry* 1998b;13 (Suppl.1):31S-36S

129. Salize HJ, Küstner BM, Torres-Gonzales F, Reinhard I, Estévez JFJ, Rössler W. Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions: a comparison between Granada (Spain) and Mannheim (Germany). *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:328-334
130. Salize HJ, Rössler W. Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie. Berlin, Heidelberg: Springer, 1998
131. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Deutsche Bearbeitung der 4.Auflage des DSM der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe, 1996
132. Scheider B. Difficulties in the evaluation of depressive symptoms in patients with dementia. *Psychiatrische Praxis* 2002 March; 29 (2):76-82.
133. Schmeling-Kludas C. Behandlungszufriedenheit und Kooperation im Krankenhaus und in der Praxis - Einstellungen bei einer Stichprobe internistischer Patienten und ihren behandelnden Ärzten. *Psychother Psychosom med Psychol* 1995;45:193-201
134. Schulze Mönking H, Buchkremer G, Hornung WP. Zusammenhang zwischen der Arbeitsintegration schizophrener Patienten und mittelfristigem Krankheitsverlauf. *Psychiatr Prax* 1999;26:224-226
135. Serban G, Thomas A. Attitudes and behaviors of acute and chronic schizophrenia patients regarding ambulatory treatment. *American Journal of Psychiatry* 131:991-995,1974
136. Steinhart I, Priebe S. Prediction of hospitalisation within a psychiatric community care system- a five year study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27 (1992) 270-273
137. Stevens A, Hammer K, Buchkremer G. A statistical model for length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103 (im Druck)
138. Stevens I, Gaertner HJ. Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW). In: Naber D, Müller-Spahn F. (Hrsg.) Clozapin. Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums: Neuere Aspekte der klinischen Praxis. Berlin Heidelberg: Springer, 1994:59-74

139. Van Geest JB. Measuring deception: Test-retest reliability of physicians self-reported manipulation of reimbursement rules for patients. *Med Care Rev* 2002 Jun, 59 (2) 184-96
140. Van Putten T. Why Do Schizophrenic Patients Refuse to Take Their Drugs. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:67-72
141. Van Putten T, May PRA, Marder SR. Response to Antipsychotic Medication: The Doctor's and the Consumer's View. *Am J Psychiatry* 1984;141:16-19
142. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Grasset M, Beaussier JP, Assens F, Abalan F, Gonzales B, van Os J. Predictors and impact on outcome of medication compliance in first-admitted subjects with psychosis. *Schizophr Research* 2000a; 41/1:223
143. Wagner JH, Justice AC, Chesney M, Sinclair G, Weissman S, Rodriguez-Barradas M, The VACS Project Team. Patient- and Provider-reported adherence: toward a clinically useful approach to measuring antiretroviral adherence. *J Clin Epidemiol* 2001 Dec,54 Suppl 1: S. 91-8
144. Walz G. Clozapin in der Rezidivprophylaxe schizophrener Erkrankungen. Daten aus einem zweijährigen Beobachtungszeitraum. Dissertation, Universität Tübingen 2000
145. Weber F. Änderung der Lebenssituation und der Symptomatik im Langzeitverlauf schizophrener Patienten. Diplomarbeit, Universität Tübingen 1998
146. Weber P, Steier F. (Hrsg.) Arbeit schaffen: Initiativen, Hilfen, Perspektiven für psychisch Kranke. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1998
147. Weiss RD. The use of collateral reports for patients with bipolar and substance use disorders. *Am J Drug Alcohol abuse* 2000 Aug; 26(3) 369-78.
148. Weiss RD. Validity of substance use self-reports in dually diagnosed out-patients. *Am J Psychiatry* 1998 Jan; 155(1):127-8
149. Wiersma D. Measuring social disabilities in mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:101-108
150. Wieselgren IM, Lindström LH. A prospective 1-5 year outcome study in first-admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:9-19

151. Windgassen K. Schizophreniebehandlung aus der Sicht des Patienten. Berlin, Heidelberg: Springer, 1989
152. World Health Organisation. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: World Health Organisation, 1990
153. Wunderlich U, Wiedemann G, Buchkremer G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. Verhaltenstherapie 1996;6:4-13

H. Anhang

Abkürzungsverzeichnis

BeLP	Berliner Lebensqualitätsprofil
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
bzgl.	bezüglich
ca.	circa
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
E	Entlassung
EE-Forschung	Expressed Emotion Forschung
EPS	Extra-Pyramidal-Motorische Bewegungsstörung
et al.	und andere
GAF	Global assessment of functioning scale
Kat 6	Katamneseuntersuchung nach 6 Monaten/6 Monate nach Klinikentlassung
Kat 12	Katamneseuntersuchung nach 12 Monaten/12 Monate nach Klinikentlassung
KK	Krankheitskonzept
MPS	Münsteraner Prognosescore
NW	Nebenwirkungen
PANNS	The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia
PDS	Psychosozialer Dienst
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik
SOFAS	Social and Occupational Functioning Scale
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
TÜBB	Tübinger Bogen zur Patientenzufriedenheit stationär/a=ambulant
Tüfos	Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie

UKPP

Universitätsnervenklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen

z.B.

zum Beispiel

5.3 **Ambulant:** Bitte führen Sie alle, während der letzten 6 Monate genutzten, ambulanten medizinischen Versorgungsangebote auf (z.B. KG, Ergotherapie).

Ambulanter Bereich	Zahl der Besuche in den letzten 6 Monaten	War dieses Angebot hilfreich?
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 2 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 3 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 4 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 5 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 6 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> sehr hilfreich überhaupt nicht hilfreich </div>

6. Aktuelle Medikation

Bitte geben Sie alle Medikamente sowie die jeweilige Dosierung und Darreichungsform an, mit denen sie den Patienten/in z.Zt. behandeln.

Medikamente/ Präparat/ Wirkstoff	Dosierung

7. Medikamentöse Behandlung im letzten Monat

Mit welchen Medikamenten haben Sie Ihren Patienten im letzten Monat behandelt? (Bitte alle Medikamente mit der jeweiligen Dosierung angeben)

Medikamente	Dosierung

8. Medikamentöse Behandlung im letzten halben Jahr

Mit welchen Medikamenten (Neuroleptika) haben Sie Ihren Patienten im letzten halben Jahr behandelt (Bitte alle Medikamente mit der jeweiligen Dosierung angeben).

Medikamente	Dosierung

4.1.2. Behandlungs-Compliance/ Arztbefragung/ Katamnese 6 Monate

Fragebogen zur Medikamenten- und Behandlungs-Compliance von Psychose-Erkrankten
(Steinert, Gebhardt & Wölfle: Zentrum für Psychiatrie Weissenau)
modifiziert auf 6 Mon.-Bewertungszeitraum

- A) War der Patient/in in den vergangenen 6 Monaten krankheitseinsichtig?**
(liegt der Behandlungszeitraum noch keine 6 Monate zurück, so berücksichtigen Sie nur den Zeitraum seit Behandlungsbeginn)
- ja, immer und *voll krankheitseinsichtig*
 - meistens oder *größtenteils krankheitseinsichtig*
 - selten oder *kaum krankheitseinsichtig*
 - nein, *nie krankheitseinsichtig*
- B) War der Patient/in in den vergangenen 6 Monaten behandlungseinsichtig?**
- ja, immer und *voll behandlungseinsichtig*
 - meistens oder *größtenteils behandlungseinsichtig*
 - selten oder *kaum behandlungseinsichtig*
 - nein, *nie behandlungseinsichtig*
- C) Nahm der Patient/in in den vergangenen 6 Monaten alle verordneten Medikamente regelmäßig und zuverlässig ein?**
- ja, Patient/in nahm alle verordneten Medikamente *immer regelmäßig und zuverlässig* ein
 - Patient/in nahm alle verordneten Medikamente *meistens regelmäßig und zuverlässig* ein
 - Patient/in nahm manche der verordneten Medikamente *unregelmäßig und unzuverlässig* ein
 - nein, Patient/in nahm manche der verordneten Medikamente *nicht oder nur selten* ein
- D) Wie schätzen Sie für das vergangene halbe Jahr die Freiwilligkeit der erfolgten Medikamenteneinnahme ein?**
- die Medikamente wurden *immer freiwillig* eingenommen
 - die Medikamente wurden *meistens freiwillig* eingenommen
 - die Medikamente wurden *selten freiwillig* eingenommen
 - die Medikamente wurden *nicht freiwillig* eingenommen
- E) Hielt sich der Patient/in im vergangenen halben Jahr regelmäßig, zuverlässig und wie abgesprochen an die verordneten, nicht-medikamentösen Behandlungsmaßnahmen?**
- ja, hielt sich *immer regelmäßig, zuverlässig und wie abgesprochen* an alle verordneten Behandlungsmaßnahmen
 - hielt sich *meistens regelmäßig, zuverlässig und wie abgesprochen* an fast alle verordneten Behandlungsmaßnahmen
 - hielt sich nur *teilweise und/oder unregelmäßig, unzuverlässig und/oder nicht wie abgesprochen* an die verordneten Behandlungsmaßnahmen
 - nein, hielt sich *nicht oder nur selten* an die wichtigsten der verordneten Behandlungsmaßnahmen

Checkliste zu Nebenwirkungen

Unter welchen unerwünschten Arzneimittelwirkungen litt der Patient?

Muskelverspannungen	
Schluckstörungen	
Muskelzuckungen	
Es fällt schwer ruhig zu sitzen	
Zittern der Hände	
Steifheit in der Bewegungen	
Niederer Blutdruck	
Schwindel beim Aufstehen	
Schneller Herzschlag	
Mundtrockenheit	
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	
Verstopfung	
Übermäßiger Speichelfluß	
Zyklusstörungen	
Milchfluß	
Sexuelle Störungen	
Hautveränderungen	
Große Müdigkeit	
Schlafstörungen	
Lustlosigkeit	
Gefühl der Abgeschirmtheit	
Konzentrationsstörungen	
Gewichtszunahme	
Krampfanfälle	
Innere Unruhe	
Blutbildveränderungen	
Veränderung der Leberwerte	
Schwierigkeiten beim Lesen	
Schwindel	

4.1.4. Einstellung zur Weiterbehandlung/ Arztbefragung/ Katamnese 6 Monate

1. Für wie wichtig halten sie eine regelmäßige ambulante Behandlung in den nächsten 6 Monaten?

<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6
sehr wichtig					gar nicht wichtig

2. Wie häufig sollten die ambulanten Kontakte in den kommenden 6 Monaten erfolgen?

- mind. 1mal wöchentlich
- mind. 1mal monatlich
- mind. 1mal im Quartal
- nach Bedarf
- keine Angabe

9. Wie gut ist momentan der Bedarf im Bereich Wohnen, Freizeit, Arbeit und/oder Beratung gedeckt?

Wohnen	<input type="checkbox"/> 1 sehr gut	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 gar nicht
Freizeit	<input type="checkbox"/> 1 sehr gut	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 gar nicht
Arbeit	<input type="checkbox"/> 1 sehr gut	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 gar nicht
Beratung	<input type="checkbox"/> 1 sehr gut	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 gar nicht

10. Besteht weiterer Bedarf in den Bereichen Wohnen, Freizeit, Arbeit und/oder Beratung?

ja nein

Wenn ja, in welchem Bereich(en):

- Wohnen
- Freizeit
- Arbeit
- Beratung

4.6. Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) nach Linden (erweitert um Item 30-40)

Der folgenden Aussage stimme ich...	gar nicht zu	kaum zu	teilweise zu	über- wiegend zu	voll zu
1. Wenn ich krank werde, ist es meist sehr ernsthaft.	<input type="checkbox"/>				
2. Medikamente unterstützen meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
3. Wenn ich zu einem Arzt gehe, weiß ich, daß mir dort geholfen wird.	<input type="checkbox"/>				
4. Gesund zu sein, ist zu einem großen Teil Glückssache.	<input type="checkbox"/>				
5. Medikamente nehmen heißt, daß ich zu schwach bin, um meine Probleme selbst zu lösen.	<input type="checkbox"/>				
6. Wenn ich krank bin, hilft mir gute medizinische Betreuung besser als alles andere, um wieder gesund zu werden.	<input type="checkbox"/>				
7. Bei psychischen Erkrankungen muß man auf die Wirksamkeit von Medikamenten vertrauen.	<input type="checkbox"/>				
8. Ob ich gesund werde oder nicht, hängt vom Zufall ab.	<input type="checkbox"/>				
9. Vor Krankheiten muß ich mich sehr in acht nehmen.	<input type="checkbox"/>				
10. Medikamente behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>				
11. Es gibt so viele Krankheiten, daß es ein Wunder ist, gesund zu sein	<input type="checkbox"/>				
12. Seelische Leiden kann man nicht mit chemischen Mitteln behandeln.	<input type="checkbox"/>				
13. Wenn in meinem Körper eine Krankheit steckt, werde ich auch krank, unabhängig davon, was ich dagegen unternehme.	<input type="checkbox"/>				
14. Ich habe die Befürchtung, daß Medikamente meine Persönlichkeit verändern können.	<input type="checkbox"/>				
15. Wenn ich krank werde, liegt es häufig an meiner eigenen Nachlässigkeit.	<input type="checkbox"/>				
16. Bei mir helfen Medikamente.	<input type="checkbox"/>				
17. Das Beste ist, den Anweisungen des Arztes zu folgen.	<input type="checkbox"/>				
18. Ich befürchte, daß meine Mitmenschen mich für schwach halten, wenn ich Medikamente nehme.	<input type="checkbox"/>				
19. Bei psychischen Erkrankungen sind Medikamente eine große Hilfe.	<input type="checkbox"/>				
20. Regelmäßige Besuche beim Arzt sind der beste Weg, um gesund zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				
21. Unter Einfluß von Medikamenten verliert man den Blick für die Wirklichkeit.	<input type="checkbox"/>				
22. Wenn ich krank werde, habe ich meist etwas falsch gemacht.	<input type="checkbox"/>				
23. Medikamente müssen irgendwann einmal abgesetzt werden.	<input type="checkbox"/>				
24. Wenn ich krank bin, weiß ich, daß ich mich nicht genug körperlich betätigt oder nicht vernünftig ernährt habe.	<input type="checkbox"/>				
25. Wenn ich die richtigen Medikamente nehme, dann helfen sie.	<input type="checkbox"/>				
26. Ich muß sehr auf meine Gesundheit aufpassen.	<input type="checkbox"/>				
27. Menschen, die nicht krank werden, haben ganz einfach viel Glück.	<input type="checkbox"/>				
28. Medikamente zu schlucken, ist für mich ganz einfach lästig.	<input type="checkbox"/>				
29. Natürliche Heilung ist Medikamenten überlegen.	<input type="checkbox"/>				

Der folgenden Aussage stimme ich...	gar nicht zu	kaum zu	teilweise zu	über- wiegend zu	voll zu
30. Medikamente sind das zuverlässigste Mittel, um bei einer psychischen Erkrankung einen Rückfall zu verhindern.	<input type="checkbox"/>				
31. Medikamente sind gefährlich, weil sie so viele Nebenwirkungen haben.	<input type="checkbox"/>				
32. Medikamente geben mir ein gutes Lebensgefühl.	<input type="checkbox"/>				
33. Bei Medikamenten ist die Gefahr groß, daß man von ihnen abhängig wird.	<input type="checkbox"/>				
34. Mit Medikamenten kann man Patienten nur ruhig stellen.	<input type="checkbox"/>				
35. Mit Medikamenten bin ich selbstbewußter und traue mir zu, meinen Alltag zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>				
36. Wenn es mir besser geht, möchte ich die Medikamente so schnell wie möglich wieder reduzieren.	<input type="checkbox"/>				
37. Alkohol und Medikamente in Kombination eingenommen, halte ich für unproblematisch.	<input type="checkbox"/>				
38. Alkohol und Drogen in Kombination eingenommen, halte ich für unproblematisch.	<input type="checkbox"/>				
39. Ich werde weiterhin in gewohnter Weise Alkohol konsumieren.	<input type="checkbox"/>				
40. Ich werde weiterhin in gewohnter Weise Drogen konsumieren.	<input type="checkbox"/>				

KK-Skala von Linden..(Item 1-29) ergänzt u. erweitert um Item 30-40 der TüFoS-Gruppe.

4.4. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Beurteilen Sie hier die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit. Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher (oder durch Umweltbedingungen bedingter) Einschränkungen sind nicht mit einzubeziehen.

Benutzen Sie, wenn angemessen, auch Zwischenwerte, z. B. 45, 68 oder 72.

- 90 Keine oder nur minimale Symptome (z. B. eine 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).
81
- 80 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
71
- 70 Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher oder schulischer Leistungen (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
61
- 60 Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungen (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
51
- 50 Ernsthafte Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, unfähig, eine Arbeitsstelle zu behalten).
41
- 40 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen z. B. Arbeit, Schule familiären Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression 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).
31
- 30 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
21
- 20 Selbst- oder Fremdgefährlichkeit (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewaltdächtig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
11
- 10 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen (z. B. wiederholte Gewaltausübung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER 1 ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

Danksagung

Diese Seite betrachte ich als die wichtigste. Mein Dankeschön beinhaltet gleichzeitig die Hoffnung auch Ursache für Dankbarkeit zu werden.

Mein größter Dank gilt meinen lieben Eltern: Margot und Günther Simon. Sie beherrschen die seltene Kunst der Zufriedenheit und sind mir ein großes Vorbild.

Meiner zukünftigen Frau Claudia. Die große Liebe, der ich anvertraut bin. Meinem Bruder Andreas. Trotz aller Unterschiede, der mir seelenverwandteste Mensch.

Marc Scheuermann. Nur unser freundschaftliches Werk hat mich motiviert.

Gerhard Längle. Ein Betreuer, der seine Versprechen hält.

Horst Waschulewski. Für die Einblicke ins Dunkle der Statistik.

Michaela Wruk für Ihre genaue Korrektur. Ein so mühsames Geschäft, dass ich mich kaum wagte jemanden zu bitten. Sie bot es mir an. Vielen Dank.

Sebastian Wesche. Ein Computervirtuose, mit Einfühlungsvermögen für Minderbegabte.

Den anderen Mitgliedern unserer Arbeitsgruppe, im besonderen Sabine Engel.

Den hilfsbereiten Patienten, die viel von Ihrer wertvollen Zeit gespendet haben, in der Hoffnung etwas zur Verbesserung der Behandlung zu tun.

Lebenslauf/tabellarisch

Alexander Simon

Curriculum vitae

Name Alexander Simon

Nationalität deutsch

Geburtsort/-datum Nürtingen , 30.08.1974

Familienstand verheiratet, 6.12.02

Frau Claudia Wruk, Dipl. Ing. Bekleidungstechnik

Vater Günther Simon, Kaufmann

Mutter Margot, geb. Eberhardt, Schneiderin

Geschwister Andreas Simon, Facharzt für Allgemeinmedizin

Schule ab Sommer 1981

Grundschule Liebenauschule Neckartailfingen

Gymnasium (Abitur 94) Max-Planck-Gymnasium Nürtingen

Zivildienst 1994-95

Universitätsnervenklinik Tübingen
Akutaufnahme Männer

Studium ab Herbst 1995

Studium der Humanmedizin
Eberhard-Karls-Universität Tübingen

3. Mai 2002 **Drittes Staatsexamen**

April 2001 **Zweites Staatsexamen**

März 1999 **Erstes Staatsexamen**

September 1997 **Physikum**

Praktisches Jahr

April-August 20 **Innere Medizin**
Städtische Kliniken Esslingen
Prof Maier, Prof.Leschke

August-Dezember 2001

Chirurgie

CH-Frauenfeld

Dr. Oehy

Januar-April 2002

Pädiatrie

Städtische Kliniken Esslingen

Prof. Götze

Famulaturen

Innere Medizin; **Onkologie und Hämatologie;**

Robert-Rössle-Klinik, Berlin-Buch

Innere Medizin, **Infektiologie,**

Virchow-Campus-Berlin

Gynäkologie; Whipps-Cross-Hospital, London

Geburtshilfe; Universitätsfrauenklinik Tübingen

Chirurgie, Central-Hospital, Colombo

Allgemeinmedizin, Sigmaringen

Komplementärmedizin, Tongji-

UniversalHospital, Wuhan, China

Studienbegleitende Tätigkeiten

Pflegehelfer, Notfallaufnahme

BG-Unfallklinik, Tübingen

Pflegehelfer, Universitätsnervenklinik, Tübingen