

**Die Einflüsse der antipsychotischen Langzeitbehandlung
mit atypischen Neuroleptika auf die funktionale
Beeinträchtigung und die subjektive Lebensqualität
von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der
Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von
Gieselmann, Tanja Nicole

2015

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth
1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle
2. Berichterstatter: Professor Dr. C. Plewnia

Meinen Eltern gewidmet

Abstract

Hintergrund. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Einflüssen der antipsychotischen Langzeitbehandlung mit atypischen Neuroleptika auf die funktionale Beeinträchtigung und die subjektive Lebensqualität von schizophrenen und schizoaffektiven Patienten. Zudem werden geschlechtsspezifische Unterschiede soziodemographischer Parameter untersucht. **Methoden.** Als Datengrundlage diente eine Stichprobe von 166 Patienten im Altersbereich von 20 bis 78 Jahren zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung. Die Daten wurden mit schriftlichen Fragebögen zwischen April 2005 und Oktober 2006 erhoben. An Fragebögen wurden die deutsche Version des „Lancashire Quality of Life Profiles“ (LQoLP), die „Positive and Negative Syndrome Scale“ (PANSS), der Zahlen-Symbol-Test (ZST), die „Medication Adherence Rating Scale“ (MARS), das „Compliance Selbst-Rating Instrument“ (CSRI), das „Client Sociodemographic und Service Receipt Inventory“ (CSSRI-D) und der Bundes-Gesundheitssurvey eingesetzt. **Ergebnisse.** Männer waren zum Entlasszeitpunkt im Durchschnitt signifikant jünger als Frauen. Frauen waren häufiger verheiratet oder lebten mit einem festen Partner zusammen als Männer. Männer wohnten signifikant häufiger als Frauen noch bei den Eltern und es wurde häufiger eine psychiatrische Zweitdiagnose wie z.B. schädlicher Gebrauch von Alkohol oder Nikotin bei ihnen gestellt. Sie nahmen zwar ihre Medikamente vor Aufnahme regelmäßiger als die Frauen ein, jedoch neigten sie signifikant häufiger als jene dazu, diese gar nicht einzunehmen. Zudem erlebten Frauen eine signifikant geringere Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl des Neuroleptikums als ihre männlichen Kollegen. In den einzelnen Domänen der subjektiven Lebensqualität waren Männer signifikant unzufriedener als Frauen mit dem Bereich „Wohnung“ jedoch signifikant zufriedener mit dem Bereich „Freizeit“. Männer wiesen einen leicht signifikant besseren Compliance-Summenwert als Frauen auf. Es zeigten sich in dieser Untersuchung signifikante Korrelationen zwischen der sozialen Funktionsfähigkeit der Studienteilnehmer (GAF) und der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie der subjektiven Lebensqualität. **Diskussion.** Im Gegensatz zu anderen Studien ist die extrem hohe Behandlungscompliance insbesondere bei den männlichen Teilnehmern auffällig. Es ist bekannt, dass eine niedrige Compliance eine große Bedrohung für eine Therapie mit Antipsychotika darstellt, die wiederum eine Grundlage bei der Behandlung von akuten schizophrenen Episoden und bei der Rückfallprävention bildet (Rössler et al., 2005).

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung

I.1	Schizophrenie	S. 1
I.1.1	Historie und Symptomatik	S. 1
I.1.2	Ätiopathogenese	S. 3
I.1.2.1	Genetische Disposition	S. 3
I.1.2.2	Neuropathologische Faktoren	S. 4
I.1.2.3	Biochemische Befunde	S. 4
I.1.2.4	Psychosoziale Faktoren	S. 5
I.1.3	Epidemiologie	S. 6
I.1.4	Diagnose	S. 7
I.1.5	Beginn und Verlauf	S. 9
I.1.6	Therapie	S. 12
I.1.6.1	Pharmakotherapie	S. 13
I.1.7	Geschlechterunterschiede	S. 15
I.1.7.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede bei schizophren Erkrankten	S. 15
I.2	Subjektive Lebensqualität	S. 17
I.2.1	Das Konstrukt Subjektive Lebensqualität	S. 17
I.2.2	Lebensqualität und ihre Beeinflussungsfaktoren	S. 18
I.2.3	Atypische Neuroleptika und Lebensqualität	S. 23

II. Studiendesign und Methoden **S. 25**

II.1	Die ELAN-Studie	S. 25
II.1.1	Studiendesign	S. 25
II.1.2	Zielsetzung und Fragestellung	S. 25
II.1.3	Durchführung	S. 26
II.1.4	Messzeitpunkte	S. 27

II.2 Fragestellungen der vorliegenden Arbeit	S. 27
II.2.1 Teilnahmekriterien der Stichprobe	S. 30
II.3 Methoden	S. 31
II.3.1 Erhebungsinstrumente	S. 31
II.3.1.1 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	S. 31
II.3.1.2 Deutsche Version des Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP)	S. 32
II.3.1.3 Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	S. 32
II.3.1.4 Fragebogen Krankheits- und Behandlungsanamnese und Basisdaten	S. 33
II.3.1.5 Wirkungs- und Nebenwirkungscheckliste	S. 33
II.3.1.6 Zahlen-Symbol-Test (ZST)	S. 34
II.3.1.7 Medication Adherence Rating Scale (MARS) -Deutsche Version	S. 34
II.3.1.8 Compliance Selbst Rating Instrument (CSRI)	S. 36
II.3.1.9 Deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-D)	S. 36
II.3.1.10 Bundes-Gesundheitssurvey	S. 37
II.4 Stichprobenbeschreibung	S. 38
II.4.1 Soziodemographische Daten	S. 38
II.4.1.1 Alter zum Entlasszeitpunkt	S. 38
II.4.1.2 Geschlecht	S. 39
II.4.1.3 Staatsangehörigkeit	S. 39
II.4.1.4 Muttersprache	S. 40
II.4.1.5 Schulbildung	S. 41
II.4.1.6 Berufsausbildung	S. 41
II.4.1.7 Familienstand	S. 42
II.4.1.8 Erwerbstätigkeit vor der aktuellen Aufnahme	S. 43
II.4.1.9 Beschäftigung	S. 43
II.4.1.10 Haupteinkommensquelle	S. 44

Inhaltsverzeichnis

II.4.1.11	Wohnsituation vor der Aufnahme	S. 45
II.4.2	Bisheriger Krankheitsverlauf und Diagnose	S. 45
II.4.3	Aktuelle Behandlungsdaten und Behandlungsverlauf	S. 47
II.4.3.1	Entlassmodus	S. 47
II.4.3.2	Ambulante Behandlung vor Klinikaufenthalt	S. 48
II.4.3.3	Ambulante Behandlung nach Klinikaufenthalt	S. 49
II.4.3.4	Psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades	S. 49
II.4.3.5	Suizidgedanken und -versuch	S. 50
II.4.3.6	Aktuelle Behandlung	S. 51
II.4.3.7	Einweisungsmodus zur aktuellen stationären Behandlung	S. 52
II.4.3.8	Psychopharmakologische Medikation vor der Aufnahme	S. 53
II.4.3.9	Einnahme der Medikamente vor Aufnahme	S. 54
II.4.3.10	Erfahrungen mit der aktuellen Medikation	S. 55
II.4.3.11	Wirkungen und Nebenwirkungen der aktuellen Neuroleptika-Medikation	S. 56
II.4.4	Psychopathologische Daten und soziale Funktionsfähigkeit	S. 58
II.4.4.1	Positiv-und Negativsyndromskala (PANSS)	S. 58
II.4.4.2	Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	S. 58
II.4.5	Compliance und Medikamenteneinnahme	S. 60
II.4.5.1	Compliance-Summenwert	S. 61
II.4.6	Medication Adherence Rating Scale (MARS)	S. 61
II.4.6.1	Gesamtsummenwert der MARS	S. 62
II.4.7	Zahlen-Symbol-Test	S. 63
II.4.8	Lebensqualität	S. 64
II.5	Statistische Methoden	S. 64

III.3	Psychopharmakologische Medikation	S. 88
III.3.1	Psychopharmakologische Medikation vor Aufnahme	S. 88
III.3.2	Einnahme der Medikamente vor Aufnahme	S. 90
III.3.3	Aktuelle Medikation	S. 91
III.3.4	Medikamentenwirkungen und –Nebenwirkungen	S. 92
III.3.4.1	Wirkungen der aktuellen Neuroleptika-Medikation	S. 92
III.3.4.2	Nebenwirkungen der aktuellen Neuroleptika-Medikation	S. 94
III.3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Psychopharmakologische Medikation“	S. 95
III.4	Fremdbeurteilungsskalen	S. 96
III.4.1	Positiv- und Negativsyndromskala (PANSS)	S. 96
III.4.2	Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	S. 96
III.4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich “Fremdbeurteilungsskalen”	S. 97
III.5	Medikamenten- und Behandlungscompliance	S. 98
III.5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Medikamenten- und Behandlungscompliance“	S. 99
III.6	Zahlen-Symbol-Test (ZST)	S. 99
III.6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse des Zahlen-Symbol-Tests	S. 99
III.7	Zufriedenheitswerte der subjektiven Lebensqualität	S. 100
III.7.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Zufriedenheitswerte der subjektiven Lebensqualität“	S. 101
III.8	Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning (GAF) und der allgemeinen Lebensqualität	

	sowie der Positive und Negative Syndrome Scale (PANSS)	S. 101
III.8.1	Global Assessment of Functioning (GAF und PANSS)	S. 101
III.8.2	Global Assessment of Functioning	S. 101
III.8.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning (GAF) und der Allgemeinen Lebensqualität“	S. 102
III.9	Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning (GAF) und der subjektiven Lebensqualität	S. 102
III.9.1	Allgemeine Lebenszufriedenheit und GAF	S. 103
III.9.2	Zufriedenheit mit der Arbeit und GAF	S. 103
III.9.3	Zufriedenheit mit der Freizeit und GAF	S. 103
III.9.4	Zufriedenheit mit der Religion und GAF	S. 103
III.9.5	Zufriedenheit mit den Finanzen und GAF	S. 103
III.9.6	Zufriedenheit mit dem Wohnen und GAF	S. 103
III.9.7	Zufriedenheit mit Sicherheit und Recht und GAF	S. 103
III.9.8	Zufriedenheit mit Familie und GAF	S. 103
III.9.9	Zufriedenheit mit Freunde/Bekannte und GAF	S. 103
III.9.10	Zufriedenheit mit der Gesundheit und GAF	S. 103
III.9.11	Zufriedenheit mit dem körperlichen Zustand und GAF	S. 103
III.9.12	Zufriedenheit mit dem emotionalen Wohlbefinden und GAF	S. 103
III.9.13	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning (GAF) und der subjektiven Lebensqualität“	S. 104
IV. Diskussion		S. 105
IV.1 Diskussion der Methoden		S. 106
IV.1.1	Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	S. 106
IV.1.2	Medication Adherence Rating Scale (MARS)	S. 107
IV.1.3	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	S. 107

IV.1.4	Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP)	S. 107
IV.2	Diskussion der Ergebnisse	S. 109
IV. 2.1	Soziodemographische Daten	S. 109
IV.2.1.1	Geschlecht	S. 109
IV.2.1.2	Alter zum Entlasszeitpunkt	S. 109
IV.2.1.3	Staatsangehörigkeit	S. 109
IV.2.1.4	Muttersprache	S. 110
IV.2.1.5	Schulbildung	S. 110
IV.2.1.6	Berufsausbildung	S. 110
IV.2.1.7	Familienstand	S. 111
IV.2.1.8	Erwerbstätigkeit vor der aktuellen Aufnahme	S. 112
IV.2.1.9	Beschäftigung	S. 112
IV.2.1.10	Haupteinkommensquelle	S. 113
IV.2.1.11	Wohnsituation	S. 113
IV.2.2	Bisheriger Krankheitsverlauf und Diagnose	S. 114
IV.2.2.1	Entlassmodus	S. 115
IV.2.2.2	Ambulante medizinische Behandlung vor/nach dem Klinikaufenthalt	S. 115
IV.2.2.3	Psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades	S. 116
IV.2.2.4	Suizidgedanken und -versuch	S. 116
IV.2.2.5	Aktuelle Behandlung	S. 117
IV.2.2.6	Einweisungsmodus zur aktuellen stationären Behandlung	S. 117
IV.2.3	Psychopharmakologische Medikation	S. 118
IV.2.3.1	Psychopharmakologische Medikation vor Aufnahme	S. 118
IV.2.3.2	Einnahme der Medikamente vor Aufnahme	S. 118

IV.2.3.3	Aktuelle Medikation	S. 119
IV.2.3.4	Wirkungen der aktuellen Neuroleptika-Medikation	S. 121
IV.2.4	Fremdbeurteilungsskalen	S. 122
IV.2.4.1	Positiv- und Negativsyndromskala (PANSS)	S. 122
IV.2.4.2	Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	S. 123
IV.2.5	Medikamenten- und Behandlungscompliance	S. 124
IV.2.6	Zahlen-Symbol-Test (ZST)	S. 125
IV.2.7	Zufriedensheitswerte der subjektiven Lebensqualität	S. 126
IV.2.8	Zusammenhang zwischen der (GAF) und der allgemeinen Lebenszufriedenheit	S. 128
IV.2.9	Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und der PANSS	S. 128
IV.2.10	Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning (GAF) und der subjektiven Lebensqualität	S. 129
IV.2.11	Zusammenfassung der Ergebnisse der Diskussion	S. 129
V.	Zusammenfassung	S. 131
VI.	Anhang	S. 135
VI.1	Abkürzungen	S. 135
VI.2	Tabellenverzeichnis	S. 136

VI.3	Abbildungsverzeichnis	S. 139
VI.4	Dokumentationsbögen	S. 143
VI.4.1	Fragebogen Krankheits- und Behandlungsanamnese und Basisdaten	S. 145
VI.4.2	Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	S. 151
VI.4.3	Deutsche Version des Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP); Lebensqualitätsfragebogen (LQ)	S. 152
VI.4.4	Positive and Negative Syndromes Scale (PANSS)	S. 170
VI.4.5	Wirkungs- und Nebenwirkungscheckliste	S. 171
VI.4.6	Zahlen-Symbol-Test (ZST)	S. 176
VI.4.7	Medication Adherence Rating Scale (MARS)-Deutsche Version	S. 177
VI.4.8	Deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-D)	S. 178
VI.4.9	Bundes-Gesundheitssurvey	S. 188
VI.4.10	Compliance Selbst Rating Instrument (CSRI)	S. 190
VI.5	Literaturnachweis	S. 191
VI.6	Danksagung	S. 208

I. Einleitung

I.1 Schizophrenie

I.1.1 Historie und Symptomatik

Das Krankheitsbild Schizophrenie wurde bereits im Altertum mit Begriffen wie „Irresein“, „Besessenheit“ oder „Wahnsinn“ beschrieben. Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926) prägte 1896 den Terminus „Dementia praecox“ („frühzeitige Verblödung“) und teilte die Patienten in drei Typen hebephren, kataton und paranoid ein (Gottesman, 1993). Der Begriff Dementia praecox beschreibt zwei Hauptaspekte der Erkrankung: den frühen Beginn (praecox) und den fortschreitenden geistigen Verfall (dementia) (Davison et. al., 2007). 1911 verwendete der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1857-1939) erstmals den Begriff „Schizophrenie“. „Mit dem Namen der Dementia praecox oder der Schizophrenie bezeichnen wir eine Psychosengruppe, die bald chronisch, bald in Schüben verläuft, in jedem Stadium Halt machen oder zurückgehen kann, aber wohl keine volle Restitutio ad integrum erlaubt. Sie wird charakterisiert durch eine spezifisch geartete, sonst nirgends vorkommende Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt“ (Bleuler, 1911, S. 6). Bleuler verweist dabei mit dem Terminus Schizophrenie auf einen wichtigen psychopathologischen Vorgang und stellt zudem den Begriff „dementia“ als auch „praecox“ in Frage: „Am nächsten kommt man wohl der Wirklichkeit, wenn man sich klar macht, dass nur die Verlaufsrichtung nach der schizophrenen Demenz hin bestimmt ist, dass aber im einzelnen die Krankheit zeitlich und qualitativ ziemlich regellos verlaufen kann.“ (Bleuler, 1911, S. 201). Die Bezeichnung „Demenz bei Schizophrenie“ ist eine besondere Art von Denkstörung, mitunter bedingt durch Hospitalisierung. Ebenfalls trifft der Begriff „praecox beginnend im Jugendalter“ nicht auf alle schizophrenen Erkrankungen zu (Tölle, 2008).

Schizophrenie zeichnet sich durch Störungen in den Bereichen Denken und Wahrnehmung, Affekt, Motorik und Ich-Identität aus. Die Symptomatik lässt sich nach verschiedenen Punkten gliedern und einteilen. Nach Eugen Bleuler unter-

scheidet man Grundsymptome (Störungen der Affektivität, formale Denkstörungen, Ich-Störungen) von akzessorischen Symptomen (Wahn, Halluzinationen, katatone Symptome) sowie primäre und sekundäre Symptome. Primäre Symptome stellen eine direkte Folge des Krankheitsprozesses dar (Lockerungen der Assoziation und Disposition zu Halluzinationen). Sekundärsymptome sind psychische Veränderungen, als Folge der Primärsymptome (Verschiebung, Verdichtung, Störungen des Gedächtnisses oder Wahnsymptome), (Möller und Deister, 2003).

Die Lehre von Kurt Schneider, einem deutschen Psychiater (1887-1967), hingegen unterscheidet zwischen Symptomen ersten Ranges z.B. Gedankenlautwerden, interpretierenden Stimmen, Gedankenentzug, Wahnwahrnehmung und Symptomen zweiten Ranges, zu denen akustische, optische, olfaktorische Halluzinationen und Wahneinfälle etc. gehören (Huber, 2005). Seit den 70er Jahren gewann die Einteilung in Positiv- und Negativsymptomatik zunehmend an Bedeutung. Als positiv werden diejenigen Symptome verstanden, die vorwiegend bei schizophren Erkrankten nicht aber bei Gesunden vorkommen. Sie werden deshalb auch als Plussymptome bezeichnet (Zubin, 1985). Zu ihnen zählen z.B. Halluzinationen, Wahn, Ich-Störungen. Negativsymptome werden analog auch als Minussymptomatik bezeichnet. Charakteristisch für die Negativsymptomatik sind die sechs sogenannten „A-Symptome: Alogie (Verarmung des Denkens und Sprechens), Affektverflachung (affective blunting), Apathie, Anhedonie, Asozialität und Aufmerksamkeitsstörungen. Bereits Bleuler beschreibt 1911 die „4 As der Schizophrenie“. Dazu zählen neben dem Verlust der Assoziation, als Kernsymptom, die affektive Inkongruenz. Weiter beschreibt Bleuler die Ambivalenz (des Willens, der Affekte und des Handelns) als sogenanntes Nebeneinander konflikthafter Ideen sowie den Autismus, d.h. den Rückzug in sich selbst. Eine große Bedeutung erfährt die Negativsymptomatik bei der Einteilung in primäre und sekundäre negative Symptome. Als primäre negative Symptome gelten diejenigen, die Ausdruck der Erkrankung selber sind. Sekundäre negative Symptome sind die Folge anderer Krankheitssymptome (z.B. depressive Verstimmung, kognitive Einbußen) oder anderer Fakto-

ren (Psychopharmakotherapie, langfristige Hospitalisierung) (Möller und Deister, 2003). Dazu zählen insbesondere der soziale Rückzug, Verlust der Lebensfreude oder Apathie (Carpenter et al., 1991).

I.1.2 Ätiopathogenese

Bis heute ist die Ursache schizophrener Psychosen nicht bekannt. Heutzutage wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen, wobei eine genetisch bedingte Vulnerabilität im Zentrum steht. Nüchterlein und Dawsons Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese (1984) geht von einer genetisch bedingten Vulnerabilität aus, welche durch bestimmte umweltbedingte Stressoren zur Manifestation der Erkrankung führen kann. Dieses Vulnerabilitäts-Konzept beschreiben auch Zubin und Spring (1977). Bestimmte Charaktereigenschaften des Individuums dienen als Vulnerabilitätsfaktoren, welche unter bestimmten Umständen sich in einer Episode einer schizophrenen Erkrankung manifestieren können (Nüchterlein und Dawson, 1984). Die prädisponierenden Faktoren, welche eine Manifestation schizophrener psychotischer Symptome bewirken können, sind genetischer, neuropathologischer, biochemischer und psychosozialer Natur (Möller, 2001). Es lassen sich die Vulnerabilitätsfaktoren nach ihrer Entstehung in eine genetische und neuropathologische Ursache gliedern, welche auch als Disposition verstanden werden. Stressfaktoren zählen hingegen zu den Auslösefaktoren.

I.1.2.1 Genetische Disposition

Aus Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien geht hervor, dass es eine familiäre Häufung schizophrener Erkrankungen gibt. Das Morbiditätsrisiko ist in betroffenen Familien gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöht. Bei einem erkrankten Elternteil liegt das Erkrankungsrisiko bei 10-12%, bei zwei erkrankten Eltern liegt es bereits bei 40%. Die Konkordanzraten zweieiiger Zwillinge liegen bei 12-15%, die (auch getrennt aufgewachsener) eineiiger Zwillinge bei 45-50% (Gaebel, 2002). Die Tatsache, dass die Konkordanzrate bei mo-

nozygoten Zwillingen nicht 100% erreicht, legt nahe, dass noch andere Faktoren bei der Ätiogenese der Krankheit eine Rolle spielen (Rehn und Rees, 2005).

I.1.2.2 Neuropathologische Faktoren

Mit Hilfe bildgebender Verfahren wie der kranialen Computertomographie konnten bei schizophrenen Patienten morphologische Veränderungen des zentralen Nervensystems (ZNS) dargestellt werden. Dabei handelte es sich um eine Erweiterung der Hirnventrikel, vornehmlich der Seitenventrikel und des 3. Ventrikels. Gaser et al. (2004) führen diese Erweiterung auf einen Parenchymverlust, in sowohl paraventrikulären Bereichen (Thalamus), als auch weiter entfernten Gebieten, insbesondere im Striatum und im Gyrus temporalis superior zurück. Auch die äußeren Liquorräume (kortikale Sulci, Fissuren und Zisternen) sind bei einem Teil der Patienten erweitert (Mölller, 2001). Diese morphologischen Veränderungen sind keine Folge psychiatrischer Behandlung, sondern das Resultat einer frühen Hirnentwicklungsstörung (Rehn und Rees, 2005). Mittels Verfahren der funktionellen Bildgebung (PET- und SPECT-Technik) ließen sich eine verminderte Durchblutung bzw. ein Hypometabolismus im Bereich des Frontalhirns, eine sogenannte „Hypofrontalität“ nachweisen (Möller 2001; Davidson und Heinrich 2003; Ortuno et al. 2006).

I.1.2.3 Biochemische Befunde

Eine Überaktivität zentralnervöser dopaminergere Strukturen im mesolimbischen System gilt als biochemisches Korrelat schizophrener Psychosen (Davis et al. 1991). Insbesondere postsynaptische Dopamin-D2-Rezeptoren werden effektiv durch Neuroleptika blockiert (Möller, 2001). Nach neueren Erkenntnissen wird von einem mesolimbisch-mesokortikalen Ungleichgewicht ausgegangen, bei dem es zu einer frontalen dopaminergen Hypoaktivität und einer daraus resultierenden mesolimbischen dopaminergen Hyperaktivität kommt. Die Entstehung negativer Symptomatik scheint auf der dopaminergen Hypoaktivität im frontalen Bereich zu beruhen, während die mesolimbische dopaminerge Hyperaktivität

mit der schizophrenen Plusssymptomatik in Verbindung gebracht wird (Möller et al. 2003; Abi-Dargham und Moore, 2003).

I.1.2.4 Psychosoziale Faktoren

Die Tatsache, dass Schizophrene in niedrigen sozialen Schichten überrepräsentativ häufig vorhanden sind, führte lange Zeit zu der Annahme, dies sei auch die Ursache derselbigen. Die heutzutage am ehesten akzeptierte Theorie ist, dass ein sozialer Abstieg in eine niedrigere Schicht Folge der Erkrankung ist (Drift-Hypothese; Dunham 1965). Schizophren Erkrankte kommen nicht wirtschaftlich und sozial benachteiligt zur Welt. Ein früher Erkrankungsbeginn führt jedoch zu sozialer Stagnation, ein späterer Beginn der Erkrankung zu einem sozialen Abstieg vom bereits erreichten sozialen Status (Häfner und Heiden, 1997). Auffällig ist, dass die höchste Inzidenzrate an Schizophrenie in Großstädten vorgefunden wurde, in denen soziale Desintegration und ärmliche Unterkünfte vorherrschen. Zudem gehören schizophren Erkrankte häufig niederen sozialen Schichten an und sind meist sozial benachteiligt (Häfner et al., 1997). Der Erfassung psychosozialer Stressoren widmet sich die Life-event-Forschung. Obwohl es noch keine eindeutigen Belege gibt, so haben doch einige Studien signifikante Häufungen kritischer Lebensereignisse vor Ausbruch einer schizophrenen Episode nachgewiesen (Brown und Birly, 1970; Hirsch und Weinberger, 1995). Das Konzept der High-expressed-emotions geht von einer erhöhten Rezidivrate bei Schizophrenen aus, die in Familien leben, welche durch eine erhöhte kritische Emotionalität und/oder überprotektive Einstellung gegenüber den Erkrankten gekennzeichnet sind (Möller, 2001). Das Konzept der schizophrenogenen Mutter (Fromm-Reichmann, 1950) und die Double-Bind-Theorie (Bateson et al., 1956), die einen pathologischen Kommunikationsstil der Eltern beschreibt, konnten weder kausal noch spezifisch bestätigt werden. Das Vulnerabilitäts-Stresskonzept beschreibt neben einer individuellen Disposition für psychische Erkrankungen krankheitsfördernde bzw. protektive Faktoren. Ungünstige psychosoziale Stressoren (Life-Event-Situationen, unspezifischer Alltagsstress) begünstigen den Ausbruch oder die Remanifestation

einer akuten Psychose, individuelle Coping-Strategien verhindern die Manifestation oder führen zu einem günstigeren Ausgang der Erkrankung (Deister et al., 1998). Vulnerabilität wird dabei verstanden als eine „in der Person verankerte, genetisch, biochemisch oder durch Geburtstraumata bedingte Disposition, Anfälligkeit oder Sensibilität“ (Schmidt-Degenhard, 1988). Der Gedanke des Vulnerabilitätskonzepts ist dabei schon sehr alt. Bereits Karl Friedrich Canstatt bemerkte 1841: „Man beobachtet bei vielen Individuen, die man noch nicht geradezu geisteskrank nennen kann, einen solchen Hochstand psychischer Erregung, dass es nur eines geringeren Anlasses bedarf, damit wirkliche Alienation entstehe. Wir nennen dies die psychische Vulnerabilität und die meisten Gelegenheitsursachen, welche die Geisteskrankheit ins Dasein rufen, finden bereits diese Prädisposition vor“ (Canstatt, 1841, S. 329).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Entstehung der Erkrankung oft auf ein Zusammenspiel der vielen unterschiedlichen prädisponierenden Risikofaktoren zurückzuführen ist, und sich nicht auf eine Grundursache reduzieren lässt.

I.1.3 Epidemiologie

Die Prävalenz schizophrener Psychosen wird je nach Studientyp zwischen 0,3 und 0,7% angegeben. Dabei kann zwischen einer Punktprävalenz von 0,46%, einer Periodenprävalenz von 0,33% und einer Lebenszeitprävalenz von 0,4% bis 0,7% unterschieden werden (Bhugra 2005, Tendon et al. 2008). Die mittlere Inzidenzrate liegt bei 15.2/100 000 Personen (McGrath J et al. 2008). Bemerkenswert ist, dass sich die Inzidenzrate, was Länder und Kulturen betrifft, als stabil erweist (Häfner und an der Heiden, 1997). Das Morbiditätsrisiko beträgt pro Jahr 0,01%. Schizophrenie tritt tendenziell beim männlichen Geschlecht früher auf. Das höchste Erkrankungsrisiko bei Männern und Frauen liegt in der Altersgruppe von 22 Jahren, wobei es bei Frauen einen zweiten Erkrankungsgipfel bei etwa 39 Jahren und bei Männern bei etwa 36 Jahren gibt (Abel et. al. 2010; Castle et al. 1993). Der Erkrankungsbeginn der Schizophrenie liegt ins-

gesamt zwischen dem 15. und 45. Lebensjahr. Allgemein liegt der Gipfel der Erkrankung zwischen 25 und 35 Jahren. Frauen erkranken demnach 3 bis 4 Jahre später als Männer. Jedoch zeigt sich bei ihnen ein zweiter Erkrankungsgipfel zwischen 40 und 45 Jahren (Häfner et al., 1997). Diese sogenannten „Spätschizophrenien“ machen bei Frauen 20% aller Schizophrenien aus (Riecher-Rössler, 2007). 90% der schizophrenen Männer erkranken vor dem 30. Lebensjahr, während dies bei Frauen nur bei zwei Drittel der Fall ist.

I.1.4 Diagnose

Zur Systematisierung und Operationalisierung psychiatrischer Erkrankungen stehen heutzutage zwei bedeutende Klassifikationssysteme zur Verfügung. In Deutschland hauptsächlich angewandt ist die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10) (Dilling, Mombour, Schmidt 2008), wohingegen in anglo-amerikanischen Ländern und in der Forschung meist auf das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, das DSM-IV System (Saß et al., 2003) zurückgegriffen wird. Die diagnostische Leitlinien der beiden Manuale der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen stellen sich wie folgt dar:

ICD-10 (F20 : Schizophrenie)

„Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) aus der Gruppe Ich-Erlebnisstörungen, Wahn, akustische Halluzinationen oder mindestens zwei Symptome aus den Gruppen Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, katatone Symptome, negative Symptome. Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein. Zustandsbilder mit den geforderten Symptomen, aber kürzer als einen Monat andauernd (ob behandelt oder nicht) sollen zunächst als akute schizophreniforme psychotische Störung (F23.2) diagnostiziert werden.“ (Dilling, Mombour, Schmidt, 2005; S.105).

Die schizophrenen Störungen können noch in ihre folgenden Unterformen eingeteilt werden: In die paranoide Schizophrenie (F20.0) mit zusätzlichen Halluzinationen und/oder Wahn im Vordergrund, in die hebephrene Schizophrenie (F20.1) mit Diagnostik erstmalig nur bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, in die katatone Schizophrenie (F20.2), mit im Vordergrund stehenden psychomotorischen Störungen wie Stupor, Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus oder Flexibilitas cerea und in die undifferenzierte Schizophrenie (F20.3), welche sich durch nicht ausreichende Symptome, um die Kriterien für eine der Schizophrenieformen zu erfüllen kennzeichnet oder die eine Fülle an Symptomen zeigt, so dass die Kriterien für mehr als eine der genannten Unterformen erfüllt ist (Dilling, Mombour, Schmidt, 2008).

DMS- IV (295.4)

Die Diagnose einer Schizophrenie beruht auf dem Vorliegen typischer Wahngedanken, Halluzinationen oder anderer Symptome mit einer Mindestdauer von einem Monat. Mit der Wahl des Zeitkriteriums von einem Monat für die Diagnose einer Schizophrenie wird auch der Auffassung begegnet, dass eine Schizophrenie, ungeachtet ihrer Definition, eine lang anhaltende Störung sein muss (Saß et al., 2003).

ICD-10 (F25 : Schizoaffective Störungen)

Es handelt sich um episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in derselben Krankheitsphase auftreten, meistens gleichzeitig, oder höchstens durch einige Tage getrennt. Die Krankheitsepisode erfüllt weder die Kriterien für eine Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode. (Dilling, Mombour, Schmidt, 2005). An Unterformen werden die schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch (F25.0), die schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1), die gemischte schizoaffective Störung (F25.2), sonstige schizoaffective Störungen (F25.8) und die nicht näher be-

zeichnete schizoaffektive Störung (F25.9) unterschieden (Dilling, Mombour, Schmidt, 2008).

DSM-IV (295.70)

„Ununterbrochene Krankheitsperiode, während derer zu irgendeinem Zeitpunkt entweder eine Episode einer Major Depression, eine Manische Episode oder eine Gemischte Episode gleichzeitig mit Symptomen besteht, die das Kriterium A (charakteristische Symptome wie z.B. Wahn, Halluzinationen, desorganisierte Sprechweise etc.) für Schizophrenie erfüllen. Während derselben Krankheitsperiode haben Wahnphänomene oder Halluzinationen für mindestens zwei Wochen bei gleichzeitigem Fehlen ausgeprägter affektiver Symptome vorgelegen (Kriterium B)“ (Saß et al., 2003, S.366).

I.1.5 Beginn und Verlauf

Der Beginn der Krankheit Schizophrenie kann sich akut manifestieren oder schleichend entwickeln. Eine Prodromalsymptomatik mit unspezifischer Symptomatik (Verhaltensänderung, sozialer Rückzug, Phobien, abnorme Körpersensationen etc.) kann dem Erkrankungsbeginn vorausgehen (Marneros et al., 1991). Im Durchschnitt treten erste unspezifische Symptome bereits mehrere Jahre vor der erstmaligen stationären Aufnahme auf (Möller et al., 2003). Eine häufige Assoziation besteht zwischen dem Auftreten der ersten Episode und relevanten kritischen Lebensereignissen, sogenannten Life-event-Situationen (Marneros et al., 1991, Buchkremer und Böser, 1995). Der von Kraepelin geprägte Begriff, „Dementia praecox“, weist bereits auf den ungünstigen Verlauf schizophrener Erkrankungen hin (Deister et al., 1998). Ihrer Natur nach sind schizophrene Psychosen rezidivierende, eventuell chronisch verlaufende Erkrankungen (Deister et al., 1998). Verlaufsforschungen konnten zeigen, dass es auf der einen Seite ungünstige Verläufe mit langjähriger Hospitalisierung gibt, sowie andererseits auch vollständige und stabile Remissionen (Möller et al., 2003). Marneros et al. zeigten in einer Verlaufsstudie von schizophrenen Erkrank-

ten über 23 Jahre, dass es nur in 11,5% der Fälle zu einer lediglich einmaligen Rezidivepisode kam. In 41,6% kam es zu 2 oder 3 Episoden, bei 46,9% zu 4 oder mehr (Marneros et al., 1991). Marneros et al. stellten ebenfalls fest, dass es bei eng definierten Psychosen bei mehr als zwei Drittel der Patienten nach der ersten Episode im Verlauf zu anhaltender Symptomatik („residuale Symptomatik“) kam. Bei 20% trat diese Symptomatik erst im späteren Verlauf auf und lediglich 7% der Patienten blieben langfristig ohne persistierende Symptomatik. Es besteht außerdem eine Korrelation zwischen der Dauer einer unbehandelten Psychose und einem ungünstigen Verlauf der Erkrankung (Bottlender et al., 2000a).

Jobe et al. (2005) teilen den natürlichen Verlauf schizophrener Erkrankungen in eine milde, eine gemäßigte und eine schwere Form ein, im Gegensatz zu der traditionellen Einteilung des Verlaufes in Progression, Rückfall und Chronifizierung. Nichtsdestotrotz bleibt die Schizophrenie eine Erkrankung mit einem relativ schlechten Verlauf. Andere Studien gehen davon aus, dass schizophrene Erkrankungen in ihrem Verlauf gekennzeichnet sind durch eine Verbesserung, Verschlechterung oder Stabilität des Krankheitsprozesses. Die Verschlechterung wird möglicherweise auf eine Subgruppe von Patienten, welche die Tendenz sich zu verschlechtern zeigen, zurückgeführt (Olesen und Mortensen, 2002). Rabinowitz et al. (2007) zeigten in einer Gruppenanalyse auf, dass diejenigen Subgruppen, die nur wenige Tage oder gar nicht hospitalisiert waren, sich zu 75% im Verlauf der Zeit, hinsichtlich des Ausgangs der Krankheit betreffend, verbesserten. Die Verbesserung basiert hierbei auf der Anzahl an Tagen pro Jahr, die im Krankenhaus verbracht wurden. Davon abzugrenzen war eine kleine Gruppe mit hohen Rehospitalisierungsraten, die durch eine Verschlechterung charakterisiert ist. Eine konkrete Voraussage des Verlaufs und Ausgangs schizophrener Psychosen ist meist nur als Schätzung möglich. Einige Prädiktoren können jedoch eine Aussage treffen über eine eher günstige oder eher ungünstige Prognose. Zu den Faktoren, welche eine eher günstige Prognose implizieren, gehören z.B. weibliches Geschlecht, höheres Alter bei Erstmanifestation, kein Krankheitsbeginn mit Negativsymptomatik, gute prämorbid soziale

I. Einleitung

Anpassung, feste partnerschaftliche Beziehung vorhanden oder verheirateter Status, kein längeres Prodromalstadium etc. (Deister et al., 1998).

I.1.6 Therapie

Die Therapie schizophrener Psychosen orientiert sich an einem mehrdimensionalen Ansatz. Dieser berücksichtigt sowohl psychopharmakologische als auch psychologisch-psychotherapeutische und soziotherapeutische Aspekte. Je nach Krankheitsphase und Verlaufsstadium werden unterschiedliche Therapiekonzepte angewandt. Akute psychotische Episoden erfordern meist eine stationäre Behandlung und die Pharmakotherapie mit Neuroleptika. Ziel der Akutbehandlung ist die Reduktion der Positivsymptomatik, die nach 4-6 wöchiger Behandlung bei 60-70% der Fälle eintritt (Gaebel, 2002). Durch das Abklingen der akutpsychotischen Symptomatik und damit wachsender Gesprächs- und Kooperationsbereitschaft seitens des Patienten können dann psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen angewandt werden (Möller, 2001). Oftmals geschieht dies heute auch schon vorher im Sinne eines integrativen Behandlungskonzepts. Die folgende ambulante Langzeitbehandlung dient der Rezidivprophylaxe und Symptomsuppression und beinhaltet als Basistherapie gegebenenfalls ebenfalls die Neuroleptikamedikation. Ziele psychologischer Behandlungsverfahren sind die Verminderung der individuellen Vulnerabilität, die Verringerung ungünstiger Einflüsse äußerer Stressoren, die Verbesserung der Lebensqualität, die Verringerung von Krankheitssymptomen und die Förderung und Verbesserung von Fähigkeiten zur Kommunikation und Krankheitsbewältigung. Ein therapeutischer Ansatz hierbei ist die Psychoedukation. Sie fußt auf der Erkenntnis, dass jeder Betroffene einer schizophrenen Erkrankung das Recht auf adäquate Information über die Erkrankung und Behandlungsalternativen hat (DGPP, 2006). Ziel ist, dass der Patient selbst Frühsymptomen erkennt sowie eine Stärkung von Therapiemotivation und Compliance (Gaebel, 2002). Kognitive Verhaltenstherapie beinhaltet als Schwerpunkt die Information über Krankheitsmodelle und Behandlungsmöglichkeiten, Edukation zu Rückfallerkrankungen, das Training kognitiver und sozialer Fertigkeiten sowie die Beratung über rehabilitative Maßnahmen (Gaebel, 2002). Soziotherapeutische Maßnahmen haben zum Ziel, vorhandene soziale Fähigkeiten des Patienten zu fördern, die Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen und die Entstehung sozialer

Defizite zu verhindern. Psychosoziale Therapien haben eine funktionelle Verbesserung beim Betroffenen zum Ziel und fokussieren weniger auf die Symptomebene (Rössler und Haker, 2003). Bei soziotherapeutischen Interventionen werden entweder die Umgebungsbedingungen günstig modifiziert oder dem Betroffenen soziale und kommunikative Kompetenzen für die Reintegration in den verschiedenen Lebensbereichen vermittelt. Die soziotherapeutischen Ansätze sind dadurch charakterisiert, dass sie notwendigerweise das soziale Umfeld in die Intervention mit einbeziehen (Weinmann und Becker 2009/2010).

I.1.6.1 Pharmakotherapie

Mit Einführung von Chlorpromazin, der Vorläufersubstanz der heutigen Neuroleptika im Jahr 1952, verbesserten sich die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Patienten enorm. Insbesondere die Zahl dauerhospitalisierter Patienten konnte erheblich verringert werden (Davis u. Casper, 1977). Die Behandlung schizophrener Psychosen erfolgt heute in erster Linie mit Neuroleptika (Antipsychotika) als Monotherapie, ggf. können zusätzlich Antidepressiva oder Anxiolytika gegeben werden (Frasch et al. 2012, Möller, 2001). Die Studie von Längle et al. 2012 konnte zeigen, dass Kombinationstherapien mit Antipsychotika eher zu einem besseren klinischen Outcome und einer besseren Lebensqualität führten als Monotherapien. Polypharmazie und Kombinationen mit Benzodiazepinen wurden mit schlechteren Ergebnissen in Verbindung gebracht. Eingeteilt werden Neuroleptika in trizyklische (Phenothiazine, Thioxathene) und nichttrizyklische (Butyrophenone, Diphenylbutylpiperidine) Neuroleptika. Daneben sind die Benzamide (Sulpirid, Amisulprid) als eigenständige Gruppe vertreten (Deister, 1998). Der antipsychotische Wirkmechanismus der gängigen Neuroleptika beruht auf einer Blockade postsynaptischer dopaminerger (D2)-Rezeptoren. Relevant sind Regionen im mesolimbischen System (Nucleus accumbens, Hippocampus) und im frontalen Kortex. Die Blockade nigrostriataler und tuberoinfundibulärer Systeme ist für die extrapyramidalmotorischen Wirkungen und Prolaktinerhöhung verantwortlich (Gaebel, 2002). Hinsichtlich ihrer antipsychotischen Wirkstärke lassen sich Neuroleptika in hoch-,

mittel-, und niedrigpotente Vertreter unterscheiden. Hochpotente Neuroleptika sind gut gegen die Positivsymptomatik wirksam, führen aber eher zu extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen (Frühdyskinesien, Parkinsonoid, Akathisie, tardive Dyskinesien), bei niedrigpotenten Neuroleptika ist die sedierende Komponente stark ausgeprägt (Gaebel, 2002). Klassische Neuroleptika (first generation antipsychotics, FGAs) zeigen nur eine geringe Wirkung auf Negativsymptomatik und auf kognitive Defizite, sind jedoch mit erheblichen motorischen Nebenwirkungen und ausgeprägten Einschränkungen von Affekt und Emotion („pharmakogene Anhedonie“, „akinetische Depression“ oder „neuroleptisch induziertes Defizitsyndrom“) behaftet (Naber, 2000). Aufgrund dieser z.T. gravierenden Nebenwirkungen wurden neue Medikamente der sogenannten zweiten Generation (second generation antipsychotics, SGAs) entwickelt, welche eine vergleichbar effektive Behandlung psychotischer Symptome ermöglichen und zugleich geringere extrapyramidalmotorische Störungen hervorrufen und darüber hinaus eine stärkere Wirksamkeit bei der Bekämpfung der Negativsymptomatik aufweisen. Es zeigte sich jedoch im weiteren Verlauf, dass trotz einer geringeren Anzahl an extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen und Spätdyskinesien, schwere Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Diabetesinduktion und endokrine Störungen vermehrt auftraten (Alvarez-Jiménez et al., 2008; Smith et al., 2008). Auf begrifflicher Ebene werden bei den Antipsychotika der ersten und zweiten Generation zwischen typischen und atypischen Neuroleptika unterschieden. Atypika (wie z.B. Clozapin, Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Zotepin, Amisulprid) weisen im Gegensatz zu den Typika keine oder nur geringe extrapyramidalmotorische Störungen auf mit konsekutiv besserer Compliance und gelten in der Bekämpfung der Negativsymptomatik als stärker wirksam (Möller 1998a, 1999, Naber 2000).

I.1.7 Geschlechterunterschiede

I.1.7.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei schizophrenen Erkrankten

Zahlreiche empirische Studien haben gezeigt, dass es in Bezug auf die Krankheit Schizophrenie einige Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Diese betreffen den Erkrankungsbeginn und ihren seelischen und sozialen Zustand (Röder-Wanner et al., 1998). Thorup et al. (2007) weisen in ihrer Studie darauf hin, dass das Risiko an Schizophrenie zu erkranken stark geschlechtsabhängig ist. Das männliche Geschlecht stellt einen Risikofaktor für die Auftrenshäufigkeit und den negativen Verlauf dar. Wie bereits erwähnt, finden sich Hinweise darauf, dass Männer eine schwerere Form der Erkrankung entwickeln, die dafür jedoch leichter zu erkennen und zu diagnostizieren ist (Thorup et al., 2007; Aleman et al. 2003). Männer erkranken in der Regel früher an Schizophrenie als Frauen (Usall et al., 2001). Der Altersgipfel liegt bei Männern um die 20 Jahre, während er bei Frauen um die 30 Jahre liegt (Eaton, 1985). Andere Studien gehen davon aus, dass weibliche Patienten generell eher später schizophrene Anfangssymptome entwickeln (Moriarty et al., 2001). Laut Riecher-Rössler (2003) liegt möglicherweise ein Grund für den späteren Erkrankungsbeginn bei Frauen im protektiven Schutz der Östrogene. Männer zeigen eine größere Negativsymptomatik, ein schlechteres funktionelles Outcome und sind in ihren kognitiven Fähigkeiten stärker beeinträchtigt als Frauen, ihre Positivsymptomatik ist jedoch weniger schwerwiegend ausgeprägt (Childers and Harding, 1990). Frauen hingegen leiden im Anfangsstadium der Erkrankung häufiger an Depressionen oder Angststörungen. Prämorbid zeigen sie im sozialen Bereich eine bessere Anpassung als Männer (Childers and Harding, 1990). Im Bezug auf klinische Symptome verhalten männliche Patienten sich abgestumpfter, emotional zurückgezogener und weisen einen Mangel an Spontaneität und Kommunikationsfähigkeit auf, während bei den weiblichen Patienten somatische Störungen im Vordergrund stehen (Moriarty et al., 2001). Bei männlichen Patienten wurden eher mangelnde Impulskontrolle und Drogen- oder Alkoholmissbrauch diagnostiziert (Fabrega et al., 1991).

Ihre gesellschaftliche Funktionsfähigkeit ist bei Aufnahme schlechter, sie sind weitaus häufiger unverheiratet und in ungesicherten Positionen tätig oder ohne Arbeit als weibliche Patienten (Goldstein et al., 1988). Nach einer Studie von Usall et al. (2001) könnte die Tatsache, dass ein weitaus größerer Anteil von schizophrenen Frauen verheiratet ist und unabhängig lebt, ein Hinweis auf ihre bessere gesellschaftliche Funktionsfähigkeit sein. Alternativ kann dies durch das spätere Ersterkrankungsalter bei Frauen erklärt werden. Im Hinblick auf den Krankheitsverlauf zeigte sich in mehreren Studien, dass schizophrene Männer mehr Krankenhausaufenthalte und eine längere Verweildauer als Frauen aufweisen (Usall et al., 2003; Doering et al., 1998). Thorup et al. (2007) zeigen in ihrer Studie, dass schizophrene Frauen ein besseres soziales Netzwerk besitzen als schizophrene Männer. Sie haben signifikant mehr Freunde und stehen mit diesen häufiger als Männer in Kontakt. Zwar zeigen Frauen im Bereich der Psychopathologie ausgeprägtere Halluzinationen als Männer, jedoch schneiden sie in den Bereichen Ausbildung, Arbeit, dauerhafte Beziehung und unabhängig Leben besser ab als ihre männlichen Kollegen. Nichtsdestotrotz verspüren die Mehrzahl der Frauen nur ein geringes Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen. In therapeutischer Hinsicht zeigten mehrere Studien ebenfalls Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern auf. Männer benötigen höhere Äquivalenzdosen an Antipsychotika als Frauen. (Yang et al. 2007; Seeman, 2004). Ein Grund hierfür könnte die verstärkte Akkumulation der meist lipophilen Antipsychotika im höheren Fettgewebeanteil des weiblichen Körpers sein (Kelly, 2006). Andere Ursachen liegen im meist höheren Körpergewicht der Männer und der häufigeren Komorbidität mit einer Suchterkrankung. Abschließend lässt sich festhalten, dass Geschlechterunterschiede zwischen schizophrenen und schizoaffektiven Patienten in vielen Studien feststellbar sind.

I.2 Subjektive Lebensqualität

I.2.1 Das Konstrukt „Subjektive Lebensqualität“

Lebensqualität wird durch die Weltgesundheitsorganisation definiert als „die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.“(The WHOQOL Group, 1995). Dabei handelt es sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und die Stellung der Person in Bezug zu den prägenden Eigenschaften der Umwelt (WHOQOL, 1997). Die Ergebnisse einer interkulturellen Studie von Sartorius (1993) zeigen, dass sich Menschen in ihrem Verständnis von Lebensqualität auf einem höheren Abstraktionsniveau kaum unterscheiden (Szabo et al., 1996). Unabhängig von Alter, Geschlecht und Kultur scheint es von Bedeutung zu sein, sich körperlich wohl, sozial integriert und psychisch stabil zu fühlen. Wichtig ist, den Aufgaben im täglichen Leben nachgehen zu können, dabei soziale Unterstützung zu erfahren und sich in einem materiell-ökonomisch möglichst sicheren Rahmen zu wissen (Böhmer & Ravens, 2005). Das Konstrukt Lebensqualität beinhaltet sowohl einen objektiven als auch einen subjektiven Bestandteil, wobei diese je nach Autor etwas unterschiedlich definiert werden. Bei Bigelow et al. bezieht sich der subjektive Teil auf den Gedanken des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit oder des Glücks, während der objektive Teil abhängig ist von Aspekten der gesellschaftlichen Funktionsfähigkeit und von Umweltbedingungen. (Bigelow et al., 1991). Bengtsson-Tops und Hansson (1999) beziehen die objektiven Aspekte auf soziodemographische Eigenschaften, Lebensverhältnisse, Einkommen und Indikatoren der Gesundheit, während die subjektiven Aspekte auf die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen, auf das allgemeine Wohlbefinden und das Glück verweisen. Subjektive Lebensqualität legt dabei den Fokus auf die Zufriedenheit mit dem Leben, wohingegen sich objektive Lebens-

qualität auf die Teilnahme an Aktivitäten und zwischenmenschliche Beziehungen konzentriert (Narvaez et al., 2008).

Mit Beginn der Neuroleptikatherapie stellte die Reduktion psychotischer Symptome lange Zeit den wichtigsten Ergebnisparameter dar. Mit der Entwicklung atypischer Neuroleptika wurden zunehmend ehrgeizigere Erfolgskriterien, zu denen eine verbesserte Lebensqualität, ein verbessertes Wohlbefinden und die vermehrte Berücksichtigung der Patientenperspektive zählen, angestrebt (Naber et al., 2002). Subjektive Lebensqualität hat als Evaluationskriterium in Hinblick auf erfolgreiche Therapieergebnisse in den letzten Jahrzehnten deshalb zunehmend an Bedeutung gewonnen (Schölmerich et al., 1990; Spilker 1990; Priebe et al., 1996). Die Bewertung der Lebensqualität räumt den Patienten den ersten Rang ein, und erkennt die Wichtigkeit ihrer Meinung an. Dies wird als Antwort auf die Wünsche der Patienten verstanden, nicht nur als „Fälle“ betrachtet zu werden, sondern als Lebewesen mit noch vielen anderen Anliegen (Orley et al., 1998). „Lebensqualität“ bedeutet in diesem Zusammenhang eine Bewertung von Krankheitszuständen unter Einbeziehung von physischen, psychischen und sozialen Parametern, die in erster Linie vom Patienten erfragt und von ihm bewertet werden (Schölmerich et al., 1990). Die Hinwendung zum Subjekt und die explizite Anerkennung von Patientenäußerungen zur eigenen Gesundheit markierten einen Wandel in der Therapieforschung (Bullinger, 2000). Forscher konnten zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Positiv- und Negativsymptomatik sowie Depressionssymptomen gibt, wobei eine ausgeprägtere Schwere der Symptomatik mit einer verminderten Lebensqualität zusammenhängt (Chechnicki, Valdes, 2003; Hofer et al. 2006).

I.2.2 Lebensqualität und ihre Beeinflussungsfaktoren

Eine brasilianische Studie untersuchte den Einfluss von Faktoren im Zusammenhang mit niedriger subjektiver Lebensqualität. Es zeigte sich, dass männliches Geschlecht, unverheirateter Familienstand, niedriger Bildungsstatus und

geringes Einkommen wichtige soziodemographische Einflussfaktoren bezüglich niedriger subjektiver Lebensqualität bei schizophrenen Patienten darstellten (Cardoso et al., 2005). Einen positiven Zusammenhang zwischen dem Gesamtfamilieneinkommen und der Gesamtlebensqualität zeigt ebenfalls die Studie von Solanki et al. (2008). Frauen zeigen einen günstigeren Krankheitsverlauf und scheinen mit ihren Lebensumständen zufriedener zu sein als Männer (Strauss and Carpenter, 1978). Der Single-Status ist in diesem Zusammenhang ein weiteres Kriterium für niedrige Lebensqualität. Gerade Männer, bei denen die Diagnose Schizophrenie gestellt wurde, weisen eine größere Wahrscheinlichkeit auf, Single zu bleiben (Chaves and Shirakwa, 1998). Eine multizentrische Studie in 4 EU-Ländern konnte wiederum keinen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Lebensqualität feststellen. Jedoch zeigte auch sie, dass Verheiratet sein und eine gewisse Höhe des Einkommens eine höhere subjektive Lebensqualität bedingen. Dies betrifft speziell ältere Patienten, welche insbesondere im Bereich der Finanzen mit Ihrer Lebensqualität zufriedener sind (Kovess-Masféty et al., 2006). Salonkangas et al. (2001) zeigten ebenfalls, dass verheiratete Männer eine höhere Lebensqualität als unverheiratete aufwiesen. Im Gegensatz dazu waren Frauen unabhängig von ihrem Familienstand zufriedener mit ihrem Leben, unterhielten engere zwischenmenschliche Beziehungen und waren öfter als Männer berufstätig. Als Schlussfolgerung wird von den Autoren gesehen, dass männliche alleinstehende Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie eine Stagnation in der gesellschaftlichen Entwicklung erfahren. So bleiben sie z.B. an ihrem Geburtsort wohnen und sind abhängiger als andere Patienten. Alleinstehende Frauen hingegen ziehen häufiger in Stadtgebiete, was sich möglicherweise wiederum günstig auf ihre Lebensqualität auswirkt. Einerseits erfahren sie in Stadtgebieten mehr Rückhalt durch soziale Unterstützung, andererseits finden sich in Groß- und Kleinstädten besser ausgestattete Unterkünfte, geringere Distanzen zu Dienstleistungsangeboten, die auch die ambulante psychiatrische Versorgung einschließen, sowie bessere Angebote für Erholungsmöglichkeiten und gesellschaftliche Aktivitäten, als in abgelegenen ländlichen Gebieten. Was die subjektive Lebensqualität betrifft, so waren diejenigen mit einem höheren Bildungsstand unzufriedener als Personen

mit niedrigerem Bildungsstand, was durch ihre höheren Ansprüche und Erwartungen bedingt sein dürfte (Kovess-Masféty et al., 2006; Caron et al. 2005). So berichten auch Frauen und Patienten mit weniger Bildung, längerer Krankheitsdauer und höheren Dosen an Antipsychotika über eine größere Lebenszufriedenheit und damit größere subjektive Lebensqualität (Hofer et al. 2005b; Ruggeri et al. 2005; Corrigan und Buican 1995). Der Zusammenhang zwischen einer schwereren Erkrankung und einer besseren subjektiven Lebensqualität könnte teilweise an der begrenzteren Einsichtsfähigkeit dieser Patienten liegen (Karow und Pajonc, 2006). Die brasilianische Studie von Souza und Coutinho (2006) berichtet über eine niedrigere subjektive Lebensqualität, die durch die Frustration entsteht, wenn besser ausgebildete Personen versuchen Ziele zu erreichen, die ihrem Bildungsstand entsprechen und dies nicht gelingt. Im Gegensatz dazu betrachtet Cardoso et al. (2005) eine schlechte schulische Ausbildung und damit einen niedrigeren Bildungsstand, als negativen Prädiktor für die gesellschaftliche Funktionsfähigkeit und die subjektive und objektive Lebensqualität im sozialen Bereich. Ein höherer Bildungsstand wird von Swanson et al. (1998) ebenfalls mit einer besseren subjektiven Lebensqualität, besonders im Berufs- und Beschäftigungsbereich in Verbindung gebracht. Zudem hat das Beschäftigungsverhältnis einen großen Einfluss auf die Lebensqualität. So beurteilten festangestellte berufstätige Schizophrene sowohl subjektiv, als auch in der Fremdbeurteilung ihre finanzielle Situation und persönliche Sicherheit günstiger, und waren mit ihrem allgemeinen Wohlbefinden, ihrer Arbeit, Freizeit und ihren Finanzen zufriedener. Die subjektive Beurteilung erfolgte hierbei anhand von Fragen des Lancashire Quality of Life Profile in Bezug auf die Zufriedenheit in neun verschiedenen Lebensbereichen, die objektive Fremdbeurteilung umfasste Fragen über das Beschäftigungsverhältnis, das Einkommen, die Wohnsituation usw. (Priebe et al., 1998). Eine signifikante Verbindung zwischen einem Beschäftigungsverhältnis und einem höheren Bildungsstand mit einer besseren subjektiven Lebensqualität wird ebenfalls von Daradkeh und Habeeb (2005) gesehen. Patienten mit einem höheren Bildungsstand und Patienten mit einer Anstellung berichten über eine bessere Lebensqualität als Arbeitslose oder weniger gebildete Patienten. Kein Zusammenhang konnte jedoch zwischen dem

Geschlecht und dem Familienstand in Beziehung zur Lebensqualität gesehen werden. Erklärt wird das möglicherweise durch die kleine Stichprobengröße, so die Autoren. Auch das Alter beeinflusst die subjektive Lebenszufriedenheit, insbesondere im Bereich Finanzen. (Caron, 2005). Gestützt wird dies durch andere Studien, die zeigen, je älter Patienten sind, desto zufriedener sind sie mit ihrer Lebensqualität, insbesondere im finanziellen Bereich (Lehman et al. 1992; Mercier et al. 1998; Marwaha et al., 2008). Den wichtigen Einfluss von Arbeit und der damit verbundenen Tagesstruktur auf die Lebensqualität zeigen die nachfolgenden Studien. Arbeitslose Patienten erzielten höhere Scores im Bereich der Allgemeinpsychopathologie und Negativsymptomatik, was damit erklärt werden kann, dass schwerer erkrankte Patienten weniger wahrscheinlich eine Stelle erhalten und Arbeit an sich den Patienten hilft asymptomatisch stabil zu bleiben oder beides (Priebe et al., 1998). Den positiven Effekt von Arbeit, insbesondere bezahlter Tätigkeiten, auf die allgemeine Lebensqualität zeigen auch Bryson et al. (2002) in ihrer Studie. Eine andere Studie konnte ebenfalls eine negative Korrelation von Psychopathologie und allgemeiner Lebensqualität aufzeigen im speziellen mit der subjektiven Beurteilung der Lebensqualität. Besonders die Negativsymptomatik scheint sich bedeutend stärker auf die subjektive Einschätzung der Lebensqualität auszuwirken (Packer et al., 1997). Bestätigt wird dies durch eine Studie von Hansson (2006) die aufzeigt, dass gerade die Determinanten Psychopathologie, darunter Depressions- und Angstwerte, und Bereiche des sozialen Netzwerkes einen Einfluss auf die Lebensqualität nehmen und nicht äußere Lebensbedingungen. Marwaha et al. (2008) zeigen in ihrer EuroSC Studie auch die Verbindung von Depressions- und anderen Symptomen, die durch die Allgemeinpsychopathologie der PANSS erhoben werden, mit einer schlechter beurteilten subjektiven Lebensqualität auf.

Subjektiv empfundene Lebensqualität wird in zahlreichen Studien verstanden als Kompositum, zusammengesetzt aus kognitiven Prozessen (Lebenszufriedenheit), Gefühlen und Stimmungen (Kaiser et al., 1996). Positiv beeinflusst werden konnte Lebensqualität durch die Variablen Alter und soziale Interaktionen (Argyle und Martin, 1991; Lewinsohn et al., 1991). Partnerschaften bzw. Ehebeziehungen korrelierten sowohl positiv als auch negativ mit Zufriedenheitsmaßen: "... a spouse is the greatest source of conflict as well as of satisfaction" (Argyle und Martin, 1991). Geschlechtsspezifische Einflüsse auf die Zufriedenheit waren gering, hatten aber Einfluss auf die Affektintensität in diesem Zusammenhang (Fujita et al., 1991). Eine andere Studie konnte aufzeigen, dass allgemeine Krankheitseinsicht eine negative Korrelation mit der Lebensqualität in den Bereichen emotionales Wohlbefinden, wirtschaftliche Zufriedenheit und beruflicher Stellung aufwies (Hasson-Ohayon et al., 2006). Weniger gebildete Patienten und Frauen gaben eine subjektiv beurteilt höhere Lebensqualität an. In diesem Zusammenhang scheint das Herabsetzen seiner eigenen Erwartungen eine favorisierte Methode schizophrener Erkrankter zu sein, um ihre Selbstachtung und ihr subjektives Wohlbefinden aufrechtzuerhalten (Mechanic, 1997). Falls jedoch Negativsymptomatik oder extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen auftraten, war die subjektiv empfundene Lebensqualität niedriger (Meltzer et al., 1990). Multiple Faktoren beeinflussen die subjektive und damit auch objektive Lebensqualität schizophrener Patienten. Fitzgerald et al. (2001) berichteten dass, einige signifikante Korrelationen zwischen Messungen subjektiver und objektiver Lebensqualität gefunden wurden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zu den Faktoren, welche die Lebensqualität möglicherweise günstig beeinflussen verheirateter Familienstand, gehobenes Einkommen, Berufstätigkeit und Alter zählen. Kontrovers diskutiert werden die beiden Variablen Geschlecht und Bildung in den obigen Studien von Cardoso et al. (2005), Kovess-Masfety (2006), Swanson et al. (1998) und Daradkeh und Habeeb (2005).

I.2.3 Atypische Neuroleptika und Lebensqualität

Die Vorteile atypischer Neuroleptika (bessere Wirksamkeit bei weniger Nebenwirkungen, Kostenersparnis usw.) gegenüber konventionellen Antipsychotika wurden in jüngster Zeit durch neuere Studien in Frage gestellt (Bayer und Längle, 2008). Die CUtLASS 1 Studie unter Jones et al. (2006) zeigte, dass es zu keinen Nachteilen bezüglich subjektiver Lebensqualität, Symptomen oder Versorgungskosten über den Zeitraum eines Jahres kommt, wurde eine Behandlung mit FGAs anstelle von Atypika begonnen. Yen et al. (2008) zeigten in ihrer Studie ebenfalls, dass es zu keiner Verbesserung der Lebensqualität bei Gabe von atypischen Neuroleptika anstelle von Typika kam. Zu den gleichen Ergebnisse gelangt auch die Studie von Rosenheck et al. (2009), einzig Olanzapin wurde mit einer stärkeren Gewichtszunahme als Typika in Verbindung gebracht.

Bebbington et al. (2009) zeigen in ihrer Studie, dass medikamentöse Nebenwirkungen seien sie subjektiv oder objektiv messbar, individuell in Bezug zu ihrer Auswirkung auf die Lebensqualität berücksichtigt werden müssen. Eine Studienanalyse von Vothknecht et al. (2011) konnte zeigen, dass atypische Neuroleptika mit einer größeren subjektiven Lebensqualität in Verbindung gebracht werden. Jedoch scheint die Dosierung wichtiger zu sein als die Art der Medikation. Die striatale Dopamin D2 Rezeptor Besetzung steht in einem Zusammenhang mit subjektiver Lebensqualität. Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass die subjektive Lebensqualität von schizophrenen Patienten durch eine Optimierung der antipsychotischen Medikation verbessert werden kann. Bezüglich der Medikamentencompliance von Antipsychotika zeigten Staring et al. (2009), dass Lebensqualität auf zwei unterschiedliche Weisen beeinflusst werden kann. Während eine hohe Compliance psychotische Symptome zu reduzieren vermag, was die Lebensqualität der Patienten verbessern könnte, scheint sie auch Medikamentennebenwirkungen zu erhöhen, welche wiederum die Lebensqualität schmälern könnten. Es wird also immer noch kontrovers diskutiert, ob atypische Neuroleptika gegenüber konventionellen Neuroleptika zu einer signifikan-

ten Verbesserung der Lebensqualität bei schizophrenen Patienten führen. (Jones et al., 2006; Dossenbach et al., 2005). Nicht alle (Kilian et al., 2004), aber viele Studien zeigen, dass atypische Neuroleptika zu einer besseren Lebensqualität bei schizophrenen Patienten führen (Ritsner et al., 2004; Silva de Lima et al., 2005; Lambert et al., 2006). Weitere Forschung ist in diesem Bereich jedoch unabdingbar.

II. Studiendesign und Methoden

II.1. Die ELAN-Studie

Die vorliegende Dissertation ist Teil der ELAN-Studie, welche im Folgenden genauer beschreiben wird.

II.1.1. Studiendesign

Bei der ELAN-Studie handelt es sich um eine multizentrische, prospektive Verlaufsuntersuchung mit fünf Messzeitpunkten über zwei Jahre. Das Forschungsvorhaben ist als Verbundprojekt von drei Zentren, bestehend aus neun Kliniken konzipiert. Einbezogen werden folgende psychiatrische Forschungs- und Versorgungseinrichtungen:

- Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen; Zentrum für Psychiatrie Münsterklinik Zwiefalten; Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen; Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried
- Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau, Ravensburg; Psychiatrische Tagesklinik Friedrichshafen
- Bezirkskrankenhaus Günzburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Heidenheim; Bezirkskrankenhaus Augsburg

II.1.2. Zielsetzung und Fragestellung

Im Rahmen einer prospektiven Verlaufsuntersuchung sollen folgende Zielbereiche im Verlauf neuroleptischer Behandlungen beobachtet werden:

1. Wirksamkeit/Effectiveness: Entwicklung der Lebensqualität, der Psychopathologie und der sozialen Integration.

2. Sicherheit: Suizidalität, Nebenwirkungen
3. Verträglichkeit: umfangreiche körperliche Untersuchungen bei Entlassung sowie nach zwei und vier Jahren.
4. Akzeptanz: Erhebung der therapeutischen Empfehlungen an die Patienten (Medikation, psychosoziale Beratung, Unterstützung in den klassischen Hilfebereichen). Parallel dazu wird erhoben, was tatsächlich genutzt wird/ an Medikation eingenommen wird (Compliance).
5. Psychiatrische Versorgungskosten

II.1.3 Durchführung

Durchgeführt wurde die ELAN-Studie unter der Verantwortung von Prof. Dr. med. G. Längle, Leiter der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie der Universität Tübingen und medizinischer Direktor des ZfP Südwürttemberg (federführende Projektleitung). Sie wurde durch die Firma AstraZeneca im Rahmen einer uneingeschränkten Zuwendung an die Universität Tübingen gefördert. Der Studienplan wurde von der Ethikkommission der medizinischen Fakultät Tübingen geprüft und genehmigt. Die Rekrutierung der Patienten für die Entlass- und Katamneseuntersuchungen begann im April 2005 und endete im Oktober 2006. Sie wurde von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Doktorandinnen der teilnehmenden Kliniken durchgeführt. Auf den verschiedenen Stationen der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen und den weiteren Kliniken wurde nach schizophrenen oder schizoaffektiven Patienten gefragt, die sich kurz vor der Entlassung aus der Klinik befanden. Die klinische Empfehlung einer mindestens einjährigen Behandlung mit Quetiapin, Risperidon oder Olanzapin musste vorliegen. Auch durften keine Ausschlusskriterien wie Abhängigkeitserkrankung, schwere begleitende organische Erkrankung, Minderbegabung, unzureichende deutsche Sprachkenntnisse oder Kombinationstherapien mit zwei der oben genannten Neuroleptika zutreffen. Bei Zustimmung des Patienten wurde dieser über Risiken, Nutzen, Versicherung, Datenschutz und Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie aufgeklärt und ein Interviewtermin ver-

einbart. Eine vom Patienten unterschriebene Einverständniserklärung musste am Interviewtag vorliegen. Das Interview dauerte in der Regel 120 Minuten und war gefolgt von einer kurzen körperliche Untersuchung sowie ggf. einer Blutabnahme zur Bestimmung verschiedener Laborwerte und einem EKG. Die in dieser Arbeit vorliegenden Daten beziehen sich ausschließlich auf die Teilnehmer an der Entlassuntersuchung.

II.1.4 Messzeitpunkte

Die Verlaufsuntersuchung war konzipiert für einen Beobachtungszeitraum von 4 Jahren nach stationärer Entlassung. Der gesamte Untersuchungszeitraum belief sich auf 5,5 Jahre einschließlich Rekrutierungsphase (ca. 12 Monate) und Katamnesen (4 Jahre). Die Patienten wurden zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung umfangreich untersucht. Die Katamnesen fanden nach 6, 12, 18 und 24 Monaten statt.

II.2 Fragestellungen der vorliegenden Arbeit

Ein Ziel dieser Arbeit ist es, Unterschiede zwischen Männer und Frauen zu untersuchen, und bereits bekannte Fakten zu prüfen oder neue Hinweise auf Geschlechterunterschiede schizophrener und schizoaffektiver Patienten zu gewinnen. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Lebensqualität und dem allgemeinen Funktionsniveau der Patienten.

Geschlechterunterschiede

1. Unterscheiden sich männliche und weibliche Studienteilnehmer bezüglich soziodemographischer Parameter voneinander?
 - a) Gibt es Unterschiede im Alter zum Entlasszeitpunkt bei Männer und Frauen?

- b) Unterscheidet sich der prozentuale Anteil von Männern und Frauen bei der Entlassung?
 - c) Gibt es Unterschiede in der Staatsangehörigkeit bei Männern und Frauen?
 - d) Unterscheiden sich Männer und Frauen in der Muttersprache?
 - e) Gibt es Unterschiede in der Schulbildung bei Männern und Frauen?
 - f) Unterscheiden sich Männer und Frauen in der Berufsausbildung?
 - g) Gibt es Unterschiede beim Familienstand zwischen Männern und Frauen?
 - h) Unterscheiden sich Männer und Frauen in der Erwerbstätigkeit vor der Aufnahme voneinander?
 - i) Gibt es einen Unterschied in der Beschäftigung bei Männern und Frauen?
 - j) Unterscheiden sich Männer und Frauen in der Haupteinkommensquelle voneinander?
 - k) Gibt es einen Unterschied in der Wohnsituation vor Aufnahme bei Männern und Frauen?
2. Unterscheiden sich der bisherige Krankheitsverlauf und die Diagnose bei Männern und Frauen?
 3. Gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der psychopharmakologischen Medikation, der Entlassung und Einnahme der Medikamente vor Aufnahme?
 4. Unterscheiden sich Männer und Frauen bei der aktuellen Medikation hinsichtlich der Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen bei der Auswahl oder bei der Qualität der Aufklärung über Wirkungen/Nebenwirkungen der Medikamente voneinander? Gibt es einen Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Zufriedenheit und Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl und Qualität der Aufklärung über Wirkungen/Nebenwirkungen der Medikamente voneinander?

5. Unterscheiden sich weibliche und männliche Teilnehmer in der Anzahl der spontan genannten Medikamentenwirkungen und –nebenwirkungen?
6. Unterscheiden sich Männer und Frauen in ihrer Medikamenten- und Behandlungscompliance?
7. Gibt es Unterschiede in der psychomotorischen Geschwindigkeits-/Aufmerksamkeitsleistung der beiden Geschlechter?
8. Unterscheiden sich männliche und weibliche Studienteilnehmer in ihrer Zufriedenheit in folgenden Bereichen:
 - berufliche Tätigkeit
 - Freizeitgestaltung
 - Religion
 - Finanzen
 - Wohnung
 - Sicherheit und Recht
 - Familie
 - Freunde und Bekannte
 - Gesundheit

Lebensqualität und soziale Funktionsfähigkeit

1. Besteht ein Zusammenhang zwischen allgemeiner Lebensqualität und der Funktionsfähigkeit im psychischen, sozialen und beruflichen Bereich der Entlassteilnehmer?
2. Besteht ein Zusammenhang zwischen der allgemeinen Funktionsfähigkeit und der Ausprägung der Psychopathologie der Entlassteilnehmer?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Lebensqualität und der sozialen Funktionsfähigkeit der Entlassteilnehmer?

II.2.1 Teilnahme Kriterien der Stichprobe

Für die Datenerhebung konnten insgesamt 374 Patienten aus den teilnehmenden Kliniken zum Zeitpunkt der Entlassung gewonnen werden. 166 Patienten wurden als cut-off für die vorliegende Arbeit untersucht. Es wurden dabei die 166 ersten rekrutierten Patienten für diese Arbeit ausgewertet. Diese Fallzahl wurde gewählt, um eine valide Auswertung zu ermöglichen und eine erste Datenerhebung im Sinne einer Pilotstudie durchzuführen.

In die Studie eingeschlossen wurden erwachsene Patienten (18 Jahre und älter) mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (Das Vorliegen einer Diagnose gemäß Kapitel F.20 oder F.25 der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Dilling, Mombour, Schmidt 2008) „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“), die während des Erhebungszeitraumes kurz vor Entlassung aus der stationären Behandlung standen. Den Patienten wurde vom behandelnden Arzt eine mindestens einjährige Nachbehandlung mit Neuroleptika nach Entlassung aus der Klinik empfohlen, dabei erhielten alle Patienten das für sie nach ärztlicher Einschätzung am besten geeignete Präparat. Die Teilnahme an der Studie hatte keinen Einfluss auf die Medikation. Aus der Gesamtheit der Patienten wurden diejenigen rekrutiert, die Quetiapin, Risperidon oder Olanzapin erhielten. Diese Präparate zählen zu den sogenannten atypischen Neuroleptika und waren als Marktführer zum damaligen Zeitpunkt bereits fest etabliert.

Ausgeschlossen wurden Patienten, die nicht einwilligungsfähig waren, der deutschen Sprache unzureichend mächtig oder minderbegabt waren, oder die eine schwere begleitende organische Erkrankung hatten. Das Vorliegen einer begleitenden Abhängigkeitserkrankung, nicht jedoch ein Substanzmittelmissbrauch führte ebenfalls zum Ausschluss. Kombinationstherapien mit zwei der oben genannten Neuroleptika, nicht jedoch andere Kombinationen mit Psychopharmaka, führten ebenfalls zum Ausschluss.

II.3 Methoden

II.3.1 Erhebungsinstrumente

Bei der Patientenbefragung wurden standardisierte oder von den Projektbeteiligten entwickelte Fragebögen verwendet, zur Generierung qualitativer Daten kamen auch offene Fragen zum Einsatz. Gelegentlich war eine Neu-gruppierung der einzelnen Variablen notwendig, an gegebener Stelle wird darauf hingewiesen. Nachfolgend werden nur diejenigen Instrumente dargestellt, die in der vorliegenden Arbeit verwendet wurden. In der Gesamtstudie kamen noch weitere Messinstrumente zum Einsatz.

II.3.1.1 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die GAF-Skala dient zur Erhebung des allgemeinen Funktionsniveaus der Patienten unter Berücksichtigung psychopathologischer, sozialer und beruflicher Variablen. Die Global Assessment of Functioning Scale ist die abgeänderte deutsche Form der Global Assessment Scale (GAS) nach Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen (1976). Die GAF-Skala wird auch auf Achse V des amerikanischen Diagnosesystems zur Klassifizierung psychischer Erkrankungen DSM-IV verwendet (Saß, 2003). Zur Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus und der sozialen Anpassung dient eine Skala von 1-100, wobei der Wert 100 „Hervorragende Leistungsfähigkeit, keine Symptome“ bedeutet und der Wert 1 „ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen, anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht“ bedeutet. Die Bewertung der GAF-Skala bezieht sich dabei auf den aktuellen Zeitraum und damit auf das augenblickliche Funktionsniveau der Patienten.

II.3.1.2 Deutsche Version des Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP)

Das Lancashire Quality of Life Profile wurde von Oliver et al. (1996) aus dem Lehman's Quality of Life Interview (Lehman, 1983 a,b; Lehman et al., 1982) heraus entwickelt und dient der Erfassung der Zufriedenheit und Lebensqualität der Patienten (Gaité et al., 2000). Es handelt sich dabei um einen Interviewleitfaden. Das LQoLP bietet sowohl objektive Indikatoren für Lebensqualität als auch eine Einschätzung der subjektiven Lebensqualität. Das LQoLP besteht aus 9 Domänen: Arbeit und Ausbildung, Freizeit und Freizeitgestaltung, Religion, Finanzen, Wohnung, Sicherheit und Recht, Familie, Freunde und Bekannte und Gesundheit. Zunächst werden Daten der objektiven Lebensqualität erhoben. Anschließend wird die subjektive Zufriedenheit bewertet. Die Antworten werden auf einer Skala von 1-7 mit den Extrempunkten „völlig unzufrieden“ (=1) und „völlig zufrieden“ (=7) angegeben (van Nieuwenhuizen et al., 2001). Dabei beziehen sich die Fragen maximal auf einen Zeitraum von 6 Monaten bis zu einem Jahr.

II.3.1.3 Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Die PANSS dient als Fremdbeurteilungsinstrument der Erfassung positiver, negativer und allgemeiner psychopathologischer Symptomatik (Kay et al., 1987; Müller et al., 2000). Die PANSS beinhaltet auch die Brief Psychiatric Rating Scale BPRS von Overall und Gorham (1962). Ein weiterer Teil entstammt der Psychopathology Rating Schedule (PRS) von Singh und Kay (1975a). Die PANSS besteht aus einer Skala von 30 Items. 7 Items entfallen auf die Positivsymptomatik wie z.B. Wahnideen, Halluzinationen. Weitere 7 Items repräsentieren die Negativsymptomatik wie z.B. Affektverflachung, soziale Passivität und Apathie. Die restlichen 16 Items bilden die Skala der Allgemeinpsychopathologie (Angst, Depression etc.). Die Beurteilung der einzelnen Items erfolgt anhand einer siebenstufigen Rating-Skala von „nicht vorhanden“=1 bis „extrem“=7. Aus den Fragebogenitems werden Subscores der Positiv- und Negativskala sowie der Skala der Allgemeinpsycho-

pathologie und ein Gesamtscore gebildet (Kay et al., 1987). Die Berechnung der Scores erfolgt durch Addition der einzelnen Itemratings. Je höher ein Score ausfällt, desto schwerer ist die jeweilige Symptomatik ausgeprägt. Die Werte, die erreicht werden können, liegen bei der Positiv- und Negativskala zwischen 7 und 49 Punkten. Der Subscore für Allgemeinpsychopathologie bewegt sich zwischen 16 und 112 und der Gesamtscore zwischen 30 und 210.

II.3.1.4 Fragebogen Krankheits- und Behandlungsanamnese und Basisdaten

Dieser von den Projektbeteiligten selbst konstruierte Fragebogen erfasst neben soziodemographischen Daten wie Muttersprache, Schul- und Berufsausbildung, Daten zur aktuellen Behandlung (Entlassmodus, Zwangsmaßnahmen, ambulante medizinische Behandlung nach Krankenhausaufenthalt) sowie Daten der bisherigen Anamnese (Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung, psychiatrische Erkrankungen bei erstgradigen Verwandten und Suizidgedanken/versuche). Desweiteren werden die ICD-10 Diagnose und eventuelle Zweitdiagnosen bzw. somatische Diagnosen erfasst.

II.3.1.5 Wirkungs- und Nebenwirkungscheckliste

In diesem ebenfalls selbst entwickelten Fragebogen werden die Patienten gebeten, spontan Wirkungen bzw. Nebenwirkungen ihrer aktuellen Neuroleptikamedikation zu benennen. Diese werden dann anhand gegebener Antwortmöglichkeiten auf dem Fragebogen verglichen. Zusätzlich steht ein Feld für sonstige genannte Wirkungen/Nebenwirkungen zur Verfügung. Insgesamt ist die spontane Nennung von maximal 21 vorgegebenen Wirkungen wie z.B. beruhigend, angstlösend etc. möglich. Bei den Nebenwirkungen gibt es maximal 35 zu nennende Möglichkeiten, z.B. Muskelverspannungen, Schluckstörungen etc. Daneben gibt es die Möglichkeit in der Kategorie sonstige noch mehr Wirkungen/ Nebenwirkungen anzugeben.

II.3.1.6 Zahlen-Symbol-Test (ZST)

Der Zahlen-Symbol-Test, ein Untertest des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Erwachsene, Revision 1991, HAWIE-R (U. Tewes) dient der Messung der psychomotorischen Geschwindigkeitsleistung und der Konzentrationsfähigkeit des Probanden. Neben der erbrachten Aufmerksamkeit wird auch das Kurzzeitgedächtnis abgeprüft. Bei dem Test sind verschiedene geometrische Symbole den Zahlen eins bis neun zugeordnet. Der Proband lernt zunächst anhand von sieben Beispielen die Zuordnung und ergänzt dann aus einer Tabelle von 93 Ergänzungsfeldern so schnell wie möglich das jeweils dazugehörige Symbol. Innerhalb von 90 Sekunden sollen so viele Zahlen wie möglich zugeordnet werden. Die Auswertung erfolgt mittels einer Schablone, indem die ermittelten Rohwerte (Anzahl der richtig zugeordneten Symbole) in altersspezifische Wertepunkte umgewandelt werden (Wechsler, 1981).

II.3.1.7 Medication Adherence Rating Scale (MARS)-Deutsche Version

Die Medication Adherence Rating Scale (MARS) dient dem Erfassen der Medikamentencompliance der Patienten. Sie basiert dabei auf dem Drug attitude Inventory (DAI) von Hogan et al., (1983), und dem Medication Adherence Questionnaire (MAQ) von Morisky et al. (1986). Die MARS stellt eine Verbesserung des MAQ dar (Morisky et al., 1986). Sie besteht aus allen 4 Items des MAQ und zusätzlich 6 Items, welche dem DAI entstammen (Hogan, 1983). Der MAQ ist ein Selbstfragebogen von vier Ja/Nein Fragen zu Hemmschwellen bezüglich Medikamenteneinnahme: Dem Vergessen der Medikamente, Nachlässigkeit, dem Absetzen der Medikation, wenn man sich besser fühlt und dem Absetzen der Medikation, wenn man sich schlechter fühlt (Morisky et al., 1986). Die sechs Items, welche dem DAI entnommen wurden, spiegeln die Erfahrung, Einstellung und den Glauben der Patienten bezüglich der Medikation wieder (Hogan, 1983). Die insgesamt zehn Fragen müssen vom Patienten zur Medikamenteneinnahme mit Ja oder Nein beant-

wortet werden (Vergessen Sie jemals Ihre Medikamente einzunehmen?; Ich nehme meine Medikation nur, wenn es mir schlecht geht. usw.). Die Fragen beziehen sich auf die Einstellung oder das Verhalten des Patienten gegenüber seiner Medikation der vergangenen Woche. Zur Einschätzung der Compliance ist die MARS ein reliables und valides Instrument (Thompson et al., 2000). Fialko et al. (2008) befanden die MARS ausreichend reliabel und schwach bis mittelmässig valide. Zur Auswertung der MARS wird ein Summenwert gebildet. Die Antworten „Ja“ werden mit 0 und „Nein“ mit 1 bewertet. Der Summenwert reicht von 0 bis 10. Hohe Score-Werte weisen dabei auf eine positivere Einstellung gegenüber der Medikation und auf eine bessere Compliance hin, niedrigere Werte auf eine schlechtere Medikamentenadhärenz.

II.3.1.8 Compliance Selbst-Rating Instrument (CSRI)

Dieser von den Projektleitern entwickelte Fragebogen, erfasst mit Hilfe einer Selbstbeurteilungsskala die Einstellung und die Befolgung von Behandlungsempfehlungen (Medikamenten-Compliance und Behandlungs-Concordance) bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen. Die Patienten müssen zu zehn Aussagen (z.B. „ich bin aufgrund einer psychotischen Erkrankung in Behandlung; Ich muss zukünftig Maßnahmen zur Rückfallverhütung beachten“ etc.) anhand einer Antwortskala von 1= stimme zu bis 5= stimme nicht zu Stellung beziehen. Item A und B beurteilen die Krankheitseinsicht und die Nutzung von Möglichkeiten zur Prävention zukünftiger Rückfälle. Item 1-8 beziehen sich auf gesundheitsfördernde Maßnahmen, die Teilnahme an gemeindepsychiatrischen Angeboten und die Einnahme der Medikamente. Über einen Summenwert der Items 1-8, welcher von 8-40 reichen kann erfolgt die Auswertung des CSRI. Je niedriger der Summenwert ausfällt, desto höher ist die Compliance und umgekehrt.

II.3.1.9 Deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-D)

Dieses Instrument dient der Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. Die Adaption der europäischen Version des CSSRI erfasst die Wohnsituation, die Lebensumstände, die Beschäftigung und das Einkommen der Patienten, die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und die Medikation. Dabei soll das Instrument die Häufigkeit und Intensität der genutzten Serviceleistungen erfassen, um die Versorgungskosten so genau wie möglich berechnen zu können (Chisholm et al., 2000). In der vorliegenden Arbeit wurde dieses Instrument vornehmlich dafür verwendet, die Wohnsituation der Patienten zu erfassen.

II.3.1.10 Bundes-Gesundheitssurvey

Das Instrument dient zur Messung der subjektiv eingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird der Bundes-Gesundheitssurvey als der erste gesamtdeutsche Survey, der für die alten und neuen Bundesländer nach einheitlichen Merkmalen zeitgleich und unter gleichen Bedingungen erhoben wurde beschrieben. Die repräsentativen Surveydaten geben für die Bevölkerung in Deutschland 1998 Auskunft über die gesundheitliche Versorgung, die Häufigkeit (Prävalenz), mit der bestimmte Krankheiten, Krankheitsmerkmale, Risikofaktoren, Beschwerden sowie gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Verhaltensweisen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und weiteren Einflussgrößen vorkommen (Gesundheitsberichterstattung 2012). In der vorliegenden Arbeit wurde es zur Erfassung des Gesundheitszustandes verwendet.

II.4 Stichprobenbeschreibung

Die Zusammensetzung der Stichprobe an der Entlassuntersuchung (N=166) wird nachfolgend anhand der Zusammensetzung verschiedener Parameter dargestellt. In den Darstellungen kam es vor, dass N-Werte bei einzelnen Darstellungen fehlten. Auf eine Kategorie „fehlende Angaben“ wurde zugunsten der vereinfachten Darstellung und besseren Übersichtlichkeit verzichtet und mit 100% berechnet.

II.4.1 Soziodemographische Daten

II. 4.1.1 Alter zum Entlasszeitpunkt

Das durchschnittliche Alter zum Entlasszeitpunkt betrug 41,5 Jahre mit einer Standardabweichung von 12,4 Jahren. Der jüngste Patient war 20 Jahre, der älteste 78 Jahre alt. Abb. 1 illustriert die Verteilung der Altersdaten bei gruppierter Auswertung.

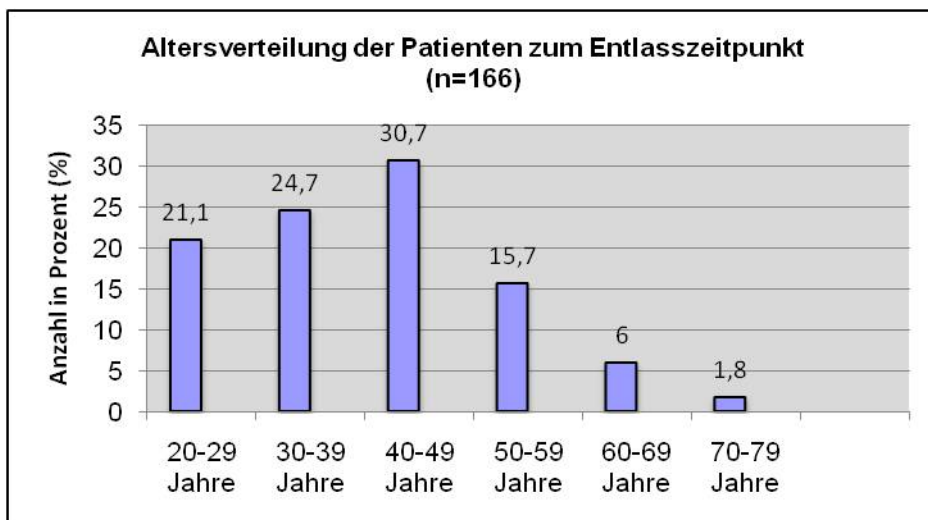


Abb. 1: Verteilung der Patienten nach Alter (N=166), Angaben in Prozent

II.4.1.2 Geschlecht

An der Entlassuntersuchung waren 84 Frauen und 82 Männer beteiligt, was einem prozentualen Anteil von 50,6% Frauen und 49,4% Männer entspricht (vgl. Abb. 2).

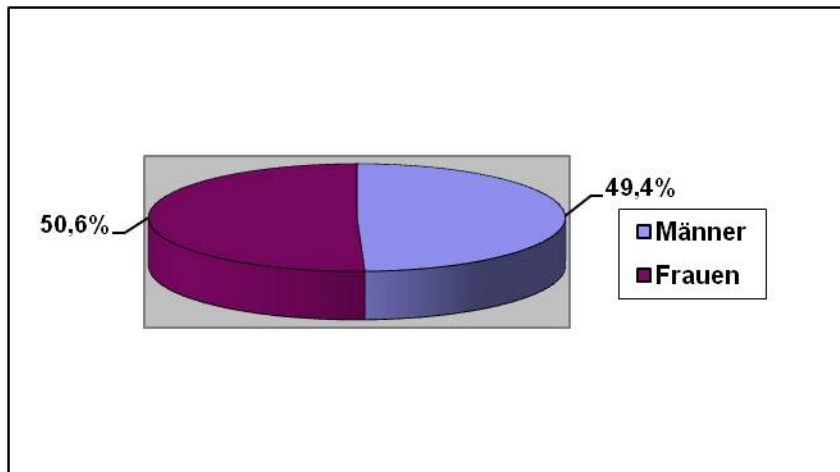


Abb. 2: Verteilung der Patienten an der Entlassuntersuchung (N=166) nach Geschlecht, Angaben in Prozent

II.4.1.3 Staatsangehörigkeit

156 Personen (94%) besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit, 10 Personen (6%) die eines anderen Staates. Davon waren 5 Personen (3%) Bürger der Europäischen Union und weitere 5 (3%) gehörten nicht der Europäischen Union an (vgl. Abb. 3).

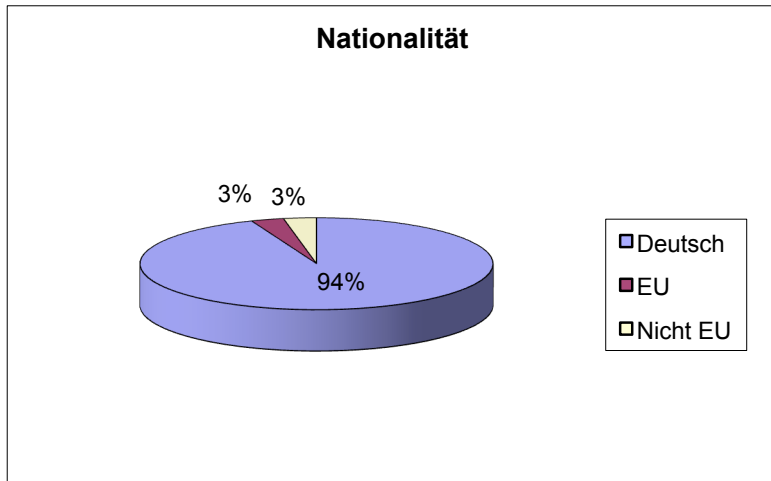


Abb. 3: Nationalität der Patienten (N=166), Angaben in Prozent

II.4.1.4 Muttersprache

145 Personen (88,4%) gaben deutsch als Muttersprache an, wohingegen 19 (11,6%) eine andere Muttersprache nannten (vgl. Abb. 4).

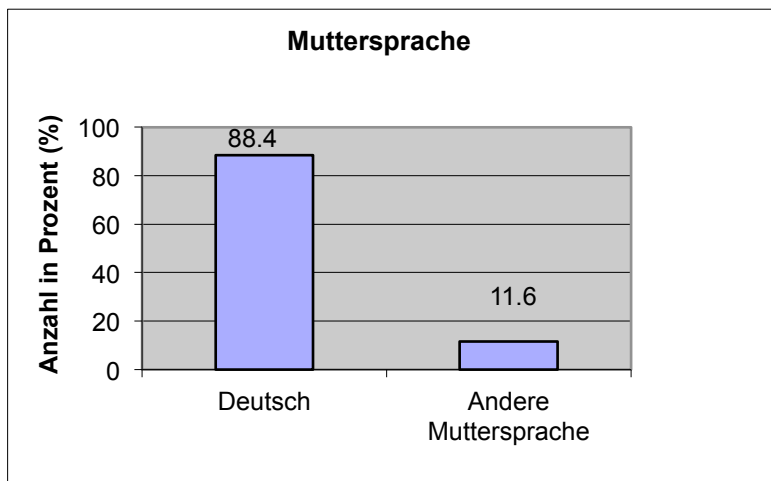


Abb. 4: Muttersprache der Entlassteilnehmer (N=164), Angaben in Prozent

II.4.1.5 Schulbildung

Zum Zeitpunkt der Entlassung besaßen 41,5% der Personen einen Hauptschulabschluss (N=68), 31,7% (N=52) einen Realschulabschluss und 22,6% (N=37) die Fachhochschulreife oder das Abitur. Über keinen Abschluss bzw. einen Sonderschulabschluss verfügten nur 4,3% (N=7) der Personen (vgl. Abb. 5).

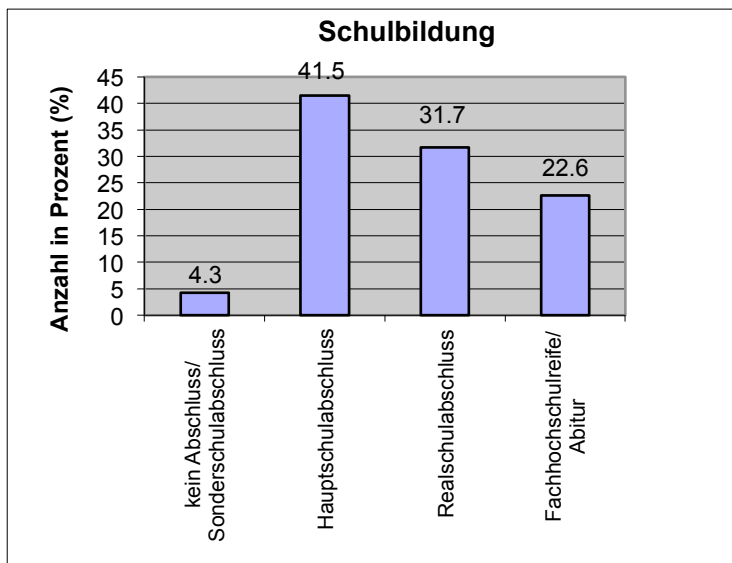


Abb. 5: Schulbildung der Entlassteilnehmer (N=164), Angaben in Prozent

II.4.1.6 Berufsausbildung

Mehr als die Hälfte der 161 Personen (N=108) verfügten zum Entlasszeitpunkt über eine abgeschlossene Berufsausbildung bzw. ein abgeschlossenes Studium (67,1%). 8,1% (N=13) befanden sich noch in der Ausbildung bzw. im Studium. 24,8% (N=40) besaßen keine abgeschlossene Berufsausbildung (vgl. Abb. 6).

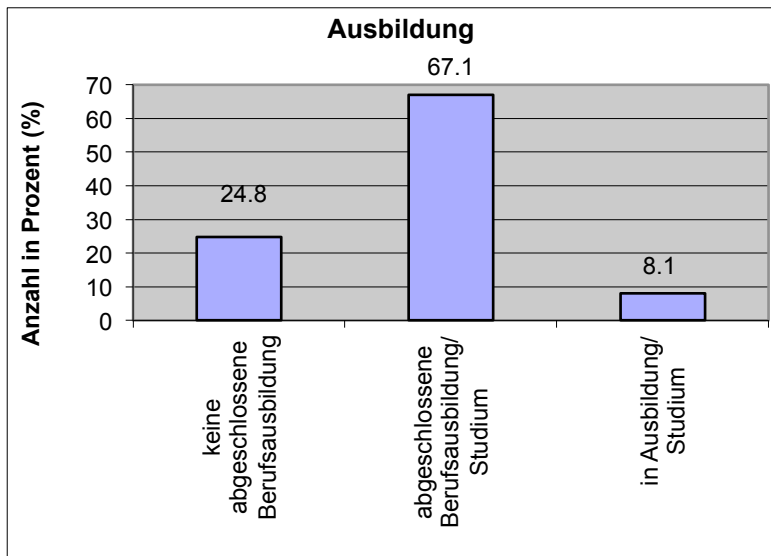


Abb. 6: Ausbildung der Entlassteilnehmer (N=161), Angaben in Prozent

II.4.1.7 Familienstand

48 Personen (29,3%) waren zum Zeitpunkt der Entlassung verheiratet oder lebten mit einem festen Partner zusammen. 116 Patienten (70,7%) waren ohne feste Partnerschaft. 6 Patienten (3,7%) waren getrennt lebend, 26 Personen (15,9%) geschieden und 2 Patienten (1,2%) waren verwitwet. 82 Teilnehmer (50,0%) waren ledig (vgl. Abb. 7).

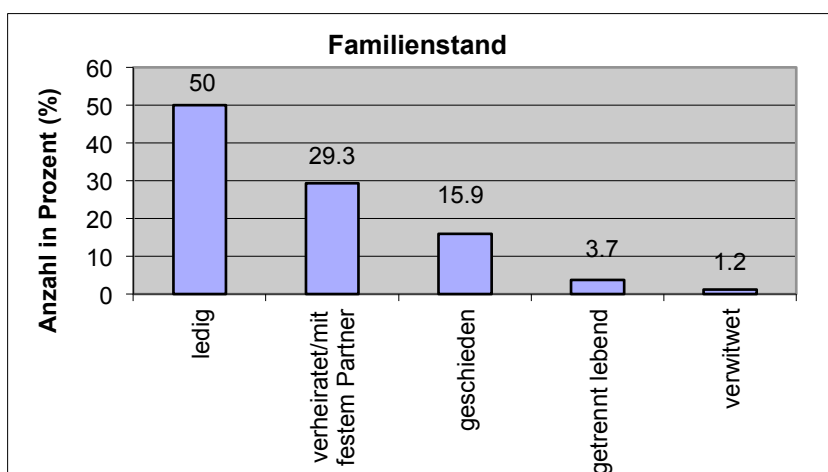


Abb. 7: Familienstand der Entlassteilnehmer (N=164), Angaben in Prozent

II.4.1.8 Erwerbstätigkeit vor der aktuellen Aufnahme

Vor der Aufnahme in die teilnehmenden Kliniken waren 56 Patienten (34,6%) erwerbstätig. 85 Personen (52,5%) waren länger als 6 Monate arbeitslos, 21 (13,0%) waren zum aktuellen Zeitpunkt zwar arbeitslos, hatten aber im Laufe der vergangenen 6 Monate eine Arbeit gehabt (vgl. Abb. 8).

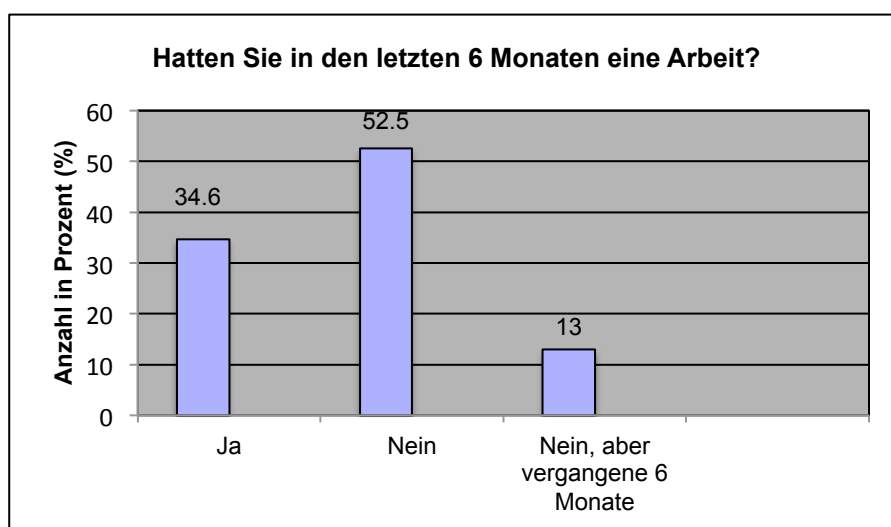


Abb. 8: Arbeitssituation in den vergangenen 6 Monaten der Entlasseteilnehmer bei Aufnahme (N=162), Angaben in Prozent

II.4.1.9 Beschäftigung

Schüler/Student waren 6,6% (N=10) der Patienten. Als Arbeiter tätig, waren 7,9% (N=12) der Patienten. Im Angestelltenverhältnis beschäftigt waren 10,5% (N=16). Beamtenstatus hatten 1,3% (N=2) der Patienten. Selbständig waren 4,6% (N=7) der Teilnehmer. Im Vorruhestand/Rentner befanden sich 7,2% (N=11) der Patienten, und EU-Rentner waren 23,7% (N=36) von ihnen. Arbeitslos waren 13,8% (N=21) der Entlassteilnehmer. Als Hausfrau/mann bezeichneten sich 9,9% (N=15) der Patienten. Einer geschützten Tätigkeit gingen 11,8% der Personen nach. Eine andere Tätigkeit als die oben genannten übten 1,3% (N=2) der Patienten aus (vgl. Abb. 9).

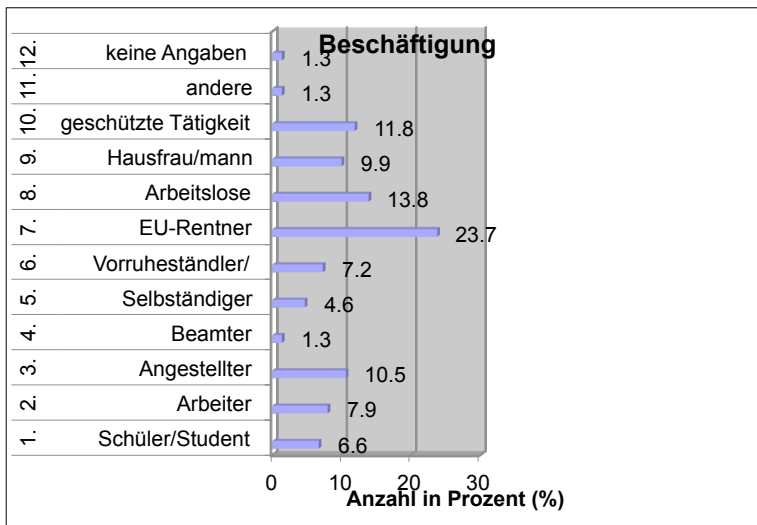


Abb. 9: Momentane Beschäftigungssituation der Patienten (N=152), Angaben in Prozent

II.4.1.10 Haupteinkommensquelle

23,7% (N=31) der Patienten lebten vom eigenen Gehalt/Lohn. 35,9% (N=47) bezogen Rente, 18,3% (N=24) waren auf staatliche Sozialleistungen angewiesen. Familiäre Unterstützung erhielten 19,1% (N=25). Aus anderen Quellen erhielten 3,1% (N=4) ein Einkommen (vgl. Abb. 10).

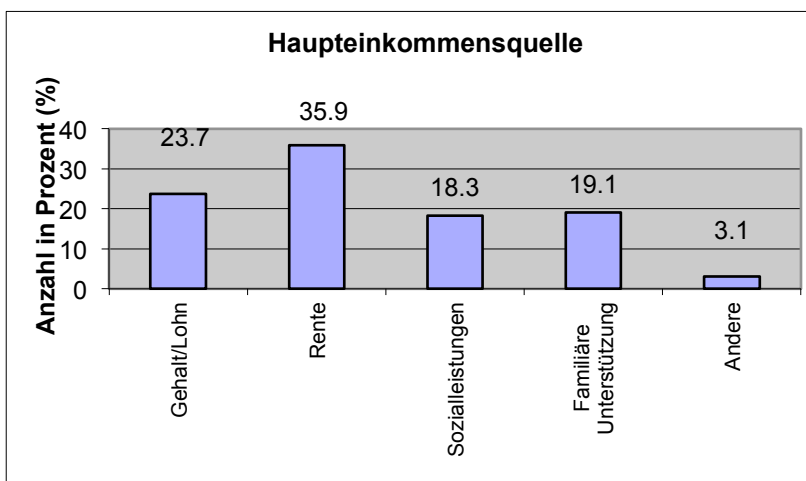


Abb. 10: Haupteinkommensquelle der Entlassteilnehmer (N=131), Angaben in Prozent

II.4.1.11 Wohnsituation vor der Aufnahme

71,2% (N=99) der Patienten wohnten vor der Aufnahme in einem eigenen Haushalt. 16,5% (N=23) waren in der Wohnung der Eltern untergebracht. In einer betreuten Wohneinrichtung/Einrichtung der Eingliederungshilfe lebten 9,4% (N=13) der Patienten. Sonstige Unterkünfte nannten 2,9% (N=4) der Patienten. Abbildung 11 veranschaulicht die Wohnsituation.

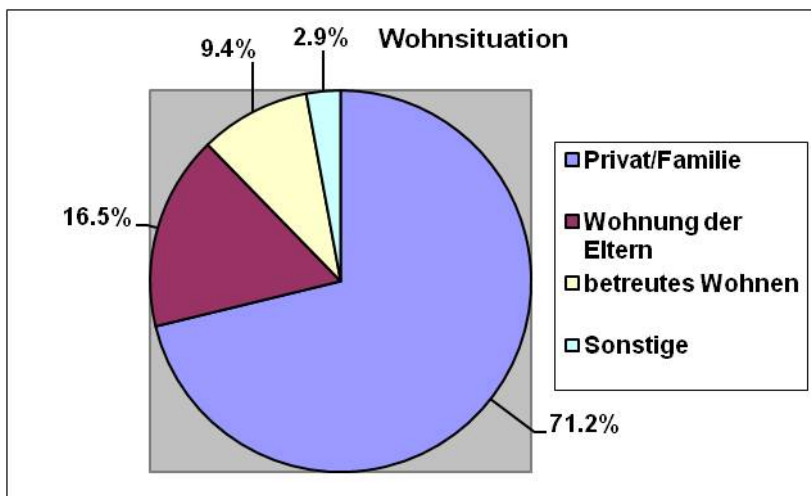


Abb. 11: Wohnsituation der Teilnehmer an der Entlassuntersuchung (N=166), Angaben in Prozent

II.4.2 Bisheriger Krankheitsverlauf und Diagnose

In Tabelle 1 ist der bisherige Krankheitsverlauf anhand der ersten nervenärztlichen Behandlung, des Zeitpunkts der ersten stationären Behandlung, der Anzahl der bisherigen stationären Behandlungen und der Gesamtdauer der bisherigen stationären Behandlungen dargestellt.

Tab. 1: Zeitpunkt, Anzahl und Gesamtdauer der nervenärztlichen Behandlungen, N, Median, Min, Max, M und sd.

	Erste nervenärztliche/ psychiatrische Behandlung (vor x Jahren)	Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung (vor x Jahren)	Anzahl der bisherigen stationären Behandlungen	Gesamtdauer der bisherigen stationären Behandlungen (in Monaten)
N	162	162	161	150
Md	11,5	10,0	5,0	10,0
Min	0	0	1	1
Max	47	47	87	130
M	13,4	12,2	7,8	16,6
sd	11,0	10,5	10,0	20,3

Gemäß ICD-10 Klassifikation ergab sich bei 70,9% (N=112) der Patienten eine schizophrene (F20), bei 29,1% (N=46) eine schizoaffektive Störung (F25). Die größte Untergruppe stellte die paranoide Schizophrenie (F20.0) mit 63,9% (N=101). 1,9% litten an einer hebephrenen Schizophrenie (F20.1). An einer undifferenzierten Schizophrenie (F20.3) waren 0,6% erkrankt. 1,3% der Patienten hatten als Diagnose ein schizophreses Residuum (F20.5), 3,2% eine Schizophrenia simplex (F20.6). Von den Patienten mit einer schizoaffektiven Störung waren 15,2% gegenwärtig manisch (F25.0), 9,5% waren gegenwärtig depressiv (F25.1). An einer gemischten schizoaffektiven Störung (F25.2) waren 3,8% erkrankt, an einer nicht näher bezeichneten schizoaffektiven Störung (F25.9) litten 0,6% der Patienten. Eine Zweitdiagnose hatten 20,4% (N=30) der Teilnehmer, keine Zweitdiagnose wiesen 79,6% (N=117) auf (vgl. Abb. 12 & 13).

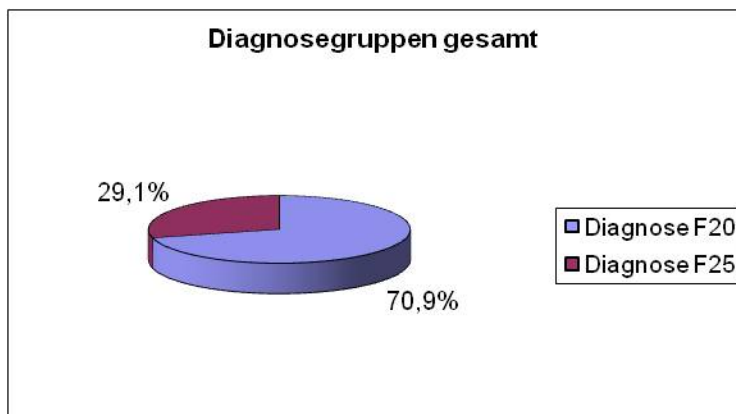


Abb. 12: Diagnosen gruppiert nach F20 und F25 der Teilnehmer an der Entlassuntersuchung (N=158), Angaben in Prozent.

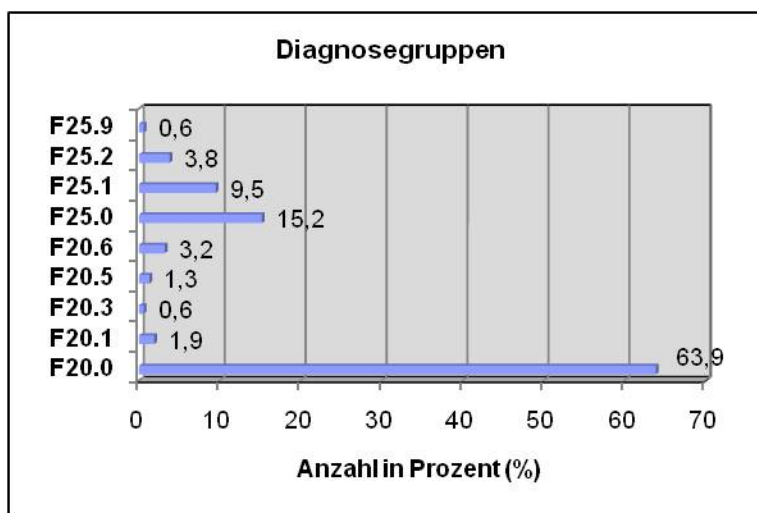


Abb. 13: Diagnosegruppen der Teilnehmer an der Entlassuntersuchung (N=158), Angaben in Prozent.

II.4.3 Aktuelle Behandlungsdaten und Behandlungsverlauf

II.4.3.1 Entlassmodus

143 Patienten (94,1%) konnten regulär entlassen werden. 8 (5,3%) wurden gegen ärztlichen Rat entlassen. Aufgrund mangelnder Kooperation wurde 1 Patient (0,7%) entlassen (vgl. Abb. 14).

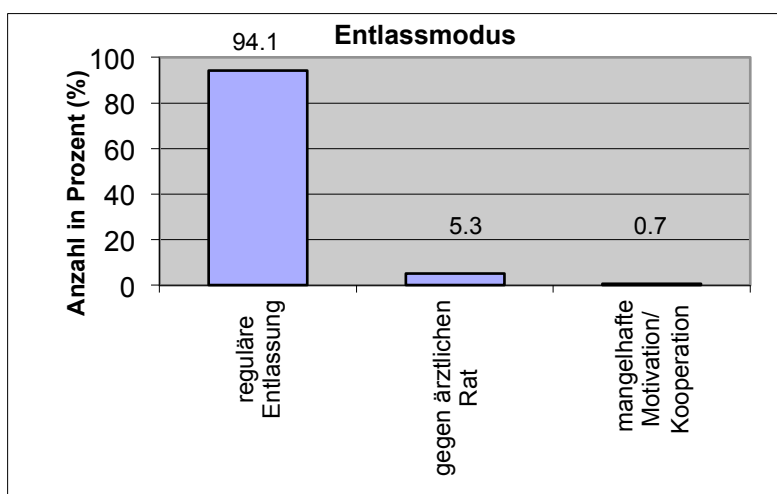


Abb. 14: Entlassmodus der Entlassteilnehmer (N=152), Angaben in Prozent

II.4.3.2 Ambulante medizinische Behandlung vor Klinikaufenthalt

Vor Aufenthalt in der Klinik wurden 99 (61,9%) der Patienten von einem niedergelassenen Psychiater betreut. 27 Patienten (16,9%) suchten die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) bzw. die Poliklinik auf. Beim Hausarzt in Behandlung waren 13 Patienten (8,1%) und keine Behandlung erhielten 21 Patienten (13,1%) (vgl. Abb. 15).

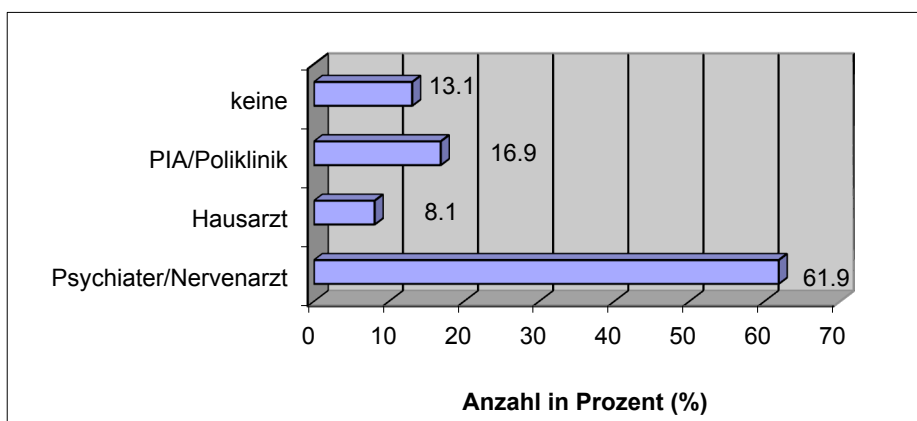


Abb.15: Ambulante medizinische Behandlung vor Klinikaufenthalt der Entlassteilnehmer (N=160), Angaben in Prozent

II.4.3.3 Ambulante medizinische Behandlung nach Klinikaufenthalt

101 Patienten (63,5%) gaben an, nach dem Klinikaufenthalt von einem niedergelassenen Psychiater/Nervenarzt weiterbehandelt zu werden. In der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) bzw. Poliklinik wollten sich 27,7% (N=44) der Patienten weiterbehandeln lassen. Der Hausarzt sollte für 6,9% (N=11) für die weitere Behandlung zuständig sein, und sich in keine Behandlung begeben wollten 1,9% (N=3) der Patienten (vgl. Abb. 16).

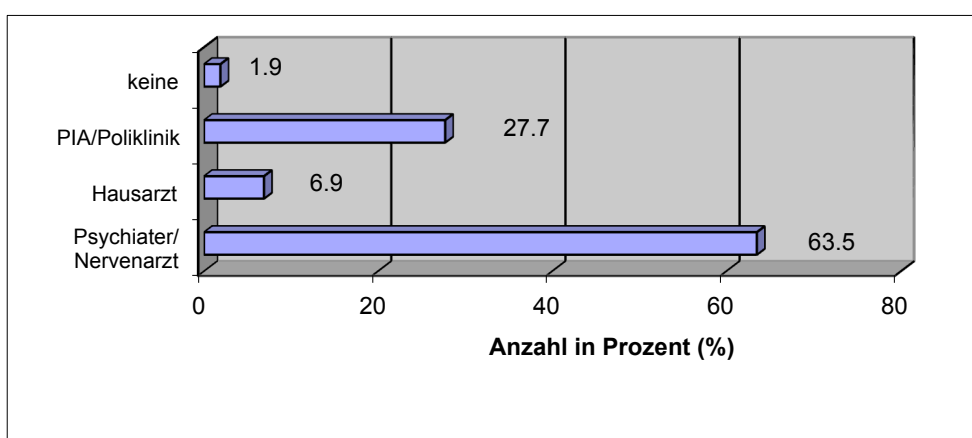


Abb. 16: Beabsichtigte ambulante medizinische Behandlung nach Klinikaufenthalt der Entlassteilnehmer (N=159), Angaben in Prozent

II.4.3.4 Psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades

33 Patienten (20%) gaben an, Verwandte ersten Grades mit einer schizophrenen/psychotischen Störung zu haben. Die Mehrzahl, 110 Patienten (66,7%), hatte in der Familie keine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. 22 Patienten (13,3%) wussten nichts darüber (vgl. Abb. 17).

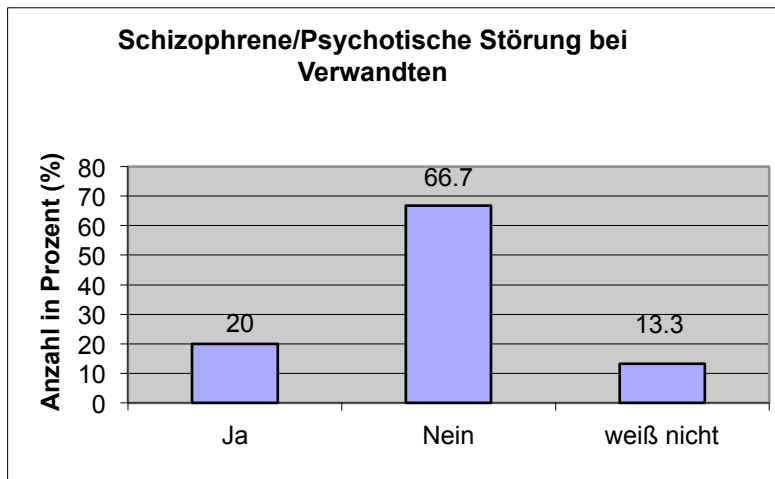


Abb. 17: Schizophrene/Psychotische Störung bei Verwandten ersten Grades bei den Entlassteilnehmern (N=165), Angaben in Prozent

II.4.3.5 Suizidgedanken und- versuch

61,2% (101) Patienten gaben an, im letzten halben Jahr keine Suizidgedanken gehabt zu haben. 19,4% (32) respektive hatten selten oder häufig Gedanken daran. 10,9% (18) hatten im letzten halben Jahr einen Suizidversuch unternommen. 89,1% (147) der Patienten verneinten einen Suizidversuch. Die Anzahl der Suizidversuche bezogen auf das gesamte Leben lag zwischen 0 und 15 bei beiden Geschlechtern. Der Mittelwert betrug 0,84 die Standardabweichung 1,7 (vgl. Abb. 18 & 19).

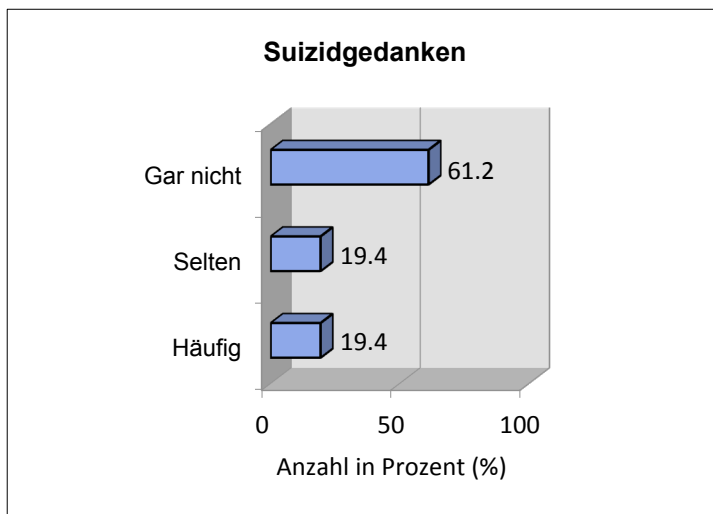


Abb. 18: Suizidgedanken im letzten halben Jahr der Entlassteilnehmer (N=165), Angaben in Prozent

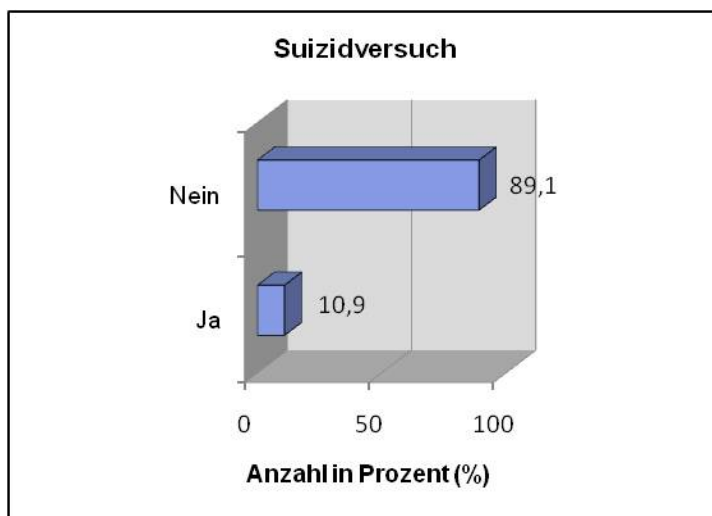


Abb. 19: Suizidversuch im letzten halben Jahr der Entlassteilnehmer (N=165), Angaben in Prozent

II.4.3.6 Aktuelle Behandlung

86,1% (142) der Patienten befanden sich in vollstationärer Behandlung. Bei 13,9% (23) konnte die Behandlung teilstationär durchgeführt werden (vgl. Abb. 20).

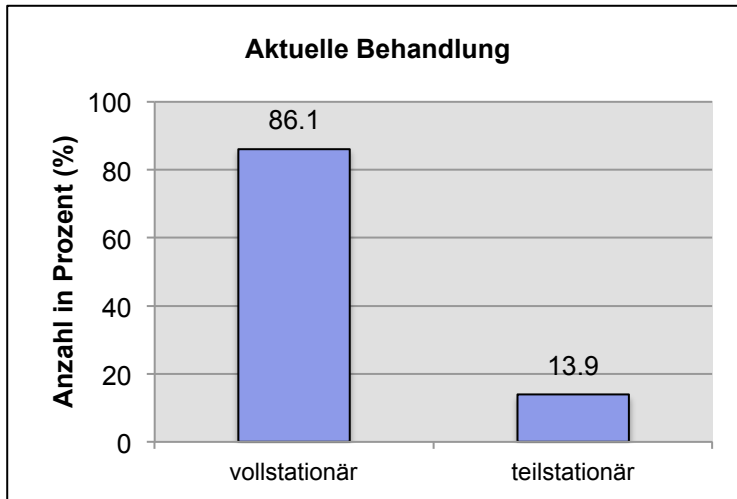


Abb. 20: Aktuelle Behandlung der Entlassteilnehmer (N=165), Angaben in Prozent

II.4.3.7 Einweisungsmodus zur aktuellen stationären Behandlung

17,3% (28) der Patienten wurden ohne ärztliche Einweisung stationär aufgenommen. Von einem niedergelassenen Psychiater bzw. Psychotherapeut wurden 29,0% (47) der Patienten eingewiesen. 14,2% (23) kamen mit der Überweisung eines Hausarztes. Von der eigenen psychiatrischen Ambulanz bzw. PIA/Poliklinik wurden 11,1% (18) der Patienten überwiesen. Durch den Notarzt bzw. den ambulanten Notdienst wurden 6,8% (11) der Patienten eingewiesen. Bei 15,4% (25) der Patienten war das Gesundheitsamt/Polizei oder ähnliche Stellen für die Einweisung verantwortlich. 6,2% (10) der Patienten wurden durch sonstige Institutionen eingewiesen. Nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Zahlenangaben.

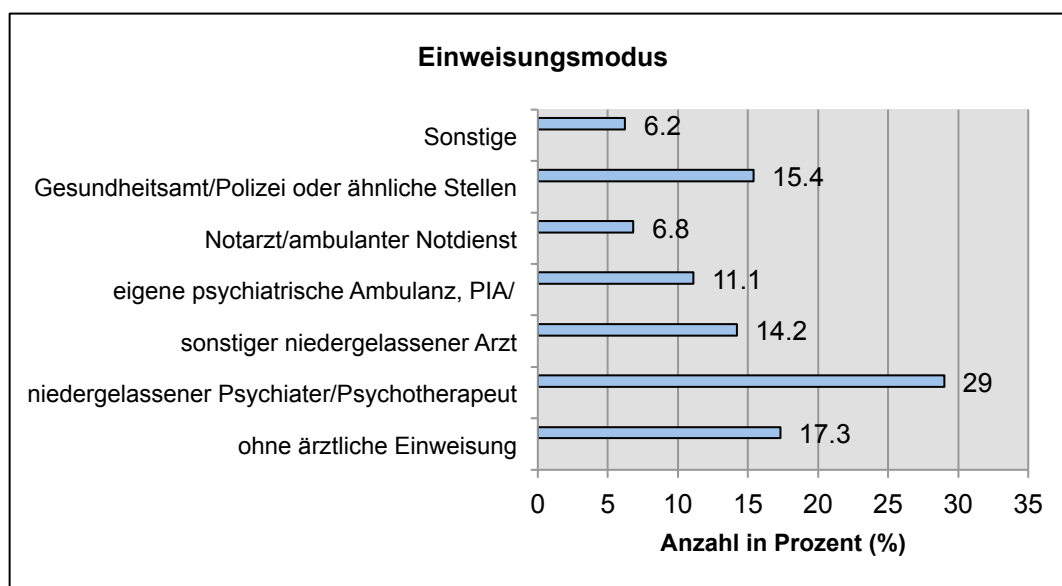


Abb. 21: Einweisungsmodus zur aktuellen stationären Behandlung der Entlassteilnehmer (N=162), Angaben in Prozent.

II.4.3.8 Psychopharmakologische Medikation vor der Aufnahme

74,7% (N=124) der Patienten gaben an, ein Neuroleptikum einzunehmen. 20,5% (N=34) der Patienten nahmen Olanzapin ein, 19,4% (N=32) erhielten Risperidon vor Aufnahme und 17,5% (N=29) bekamen Quetiapin. 13,1% (N=22) erhielten andere Neuroleptika als die drei oben genannten. 4,2% (N=7) der Patienten erhielten andere Psychopharmaka vor Aufnahme. 21,1% (N=35) bekamen keine Medikation (vgl. Abb 22).

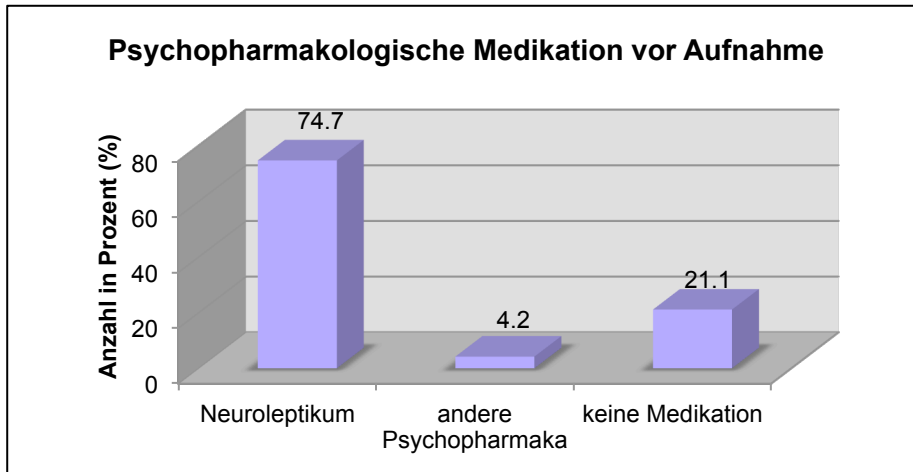


Abb. 22: Psychopharmakologische Medikation der Entlassteilnehmer (N=166), vor Aufnahme, Angaben in Prozent

II.4.3.9 Einnahme der Medikamente vor Aufnahme

49,3% (N=73) der Patienten nahmen ihre Medikamente wie verordnet ein. 30,4% (N=45) gaben an, ihre Medikamente unregelmäßig einzunehmen, 20,3% (N=30) nahmen sie gar nicht ein (vgl. Abb. 23).

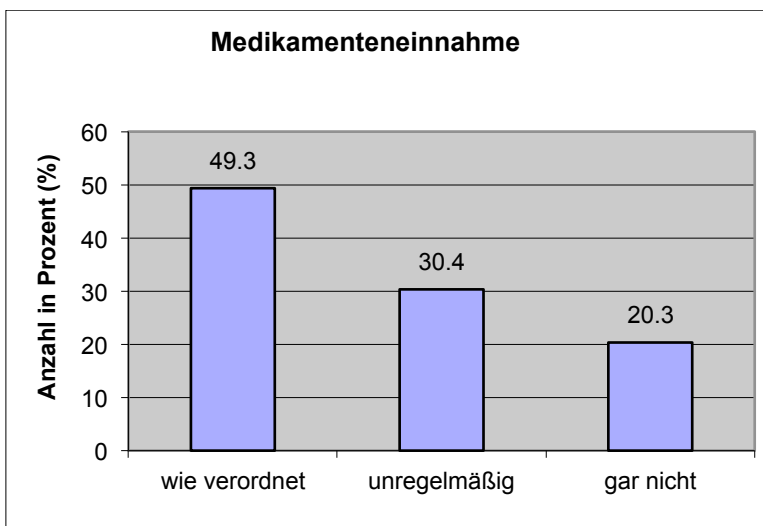


Abb. 23: Einnahme der Medikamente vor Aufnahme bei den Entlassteilnehmern (N=148), Angaben in Prozent

II.4.3.10 Erfahrungen mit der aktuellen Medikation

Die Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen mit Medikamenten auf einer Skala von 1=überhaupt nicht bis 7= sehr stark ergab als Mittelwert 3,99, die Standardabweichung betrug 2,0 (N=152). Die Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl des Neuroleptikums mit einer Skala von 1=überhaupt keine bis 7= sehr groß führte zu einem Mittelwert von 3,04; sd=2,1 (N=161). Die Qualität der Aufklärung über Nebenwirkungen wurde auf einer Skala von 1=sehr schlecht bis 7= sehr gut mit einem Mittelwert von 3,42 beurteilt; sd= 1,9 (N=159). Die Qualität der Aufklärung über Wirkungen wurde ebenfalls auf einer Skala von 1=sehr schlecht bis 7= sehr gut mit einem Mittelwert von 3,87 beurteilt; sd=2,0 (N=160). Bei der Beurteilung der Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung zum Entlasszeitpunkt auf einer Skala von 1=überhaupt nicht zufrieden bis 7= sehr zufrieden betrug der Mittelwert 5,04; sd= 1,8 (N=165) (vgl. Tab. 2 und Abb. 24).

Tab. 2.: Erfahrungen mit der aktuellen Medikation, Mw, sd, Min und Max, N.

Erfahrungen mit der aktuellen Medikation	Mw	sd	Min	Max	N
Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen	3,99	2,0	1 (überhaupt nicht)	7 (sehr stark)	152
Mitsprachemöglichkeit	3,04	2,1	1 (überhaupt keine)	7 (sehr groß)	161
Qualität der Aufklärung über Nebenwirkungen	3,42	1,9	1 (sehr schlecht)	7 (sehr gut)	159
Qualität der Aufklärung über Wirkungen	3,87	2,0	1 (sehr schlecht)	7 (sehr gut)	160
Zufriedenheit mit medikamentöser Behandlung	5,04	1,8	1 (überhaupt nicht zufrieden)	7 (sehr zufrieden)	165

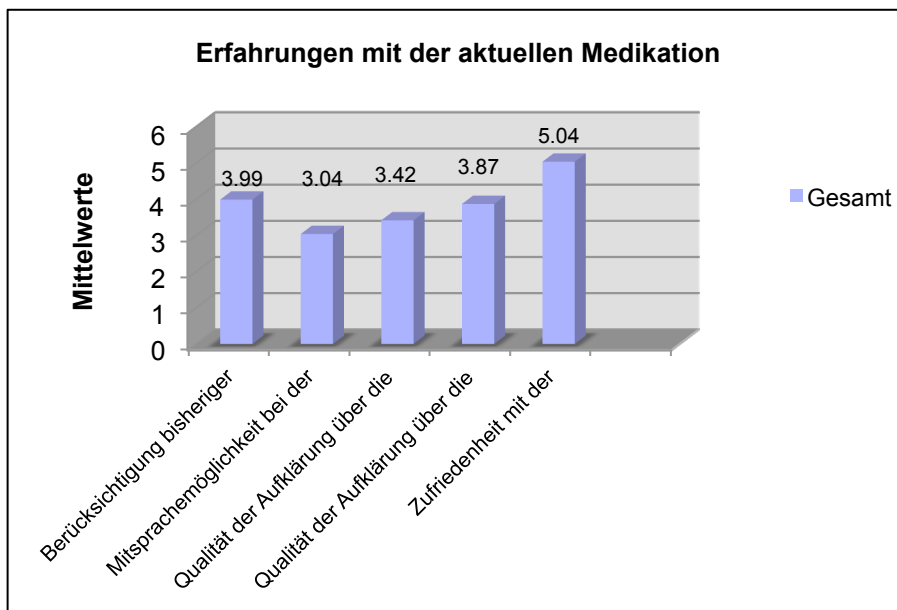


Abb. 24.: Erfahrungen mit der aktuellen Medikation, Mw.

II.4.3.11 Wirkungen und Nebenwirkungen der aktuellen Neuroleptika-Medikation

Bei den Fragebögen der Wirkungs- und Nebenwirkungscheckliste wurde die Anzahl der maximal 21 möglichen spontan genannten Wirkungen und der maximal 35 möglichen spontan genannten Nebenwirkungen zur besseren Übersicht gruppiert. Die Anzahl der Wirkungen wurde innerhalb der Untersuchungstichprobe in keine Wirkungen, 1-2 Wirkungen und 3 Wirkungen und mehr zusammengefasst. 24 (14,5%) der 166 Personen nannten spontan keine Wirkungen. 95 (57,2%) gaben 1-2 Wirkungen an, 47 (28,3%) verspürten 3 Wirkungen und mehr. Der Mittelwert der gruppierten Auswertung lag bei 1,14. Analog wurden die spontan genannten Nebenwirkungen in keine Nebenwirkungen, 1-2 Nebenwirkungen und 3 Nebenwirkungen und mehr gruppiert. 40 der 166 Patienten (24,1%) gaben an, keine Nebenwirkungen zu verspüren. 85 Personen (51,2%) litten unter 1-2 Nebenwirkungen. Der Mittelwert der gruppierten Auswertungen lag bei 1,01 (vgl. Abb.25).

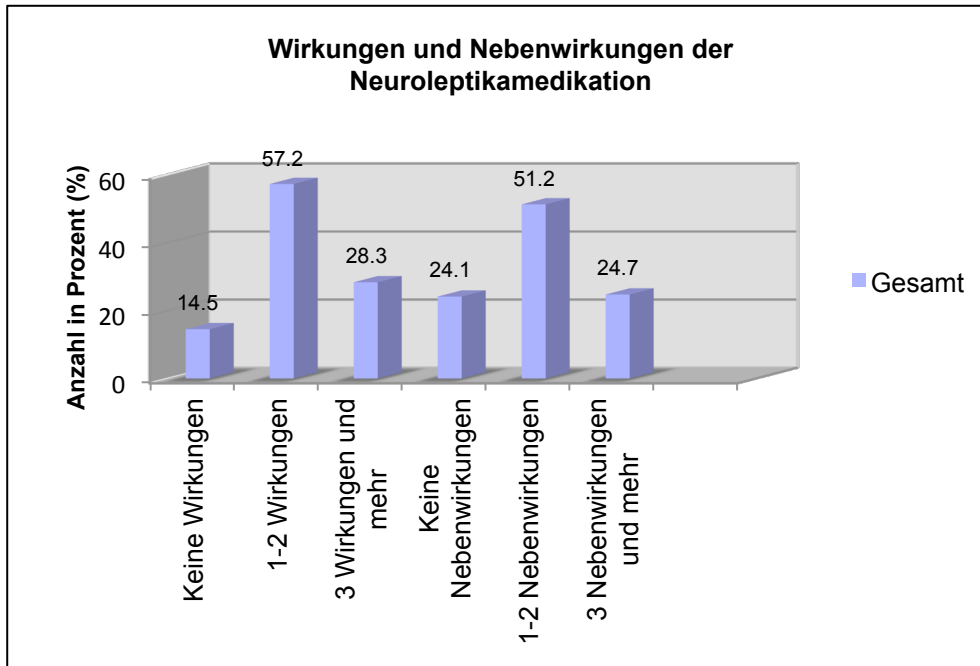


Abb. 25: Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptikamedikation der Entlassteilnehmer (N=166), Angaben in Prozent

II.4.4 Psychopathologische Daten und soziale Funktionsfähigkeit

II.4.4.1 Positiv- und Negativsyndromskala (PANSS)

Tabelle 3 zeigt die Extremwerte sowie den Mittelwert und die Standardabweichung der einzelnen Subskalen der PANSS und den Gesamtscore.

Tab. 3: PANSS-Subscores, Mw, sd, Min und Max zum Entlasszeitpunkt (N=166)

PANSS-Skalen	Mw	sd	Min	Max
Positivskala	11,6	4,7	7	31
Negativskala	14,1	6,0	7	35
Allgemeinpsychopathologie	27,7	7,6	16	59
Gesamtscore	53,3	15,8	30	123

Die Extremwerte die erreicht wurden lagen bei der Positivskala zwischen 7 und 31 Punkten, der Mittelwert betrug 11,6 die Standardabweichung 4,7. Das Minimum und Maximum der Negativskala betrug 7 und 35, der Mittelwert 14,1 und die Standardabweichung 6,0. Die Allgemeinpsychopathologieskala hatte Extrema von 16 und 59 und der Gesamtscore von 30 und 123. Der Mittelwert der Allgemeinpsychopathologieskala lag bei 27,7, sd=7,6, der des Gesamtscores bei 53,3; sd=15,8.

II.4.4.2 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die Untersuchungsstichprobe (N=165) wies einen Mittelwert von 55,64 mit einer Standardabweichung von 13,3 und Extremwerten von 28 und 85 auf. Die GAF beschreibt den Mittelwert mit „mäßig ausgeprägten Symptomen“ (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen) (vgl. Abb. 26).

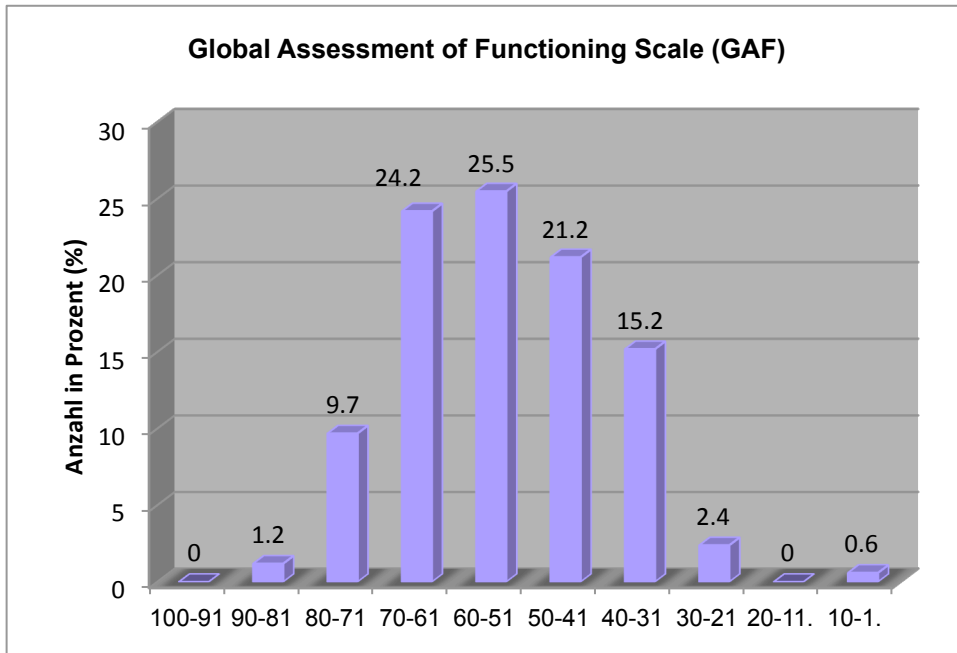


Abb. 26: GAF-Werte der Untersuchungsstichprobe (N=165)

II.4.5 Compliance und Medikamenteneinnahme

Tab. 4: Compliance Selbst-Rating Instrument, Einstellung der Patienten zur Behandlung, Angaben in Prozent und N.

	Stimme zu/ stimme weitestgehend zu	Stimme teilweise zu	Stimme kaum zu/stimme nicht zu	Häufigkeit in % (N)
Ich bin hier aufgrund einer psychotischen Erkrankung in Behandlung	80,6 (133)	10,3 (17)	9,1 (15)	
Ich muss zukünftig Maßnahmen zur Rückfallverhütung beachten	80,0 (132)	10,3 (17)	9,7 (16)	
Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich regelmäßig den niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater besuche	77,4 (127)	14,0 (23)	8,5 (14)	
Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich alle verordneten Medikamente regelmäßig und zuverlässig einnehme.	88,5 (146)	10,3 (17)	1,2 (2)	
Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich den Empfehlungen des Arztes folge.	83,6 (138)	14,5 (24)	1,8 (3)	

Es zeigt sich eine sehr hohe Compliance-Rate in durchweg allen Einzel-Items des Compliance Selbst-Rating Instruments. Die Prozentwerte liegen zwischen 77,4% und 88,5 %.

II.4.5.1 Compliance-Summenwert

Nachfolgend die Zusammenfassung der Compliance-Einzelbewertungen zu einem gemeinsamen Summenwert. Im Minimum wurde ein Summenwert von 8,0 erreicht, das Maximum betrug 32,0. Dabei weist der Mittelwert mit 14,19 auf eine durchschnittlich sehr hohe Compliance der Teilnehmer hin.

Tab. 5: Compliance-Summenwert der Teilnehmer an der Entlassuntersuchung (N=165), Mw, sd, Min und Max.

	N	Mw	sd	Min	Max
Compliance-Summenwert	165	14,19	5,29	8,0	32,0

II.4.6 Medication Adherence Rating Scale (MARS)

Fast durchgängig finden sich hohe bis sehr hohe Medication Adherence Prozentwerte.

Tab. 6: Medication Adherence Rating Scale, Einstellung der Patienten zu Medikamentencompliance, Angaben in Prozent und N.

Häufigkeit in % (N)	Ja	Nein
Vergessen Sie jemals ihre Medikamente einzunehmen?	22,6 (37)	77,4 (127)
Sind Sie zu Zeiten sorglos hinsichtlich der Medikamenteneinnahme?	18,3 (30)	81,7 (134)
Hören Sie manchmal auf, die Medikamente einzunehmen, wenn Sie sich besser fühlen?	17,7 (29)	82,3 (135)
Wenn Sie sich manchmal schlechter fühlen,	13,5 (22)	86,5 (141)

wenn Sie die Medikamente einnehmen, hören Sie dann auf, sie einzunehmen?		
Ich nehme meine Medikation nur, wenn es mir schlecht geht?	9,1 (15)	90,9 (149)
Es ist unnatürlich für meinen Geist und meinen Körper, durch Medikamente gesteuert zu werden.	36,0 (58)	64,0 (103)
Meine Gedanken sind mit Medikamenten klarer	48,1 (76)	51,9 (82)
Indem ich die Medikamente einnehme, kann ich verhindern, dass es mir wieder schlecht geht.	22,4 (36)	77,6 (125)
Mit den Medikamenten fühle ich mich komisch, wie ein „Zombie“	17,2 (28)	82,8 (135)
Die Medikamente verursachen, dass ich mich müde und träge fühle.	56,7 (93)	43,3 (71)

II.4.6.1 Gesamtsummenwert der MARS

Folgende Tabelle zeigt die Zusammenfassung der Einzelbewertungen. Das Minimum des Summenwertes betrug 0, das Maximum 10. Es findet sich im Mittel mit 7,39 bei den Entlassteilnehmern eine gute Medikamentenadhärenz.

Tab. 7: Mars-Summenwert, M, sd, Min und Max sowie Gesamt N.

Mars-Summenwert	N	Mw	sd	Min	Max
	164	7,39	1,99	0	10

II.4.7 Zahlen-Symbol-Test

Der Mittelwert der Wertepunkte des Zahlen-Symbol-Tests betrug bei den 157 Teilnehmern 8,5 bei Extremwerten von 1 und 19. Die Standardabweichung lag bei 2,8. Bei einem Referenzmittelwert von 10 mit einer Standardabweichung von 3 spricht dies für eine gute Aufmerksamkeitsleistung und Lernfähigkeit der Teilnehmer.

II.4.8 Lebensqualität

Tab. 8: Zufriedenheiten der Entlassteilnehmer in verschiedenen Bereichen, M, sd, Min und Max, N.

Bereich	M	sd	Min	Max	N
Zufriedenheiten mit					
Allgemeine Lebenszufriedenheit	4,6	1,54	1	7	163
Berufliche Tätigkeit	4,4	1,84	1	7	156
Freizeit	4,8	2,43	1	7	164
Religion	5,5	1,26	1	7	141
Finanzen	4,1	1,74	1	7	163
Wohnung	4,9	1,31	1	7	163
Sicherheit und Recht	5,6	1,15	1	7	160
Familie	4,9	1,41	1	7	160
Freunde und Bekannte	5,2	1,11	1	7	161
Gesundheit allgemein	4,7	1,47	1	7	163
körperlichem Zustand	4,6	1,58	1	7	163
emotionalem Wohlbefinden	4,6	1,66	1	7	163

Die Zufriedenheiten der Entlassteilnehmer lagen in sämtlichen Unterbereichen im mittleren bis oberen Zufriedenheitsbereich. Am unzufriedensten waren sie im Bereich Finanzen (M=4,1; sd=1,74), am zufriedensten im Bereich Sicherheit und Recht (M=5,6; sd=1,15).

II.5 Statistische Methoden

Aus Datenschutzgründen wurden die Patientendaten nummeriert und so in anonymer Form in SPSS 12.0 eingegeben. Zur Überprüfung der Häufigkeiten bei nominalverteilten Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet. Der Chi-Quadrat setzt dabei voraus, dass bei 2x2-Felder-Tafeln nur maximal 20% der Werte eine Häufigkeit kleiner 5 aufweisen dürfen. Traf dies nicht zu, kommt der exakte Test nach Fisher zur Anwendung (Bühl und Zöfel, 2005). Zum Vergleich zweier unabhängiger Stichproben bei ordinalskalierten nicht-normalverteilten intervallskalierten Daten wurde der U-Test nach Mann und

Whitney angewendet. Wird der U-Test signifikant ist davon auszugehen, dass sich die Mediane der zugrunde liegenden Populationen unterscheiden (H1) (Bortz und Lienert, 2003, S.138). Als deskriptive Statistikwerte wurden der Mittelwert, Minimum und Maximum sowie der Median und die Standardabweichung berechnet. Zur Überprüfung des Vorliegens einer Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test angewendet. Um Zusammenhänge zwischen zwei Variablen aufzuzeigen (Korrelation) kam bei ordinalskalierten bzw. nicht normalverteilten Variablen die Rangkorrelation nach Spearman zur Anwendung. Dabei setzt die Rangkorrelation Rho von Spearman gleichgroße Intervalle zwischen den Rängen voraus. (Bortz und Lienert, 2003). Die Stärke des Zusammenhangs wird als Korrelationskoeffizient r bezeichnet und liegt zwischen -1 und 1. Ein starker Zusammenhang wird durch einen Messwert nahe 1, ein schwacher Zusammenhang durch einen Messwert nahe 0 gekennzeichnet. Ein negativer Korrelationskoeffizient weist auf einen gegenläufigen Zusammenhang hin.

Die Signifikanz wurde stets zweiseitig geprüft. Das Signifikanzniveau lag bei $p < 0,05$.

III. Ergebnisse des Geschlechtervergleiches

III.1 Soziodemographische Daten

Die Untersuchungstichprobe bestand zum Entlasszeitpunkt aus 82 (49,4%) Männern und 84 (50,6%) Frauen. Folgende Graphik (Abb. 27) veranschaulicht die genannten Prozentangaben.

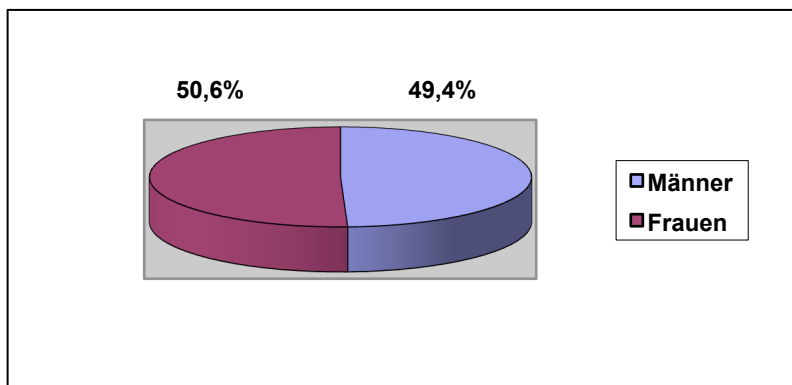


Abb. 27: Verteilung der Patienten (N=166) nach Geschlecht, Angaben in Prozent

III.1.1 Alter zum Entlasszeitpunkt

Das durchschnittliche Alter bei den Männern lag bei 38,3 Jahren (sd=10,7), sie waren damit deutlich jünger als die Frauen mit einem Durchschnittsalter von 44,6 Jahren (sd=13,3). Das durchschnittliche Alter der Gesamtstichprobe lag bei 41,5 Jahren (sd=12,4). Der Altersgipfel lag bei beiden Geschlechtern zwischen 40 und 49 Jahren. Untenstehende Abbildung verdeutlicht die Zahlenangaben in Prozent. Die Überprüfung der Geschlechterunterschiede auf Signifikanz mittels t-Test waren höchst signifikant ($p=0,001$) (vgl. Abb. 28)

III. Ergebnisse

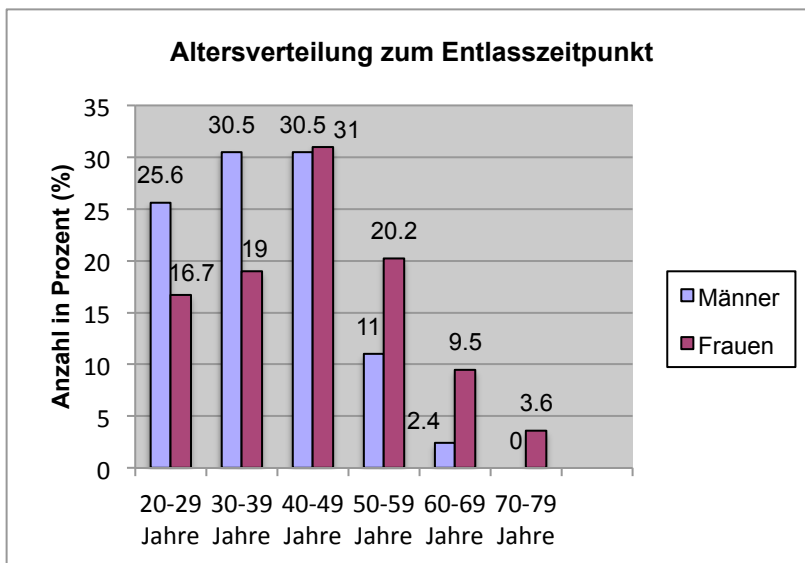


Abb. 28: Altersverteilung der Patienten zum Entlasszeitpunkt (N=166) getrennt nach Geschlechtern, Angaben in Prozent, $t=-3,391$.

III.1.2 Staatsangehörigkeit

Von den männlichen Teilnehmern besaß der größte Teil 91,5% (N=75) die deutsche Staatsangehörigkeit. Bei den weiblichen Teilnehmern verhielt es sich ähnlich mit 96,4% (N=81) (vgl. Tab. 9). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren bei Prüfung durch den Chi-Quadrat-Test nicht signifikant ($p=0,067$).

Tab. 9: Staatsangehörigkeit, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Staatsangehörigkeit	Gesamt (N=166)	Männer (N=82)	Frauen (N=84)	p=0,067
Deutsch	94%	91,5%	96,4%	
EU	3%	2,4%	3,6%	
Nicht-EU	3%	6,1%	0%	

III.1.3 Muttersprache

84,0% (N=68) der männlichen Studienteilnehmer gaben deutsch als Muttersprache und eine andere 16,0% an, ebenso sprachen die meisten Frauen mit 92,8% (N=77) deutsch als Muttersprache. Lediglich 7,2% sprechen eine andere

III. Ergebnisse

Muttersprache. Von der Gesamtstichprobe (N=164) sprachen 94% deutsch, eine andere Muttersprache 11,6%. Tabelle 10 veranschaulicht dies in Prozentangaben. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern erwiesen sich bei Überprüfung durch den Chi-Quadrat-Test als nicht signifikant ($p=0,078$).

Tab. 10: Muttersprache, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Muttersprache	Gesamt (N=164)	Männer (N=145)	Frauen (N=19)	p=0,078
Deutsch	88,4%	84,0%	92,8%	
Andere	11,6%	16,0%	7,2%	

III.1.4 Schulbildung

Die Auswertung der Schulbildung nach Kategorien ergab folgende Ergebnisse: Bei beiden Geschlechtern dominiert zahlenmäßig der Hauptschulabschluss. Keinen Abschluss bzw. einen Sonderschulabschluss hatten im Vergleich der Prozentangaben am wenigsten Männer als auch Frauen erreicht. Untenstehende Abbildung und Tabelle zeigen die Angaben in Prozent. Die Ergebnisse waren bei Überprüfung mittels Chi-Quadrat-Test nicht signifikant ($p=0,092$).

Tab. 11: Schulbildung, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Schulbildung	Gesamt (N=164)	Männer (N=81)	Frauen (N=83)	p=0,092
Kein Abschluss	4,3%	3,7%	4,8%	
Hauptschulabschluss	41,5%	38,3%	44,6%	
Realschulabschluss	31,7%	27,2%	36,1%	
FH/Abitur	22,7%	30,9%	14,5%	

III. Ergebnisse

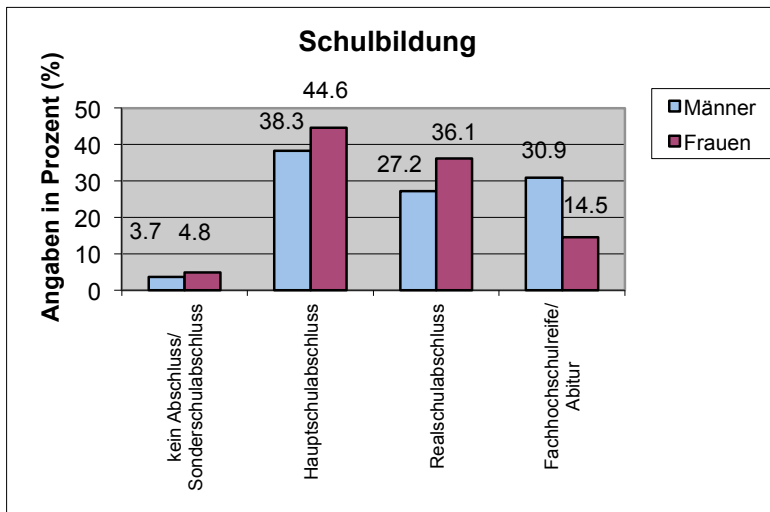


Abb. 29: Schulbildung der Männer (N=81) und Frauen (N=83), zum Zeitpunkt der Entlassung, Angaben in Prozent); $\chi^2=6,447$.

III.1.5 Berufsausbildung

Gruppiert ergaben sich folgende Ergebnisse: Die Mehrzahl der Frauen mit 67,9% (N=55) und Männer mit 66,3% (N=53) hatte eine Berufsausbildung bzw. ein Studium abgeschlossen. Prozentual an zweiter Stelle bei beiden Geschlechtern rangiert die Kategorie „keine abgeschlossene Berufsausbildung“. Tab. 12 & Abb. 29 zeigen die Prozentangaben. Der Vergleich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern erwies sich bei Überprüfung durch den Chi-Quadrat-Test als nicht signifikant ($p=0,095$).

Tab. 12: Berufsausbildung, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Berufsausbildung	Gesamt (N=161)	Männer (N=80)	Frauen (N=81)	p=0,095
Keine	24,8%	21,3%	28,4%	
Abgeschlossene BA/Studium	67,1%	66,3%	67,9%	
In Ausbildung/Studium	8,1%	12,5%	3,7%	

III. Ergebnisse

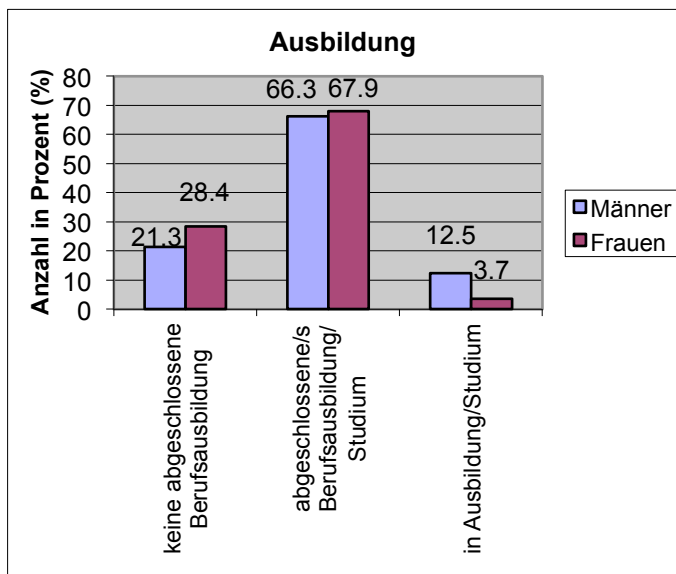


Abb. 30: Ausbildung der Teilnehmer zum Entlasszeitpunkt bei Männern (N=80) und Frauen (N=81), Angaben in Prozent, $\chi=4,700$

III.1.6 Familienstand

Der Familienstand ergab gruppiert in „ohne festen Partner“ (geschieden/getrennt lebend, verwitwet, ledig) und in „verheiratet/mit festem Partner lebend“ folgende Ergebnisse: Mehr Frauen N=31 (37,3%) waren verheiratet oder lebten mit einem festen Partner zusammen als Männer N=17 (21,0%). (Tab. 13 & Abb. 31). Die Überprüfung dieser Unterschiede mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests waren signifikant (p=0,021).

Tab. 13: Familienstand, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Familienstand	Gesamt (N=164)	Männer (N=81)	Frauen (N=83)	p=0,021
Verheiratet/fester Partner	29,3%	21,0%	37,3%	
Geschieden/getrennt lebend/verwitwet	70,7%	79,0%	62,7%	

III. Ergebnisse

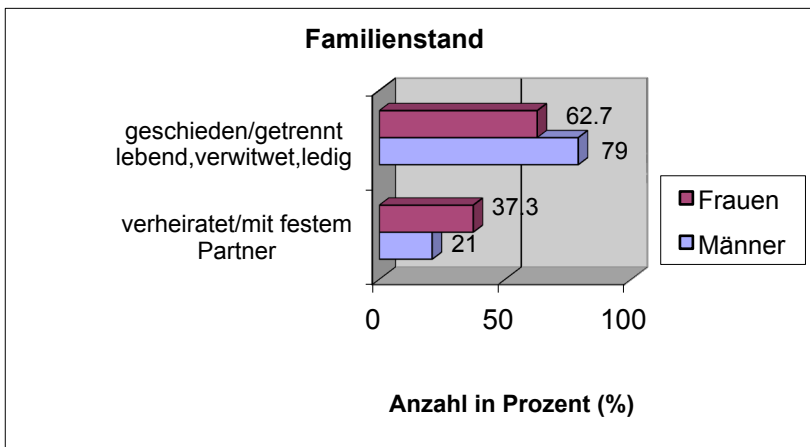


Abb. 31: Familienstand der männlichen (N=81) und weiblichen (N=83) Entlassteilnehmer, Angaben in Prozent, $\chi^2=5,301$

III.1.7 Erwerbstätigkeit vor der aktuellen Aufnahme

Die Mehrzahl der Männer N=39 (48,1%) und Frauen N=46 (56,8%) war in den letzten 6 Monaten nicht erwerbstätig. Der prozentual geringste Anteil von beiden Geschlechtern hatte in den vorhergehenden 6 Monaten eine Arbeitsstelle. Die Ergebnisse waren bei Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Test nicht signifikant ($p=0,413$) (vgl. Tab. 14 & Abb. 32).

Tab. 14: Erwerbstätigkeit, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Erwerbstätigkeit vergangene 6 Monate	Gesamt (N=162)	Männer (N=81)	Frauen (N=81)	p=0,413
Nein	52,5%	48,1%	56,8%	
Ja	34,6%	39,5%	29,6%	
Nein, aber vorhergehende 6 Monate	13%	12,3%	13,6%	

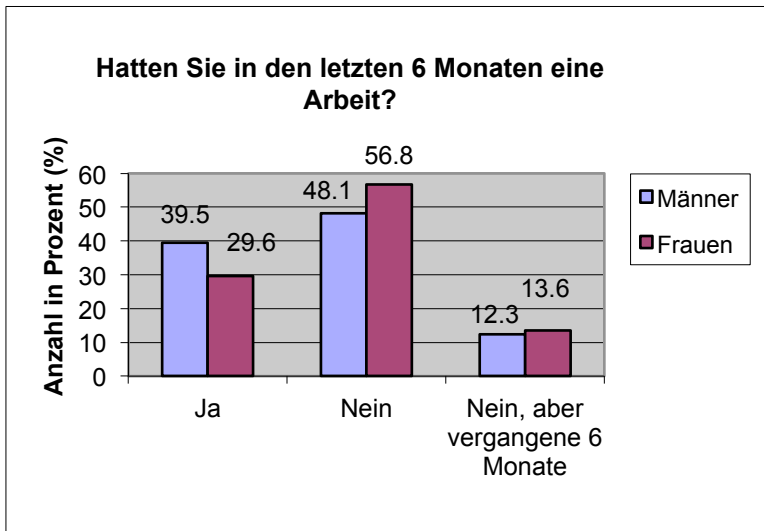


Abb. 32: Arbeitssituation der Männer (N=81) und Frauen (N=81) in den vergangenen 6 Monaten vor dem Zeitpunkt der Aufnahme, Angaben in Prozent. $\chi=1,767$

III.1.8 Beschäftigung

Gruppiert ausgewertet ergab sich folgende Beschäftigungssituation: Frauen erhielten vor Aufnahme mit 37,5% (N=24) am häufigsten Altersrente bzw. waren erwerbs- oder berufsunfähig, bei den Männern waren es 21,4% (15). (Tab. 14 & Abb. 29). Mit 7,8% (N=5) gingen Frauen prozentual am wenigsten einer geschützten Tätigkeit nach. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren bei der Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Test nicht signifikant ($p=0,259$) (vgl. Tab.15 & Abb. 33).

III. Ergebnisse

Tab. 15: Beschäftigung, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Beschäftigung	Gesamt (N=162)	Männer (N=81)	Frauen (N=81)	p=0,259
Altersrente/Pension/Vorruhestand/Erwerbs- o. Berufsunfähigkeit	29,1%	21,4%	37,5%	
Selbständig o. Arbeits-/Angestelltenverhältnis	24,6%	24,3%	25,0%	
Arbeitslos/Arbeit suchend	14,9%	15,7%	14,1%	
Geschützte Tätigkeit	11,9%	15,7%	7,8%	
Freiwillig (unentgeltlich), Student/Hausfrau/mann	13,4%	14,3%	12,5%	
Andere/Antwort verweigert	6,0%	8,6%	3,1%	

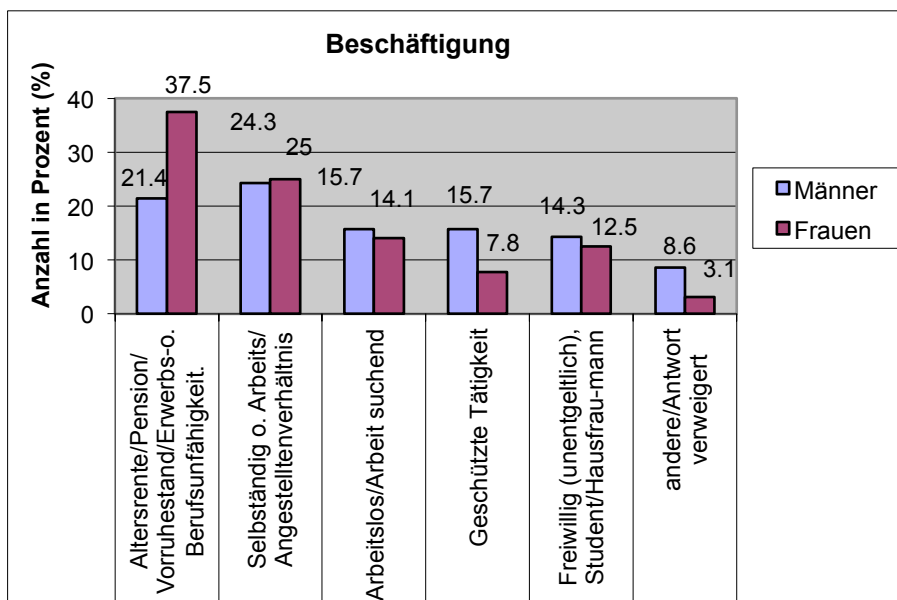


Abb. 33: Beschäftigungssituation vor Aufnahme bei Männern (N=70) und Frauen (N=64), Angaben in Prozent). $\chi=6,524$

III.1.9 Haupteinkommensquelle

Die größte Einkommensquelle stellte bei den Frauen die Rente mit 39,1% (N=25) dar, gefolgt von familiärer Unterstützung mit 25% (N=16). Bei den Männern stand ebenfalls die Rente an erster Stelle mit 32,8% (N=22), gefolgt von Gehalt/Lohn mit 29,9% (N=20). Die übrigen Quellen (Tab. 16 & Abb. 34) zu

III. Ergebnisse

entnehmen. Die Ergebnisse, geprüft mit dem Chi-Quadrat-Test, waren nicht signifikant ($p=0,209$).

Tab. 16: Haupteinkommensquelle, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Haupteinkommensquelle	Gesamt (N=131)	Männer (N=67)	Frauen (N=64)	p=0,209
Rente	35,9%	32,8%	39,1%	
Gehalt/Lohn	23,7%	29,9%	17,2%	
Familiäre Unterstützung	19,1%	13,4%	25,0%	
Sozialleistungen	18,3%	19,4%	17,2%	
Andere	3,1%	4,5%	1,6%	

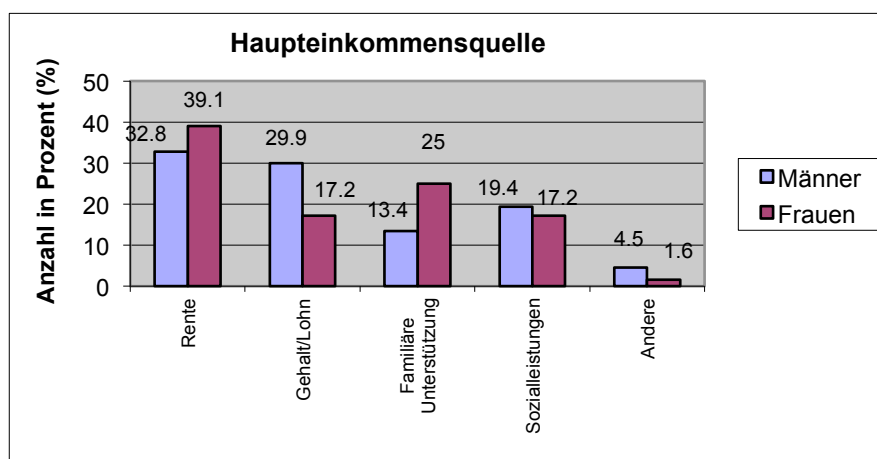


Abb. 34: Haupteinkommensquellen der Männer (N=67) und Frauen (N=64), Angaben in Prozent). $\chi^2=5,865$

III.1.10 Wohnsituation

Die gruppierte Auswertung der Wohnsituation ergab folgende Ergebnisse. Am häufigsten wohnten Frauen in der eigenen Wohnung mit 85,5% (N=59), an zweiter Stelle stand die Wohnung bei den Eltern und die betreute Wohnform/Einrichtung der Eingliederungshilfe mit jeweils 7,2% (N=5). Männer wohnten ebenfalls am häufigsten in der eigenen Wohnung mit 57,1% (N=40), jedoch wohnten sie häufiger als Frauen noch bei den Eltern mit 25,7% (N=18). Die übrigen Wohnmöglichkeiten (Tab. 17 sowie Abb. 35 & 36). Diese Unterschiede waren bei Überprüfung mittels Chi-Quadrat-Test höchst signifikant ($p=0,001$).

III. Ergebnisse

Tab. 17: Wohnsituation, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Wohnsituation	Gesamt (N=139)	Männer (N=70)	Frauen (N=69)	p=0,001
Eigene Wohnung	71,2%	57,1%	85,5%	
Wohnung der Eltern	16,5%	25,7%	7,2%	
Betreute Wohnform	9,4%	11,4%	7,2%	
Sonstige	2,9%	5,7%	0%	

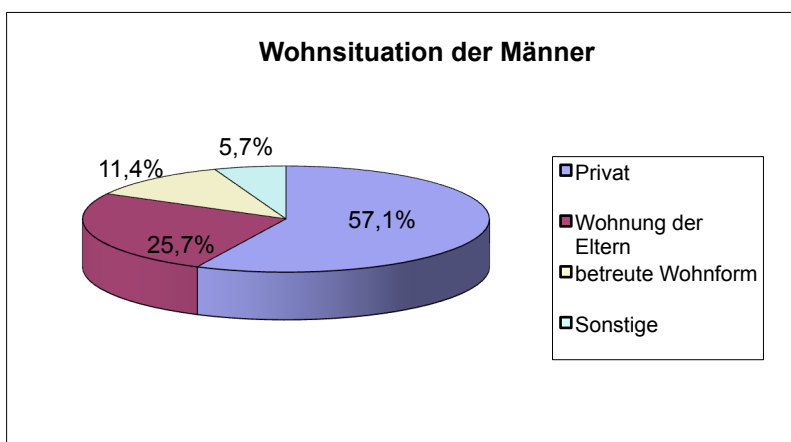


Abb. 35: Wohnsituation der männlichen Patienten (N=70), Angaben in Prozent, $\chi^2=15,680$.

III. Ergebnisse

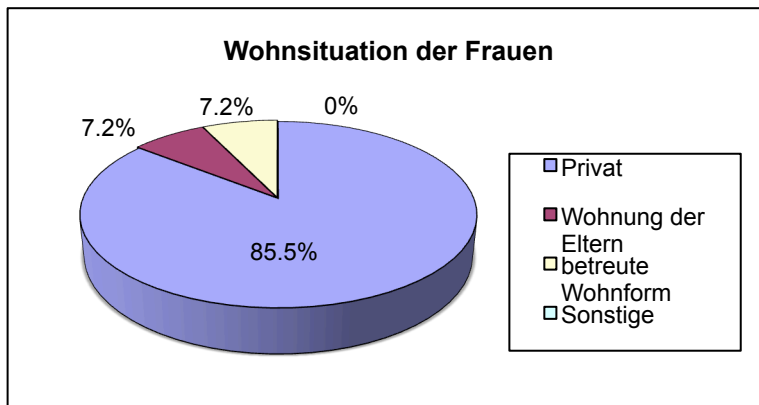


Abb. 36: Wohnsituation der weiblichen Patienten (N=69), Angaben in Prozent, $\chi=15,680$.

III.1.11 Zusammenfassung der Ergebnisse der soziodemographischen Daten

- Männer sind signifikant jünger als Frauen.
- Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in folgenden Punkten:
- Staatsangehörigkeit, Muttersprache, Schulbildung, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Beschäftigung und Haupteinkommensquelle.
- Frauen sind signifikant häufiger verheiratet oder leben mit einem festen Partner zusammen als Männer.
- Männer wohnen signifikant häufiger als Frauen bei den Eltern.

III.2 Bisheriger Krankheitsverlauf und Diagnose

In der folgenden Tabelle sind die erste nervenärztliche/psychiatrische Behandlung (ambulant oder stationär), der Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung, die Anzahl der bisherigen stationären Behandlungen sowie die Gesamtdauer der bisherigen stationären Behandlungen dargestellt. Die Männer und Frauen unterscheiden sich nicht wesentlich in den oben genannten Punkten beim Vergleich der Mittelwerte voneinander. Die Überprü-

III. Ergebnisse

fung der Unterschiede mittels Mann-Whitney-U Test waren für jeden der Punkte nicht signifikant ($p=0,932$; $p=0,941$; $p=0,643$; $p=0,939$).

Tab. 18: Zeitpunkt, Anzahl und Gesamtdauer der nervenärztlichen/stationären Behandlungen von Männern und Frauen, N, M und sd.

		Erste nervenärztliche/psychiatrische Behandlung (vor x Jahren)	Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung (vor x Jahren)	Anzahl der bisherigen stationären Behandlungen	Gesamtdauer der bisherigen stationären Behandlungen (in Monaten)
Männer	N	80	80	80	75
	M	13,0	11,9	7,5	17,0
	sd	10,3	10,3	8,0	21,6
Frauen	N	82	82	81	75
	M	13,9	12,4	8,1	16,1
	sd	11,7	10,8	11,7	19,1

Diagnose

Die Gruppierung der Diagnosen nach F20 und F25 ergab folgende Ergebnisse: Gemäß ICD-10 Klassifikation diagnostizierte man bei 75,3% (N=58) der Männer und 66,7% (N=54) Frauen eine schizophrene Störung (F20). Die größte Untergruppe umfasste hierbei die paranoide Schizophrenie (F20.0) mit 66,2% (N=51) bei den Männern und 61,7% (N=50) bei den Frauen. An einer schizoaffektiven Störung (F25) waren 24,7% (N=19) der männlichen und 33,3% (N=27) der weiblichen Patienten erkrankt. Eine Zweitdiagnose konnte bei 29,2% (N=21) der Männer und bei lediglich 12% (N=9) der Frauen gestellt werden. Die Überprüfung der Unterschiede mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests war für die zusammengefassten Diagnosen nach F20 und F25 nicht signifikant ($p=0,231$), bei dem Vergleich der einzelnen Diagnosen waren sie ebenfalls nicht signifikant ($p=0,462$). Die Unterschiede der Zweitdiagnosen zwischen den Geschlechtern waren bei Überprüfung durch den Chi-Quadrat-Test sehr signifikant ($p=0,010$, $\chi=6,665$) (siehe untenstehende Tab. 19 & 20 sowie Abb. 37 & 38).

III. Ergebnisse

Tab. 19: Diagnosegruppen, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Diagnosegruppen	Gesamt (N=158)	Männer (N=77)	Frauen (N=81)	p=0,231
F20	70,9%	75,3%	66,7%	
F25	29,1%	24,7%	33,3%	

Tab. 20: Zweitdiagnose, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Zweitdiagnose	Gesamt (N=147)	Männer (N=72)	Frauen (N=75)	p=0,010
Ja	20,4%	29,2%	12,0%	
Nein	79,6%	70,8%	88,0%	

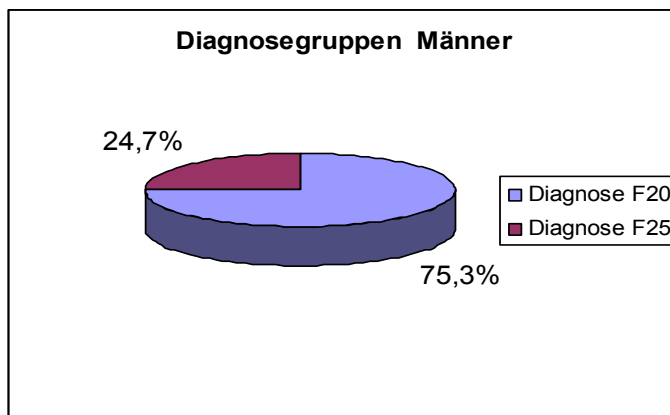


Abb. 37: Diagnosen zusammengefasst nach F20 und F25, Männer (N=77), Angaben in Prozent, $\chi=1,434$

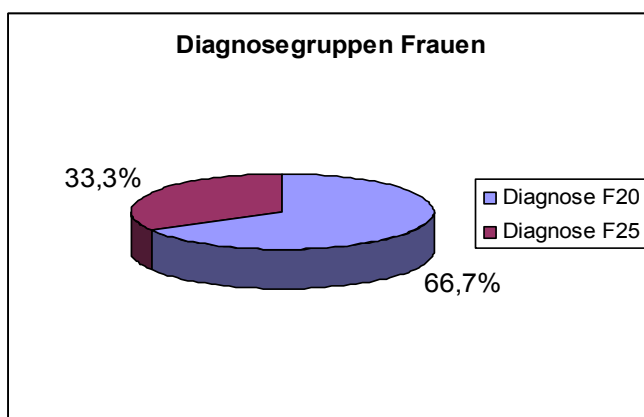


Abb. 38: Diagnosen zusammengefasst nach F20 und F25, Männer (N=77), Angaben in Prozent, $\chi=1,434$

III. Ergebnisse

III.2.1 Entlassmodus

Die Mehrzahl der Männer N=71 (93,4%) und der Frauen N=72 (94,7%) konnte regulär entlassen werden. 5 Männer (6,6%), und 4 Frauen (5,3%) wurden gegen ärztlichen Rat/ bei mangelhafter Motivation/Kooperation entlassen (Tab. 21 & Abb. 38). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern stellten sich bei Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Test als nicht signifikant heraus ($p=0,604$) (vgl. Tab. 21 & Abb. 39).

Tab. 21: Entlassmodus, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Entlassmodus	Gesamt (N=152)	Männer (N=76)	Frauen (N=76)	p=0,604
Reguläre Entlassung	94,1%	93,4%	94,7%	
Gegen ärztlichen Rat/mangelnde Motivation/Kooperation	5,9%	6,6%	5,3%	

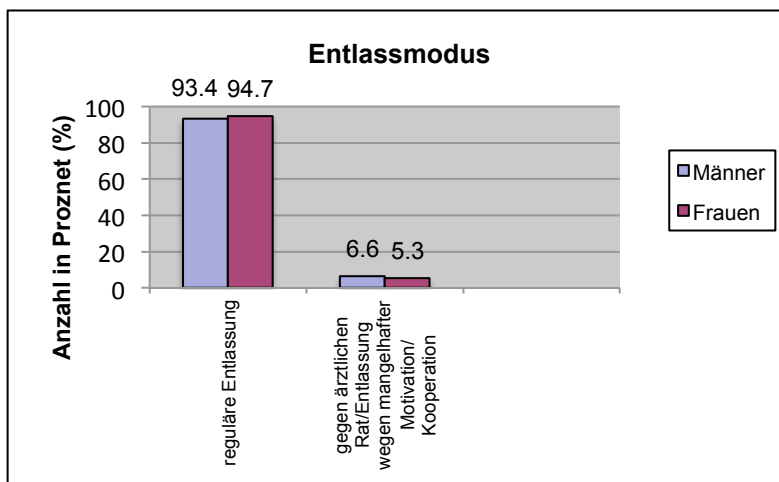


Abb. 39: Entlassmodus Männer (N=76) und Frauen (N=76) zum Entlasszeitpunkt, Angaben in Prozent, $\chi^2=1,007$.

III.2.2 Ambulante medizinische Behandlung vor dem Klinikaufenthalt

Vor dem Aufenthalt in der Klinik waren die Mehrzahl der männlichen mit 62,0% (N=49) und der weiblichen Patienten mit 61,7% (N=50) bei einem Psychiater/Nervenarzt in Behandlung. Hausärztliche Betreuung nahmen bei den Frauen

III. Ergebnisse

12,3% (N=10), und Männern 3,8% (N=3) in Anspruch (vgl. Tab. 22 & Abb. 40). Die Überprüfung der Ergebnisse auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit dem Chi-Quadrat-Test war nicht signifikant ($p=0,106$).

Tab. 22: Ambulante Behandlung vor Klinikaufenthalt, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Ambulante medizinische Behandlung vor dem Klinikaufenthalt	Gesamt (N=160)	Männer (N=79)	Frauen (N=81)	p=0,106
Psychiater/Nervenarzt	61,9%	62,0%	61,7%	
Hausarzt	8,1%	3,8%	12,3%	
PIA/Poliklinik	16,9%	16,5%	17,3%	
Keine	13,1%	17,7%	8,6%	

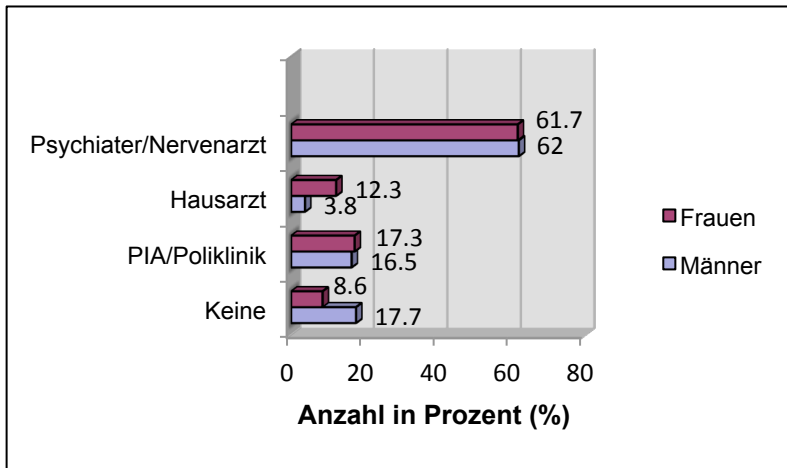


Abb. 40: Ambulante medizinische Behandlung vor dem Klinikaufenthalt bei Männern (N=79) und Frauen (N=81), Angaben in Prozent, $\chi^2=6,126$.

III. 2.3 Ambulante medizinische Behandlung nach dem Klinikaufenthalt

Nach dem Klinikaufenthalt waren die Mehrzahl der männlichen mit 62,5% (N=50) und der weiblichen Patienten mit 64,4% (N=51) weiterhin bei einem Psychiater/Nervenarzt in Behandlung. Durch eine psychiatrische Institutsambulanz/Poliklinik wurden 27,8% (N=22) der Frauen und 27,5% (N=22) der Männer betreut (vgl. Tab. 23 & Abb. 41). Die Überprüfung der Ergebnisse auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit Hilfe des Chi-Quadrat-Test war nicht signifikant ($p=0,377$).

III. Ergebnisse

Tab. 23: Ambulante Behandlung nach Klinikaufenthalt, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Ambulante medizinische Behandlung nach dem Klinikaufenthalt	Gesamt (N=159)	Männer (N=80)	Frauen (N=79)	p=0,377
Psychiater/Nervenarzt	63,5%	62,5%	64,6%	
Hausarzt	6,9%	6,3%	7,6%	
PIA/Poliklinik	27,7%	27,5%	27,8%	
Keine	1,9%	3,8%	0,0%	

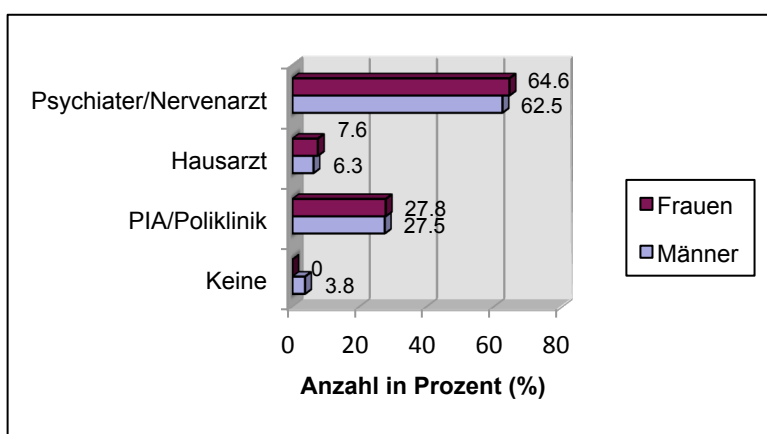


Abb. 41: Ambulante medizinische Behandlung nach dem Klinikaufenthalt bei Männern (N= 80) und Frauen (N=79), Angaben in Prozent, $\chi^2 = 3,095$.

III.2.4 Psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades (Eltern, Kinder, Geschwister)

Auf die Frage, ob es eine schizophrene/psychotische Störung bei Verwandten ersten Grades in ihrer Familie gibt, antworteten 165 Patienten wie folgt: Die meisten männlichen Patienten N=57 (70,4%) und weiblichen Patienten N=53 (63,1%) hatten keine familiäre Vorbelastung. An zweiter Stelle sowohl bei den Frauen N=18 (21,4%) als auch bei den Männer N=15 (18,5%) war bereits eine schizophrene/psychotische Erkrankung in der nächsten Familie bekannt (Tab. 24 & Abb. 42). Bei Überprüfung der Ergebnisse mittels Chi-Quadrat-Test war keine Signifikanz feststellbar (p=0,579).

III. Ergebnisse

Tab. 24: Psychiatrische Erkrankungen, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades	Gesamt (N=165)	Männer (N=81)	Frauen (N=84)	p=0,579
Ja	20,0%	18,5%	21,4%	
Nein	66,7%	70,4%	63,1%	
Weiß nicht	13,3%	11,1%	15,5%	

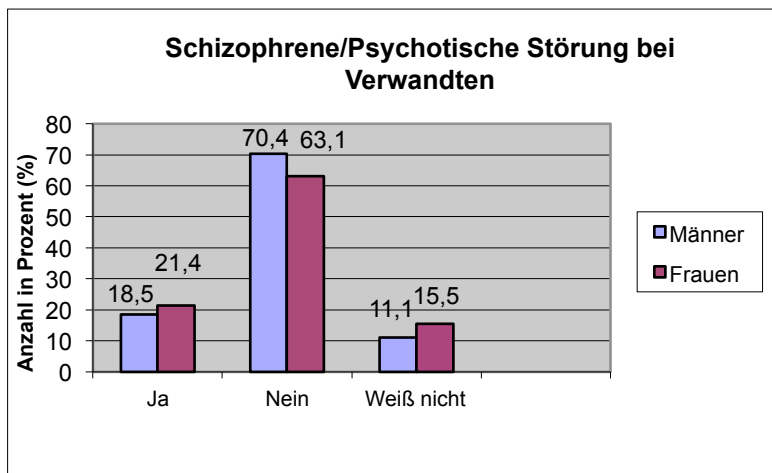


Abb. 42: Schizophrene/Psychotische Störung bei Verwandten ersten Grades bei Männern (N=81) und Frauen (N=84), Angaben in Prozent, $\chi^2=1,091$.

III.2.5 Suizidgedanken und -versuch

Die Mehrzahl der Männer mit 65,4% (N=53) und Frauen mit 57,1% (N=48) gaben an, im letzten Jahr an keinen Suizidgedanken gelitten zu haben. Die übrigen Angaben (Tab. 25 & Abb. 43). Die Ergebnisse waren bei Überprüfung durch den Chi-Quadrat-Test nicht signifikant ($p=0,179$). In etwa gleich viele Frauen N=74 (89,2%) wie Männer N=73 (89,0%) hatten im letzten halben Jahr keinen Suizidversuch unternommen (Tab. 26 & Abb. 44). Die Überprüfung der Ergebnisse mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests ergab keine Signifikanz ($p=0,978$). Die Anzahl der Suizidversuche bezogen auf das gesamte Leben betrug im Mittel bei den Männern 0,65 mit einer Standardabweichung von 1,15. Bei den Frauen lag der Mittelwert bei 1,0, die Standardabweichung betrug 2,1 (Tab. 27). Diese Ergebnisse waren bei Überprüfung mittels Mann-Whitney-U Test nicht signifikant ($p=0,384$).

III. Ergebnisse

Tab. 25: Suizidgedanken, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Suizidgedanken	Gesamt (N=165)	Männer (N=81)	Frauen (N=84)	p=0,179
Gar nicht	61,2%	65,4%	57,1%	
Selten	19,4%	21,0%	17,9%	
Häufig	19,4%	13,6%	25,0%	

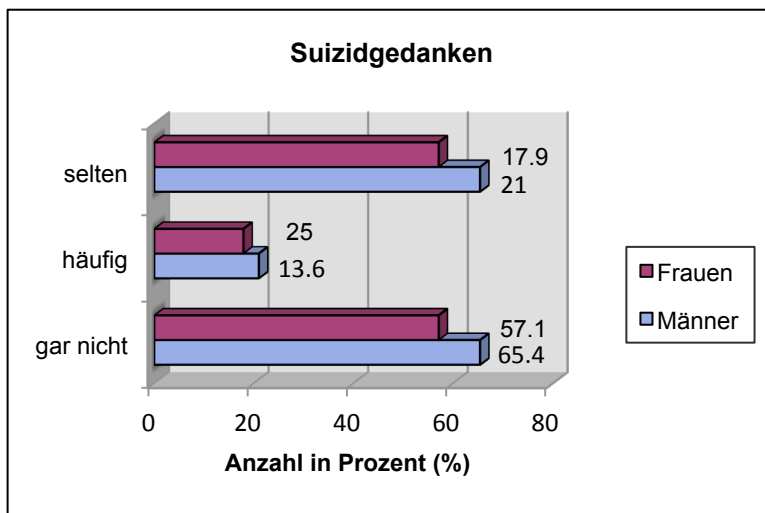


Abb. 43: Suizidgedanken bei Männern (N=81) und Frauen (N=84) im letzten halben Jahr, Angaben in Prozent, $\chi^2=3,444$.

Tab. 26: Suizidversuch, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Suizidversuch im letzten halben Jahr	Gesamt (N=165)	Männer (N=82)	Frauen (N=83)	p=0,978
Ja	10,9%	11,0%	10,8%	
Nein	89,1%	89,0%	89,2%	

III. Ergebnisse

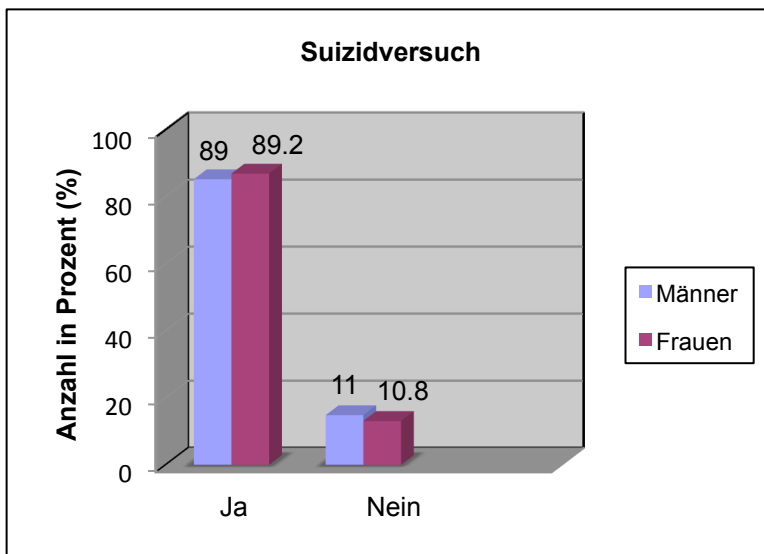


Abb. 44: Suizidversuch im letzten halben Jahr von Männer (N=82) und Frauen (N=83), Angaben in Prozent, $\chi=0,001$.

Tab. 27: Anzahl der Suizidversuche auf das gesamte Leben bezogen, Angaben in Prozent, M, sd, (N) und p-Wert.

Anzahl Suizidversuche (gesamtes Leben)	Gesamt (N=165)	Männer (N=82)	Frauen (N=83)	p=0,384
M	0,84	0,65	1,04	
sd	1,73	1,15	2,14	

III.2.6 Aktuelle Behandlung

Die überwiegende Mehrheit der Frauen N=73 (86,9%) und Männer N=69 (85,2%) befand sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in vollstationärer Behandlung (Tab. 28 & Abb. 45). Die Überprüfung der Ergebnisse auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen mittels Chi-Quadrat-Test ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen (p=0,750).

III. Ergebnisse

Tab. 28: Aktuelle Behandlung, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Aktuelle Behandlung	Gesamt (N=165)	Männer (N=81)	Frauen (N=84)	p=0,750
vollstationär	86,1%	85,2%	86,9%	
teilstationär	13,9%	14,8%	13,1%	

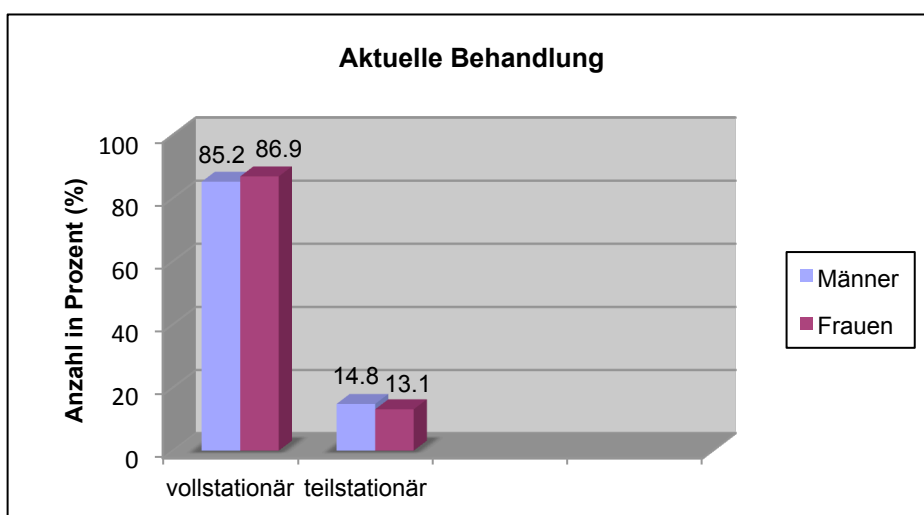


Abb. 45: Angaben zur aktuellen Behandlung von Männern (N=81) und Frauen (N=84), Angaben in Prozent, $\chi^2=0,102$.

III.2.7 Einweisungsmodus zur aktuellen stationären Behandlung

Am häufigsten wurden Frauen N=21 (25,9%) und Männer N=26 (32,1%) durch einen niedergelassenen Psychiater/Psychotherapeut eingewiesen. Nachfolgende Tabelle 29 und Abbildung 46 veranschaulichen die Einweisungsmodi absoluten und prozentualen Zahlen. Die Vergleiche der Ergebnisse auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen wurden mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests überprüft und waren nicht signifikant (p=0,159).

III. Ergebnisse

Tab. 29: Einweisungsmodus, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Einweisungsmodus zur aktuellen stationären Behandlung	Gesamt (N=162)	Männer (N=81)	Frauen (N=81)	p=0,159
Ohne ärztliche Einweisung	17,3%	19,8%	14,8%	
Niedergelassener Psychiater/Psychotherapeut	29,0%	32,1%	25,9%	
Sonstiger niedergelassener Arzt	14,2%	7,4%	21,0%	
Eigene psychiatrische Ambulanz/PIA/Poliklinik	11,1%	12,3%	9,9%	
Notarzt/ambulanter Notdienst	6,8%	6,2%	7,4%	
Gesundheitsamt/Polizei o.ä.	15,4%	18,5%	12,3%	
Sonstige	6,2%	3,7%	8,6%	

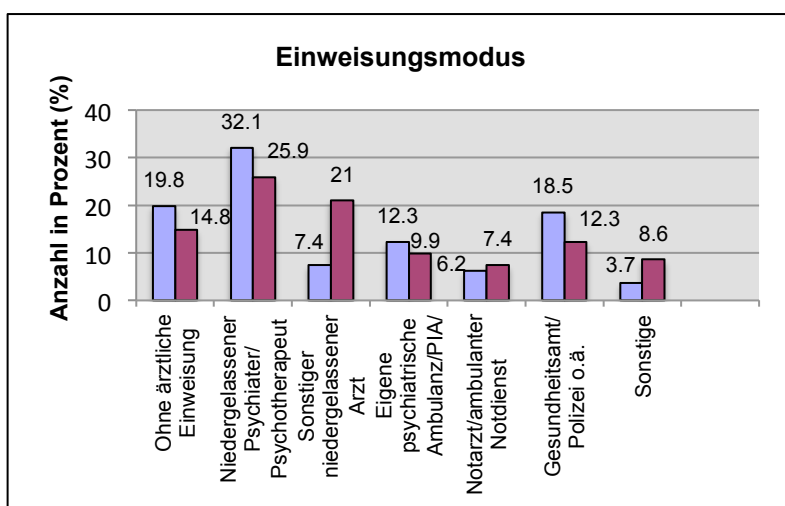


Abb. 46: Einweisungsmodus zur aktuellen stationären Behandlung von Männern (N=81) und Frauen (N=81), Angaben in Prozent, $\chi^2=9,277$.

III.2.8 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Krankheitsverlauf und Diagnose“

- Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in folgenden Punkten:
- Diagnose, Entlassmodus, ambulanter medizinischer Behandlung vor und nach Klinikaufenthalt
- Psychischen Erkrankungen bei Verwandten 1. Grades
- Suizidgedanken und –versuch

III. Ergebnisse

- Aktuelle Behandlung und Einweisungsmodus.
- Männer und Frauen unterscheiden sich signifikant in der Zweitdiagnose.
- Zu den häufigsten genannten Zweitdiagnosen gehörten z.B. schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) gefolgt von Nikotinabusus (ICD-10: F17.1).

III.3 Psychopharmakologische Medikation

III.3.1 Psychopharmakologische Medikation vor Aufnahme

72,0% der männlichen Patienten (N=82) und 77,4% der weiblichen Patienten (N=84) gaben an, ein Neuroleptikum/Kombinationstherapie mit einem Neuroleptikum vor Aufnahme eingenommen zu haben. 25,6% (N=21) der Männer und 15,5% (N=13) der Frauen nahm Olanzapin ein. Risperidon erhielten 18,3% (N=15) der Männer und 20,5% (N=17) der Frauen. 14,6% (N=12) der männlichen und 20,2% (N=17) der weiblichen Patienten bekamen Quetiapin vor der Aufnahme. Kein Neuroleptikum, aber andere Psychopharmaka nahmen 2,4% (N=2) der Männer und 6,0% (N=5) der Frauen ein. Keine Medikation erhielten 25,6% (N=21) der männlichen und 16,7% (N=14) der weiblichen Patienten. Die Überprüfung der Ergebnisse auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen mittels Chi-Quadrat Test ergab keine Signifikanz ($p=0,229$, $\chi^2=2,952$).

III. Ergebnisse

Tab. 30: Psychopharmakologische Medikation, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Psychopharmakologische Medikation	Gesamt (N=166)	Männer (N=82)	Frauen (N=84)	p=0,229
Neuroleptikum	74,7%	72,0%	77,4%	
Andere Psychopharmaka	4,2%	2,4%	6,0%	
Keine Medikation	21,1%	25,6%	16,6%	

Tab. 31: Neuroleptika, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Neuroleptikum	Gesamt (N=166)	Männer (N=82)	Frauen (N=84)	p
Olanzapin	20,5%	25,6%	15,5%	0,077
Risperidon	19,4%	18,3%	20,5%	0,437
Quetiapin	17,5%	14,6%	20,2%	0,228
Anderes	42,6%	41,5%	43,8%	0,388

III.3.2 Einnahme der Medikamente vor Aufnahme

Deutlich mehr Frauen N=28 (37,8%) als Männer N=17 (23,0%) nahmen ihre Medikamente unregelmäßig ein. Hingegen nahmen mehr Männer N=21 (28,4%) als Frauen N=9 (12,2%) ihre Medikamente gar nicht ein (Tab. 32 & Abb. 47). Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede waren bei Überprüfung der Ergebnisse mittels Chi-Quadrat-Test signifikant ($p=0,023$).

Tab. 32: Medikamenteneinnahme, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Medikamenteneinnahme	Gesamt (N=148)	Männer (N=74)	Frauen (N=74)	p=0,023
wie verordnet	49,3%	48,6%	50%	
unregelmäßig	30,4%	23%	37,8%	
gar nicht	20,3%	28,4%	12,2%	

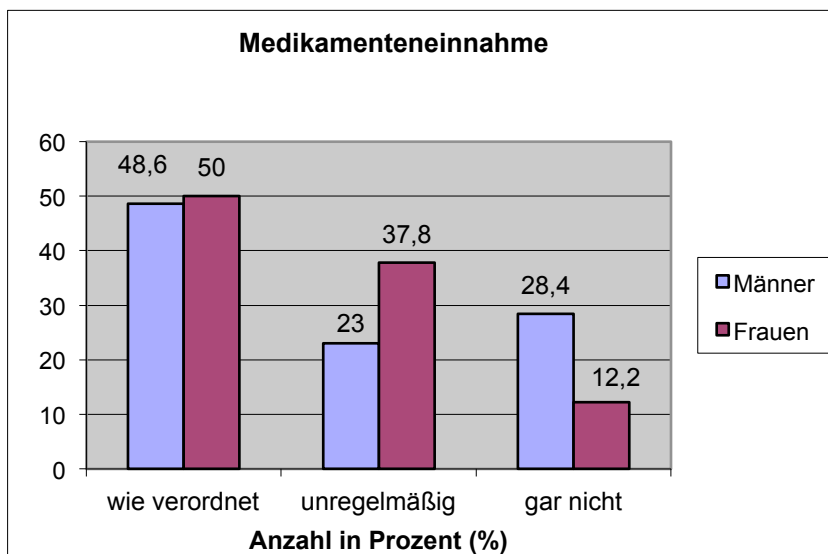


Abb. 47: Einnahme der Medikamente vor Aufnahme, Männer (N=74) und Frauen (N=74), Angaben in Prozent, $\chi^2=7,503$.

III.3.3 Aktuelle Medikation

Die Mittelwerte lagen bei fast allen Items sowohl bei Männern als auch Frauen im mittleren Bereich. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in der Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen mit Medikamenten sowie in der Qualität der Aufklärung über die Wirkung bzw. Nebenwirkung des Neuroleptikums und in der Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung. Frauen (M=2,7) erlebten eine geringere Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl des Neuroleptikums als Männer (M= 3,4). Der Vergleich der Ergebnisse auf Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Patienten war bei Überprüfung mittels Mann-Whitney-U-Test signifikant ($p=0,032$). Die übrigen Items unterscheiden sich bei Männern und Frauen nicht signifikant voneinander (Tab. 33 & Abb. 48).

Tab. 33: Beurteilung der aktuellen Medikation der männlichen und weiblichen Teilnehmer zum Zeitpunkt der Entlassung, N, M, sd und p-Wert. $U=2627,5$.

Item	Geschlecht	N	Mw	Sd	p
A) Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen mit Medikamenten (Skala von 1=überhaupt nicht bis 7=sehr stark).	männlich	78	4,2	1,96	0,158
	weiblich	74	3,7	2,03	
B) Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl des Neuroleptikums (Skala von 1=überhaupt keine bis 7=sehr groß).	männlich	81	3,4	2,21	0,032*
	weiblich	80	2,7	1,92	
C) Qualität der Aufklärung über die Wirkung des Neuroleptikums (Skala von 1=sehr schlecht bis 7=sehr gut).	männlich	81	4,0	2,06	0,359
	weiblich	79	3,7	1,96	
D) Qualität der Aufklärung über die Nebenwirkungen (Skala von 1=sehr schlecht bis 7=sehr gut).	männlich	79	3,6	2,05	0,194
	weiblich	80	3,2	1,95	
E) Zufriedenheit mit medikamentöser Behandlung (Skala von 1=überhaupt nicht zufrieden bis 7= sehr zufrieden).	männlich	82	4,8	1,94	0,256
	weiblich	83	5,3	1,55	

III. Ergebnisse

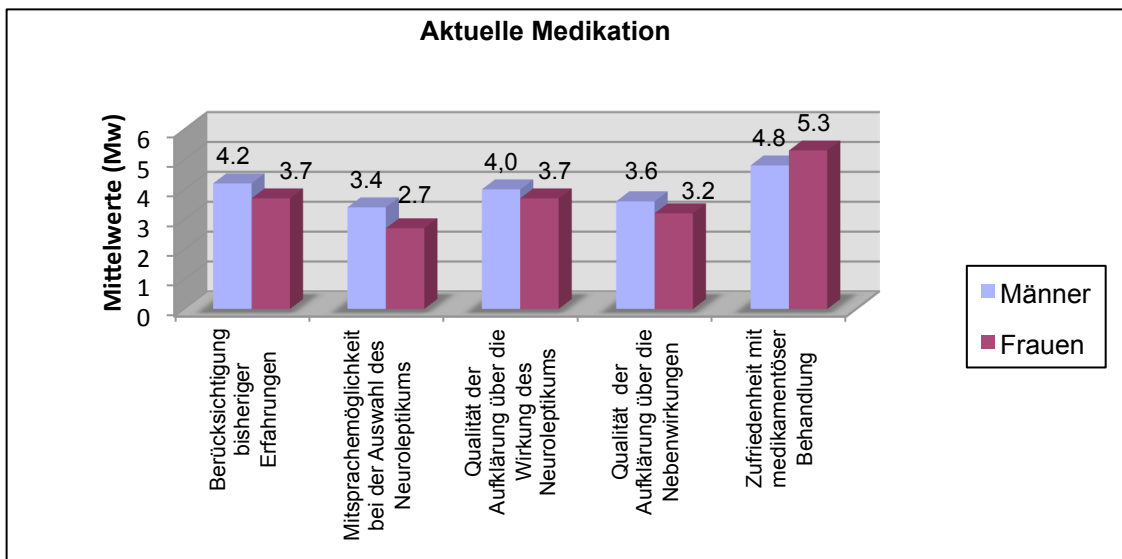


Abb. 48: Aktuelle Medikation der Entlassteilnehmer, Mw

III.3.4 Medikamentenwirkungen und –nebenwirkungen

III.3.4.1 Wirkungen der aktuellen Neuroleptika-Medikation

Bei dem Fragebogen der Wirkungscheckliste wurde die Anzahl der maximal 21 möglichen, spontan zu nennenden Wirkungen zur besseren Übersicht gruppiert. Die Anzahl der Wirkungen wurde innerhalb der Untersuchungsstichprobe in „keine Wirkungen“, „1-2 Wirkungen“ und „3 Wirkungen und mehr“ zusammengefasst. 10 (12,2%) der 82 männlichen Teilnehmer nannten spontan keine Wirkungen. Von den 84 weiblichen Teilnehmer verspürten 14 (16,7%) keine Wirkungen. 49 Männer (59,8%) und 46 Frauen (54,8%) gaben 1-2 Wirkungen an, 23 der männlichen Patienten (28,0%) und 24 der weiblichen Patienten (28,6%) verspürten sogar 3 Wirkungen und mehr. Diese Unterschiede waren statistisch nicht signifikant ($p=0,68$) (vgl. Tab. 34 sowie Abb. 49).

III. Ergebnisse

Tab. 34: Medikamentenwirkungen, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Medikamentenwirkungen	Gesamt (N=166)	Männer (N=82)	Frauen (N=84)	p=0,68
Keine Wirkungen	14,5%	12,2%	16,7%	
1-2 Wirkungen	57,2%	59,8%	54,8%	
3 Wirkungen und mehr	28,3%	28%	28,6%	

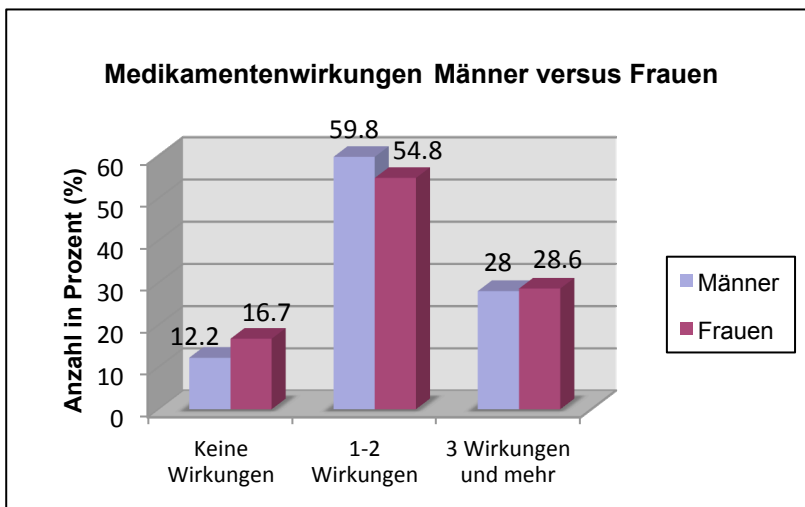


Abb. 49: Medikamentenwirkungen Männer versus Frauen, Angaben in Prozent

III.3.4.2 Nebenwirkungen der aktuellen Neuroleptikamedikation

Bei dem Fragebogen der Nebenwirkungscheckliste wurde die Anzahl der maximal 35 spontan zu nennenden Nebenwirkungen zur besseren Übersicht gruppiert. Analog den Wirkungen wurden die spontan genannten Nebenwirkungen in „keine Nebenwirkungen“, „1 bis 2 Nebenwirkungen“ und „3 Nebenwirkungen und mehr“ gruppiert. 20 der 82 männlichen Patienten (24,4%) und ebenfalls 20 der 84 weiblichen Patienten (23,8%) gaben an, keine Nebenwirkungen zu verspüren. 42 männliche (51,2%) und 43 weibliche Patienten (51,2%) litten unter 1-2 Nebenwirkungen. 20 Männer (24,4%) und 21 Frauen (25,0%) berichteten sogar über 3 und mehr Nebenwirkungen. Diese Unterschiede waren statistisch nicht signifikant ($p=0,99$) (vgl. Tab. 35 sowie Abb. 50).

Tab. 35: Medikamentennebenwirkungen, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert.

Medikamentennebenwirkungen	Gesamt (N=166)	Männer (N=82)	Frauen (N=84)	p=0,99
Keine Nebenwirkungen	24,1%	24,4%	23,8%	
1-2 Nebenwirkungen	51,2%	51,2%	51,2%	
3 Nebenwirkungen und mehr	24,7%	24,4%	25,0%	

III. Ergebnisse

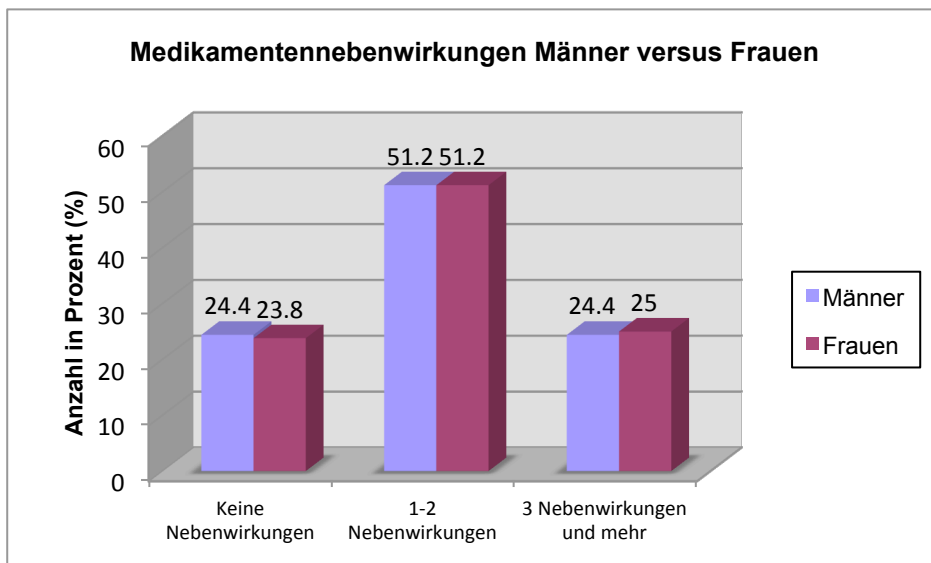


Abb. 50: Medikamentennebenwirkungen Männer versus Frauen, Angaben in Prozent

III.3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich

„psychopharmakologische Medikation“

- Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in folgenden Punkten:
Psychopharmakologischen Medikation vor Aufnahme, Anzahl der Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptikamedikation
- Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen mit Medikamenten, Qualität der Aufklärung über Wirkung/Nebenwirkung des Neuroleptikums, Zufriedenheit mit medikamentöser Behandlung.
- Frauen nehmen signifikant häufiger als Männer ihre Medikamente unregelmäßig ein. Männer nehmen signifikant häufiger als Frauen ihre Medikamente gar nicht ein.
- Männer erleben eine signifikant größere Mitsprachemöglichkeit als Frauen bei der Auswahl des Neuroleptikums

III.4 Fremdbeurteilungsskalen

III.4.1 Positiv- und Negativsyndromskala (PANSS)

Folgende Tabelle zeigt die Extremwerte sowie Mittelwert, Standardabweichung und Median der einzelnen Subskalen der PANSS und den Gesamtscore. Die Mittelwerte unterschieden sich bei Männern und Frauen nur minimal. Dabei war die Psychopathologie der einzelnen Subskalen nur gering (Positiv- und Negativskala) bis mittel (Allgemeinpsychopathologie, Gesamtscore) ausgeprägt. Die Überprüfung der Unterschiede mittels Mann-Whitney-U Test war für sowohl für die Subskalen als auch den Gesamtscore nicht signifikant.

Tab. 36: PANSS-Subscores, N, M, sd, Md, Min und Max der Geschlechter zum Entlasszeitpunkt.

PANSS-Skalen	Geschlecht	N	M	sd	Md	Min	Max	p
Positivskala	männlich	82	11,7	4,76	11,0	7	29	0,56
	weiblich	84	11,5	4,75	10,0	7	31	
Negativskala	männlich	82	14,3	5,74	13,0	7	32	0,47
	weiblich	84	13,8	6,33	11,0	7	35	
Allgemeinpsychopathologie	männlich	82	27,8	7,23	27,0	16	49	0,6
	weiblich	84	27,6	7,99	26,0	16	59	
Gesamtscore	männlich	82	53,8	14,99	52,0	31	101	0,41
	weiblich	84	52,9	16,67	48,0	30	123	

III.4.2 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die Untersuchungsstichprobe bei den männlichen Patienten (N=81) wies einen Mittelwert von 54,2 mit einer Standardabweichung von 12,1 und Extremwerten von 28 und 85 auf. Bei den weiblichen Patienten (N=84) lag der Mittelwert bei 57,1 mit einer Standardabweichung von 14,4 und Extrema von 29 und 85. In der GAF wird der Mittelwert bei beiden Geschlechtern als „mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen) beschrieben. Bei

III. Ergebnisse

Überprüfung der Unterschiede mittels Mann-Whitney-U Test ergab sich keine Signifikanz ($p=0,16$) (siehe Abb. 51).

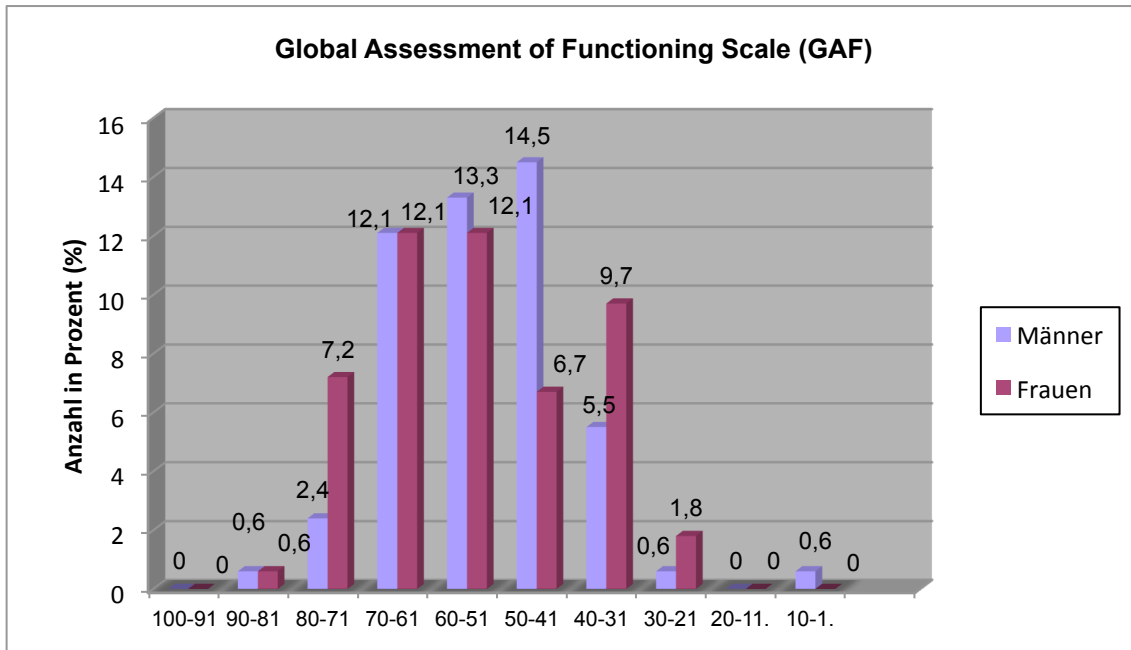


Abb. 51: GAF-Werte von Männern und Frauen

III.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Fremdbeurteilungsskalen“

- Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in den einzelnen PANSS-Subskalen (Positiv- und Negativskala, Allgemeinpsychopathologie) und dem Gesamtscore.
- Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in den GAF-Werten.

III.5 Medikamenten und Behandlungcompliance

Tab. 37 zeigt den Compliance Summenmittelwert, der bei Männern und Frauen eine gute Compliance zeigt. Die Unterschiede waren bei Überprüfung mit dem Mann-Whitney-U Test hoch signifikant ($p < 0,001^{***}$).

Tab. 37: Compliance-Summenwert bei Männern und Frauen, N, M, sd, Min und Max.

Compliance-Summenwert	N	M	Sd	Min	Max
Männer	82	13,0	5,5	8,0	32,0
Frauen	83	15,4	4,8	8,0	32,0

Untenstehende Tabelle zeigt den Summenmittelwert der MARS bei Männern und Frauen. Die erreichten Mittelwerte sind bei beiden Geschlechtern relativ hoch mit 7,0 bei den Männern bzw. 7,8 bei den Frauen und bei einem Maximalwert vom 10,0. Die Unterschiede waren bei Überprüfung mittels Mann-Whitney-U Test nicht signifikant ($p = 0,9$).

Tab. 38: Mars-Summenwert bei Männern und Frauen, N, M, sd, Min und Max.

Mars-Summenwert	N	M	sd	Min	Max
Männer	82	7,0	2,2	1	10
Frauen	82	7,8	1,7	1	10

III.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Medikamenten- und Behandlungcompliance“

- Männer zeigen einen hoch signifikant besseren Compliance Summenmittelwert als Frauen.
- Es ergibt sich kein signifikanter Unterschied im MARS-Summenmittelwert zwischen Männer und Frauen.

III.6 Zahlen-Symbol-Test (ZST)

Bei den 79 männlichen Teilnehmern betrug der Mittelwert der Wertepunkte 7,9 mit einer Standardabweichung von 2,6. Bei den 78 weiblichen Teilnehmern lag der Mittelwert bei 9,1, die Standardabweichung betrug 2,9. Die Extrema lagen jeweils zwischen 1 und 19. Die Überprüfung der Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf Signifikanz mittels t-Test waren nicht signifikant ($p=0,443$).

III.6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse des Zahlen-Symbol-Tests (ZST)

- Es ergibt sich kein signifikanter Unterschied in den Wertepunkten des ZST zwischen Männern und Frauen.

III.7 Zufriedenheitswerte der subjektiven Lebensqualität

Tab. 39: Zufriedenheiten mit den einzelnen Domänen der Lebensqualität, Geschlecht, N, M, sd, Min, Max und p.

Bereich	Geschlecht	N	M	sd	Min	Max	p
Zufriedenheiten mit							
Allgemeine Lebenszufriedenheit	männlich	81	4,5	1,59	1	7	ns
	weiblich	82	4,6	1,50	1	7	
Berufliche Tätigkeit	männlich	77	4,3	1,90	1	7	ns
	weiblich	79	4,5	1,78	1	7	
Freizeit	männlich	82	5,2	3,09	1	7	<0,05*
	weiblich	82	4,5	1,45	1	7	
Religion	männlich	68	5,6	1,15	1	7	ns
	weiblich	73	5,5	1,36	1	7	
Finanzen	männlich	81	4,1	1,78	1	7	ns
	weiblich	82	4,0	1,70	1	7	
Wohnung	männlich	80	4,7	1,34	1	7	<0,05*
	weiblich	83	5,1	1,26	1	7	
Sicherheit und Recht	männlich	80	5,7	1,17	1	7	ns
	weiblich	80	5,6	1,14	1	7	
Familie	männlich	80	4,9	1,41	1	7	ns
	weiblich	80	4,8	1,44	1	7	
Freunde und Bekannte	männlich	80	5,1	1,14	2	7	ns
	weiblich	81	5,2	1,09	1	7	
Gesundheit allgemein	männlich	80	4,9	1,44	2	7	ns
	weiblich	83	4,6	1,49	1	7	
körperlichem Zustand	männlich	80	4,7	1,46	1	7	ns
	weiblich	83	4,4	1,69	1	7	
emotionalem Wohlbefinden	männlich	80	4,5	1,75	1	7	ns
	weiblich	83	4,7	1,58	1	7	

Männer und Frauen zeigten sich am unzufriedensten mit dem Bereich Finanzen. Am zufriedensten waren die Studienteilnehmer mit dem Bereich Sicherheit und Recht gefolgt von dem Bereich Freunde und Bekannte und Religion. Signifikant unterscheiden sich Männer und Frauen in der Zufriedenheit mit der Wohnung und der Freizeit. ($p < 0,05^*$). Frauen sind mit ihrer Wohnung zufriedener als Männer, während diese mit ihrer Freizeit zufriedener als Frauen sind.

III.7.1. Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Zufriedenheitswerte der subjektiven Lebensqualität“

- Männer sind signifikant zufriedener als Frauen mit ihrer Freizeit im Bereich der subjektiven Lebensqualität.
- Frauen sind signifikant zufriedener als Männer mit ihrer Wohnung im Bereich der subjektiven Lebensqualität.

III.8 Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning (GAF) und der allgemeinen Lebensqualität sowie der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

III.8.1 Global Assessment of Functioning (GAF) und allgemeine Lebenszufriedenheit

Tab. 40: Zusammenhang GAF und allgemeine Lebenszufriedenheit, N, Wert, p.

Variable	N	Testverfahren	Wert	p
GAF-Allgemeine Lebenszufriedenheit	162	Spearman-Rho	0,249	<0,001***

Es besteht ein höchst signifikanter, positiver Zusammenhang zwischen der allgemeinen Funktionsfähigkeit (GAF) und der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer ($p < 0,001^{***}$). Teilnehmer mit einem höheren GAF-Wert haben eine höhere Lebenszufriedenheit und umgekehrt.

III.8.2 Global Assessment of Functioning (GAF) und PANSS

Es besteht jeweils ein hoch signifikanter, negativer Zusammenhang zwischen der GAF und der Allgemeinpsychopathologie und der Negativ- und Positivsymptomatik der PANSS-Skala (Spearman-Rho: $p < 0,01^{**}$). Entlassteilnehmer mit hohen PANSS-Werten zeigen einen niedrigen GAF-Wert und umgekehrt.

III. Ergebnisse

Tab. 41: Zusammenhang GAF und PANSS, N, Spearman-Rho, Wert, p-Wert.

Variable	N	Testverfahren	Wert	p
GAF-PANSS- Allgemeinpsychopathologie	165	Spearman-Rho	-0,560	<0,01**
GAF-PANSS- Positivsymptomatik	165	Spearman-Rho	-0,555	<0,01**
GAF-PANSS- Negativsymptomatik	165	Spearman-Rho	-0,518	<0,01**

III.8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich „Vergleich des Zusammenhangs zwischen der Global Assessment of Functioning (GAF) und der allgemeinen Lebensqualität sowie der Positive und Negative Syndrome Scale (PANSS)“

- Es besteht ein höchst signifikant positiver Zusammenhang zwischen der allgemeinen Funktionsfähigkeit (GAF) und der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer.
- Es besteht ein hoch signifikant negativer Zusammenhang zwischen der allgemeinen Funktionsfähigkeit (GAF) und der Allgemeinpsychopathologie, Positiv- und Negativsymptomatik der PANSS-Skala der Studienteilnehmer.

III.9 Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und der subjektiven Lebensqualität

Es bestand ein höchst signifikanter, positiver Zusammenhang zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der sozialen Funktionsfähigkeit (GAF) (Spearman-Rho: $p < 0,001^{***}$). Entlassteilnehmer mit einer höheren allgemeinen Lebenszufriedenheit zeigten eine höhere soziale Funktionsfähigkeit und umgekehrt. Keine signifikante Korrelation bestand zwischen der Zufriedenheit mit der Arbeit, der Zufriedenheit mit der Religion und der sozialen Funktionsfähigkeit der Studienteilnehmer. Es konnte ebenfalls keine signifikante Korrelation zwischen der Zufriedenheit mit der Freizeit und der GAF festgestellt werden. Die Zufriedenheit mit den Finanzen, mit der Sicherheit und dem Recht, der Familie,

III. Ergebnisse

mit Freunden und Bekannten dem Wohnen sowie mit der allgemeinen Gesundheit und dem körperlichen Zustand war hoch signifikant positiv mit der sozialen Funktionsfähigkeit korreliert (Spearman-Rho: $p < 0,01^{**}$). Eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer in den Bereichen Finanzen, Sicherheit und Recht, Familie, Freunde und Bekannte, Wohnen, allgemeine Gesundheit und körperlicher Zustand zeigte sich in einer hohen sozialen Funktionsfähigkeit und umgekehrt. Es bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem emotionalen Wohlbefinden und der sozialen Funktionsfähigkeit. Untenstehende Tabelle veranschaulicht die genannten Ergebnisse.

III.9.1 - III.9.12

Tab. 42: Subjektive Lebensqualität und GAF, N, Wert, p-Wert.

Variable	N	Testverfahren	Wert	p
Allg. Lebenszufriedenheit-GAF	162	Spearman-Rho	0,249	<0,001**
Zufriedenheit Arbeit-GAF		Spearman-Rho	0,044	ns
Zufriedenheit Freizeit-GAF		Spearman-Rho	0,117	ns
Zufriedenheit Religion-GAF		Spearman-Rho	0,011	ns
Zufriedenheit Finanzen-GAF		Spearman-Rho	0,239	<0,01**
Zufriedenheit-Wohnen-GAF		Spearman-Rho	0,206	<0,01**
Zufriedenheit Sicherheit und Recht-GAF		Spearman-Rho	0,278	<0,01**
Zufriedenheit Familie-GAF		Spearman-Rho	0,373	<0,01**
Zufriedenheit Freunde/Bekannte-GAF		Spearman-Rho	0,248	<0,01**
Zufriedenheit Allg. Gesundheit-GAF		Spearman-Rho	0,204	<0,01**
Zufriedenheit Körp. Zustand-GAF		Spearman-Rho	0,207	<0,01**
Zufriedenheit Emot. Wohlbefinden-GAF		Spearman-Rho	0,083	ns

III.9.13 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bereich

„Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning (GAF) und der subjektiven Lebensqualität

- Es besteht ein höchst signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der allgemeinen Funktionsfähigkeit (GAF) und der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer.
- Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der allgemeinen Funktionsfähigkeit (GAF) und der Zufriedenheit in den Bereichen Arbeit, Freizeit, Religion und emotionales Wohlbefinden.
- Ein höchst signifikanter positiver Zusammenhang besteht zwischen der allgemeinen Funktionsfähigkeit (GAF) und der Zufriedenheit in den Bereichen Finanzen, Wohnen, Sicherheit, Familie, Freunde/Bekannte, allgemeine Gesundheit und körperlicher Zustand.

IV. Diskussion

Folgende Arbeit liefert als vorläufige modellhafte Auswertung einer Teilstichprobe erste Ergebnisse einer bereits abgeschlossenen Gesamtstudie. Diese wurde konzipiert als eine multizentrische, naturalistische, prospektive Verlaufsuntersuchung mit fünf Messzeitpunkten über zwei Jahre. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, anhand der Entlassdaten einer selektionierten Stichprobe Aussagen über den möglichen Krankheits- und Behandlungsverlauf der Gesamtstichprobe zu treffen. Ziel dieser Arbeit ist es Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu untersuchen und bereits bekannte Fakten zu prüfen und neue Hinweise auf Geschlechterunterschiede schizophrener und schizoaffektiver Patienten zu gewinnen. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Lebensqualität und dem allgemeinen Funktionsniveau der Patienten. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollten im Hinblick auf folgende mögliche Einschränkungen interpretiert werden: Die Stichprobenpopulation dieser Studie basiert auf Patienten, welche kurz vor der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik standen. Möglicherweise könnte dies nicht repräsentativ für die Population schizophrener Erkrankter, welche in den Städten oder Gemeinden leben, sein. Es handelt sich um eine multizentrische Studie, welche die Vergleichbarkeit zu anderen Studienpopulationen erschwert. Da es sich um Entlasspatienten handelt, welche ein psychopathologisch relativ stabiles Zustandbild aufweisen, limitiert dies die Verallgemeinerung der Ergebnisse in Hinblick auf schizophrene Patienten mit einem akuten Erkrankungsbild.

Es fällt auf, dass die psychiatrische Behandlung in einem relativ kurzen Zeitraum zu einer deutlichen Stabilisierung der bei Aufnahme akut Erkrankten führt. Dies spricht für die gute integrative psychiatrische Versorgung in Süddeutschland. In die Gesamtstudie wurden Longitudinalstudien integriert, um nach Zusammenhängen zwischen Veränderungen von Einflussvariablen auf Veränderungen hinsichtlich Schweregrad der Erkrankung, Art der Behandlung usw. zu schauen und um Fragen nach Kausalzusammenhängen beurteilen zu können.

IV.1 Diskussion der Methoden

IV.1.1 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Zur Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus der Patienten in Bezug auf den vergangenen Monat wird in vielen Studien die Global Assessment of Functioning Scale (Endicott et al., 1976) genutzt (Thorup et al., 2007; Usall et al., 2001). Die Studie von Schwartz (2007) zeigt, dass im Allgemeinen die GAF Scores, das Konstrukt aus allgemeiner psychologischer, sozialer und beruflicher Funktionsfähigkeit widerspiegeln, das die Skala auch messen soll. Besonders verstärkte Arbeits- und Schulschwierigkeiten, Gefährdung anderer und psychotische Symptome sagten niedrigere GAF-Werte voraus.

Die Gefahr bei allen Fremdbeurteilungsinstrumenten ergibt sich durch abweichende Ergebnisse verschiedener Rater. Dies wird durch entsprechende Rater-Trainings zu verhindern versucht. Ein entsprechendes Rater-Training fand auch in dieser Studie in der Psychiatrischen Klinik Weissenau statt und führte zu einer hohen Übereinstimmung der Ergebnisse verschiedener Rater. Trotz der gegebenen Gefahr, bei einem solchen Fremdbeurteilungsinstrument eine jeweilige Interraterreliabilität zu erhalten, konnten Endicott et al. (1976) die gute Reliabilität des Instruments in mehreren Studien aufzeigen. Bestätigt wird dies auch von Startup et al. (2002) und Jones et al. (1995) welche zeigten, dass die GAF sich bereits nach minimalem Training als reliables und valides Instrument erweist. Ebenfalls bietet sie eine valide Zusammenfassung von Symptomen und sozialer Funktionsfähigkeit schizophrener Patienten, es sei denn diese werden nicht beurteilt, wenn sie sich in einer akuten psychotischen Episode befinden. Aufgrund ihrer Einfachheit, Reliabilität und Validität wird die Global Assessment Scale zum Einsatz im klinischen- und Forschungsbereich empfohlen (Endicott et al., 1976).

IV.1.2 Medication Adherence Rating Scale (MARS)

Die Erfassung der Medikamentencompliance von psychiatrischen Patienten ist häufig unreliabel, kosten- oder zeitintensiv (Thompson et al., 2000). Um die Compliance zu erfassen, stellen deshalb Selbstfragebögen wie der Drug Attitude Inventory (Hogan et al., 1983) und der Medication Adherence Questionnaire (Morisky et al., 1986), eine effiziente und kosteneffektive Methode dar, obwohl deren Nützlichkeit und Validität fraglich erscheint (Thompson et al., 2000). Durch die Entwicklung einer neuen Medication Adherence Rating Scale (MARS) ist es Thompson et al. (2000) gelungen, ein reliables und valides Instrument zur Beurteilung des Medikamenten- Compliance Verhaltens zu erschaffen. Zudem zeichnet sie sich durch ein hohes Maß an innerer Konsistenz aus.

IV.1.3 Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Die PANSS von Kay et al. (1987) zur Erfassung psychopathologischer Symptome erzielt als operationalisiertes Fremdbeurteilungsinstrument eine gute Reliabilität und Stabilität. Bezüglich der Interrater-Reliabilität zeigten Müller et al. (2000), dass sie „trotz konzeptueller Schwächen im Bereich der Negativsymptomatik geeignet ist, eine breites Spektrum psychopathologischer Symptome reliabel und ökonomisch zu erfassen.“ In der vorliegenden Studie zur Erfassung der PANSS-Gesamtskala genügten bei Teilnehmern mit geringer psychiatrischer Vorerfahrung zumindest drei Untersuchungstermine oder mehr, um akzeptable Beurteilerübereinstimmungen zu erreichen. Zudem erfolgte in der Rekrutierungsphase ein Rater-Training um die die Beurteilungsübereinstimmung zu optimieren.

IV.1.4 Lancashire Quality of Life Profile

Lange Zeit wurde der Erfassung von Lebensqualität psychiatrischer Patienten wenig Beachtung geschenkt. Das Lancashire Quality of Life Profile (Lehman et al., 1982, Oliver) bietet eine hervorragende Möglichkeit sowohl die subjektive als auch die objektive Lebensqualität dieser Patienten zu validieren. Ritner et al.

IV. Diskussion

verglichen das Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) und die Selbstangaben des Lancashire Quality of Life Profile mit einer Gruppe von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und einer Gruppe von Nichtpatienten. Beide Instrumente erfassten dabei sehr gut die Lebensqualität und unterschieden zwischen den Patienten und Nicht-Patienten-Kontrollgruppen. Das Q-LES-Q zeigte bessere psychometrische Eigenschaften als das Lancashire Quality of Life Profile.

IV.2 Diskussion der Ergebnisse

IV.2.1 Soziodemographische Daten

IV.2.1.1 Geschlecht

50,6% der Entlassteilnehmer waren Frauen und 49,4% Männer. Dies entspricht in etwa einer ausgewogenen 1:1 Verteilung wie sie auch bei der Stichprobenbeschreibung von Längle (2001) mit 48% männlichen und 52% weiblichen Entlassteilnehmern beschrieben ist.

IV.2.1.2 Alter zum Entlasszeitpunkt

Im Durchschnitt waren die Männer dieser Untersuchungsstichprobe signifikant jünger als die Frauen. Der Altersunterschied beträgt im Schnitt 6,3 Jahre. Ähnliche Ergebnisse zeigen die Studien von Caron et al. (2005) und Salonkangas et al. (2001). Auch in der Studie von Sibitz et al. (2002) sind die Männer im Mittel 34,11 und die Frauen 40,24 Jahre alt, dabei erkrankten Frauen im Schnitt mit 24,5 und Männer mit 21,9 Jahren. Ein Grund hierfür könnte das oft beobachtete jüngere Alter der Männer zu Beginn der Erkrankung sein (Usall et al., 2001; Hafner et al. 1993; Hafner 2003). Ein neurobiologisches Erklärungsmodell schreibt die Ursache des späteren Erkrankungsalter von Frauen dem protektiven Effekt des Hormons Östrogen zu (Häfner et al., 1989).

IV.2.1.3 Staatsangehörigkeit

Mit 96,4% bei den weiblichen und 91,5% bei den männlichen Studienteilnehmern besaß der größte Teil des Patientenkollektivs die deutsche Staatsangehörigkeit. Auch die übrige Nationalitätenverteilung mit 8,5% EU bzw. nicht EU-Angehörige bei den Männern, entspricht in etwa dem Ausländeranteil von 8,8% in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2006). Auch bei Längle (2001) war mit 86% der mehrheitliche Anteil der Patientengruppe deutscher Staatsangehörigkeit, 7% der Patienten stammten aus EU-Ländern, 6% aus anderen Ländern.

IV.2.1.4 Muttersprache

Die Mehrheit der weiblichen 92,8% (N=77) und der männlichen Exploranden 84,0% (N=68) sprach Deutsch als Muttersprache. Hauptsächlich finden sich in der hiesigen Stichprobe also deutsch sprechende Teilnehmer.

IV.2.1.5 Schulbildung

Prozentual besaßen die meisten Patienten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen den Hauptschulabschluss, gefolgt von der mittleren Reife. Die Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Ein Vergleich mit der gängigen Fachliteratur gestaltet sich insofern schwierig, da je nach Studie zwischen Schulbildung in Jahren oder besuchten Schultyp unterschieden wird und es nur wenige vergleichbare deutsche Studien gibt. In der dänischen Studie von Thorup et al. (2007) hatten 6,3% der Männer und 3,1% der Frauen die Schule mit weniger als 9 Jahren Schulbildung verlassen. Weniger als einen Highschool-Abschluss hatten 69,7% der Männer und 60,5% der Frauen erreicht. Bei Caron et al. (2005) hatten die Mehrzahl der Männer und Frauen einen Highschool-Abschluss oder eine 12-13jährige Schulbildung abgeschlossen. Bei Längle (2001) hatten mit 44% der größte Teil der Patienten das Abitur oder die Fachhochschulreife, was vermutlich aus der Rekrutierung der Patienten aus einer Universitätsstadt resultiert. Für dieses Patientenkollektiv, welches multizentrisch rekrutiert wurde, ergibt sich im Schnitt eine untere gefolgt von einer mittleren Schulbildung.

IV.2.1.6 Berufsausbildung

Mit 66,3% (N=53) bei den Männern und 67,9% (N=55) bei den Frauen hatten beide Geschlechter etwa gleich häufig eine abgeschlossene Berufsausbildung/Studium. Prozentual an zweiter Stelle bei beiden Geschlechtern rangiert keine abgeschlossene Berufsausbildung. Es besteht jedoch kein signifikanter Unterschied. Bei Thorup et al. (2007) zeigte sich, dass statistisch signifikant mehr männliche als weibliche Patienten keine weitere Ausbildung nach Beendi-

gung der Schule aufweisen. Möglicherweise könnte dies ebenfalls mit dem früheren Erkrankungsbeginn der Männer zusammenhängen, dass es ihnen aufgrund dessen schwerer fällt eine Berufsausbildung zu beenden. Bei Längle (2001) weisen mehrheitlich ebenfalls 51% der Patienten eine abgeschlossene Berufsausbildung auf.

IV.2.1.7 Familienstand

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich ihres Familienstandes erwiesen sich in dieser Studie als signifikant ($p=0,021$). Mit 37,7% (N=31) waren die weiblichen Studienteilnehmer häufiger verheiratet, oder lebten in einer festen Partnerschaft, als die männlichen Teilnehmer mit 21,0% (N=17). Männer lebten dafür mit 79,0% (N=64) häufiger als Frauen mit 62,7% (N=52) ohne festen Partner oder waren verwitwet. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Studie von Usall et al. (2001), bei der 37% der Frauen gegenüber 11% der Männer verheiratet waren. Möglicherweise weist die größere Anzahl verheirateter Frauen auf eine bessere soziale Funktionsfähigkeit bei der an einer Schizophrenie erkrankten Frauen hin, oder könnte auch die Folge des späteren Erkrankungsbeginns sein. Bei einer chinesischen Studie von Yang et al. (2007), die aufgrund der kulturellen Unterschiede nur bedingt vergleichbar ist, war ebenfalls eine signifikant größere Anzahl von männlichen Patienten (54,2%) gegenüber den weiblichen Patienten (27,8%) Single oder noch nie verheiratet. Auch in der brasilianischen Studie von de Souza und Coutinho (2006) waren 69,4% der Männer im Gegensatz zu 48,4% der Frauen Single. Bei Thorup et al. (2007) lebten ebenfalls 83,1% der Männer und 64,7% der Frauen ohne festen Partner. Ein gutes soziales Netzwerk und eine Partnerschaft wurden in vielen Studien als besonders wichtig für einen guten körperlichen und geistigen Gesundheitszustand angesehen (Howard et al., 2000). Die Ergebnisse der verschiedenen Studien zeigen, dass es besonders für Männer problematisch ist ein soziales Netzwerk aufzubauen, so dass sie möglicherweise von einem Training der sozialen Fertigkeiten, psychologischer Unterstützung oder anderen Formen praktischer sozialer Unterstützung (wie z.B. von Einrichtungen um

andere Menschen zu treffen, Aktivitäten etc.) profitieren könnten. Ein möglicher Grund dafür, dass schizophren erkrankte Männer häufiger als Frauen ohne Partner leben, könnte ihr frühes Ersterkrankungsalter sein. Dies erschwert es ihnen, feste Beziehungen nach Ausbruch der Erkrankung einzugehen.

IV.2.1.8 Erwerbstätigkeit vor der aktuellen Aufnahme

Nahezu gleich viele Männer mit 12,3% (N=10) wie Frauen mit 13,6% (N=11) hatten in den vergangenen 6 Monaten eine Arbeitsstelle. Es bestanden aber keine signifikanten Unterschiede. Bei der Studie Thorup et al. (2007) hatten, bezogen auf das vergangene Jahr, signifikant mehr Männer als Frauen keine Ausbildung oder Arbeit. Ebenfalls signifikant mehr Frauen als Männer hatten das ganze Jahr über eine Beschäftigung oder befanden sich in Ausbildung. Besonders bei Männern trägt die häufigere Arbeitslosigkeit zur sozialen Isolation und dem Verlust der sozialen Funktionsfähigkeit bei. Arbeitslosigkeit wird dabei mit einem jüngeren Alter, einer geringeren Anzahl an Jahren der Schulausbildung, niedrigeren globalen Funktionsfähigkeitswerten und mit einer schwereren Negativsymptomatik in Verbindung gebracht (Ramsay et al. 2012). Im öffentlichen und privaten Gesundheitswesen korreliert Arbeitslosigkeit mit höheren Suizidraten, Depression, Alkoholmissbrauch, Aggression, Scheidungen und Kindesmissbrauch (Dooley et al. 1996). Eine Beschäftigung hingegen wirkt sich im Allgemeinen positiv auf die Gesundheit und Lebensqualität aus (Turner et al. 2009).

IV.2.1.9 Beschäftigung

Es ergeben sich zwischen Männern und Frauen keine signifikanten Unterschiede in Hinblick auf die Beschäftigungssituation. Langfristig wirkt sich eine Beschäftigung nicht nur verbessernd auf das Einkommen des Einzelnen aus, sondern verbessert auch das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität (Bond et al. 2001).

IV.2.1.10 Haupteinkommensquelle

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei den Haupteinkommensquellen. In einer Studie von Caron et al. (2005) wird bei der Haupteinkommensquelle lediglich zwischen bezahlter Arbeit und anderen Quellen, die nicht näher definiert werden, unterschieden. Nur ein geringer Prozentsatz, nämlich 6% der Männer und 11% der Frauen erhielten in dieser Studie eine Bezahlung für ihre Arbeit. Andere, in der Studie nicht näher definierte finanzielle Einnahmequellen werden von 94% der Männer und 89% der Frauen genannt.

IV.2.1.11 Wohnsituation

Beim Vergleich der Wohnsituation unterscheiden sich Männer und Frauen höchst signifikant voneinander ($p=0,001$). Von den männlichen Teilnehmern lebten 57,1% ($N=40$) und von den weiblichen 85,5% ($N=59$) in einer eigenen Wohnung. Prozentual mehr Männer mit 25,7% ($N=18$) als Frauen mit 7,2% ($N=5$) lebten noch bei den Eltern. Wie viele Studien zeigen, bleiben Patienten mit Schizophrenie häufig abhängig von ihren Eltern (Jungbauer et al., 2006). Ein ähnliches Ergebnis zeigt die Studie von Thorup et al. (2007), bei der 20,9% der Männer und 10,8% der Frauen noch bei den Eltern lebten. Eine betreute Wohnform/Einrichtung der Eingliederungshilfe nannten 11,4% ($N=8$) der Männer und 7,2% ($N=5$) der Frauen als Unterkunft. Mehr Männer mit 5,7% ($N=4$) als Frauen mit 0% ($N=0$) nannten sonstige Wohnmöglichkeiten. Die Ergebnisse zu anderen Studien unterscheiden sich je nach Definition der Wohnsituation. Oftmals wird lediglich zwischen abhängiger und unabhängiger Wohnsituation und eventuellen Untergruppen differenziert. Betrachtet man in dieser Studie die private Unterbringung und sonstige Wohnmöglichkeiten als unabhängige Wohnform und die übrigen als abhängige Wohnform, so ergeben sich vergleichbare Ergebnisse zu der Studie von Lindamer et al. (2003). Bei dieser Studie lebten 53,4% der Männer und 62,0% der Frauen unabhängig. Ebenso überwiegt mit 21,2% bei den Männern gegenüber 16,9% bei den Frauen die betreute Wohnform.

Auch bei der Studie von Usall et al. (2001) lebten mehr als die Hälfte der Frauen mit 54,6% unabhängig im Vergleich zu den Männern mit 28%. Möglicherweise könnte ein Grund für das unabhängigere Wohnen bei den Frauen im Vergleich zu den Männern der spätere Beginn der Erkrankung sein. Frauen, die später erkranken, haben die Möglichkeit ihr soziales Netz auszubauen und sie leben daher häufiger mit ihrer eigenen Familie zusammen als Männer (Usall et al., 2003).

IV.2.2 Bisheriger Krankheitsverlauf und Diagnose

Die erste nervenärztliche/psychiatrische Behandlung fand im Mittel bei den Männern vor 13 Jahren (sd=10,3), bei den Frauen vor 13,9 Jahren (sd=11,7) statt. Der Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung fand im Durchschnitt bei Männern vor 11,9 Jahren (sd=10,3) und bei Frauen vor 12,4 Jahren (sd=10,8) statt. Der Mittelwert der bisherigen stationären Behandlungen war mit 7,5 (sd=8,0) bei den Männern und mit 8,1 (sd=10,8) bei den Frauen annähernd gleich. Auch die Gesamtdauer der bisherigen stationären Behandlungen mit 17,0 Monaten (sd=21,6) bei den Männern und mit 16,1 Monaten (sd=19,1) bei den Frauen unterschied sich nicht signifikant voneinander. Bei Längle (2001) waren die Patienten vor durchschnittlich 10 Jahren erstmals an einer F2-Diagnose erkrankt. Der aktuellen Aufnahme waren im Durchschnitt 5,5 Klinikaufenthalte vorausgegangen (sd=6,7). Deutlich niedrigere Mittelwerte bei der Anzahl der bisherigen stationären Behandlungen finden sich in der Studie von Tang et al. (2007) mit einem Mittelwert von 2,9 (sd=1,9) bei den männlichen Patienten und von 3,0 (sd=2,0) bei den weiblichen Patienten, ebenso bei Längle (2001) mit durchschnittlich 5,5 Klinikaufenthalten. Geringfügig höhere Mittelwerte bei den Männern mit 9,3 (sd=6,1) und den Frauen mit 7,2 (sd=5,3) zeigte die Studie von Mercier et al. (1998) in der Anzahl der bisherigen stationären Behandlungen. Gründe hierfür könnten z.B. bei ersteren eine weniger schwer erkrankte Studienpopulation sein, die konsekutiv weniger stationäre Krankenhausaufenthalte notwendig macht.

Diagnose

Für das vorliegende Patientenkollektiv kann gesagt werden, dass die Mehrzahl der Patienten an einer Schizophrenie erkrankt war, wobei die größte Untergruppe die paranoide Schizophrenie ausmachte. Im Hinblick auf die Diagnose waren die Geschlechtsunterschiede nicht signifikant. Vandiver (1998) stellte in ihrer internationalen Studie, die schizophrene Patienten aus Canada, Cuba und den USA umfasste, fest, dass Männer häufiger den Diagnosekriterien einer paranoiden Schizophrenie entsprachen. Usall et al. (2001) hingegen fanden in ihrer Studie keine Geschlechtsunterschiede bei den verschiedenen Schizophrenieformen. Einzig die psychiatrische Zweitdiagnose unterschied sich sehr signifikant bei Männern und Frauen ($p=0,010$). Mehr als doppelt so viele Männer mit 29,2% (N=21) als Frauen mit 12% (N=9) hatten eine psychiatrische Zweitdiagnose. Zu den am häufigsten genannten Zweitdiagnosen gehörten z.B. schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) gefolgt von Nikotinabusus (ICD-10: F17.1). Offenbar scheinen Männer eher anfällig für einen Suchtmittelmissbrauch als Frauen zu sein (Brunette and Drake, 1997). Besonders der schädliche Gebrauch von Nikotin ist sowohl bei männlichen Schizophreniepatienten (Dalack and Meador-Woodruff, 1996; Chen et al., 2004; Seeman, 2004; Tang et al., 2007) als auch bei Männern in der Allgemeinbevölkerung (Campo-Arias et al., 2006; Ma et al., 2009) verbreiteter. Bei Längle (2001) war bei 10% der Patienten als Zusatzdiagnose ein Substanzmittelmissbrauch feststellbar.

IV.2.2.1 & 2.2.2 Entlassmodus & ambulante medizinische Behandlung

Über 90% der Befragten wurde regulär entlassen. Vor dem Klinikaufenthalt war der größte Teil bei einem Psychiater/Psychotherapeuten in Behandlung. Nach dem Klinikaufenthalt beabsichtigte die Mehrzahl sich wieder bei einem Psychiater/Psychotherapeuten behandeln zu lassen. Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des Entlassmodus, als auch bei der ambulanten medizinischen Behandlung vor und nach dem Klinikaufenthalt bei Männern und Frauen. Die Tatsache, dass sich eine so große Anzahl der Befragten vor dem Klinikaufenthalt in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befand und sich auch

IV. Diskussion

nach Entlassung aus der Klinik wieder in eine solche begeben wollte, unterscheidet die hiesige Studienpopulation von der Mehrzahl anderer und zeigt aktuell die gute Verfügbarkeit und Nutzung der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung in Deutschland auf. Die Entlassung gegen ärztlichen Rat aus der Klinik stellt ein großes Problem für Patienten und ihre behandelnden Psychiater dar, und es wird geschätzt, dass die Rate an Entlassungen gegen ärztlichen Rat in psychiatrischen Bevölkerungen zwischen 3 und 51% (Mittelwert 17%) liegt (Wung et al. 2010; Brook et al. 2006).

In der Studie von Wung et al. 2010 konnten als signifikante Prädiktoren für eine Entlassung gegen ärztlichen Rat männliches Geschlecht, die Komorbidität einer Alkoholabhängigkeit/Substanzabhängigkeit, die Einnahme antipsychotischer Typika und eine kürzere Krankenhausaufenthaltsdauer ausgemacht werden. Nach der Entlassung zeigen diese Patienten signifikant schlechtere Krankheitsverläufe und kürzere Rehospitalisierungsraten.

IV.2.2.3 Psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades

Bei der Mehrzahl der Patienten lag keine psychiatrische Erkrankung bei Verwandten ersten Grades vor. Es ergeben sich auch keine signifikanten Unterschiede bei Männern und Frauen verglichen mit psychiatrischen Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades. Tang et al. (2007) zeigten ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bei männlichen und weiblichen Patienten mit einer positiven Familiengeschichte für Schizophrenie auf. Offenbar spielt hier der erwartete genetische Einfluss eher eine untergeordnete Rolle, da nur 1/5 der Patienten eine familiäre Disposition im Sinne einer positiven Familienanamnese aufwies.

IV.2.2.4 Suizidgedanken und –versuche

Die Mehrzahl der Patienten gab keine Suizidgedanken an und verneinte einen Suizidversuch im letzten halben Jahr. In der Häufigkeit ihrer Suizidgedanken und –versuche unterscheiden sich Männer und Frauen in dieser Studie nicht signifikant. Ohne Unterscheidung zwischen häufigen und seltenen Suizidgedanken hatten bei Thorup et al. (2007) 31,2% der Frauen und 24,6% der Män-

IV. Diskussion

ner in der letzten Woche Suizidgedanken. Bei Tang et al. (2007) hatten mehr als doppelt so viele Frauen mit 11,1% als Männer mit 4,7% (einen) Suizidversuch(e) im vergangenen Jahr unternommen. In der Literatur ist bekannt, dass schizophrene Patienten über eine erhöhte Suizidrate, verglichen mit der Normalbevölkerung verfügen. Neuere Untersuchungen zeigen, dass mindestens 5-13% der schizophrenen Patienten an Suizid versterben (Pompili et al., 2007). Es könnte sich somit bei der Stichprobe der vorliegenden Arbeit, bei der die Mehrzahl der Teilnehmer Suizidgedanken und –versuche verneint, eher um Personen gehandelt haben, die ein psychopathologisch stabiles Zustandsbild aufweisen. Gründe hierfür könnten eine sehr gute psychopharmakologische und integrative psychiatrische Behandlung mit einer angemessenen Liegedauer in der Klinik im Verlauf sein, die dazu führt, dass es den Teilnehmern zum Entlasszeitpunkt psychisch besser als zuvor geht. Als einziger Prädiktor für einen Kliniksuzid erwies sich anhand der Analysestudie für Risikoprofile schizophrener Patienten von Neuner et al. (2010) die Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen der Medikamente. Diese erhöhten das Risiko um das 27-fache. Bereits Dong u. Mitarb. wiesen eine 11-fache Erhöhung des Suizidrisikos durch extrapyramidale Nebenwirkungen nach. Die Beseitigung beeinträchtigender Nebenwirkungen nimmt demzufolge eine herausragende Stellung in der Suizidprävention schizophrener Patienten ein (Neuner et al., 2010). Auffallend in dieser Studie ist, dass 63,6% der schizophrenen Suizidenten männlich waren. Männliches Geschlecht stellt wie in der Allgemeinbevölkerung, zusammen mit Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie einer Vorgeschichte mit Suizidversuchen einen Risikofaktor dar (Limosin et al., 2007).

IV.2.2.5-2.2.6 Aktuelle Behandlung und Einweisungsmodus

Die überwiegende Mehrheit der Patienten wurde stationär behandelt, was auch für den Schweregrad der Erkrankung zum Einweisungszeitpunkt spricht, der eine ambulante oder teilstationäre Behandlung wahrscheinlich verunmöglicht. In der Literatur findet sich bei Saz-Parkinson et al. 2011 im Rahmen des Deinstitutionalisierungsprozesses in Spanien zwar eine Zunahme der Hospitalisierungsra-

ten schizophren Erkrankter, wobei es aber in den letzten Jahrzehnten vermehrt zu Notfallaufnahmen mit einer Abnahme der Dauer des Krankenhausaufenthaltes gekommen ist. Es fand sich dabei auch kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen. Ein Drittel der Teilnehmer wurde von einem niedergelassenen Psychiater/Psychotherapeuten eingewiesen, ein Fünftel durch die eigene psychiatrische Ambulanz oder einen niedergelassenen Arzt. Dabei war kein signifikanter Unterschied im Einweisungsmodus bei Männern und Frauen feststellbar. Somit kann davon ausgegangen werden, dass sich die meisten Teilnehmer sich wahrscheinlich in ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden und das Angebot der ambulanten psychiatrischen Versorgung gut genutzt wird.

IV.2.3 Psychopharmakologische Medikation

IV.2.3.1 Psychopharmakologische Medikation vor Aufnahme

Die Mehrzahl der Patienten erhielt vor Klinikaufnahme ein Neuroleptikum bzw. eine Kombinationstherapie mit einem Neuroleptikum wobei insbesondere second generation Neuroleptika (Olanzapin, Risperidon) gegeben wurden. Es findet sich dabei auch kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen. In der multizentrischen Follow-up Studie von Barbui et al. (2009) erhielt mehr als die Hälfte der Patienten (70%) ein Antipsychotikum der zweiten Generation. Dies entspricht dem „State of the Art“ der DGPPN-Leitlinien eine medikamentöse Behandlung mit einem Neuroleptikum oder ggf. mit einer Kombinationstherapie bei Nichtansprechen zu beginnen (S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, DGPPN, 2006).

IV.2.3.2 Einnahme der Medikamente vor Aufnahme

Fast die Hälfte der Entlassteilnehmer (49,3%) hielt sich bei der Einnahme der Medikamente an die Verordnung. Dies zeigt eine gute Einstellung zur medikamentösen Behandlung.

IV. Diskussion

In etwa gleich viele männliche Patienten mit 48,6% (N=36) und weibliche Patienten mit 50% (N=37) gaben an, ihre Medikamente wie verordnet einzunehmen. Ähnliche Prozentwerte mit 43% Psychopharmaka-Adhärenz vor Aufnahme zeigt die Studie von Rittmannsberger et al. (2004), wobei sich hier keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede ergaben. Gleichwohl ist die Medikamenten-Non-Adhärenz mit einem ungünstigeren Behandlungsverlauf, Rehospitalisationen und Erkrankungsrückfällen assoziiert (Haywood et al. 1995, Sullivan et al. 1995, Ayuso-Gutierrez; del Rio 1997, Valenstein et al. 2002). Bei nicht ordnungsgemäßer Einnahme tendieren Frauen eher zu einer unregelmäßigen Einnahme ihrer Medikamente, während Männer diese ganz weglassen. Bei Rittmannsberger et al. (2004) zeigten mehr Frauen eine Tendenz ihre Medikation nicht einzunehmen als Männer, der Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte sein, dass Männer, wenn sie Nebenwirkungen unter ihrer Medikation verspüren, diese als schwerwiegender als Frauen betrachten und die Medikamente dann gänzlich absetzen. Mehr Frauen mit 37,8% (N=28) als Männer mit 23,0% (N=17) nahmen die Medikamente unregelmäßig ein. Mehr als doppelt so viele Männer mit 28,4% (N=21) als Frauen mit 12,2% (N=9) nahmen ihre Medikamente gar nicht ein. Männer und Frauen unterscheiden sich in der Zuverlässigkeit bei der Medikamenteinnahme signifikant voneinander ($p=0,023$).

IV.2.3.3 Aktuelle Medikation

Insgesamt zeigen sich Männer und Frauen bei der Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen mit Medikamenten im Mittel zufrieden. Die Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl des Neuroleptikums wurde als befriedigend beurteilt. Die Qualität der Aufklärung über Nebenwirkungen und Wirkungen wurde als gut beurteilt. Besonders zufrieden waren die Studienteilnehmer mit der medikamentösen Behandlung zum Entlasszeitpunkt. Diese positive Einstellung der Patienten gegenüber ihrer Medikation erstaunt, da gerade schizophrene Patienten häufig skeptisch gegenüber ihrer antipsychotischen Medikation eingestellt sind und die

IV. Diskussion

Rate an Medikamenten Non-Compliance bei einer oralen Medikation hoch ist, und oft zwischen 40 und 60% liegt (Gerlach und Larsen, 1999; Kissling 1994). Non-Compliance wird mit negativen Folgen wie z.B. einer höheren Wahrscheinlichkeit an Krankenhausaufhalten und höheren Kosten in Verbindung gebracht (Eaddy et al., 2005). Bei der Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen mit Medikamenten unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant voneinander. Die erreichten Mittelwerte liegen sowohl bei den Männern mit 4,2 (sd=1,96) als auch bei den Frauen mit 3,7 (sd=2,03) im mittleren Zufriedenheitsbereich. Bei Gray et al. 2005 zeigten sich 68% der Patienten ebenfalls zufrieden oder sehr zufrieden mit ihren Medikamenten. Bei Santone et al. 2006 wiesen 39% der Patienten eine Medikamentenaffinität auf. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern in Hinblick auf die Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl des Neuroleptikums. Frauen waren im Mittel mit 2,7 (sd=1,92) deutlich unzufriedener als die Männer mit 3,4 (sd=2,21). Zwei Drittel (67%) der Patienten fühlten sich bei der Studie von Gray et al. 2005 bei Entscheidungen hinsichtlich ihrer Behandlung nicht involviert. Ebenfalls nicht signifikant unterscheiden sich die Geschlechter bei der Beurteilung der Qualität der Aufklärung über Nebenwirkungen voneinander. Wiederum mittlere Zufriedenheitswerte wurden bei den Männern mit 4,0 (sd=2,01) und bei den Frauen mit 3,7 (sd=1,85) angegeben. Dies steht im Gegensatz zur Studie von Gray et al. 2005, bei der fast die Hälfte der Patienten (46%) angab, nicht über potenzielle Nebenwirkungen aufgeklärt worden zu sein. Nicht signifikant unterschied sich auch die Beurteilung über die Qualität der Aufklärung über Wirkungen zwischen Männern und Frauen. Der Mittelwert der Männer mit 3,6 (sd=2,05) und derjenige der Frauen mit 3,2 (sd=1,82) lag im mittleren Zufriedenheitsniveau. Die Beurteilung der Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung zum Entlasszeitpunkt unterschied sich nicht signifikant zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern. Mittlere bis hohe Zufriedenheitswerte wurden von Männern mit 4,8 (sd=1,94) und Frauen mit 5,3 (sd=1,55) angegeben. Ähnliche Ergebnisse zeigt die Studie von Gray et al. 2005 oder Gerlach und Larsen 1999, bei der zwei Drittel (68%) bzw. 60% der befragten Patienten zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer medikamentösen Be-

IV. Diskussion

handlung waren. Diese Resultate spiegeln sich auch in den Studienergebnissen von Hofer et al. 2004 wieder, in denen die Patienteneinstellung gegenüber einer antipsychotischen Medikation im Allgemeinen positiv ausfiel (Drug Attitude Inventory Mittelwert 74.8 auf einer Skala von 0 (komplett negative Einstellung) bis 100 (komplett positive Einstellung)). Es zeigte sich, dass die Zufriedenheit der Patienten mit der antipsychotischen Medikation einen positiven Zusammenhang mit der Behandlungscompliance ergibt (Gharabwi et al. 2006, Mohamed et al. 2006). Patienten mit einer guten oralen Antipsychotika-Compliance hatten im Verlauf von 2 Jahren bei einer Studie von Morken et al. 2008 einen höheren GAF-Wert und verbesserten diesen sogar noch, verglichen mit Patienten, welche eine schlechte Medikamenten-Compliance hatten oder Depot-Neuroleptika erhielten. Dieses bessere Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, dass diese Patienten kontinuierlich Medikamente zur Verfügung hatten, es besteht aber auch die Möglichkeit, dass es für Patienten mit einer guten Funktionsfähigkeit und einem niedrigen Ausprägungsgrad an psychotischer Symptomatik einfacher ist, ihre Medikamente täglich einzunehmen. Die Verbindung zwischen einem schlechten Krankheitsverlauf, einer Zunahme der Symptome, einem niedrigen Funktionsniveau und Non-Compliance wird von den meisten Studienautoren in einem kausalen Zusammenhang gesehen; d.h. Non-Compliance führt zu einem schlechten Krankheitsverlauf. Es könnte aber auch möglich sein, dass Patienten, welche non-compliant sind, per se einen malignen Verlauf der Erkrankung haben, welcher sowohl zu Non-Compliance als auch zu einem schlechteren Krankheitsverlauf führt.

IV.2.3.4 Wirkungen und Nebenwirkungen der aktuellen Neuroleptika-Medikation

Nur etwas mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer konnte 1-2 Wirkungen und Nebenwirkungen der jetzigen Neuroleptika-Medikation angeben. Es ist auffällig, dass fast die Mehrzahl der Teilnehmer diese wie verordnet und zuverlässig einnehmen. Dies könnte dafür sprechen, dass die Aufklärung durch den Arzt und das Vertrauen der Patienten in den Erfolg einer medikamentösen Behandlung

IV. Diskussion

sehr Groß ist. Bei der Erhebung der Wirkungen und Nebenwirkungen spielt auch die Art der Befragung, d.h. ob es sich um eine offene oder um eine geschlossene Frageform handelt, eine große Rolle. In dieser Arbeit wurden spontan genannte Wirkungen und Nebenwirkungen erfragt, so dass sich möglicherweise Verzerrungen in den Ergebnissen anderer Studien ergeben könnten. Die geringere Anzahl von bemerkten Nebenwirkungen könnte auf die vermehrte Verschreibung von Antipsychotika der zweiten Generation zurückzuführen sein. Männer und Frauen unterschieden sich statistisch nicht signifikant in der Anzahl der genannten Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptika-Medikation. Die SOHO-Studie, welche die antipsychotische Behandlung in zehn europäischen Ländern untersuchte, zeigte, dass es eine geschlechtsabhängige Ansprechrate bei der antipsychotischen Behandlung gibt. Frauen zeigten eine stärkere Verbesserung im gesamten Ausprägungsgrad der Schwere der Erkrankung als Männer. Diese Ergebnisse gelten für eine Reihe von sowohl typischen als auch atypischen antipsychotischen Medikamenten, unabhängig von anderen Prädiktorvariablen wie Alter bei Erkrankungsbeginn und Chronizität im Verlauf (Usall et al. 2007).

IV.2.4 Fremdbeurteilungsskalen

IV.2.4.1 Positiv- und Negativsyndromskala (PANSS)

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in den einzelnen Subskalen sowie dem Gesamtscore der PANSS. Die erreichten Werte lagen sowohl bei Frauen als auch Männern im niedrigen Bereich (Mittelwerte 54,2 bis 75,1). Dies spricht für ein günstiges Niveau der Psychopathologie zum Entlasszeitpunkt. Zum Vergleich erreichen schizophrene Patienten zu Beginn klinischer Versuche typischerweise einen Gesamtscore von 91 (Brown, 2003). Usall et al. (2002) fanden in ihrer Studie ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Im Gegensatz zu früheren Studien, welche zeigen konnten, dass insbesondere die Negativsymptomatik bei Männern stärker ausgeprägt war (Shtasel et al. 1992, N.J. Preston et al. 2002). Erklärt werden kann dies zum einen damit, dass unterschiedliche Bewertungsskalen verwendet wurden, zum anderen durch Unter-

schiede der verschiedenen Stichproben wie z.B. Durchschnittsalter und Geschlechterverhältnis etc. Ein schlechteres prämorbid funktionelles Niveau insbesondere in den sozialen Entwicklungsbereichen in der späten Adoleszenz könnte zu dem schlechteren Ergebnis bei der Negativsymptomatik von Männern führen (N.J. Preston et al. 2002).

IV.2.4.2 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Der GAF-Mittelwert der Entlassteilnehmer lag mit 55,64 im Bereich „mässig ausgeprägter Symptome“. Bei Piersma und Boes (1997) erreichen Patienten bei Entlassung einen ähnlich hohen GAF-Mittelwert von 60,1. Dies spricht für ein relativ gutes Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik. Die männlichen Teilnehmer erreichten mit 54,2 (sd=12,1) einen niedrigeren GAF-Mittelwert als die weiblichen Teilnehmer mit 57,1 (sd=14,4). Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($p=0,159$). Thornicroft et al. (2002) kommen in ihrer multizentrischen Studie, die jedoch 5 verschiedene europäischen Orte einbezieht, zu ähnlichen Resultaten. Der GAF-Mittelwert der Männer lag auch hier etwas niedriger mit 57 (sd=15,1) gegenüber dem der Frauen mit 58 (sd=15,7). Zu ebenfalls keinem signifikanten Unterschied in den GAF-Mittelwerten von Männern und Frauen 54,5 vs. 54,7 kommen Hinkikka et al. 1999. Zwar mangelt es Männern häufiger an Lebensfertigkeiten als Frauen, jedoch zeigt sich in den GAF-Mittelwerten kein Unterschied. Vielleicht geben klinische Rater Frauen verglichen mit Männern niedrigere GAF-Werte, weil sie erwarten, dass alle Frauen, ob sie nun an einer psychischen Krankheit leiden oder nicht, in der Lage sein sollten, ihre Hausarbeit zu erledigen. Eine Erwartung, die sie wahrscheinlich bei Männern nicht haben. Signifikante Unterschiede im GAF Score ($p<0,006$) bei den Männern mit 39,66 (sd=12,34) gegenüber den Frauen mit 42,78 (sd=14,22) hingegen zeigt die Studie von Thorup et al. (2007). Besonders Arbeitslosigkeit und häufiger Substanzgebrauch tragen zur sozialen Isolation und dem Verlust der sozialen Funktionsfähigkeit bei. Im Allgemeinen könnten männliche Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind von sozialem „Kompe-

tenztraining“, psychologischer Unterstützung und anderen Arten praktischer Unterstützung profitieren (Thorup et al. 2007). Für die Ergebnisse der vorliegenden Studie bedeutet dies, dass die Teilnehmer zum Entlasszeitpunkt ein relativ gutes Funktionsniveau besaßen und es ist anzunehmen, dass sich dieses durch die effiziente integrative psychiatrische Behandlung in relativ kurzer Zeit verbessert hat.

IV.2.5 Medikamenten- und Behandlungscompliance

77,4% der Entlassteilnehmer hielten eine regelmäßige ambulante psychiatrische Behandlung für wichtig. 88,5% waren der Meinung, dass eine regelmäßige Einnahme der verordneten Medikamente sinnvoll sei. 83,6% waren überzeugt, dass es für ihre psychische Gesundheit gut sei, den Empfehlungen des Arztes zu folgen. Diese Ergebnisse zeigen sich auch im hohen Compliance-Summenmittelwert mit 14,19 Punkten. Der Compliance-Summenmittelwert der Männer mit 13,0 (sd=5,5) weicht höchst signifikant von demjenigen der Frauen mit 15,4 (sd=4,8) ab; ($p=0,001$). Männer scheinen im Verlauf der Behandlung eine größere Compliance als Frauen zu zeigen, wobei unklar bleibt weshalb dies so ist. Der Mars-Summenwert unterscheidet sich wiederum bei den Männern mit 7,0 (sd=2,2) sehr signifikant von dem der Frauen mit 7,8 (sd1,7); ($p=0,009$). Dies weist bei den Frauen auf eine höhere Bereitschaft hin, ihre Medikamente einzunehmen. Gründe hierfür könnten möglicherweise der benignere Krankheitsverlauf und die stärkere therapeutische Verbindung bei Frauen im Gegensatz zu Männern sein (Usall et al. 2001; Seeman 2004). Der erreichte Summenmittelwert lässt sich aber mit den Ergebnissen der Studie von Fialko et al. 2007 vergleichen, hier lag der Mars-Summenmittelwert bei 6,0 (sd=2,2). Dies spiegelt auch die erwarteten Beziehungen zwischen einer größeren Bereitschaft Medikamente einzunehmen und der größeren Einsicht in die Notwendigkeit einer Medikation und einer weniger stark ausgeprägten Psychopathologie wieder. Studien zeigen, dass besonders bei schizophrenen Patienten, aufgrund von unerwünschten Nebenwirkungen der antipsychotischen Medikation,

die Non-Compliance Rate besonders hoch ist (Lieberman et al. 2005, Thieda et al. 2003). Diese trägt besonders zu einem größeren Rückfallrisiko, stationären Aufhalten, schlechterem funktionellen Outcome und höheren Kosten bei (Nose et al. 2003; Svarstad et al. 2001; Valenstein et al. 2002; Ascher-Svanum 2006; Thieda et al. 2003). Neuere Studien legen nahe, dass die Behandlungszufriedenheit mit einer besseren Behandlungcompliance und einer Verbesserung der psychotischen Symptomatik einhergeht (Canuso et al. 2009; Gharabawi et al. 2006).

IV.2.6 Zahlen-Symbol-Test (ZST)

Die Teilnehmer der Untersuchungsstichprobe erreichten einen hohen Mittelwert an Wertepunkten im Zahlen-Symbol-Test. Dies spricht für eine gute psychomotorische Geschwindigkeits- und Aufmerksamkeitsleistung, entgegen den Erwartungen für Ergebnisse von Teilnehmern, welche an einer schizophrenen oder schizoauffektiven Störung erkrankt und wie sie in der Literatur beschrieben sind. Der Mittelwert der Wertepunkte der Frauen im Zahlen-Symbol-Test lag mit 9,1 (sd=2,9) etwas höher als derjenige der Männer mit 7,9 (sd=2,6). Es zeigt sich jedoch kein geschlechtsspezifischer signifikanter Unterschied ($p=0,443$). Ein Vergleich mit der gängigen Literatur gestaltet sich schwierig, da die erhalten Rohwerte altersspezifisch in entsprechende Wertepunkte umgewandelt werden müssen. Klingberg et al. (2008) zeigen eine Abnahme der psychomotorischen Geschwindigkeits- und Aufmerksamkeitsleistung bei der schizophrenen Gruppe gegenüber der gesunden Kontrollgruppe. Zudem zeigen weitere Studien auch eine Abnahme oben genannter Merkmale im Zusammenhang mit dem Lebensalter. 20- bis 24jährige können im Durchschnitt 55 Symbole übertragen, 70- bis 74jährige schaffen im Durchschnitt nur 26,5 Symbole (Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, 2005). Psychomotorische Verlangsamung ist ein intrinsisches Merkmal von Schizophrenie, dass bereits von den ersten Erforschern der Erkrankung festgestellt wurde (Bleuler, 1950; Kraepelin 1971). Es wurde bei Morrens et al. (2007) nachgewiesen, dass die Leistung von Patienten bei psychomotorischen Aufgaben in einem Zusammenhang mit ihren sozialen, klinischen

und funktionellen Leistung steht. In der Untersuchungsstichprobe zeigt sich dagegen bei den männlichen als auch bei den weiblichen Probanden, unabhängig vom Alter, keine deutliche psychomotorische Verlangsamung als Merkmal der schizophrenen Grunderkrankung. Da es sich um eine Querschnittsprobe zum Entlasszeitpunkt handelt könnte eine Abnahme der psychomotorischen Geschwindigkeits- und Aufmerksamkeitsleistung auch erst im weiteren Verlauf der Erkrankung erfolgen.

IV.2.7 Zufriedenheitswerte der subjektiven Lebensqualität

Am wenigsten zufrieden sind die männlichen und weiblichen Teilnehmer mit ihrer finanziellen Situation. Die größten Zufriedenheitswerte finden sich bei beiden Geschlechtern in dem Bereich Sicherheit und Recht gefolgt von dem Bereich Freunde und Bekannte und Religion. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Die erreichten Mittelwerte liegen sowohl hier als auch in den anderen Teilbereichen subjektiver Lebensqualität bei beiden Geschlechtern im mittleren bis hohen Bereich. Frauen sind mit der Wohnsituation im Mittel mit 5,1 (sd=1,26) zufriedener als Männer mit 4,7 (sd=1,34). Denkbar ist, dass bedingt durch ein späteres Erkrankungsalter, Frauen häufiger unabhängig vom Elternhaus sind und bereits eine eigene Wohnung bezogen haben, wohingegen Männer oftmals noch zu Hause wohnen und somit unzufriedener mit ihrer Wohnsituation sind. Röder-Wanner und Priebe (1998) stellen in ihrer Studie ersthospitalisierter Patienten ebenfalls unter anderen Punkten die größte Unzufriedenheit in dem Bereich Finanzen fest. Männer sind hier signifikant unzufriedener im Bereich Finanzen als Frauen ($p < 0,05$). Ein Grund hierfür könnte die Rolle des Mannes als Versorger der Familie sein, der der finanziellen Situation eine prioritäre Stellung einräumt. Die größten Zufriedenheitswerte fanden sich auch hier in dem Bereich Freunde und Bekannte. Signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren in den Bereichen persönliche Sicherheit und Familie zu finden ($p < 0,1$), in denen Männer zufriedener als Frauen sind. Ähnliche Ergebnisse in den Zufriedenheitswerten zeigt auch die brasilianische Studie von de Souza und Coutinho

IV. Diskussion

(2006), mit schizophrenen Patienten, die zwei gemeindepsychiatrische Zentren besuchten. Im Mittel befanden auch hier die Patienten ihre finanzielle Situation neben den Arbeitsbedingungen am unbefriedigendsten. Die höchste Zufriedenheit herrschte ebenfalls im Bereich Religion. Hansson et al. (2002) fanden in ihrer Studie ebenfalls heraus, dass die subjektive Lebenszufriedenheit im Bereich Finanzen und soziale Beziehungen am geringsten ausgeprägt war, während die größte Zufriedenheit im Lebensbereich soziale Sicherheit zu finden war. Übereinstimmend zu den vorherigen Ergebnissen stellt Längle (2001), ein Jahr nach Entlassung aus der Klinik, die am stärksten ausgeprägte Unzufriedenheit mit der finanziellen Lage und dem psychischen Gesundheitszustand fest. Dies scheint in einem Zusammenhang zur oftmals schlechten sozialen Situation der Erkrankten mit Arbeitslosigkeit bzw. IV-Rente zu stehen. Es handelt sich dabei um eine durchaus effiziente Wahrnehmung durch die Patienten im Sinne einer "allgemeinen resignativen Zufriedenheit".

IV.2.8 Zusammenhang zwischen der GAF und der allgemeinen Lebenszufriedenheit

Ein höchst signifikanter positiver Zusammenhang ergibt sich zwischen der GAF und der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($p < 0,001$). Je höher das allgemeine Funktionsniveau der Patienten ausgeprägt ist, desto besser scheint ihre allgemeine Lebenszufriedenheit zu sein. In der Studie von Mas- Expósito et al. (2011) konnte ein kleiner, aber signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der globalen Funktionsfähigkeit gezeigt werden. Je besser es Patienten gesundheitlich geht, hierbei spielt die Anzahl vorhergehender psychotischer Episoden, das Alter bei Erkrankungsbeginn und die Dauer der Erkrankung eine große Rolle, desto besser ist das soziale Funktionsniveau und die allgemeine Lebenszufriedenheit ausgeprägt (Stefanopoulou et al. 2011). Als Konsequenz aus den Ergebnissen sollte an einer Verbesserung des globalen Funktionsniveaus gearbeitet werden, da sich ein proportionaler Zusammenhang zur allgemeinen Lebenszufriedenheit ergibt.

IV.2.9 Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und der PANSS

Es zeigt sich ein hoch signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und der Positive und Negative Syndrome Scale (PANSS) ($p < 0,01$). Je ausgeprägter die Positiv- oder Negativsymptomatik bei einem Patienten ist, desto niedrigere Werte werden auf der GAF-Skala erreicht und umgekehrt. Die soziale Funktionsfähigkeit ist im Allgemeinen bei schwer Erkrankten mit einer stark ausgeprägten Positiv- oder Negativsymptomatik sehr eingeschränkt. Startup et al., 2002 zeigten ebenfalls bei einer 6- und 12-monatigen Follow-up Studie einen starke Korrelation der GAF-Werte mit der Symptomatik, allerdings waren die Ergebnisse bei Patienten, die an einer akuten psychotischen Episode litten, weniger valide. Die GAF beurteilt das globale Funktionsniveau der Teilnehmer über einen längeren Zeitraum wohingegen die PANSS eher die Querschnittssymptomatik der Positiv- und Negativsymptome erfasst.

V.2.10 Zusammenhang zwischen der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und der subjektiven Lebensqualität

Es fanden sich in dieser Untersuchung signifikante positive Korrelationen zwischen der sozialen Funktionsfähigkeit der Studienteilnehmer (GAF) und der subjektiven Zufriedenheit in den Bereichen allgemeine Lebensqualität, Finanzen, Wohnen, Sicherheit und Recht, Familie, Freunde und Bekannte, allgemeine Gesundheit und körperlicher Zustand. Bengtsson-Tops und Hansson (1999) zeigten ebenfalls, dass Patienten mit einer besseren psychosozialen Funktionsfähigkeit signifikant zufriedener in dem Bereich der Sicherheit waren (5,03 vs. 4,43, $p=0,009$). Allgemein beurteilten Patienten, die einen GAF-Wert über 41 (Mittelwert) erreichten, ihre Lebensqualität besser. Die soziale Funktionsfähigkeit des Patienten hatte somit nur einen geringen Einfluss auf seine/ihre empfundene Lebensqualität, sie zeigte nur einen Zusammenhang mit der vom Interviewer beurteilten Lebensqualität (Bengtsson-Tops und Hansson, 1999). Ebenfalls einen positiven Zusammenhang zwischen der globalen Funktionsfähigkeit und der subjektiven Lebensqualität zeigt die Studie von Mas-Expósito et al. 2011 auf. Patienten, die ängstlich oder invalide waren, denen soziale Unterstützung fehlte und die mehr soziale Einrichtungen beanspruchten, erreichten in allen Bereichen der Lebensqualität niedrigere Werte. Chino et al. (2009) konnten in ihrer Studie ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang von GAF und subjektiver Lebensqualität zeigen. Dies impliziert, dass soziale Funktionsfähigkeit oder Aktivitäten signifikant zur Zufriedenheit von Patienten beitragen.

IV.2.11. Zusammenfassung der Ergebnisse der Diskussion

- Prospektive Gesamtstudie mit ausreichend hoher Fallzahl und geringem drop-out.
- Männer sind signifikant jünger als die Frauen dieser Stichprobe. Dies lässt sich mit dem früheren Erkrankungsbeginn erklären.
- Frauen sind signifikant häufiger verheiratet oder leben in einer festen Partnerschaft als Männer. Grund könnte das spätere Erkrankungsalter

IV. Diskussion

und ein benignerer Krankheitsverlauf als bei Männern sein.

- Frauen haben signifikant häufiger eine eigene Wohnung als Männer. Wiederum könnte das spätere Erkrankungsalter ursächlich dafür sein.
- Männer geben signifikant häufiger mehr Mitsprachemöglichkeiten bei der Auswahl der Medikamente als Frauen an. Unklar ist, ob dies durch ein grösseres Vertrauen in ihre Fähigkeit mitzuentcheiden gefördert wird (Hamann et al. 2011).
- Männer zeigen einen leicht signifikant besseren Compliance-Summenwert als Frauen. Insgesamt zeichnen sich die Studienteilnehmer durch einen hohen Compliance-Summenwert aus (Mw:14,19 von Max: 32,0)
- In den Zufriedensheitswerten der subjektiven Lebensqualität sind Männer signifikant zufriedener als Frauen mit ihrer Freizeit und signifikant unzufriedener mit ihrer Wohnung.
- Allgemein zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der GAF und der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie der subjektiven Lebensqualität. Signifikant negativ korreliert waren GAF und PANSS.

V. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde prospektiv anhand von 166 schizophren- bzw. schizo-affektiv erkrankten Patienten zum Entlasszeitpunkt aus der Klinik ihre Krankheit im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede in den soziodemographischen Parametern und dem klinischen Verlauf untersucht. Die Teilstichprobe von 166 Patienten war dabei der multizentrisch angelegten ELAN-Studie mit 374 Patienten entnommen. Sie lieferte erste vorläufige Ergebnisse zu den untersuchten Fragestellungen, welche die Gesamtdaten über den weiteren Zeitverlauf beurteilte. Zudem wurden mit Hilfe der deutschen Version des Lancashire Quality of Life die Zufriedenheiten der Patienten in den jeweiligen Domänen der subjektiven Lebensqualität erfragt. Zur Datenerhebung wurden entweder standardisierte oder von den Projektbeteiligten entwickelte Fragebögen eingesetzt. Zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus der Patienten wurde die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) angewandt. Die Deutsche Version des Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) erfasste die Zufriedenheit und Lebensqualität der Patienten. Zur Erfassung der Positiv- und Negativ-Symptomatik sowie der Allgemeinpsychopathologie diente die Positive und Negative Syndroms Scale (PANSS). Ein von den Projektbeteiligten entwickelter Fragebogen wurde zur Erfassung der Krankheits- und Behandlungsanamnese und der Basisdaten angewandt. Ebenfalls selbst entwickelt war die Wirkungs- und Nebenwirkungscheckliste, mit welcher die möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen der aktuellen Neuroleptikamedikation erfasst wurden. Der Zahlen-Symbol-Test diente zur Messung der psychomotorischen Geschwindigkeitsleistung und Konzentrationsfähigkeit der Probanden. Die Medication Adherence Rating Scale (MARS) erfasste die Medikamentencompliance der Patienten. Das Compliance Selbst-Rating Instrument (CSRI) erfasste die Medikamentencompliance und Behandlungs-Konkordanz der Patienten. Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-D) erfasste in der vorliegenden Arbeit vornehmlich die Wohnsituation der Patienten. Zuletzt wurde der Bundes-Gesundheitssurvey dafür verwendet,

V. Zusammenfassung

den Gesundheitszustand der Patienten zu erfragen. Unterschiede zwischen den Männer- und Frauengruppen wurden mittels bivariater Verfahren analysiert. Als statistische Methoden wurden zur Überprüfung nominalverteilter Variablen der Chi-Quadrat-Test verwendet, beim Vergleich zweier unabhängiger, ordinalskaliertter Stichproben wurde der U-Test nach Mann und Whitney eingesetzt. Das Vorliegen einer Normalverteilung wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Zusammenhänge zwischen zwei ordinalskalierten Variablen wurden mit der Rangkorrelation nach Spearman aufgezeigt. Die Signifikanzprüfung erfolgte stets zweiseitig mit einem Signifikanzniveau bei $p < 0,05$. Es ließen sich bei der Auswertung der Ergebnisse in einigen Bereichen signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Frauen waren zum Entlasszeitpunkt im Durchschnitt signifikant älter als die Männer in dieser Untersuchung. Frauen waren signifikant häufiger verheiratet, oder lebten mit einem festen Partner zusammen als die Männer. Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich bei der Wohnsituation, der psychiatrischen Zweitdiagnose, der Einnahme der Medikamente vor Aufnahme und der Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl des Neuroleptikums: Es zeigte sich, dass Männer signifikant häufiger als Frauen noch bei den Eltern wohnten und häufiger eine psychiatrische Zweitdiagnose wie z.B. schädlicher Gebrauch von Alkohol oder Nikotin bei ihnen gestellt wurde. Sie nahmen zwar in dieser Untersuchung ihre Medikamente vor Aufnahme regelmäßiger als die Frauen ein, jedoch neigten sie signifikant häufiger als jene dazu, diese bei unregelmäßiger Einnahme gar nicht einzunehmen. Zudem ließ sich feststellen, dass Frauen unzufriedener bei der Mitsprachemöglichkeit der Auswahl des Neuroleptikums als ihre männlichen Kollegen waren. In den einzelnen Unterbereichen der subjektiven Lebensqualität waren sowohl Männer als auch Frauen am wenigsten zufrieden im Bereich Finanzen. Subjektiv am zufriedensten waren beide im Bereich Sicherheit und Recht gefolgt von dem Bereich Freunde und Bekannte und Religion. Die männlichen Patienten waren signifikant unzufriedener als die Frauen im Bereich Wohnung, jedoch zufriedener im Bereich Freizeit. Es fanden sich in dieser Untersuchung signifikante Korrelationen zwischen der sozialen Funktionsfähigkeit

V. Zusammenfassung

der Studienteilnehmer (GAF) und der subjektiven Zufriedenheit in den Bereichen allgemeine Lebensqualität, Finanzen, Wohnen, Sicherheit und Recht, Familie, Freunde und Bekannte, allgemeine Gesundheit und körperlicher Zustand. Ein möglicher Grund, weshalb die männlichen Patienten in der Untersuchungstichprobe dieser Arbeit signifikant jünger als die Frauen waren, könnte der frühere Erkrankungsbeginn sein (Usall et al. 2001). Weitere Erklärungsmodelle verweisen auf den protektiven Effekt des Hormons Östrogen, welcher zu einem späteren Erkrankungsalter bei Frauen führen könnte (Häfner et al. 1989). Die signifikanten Unterschiede im Familienstand bei Männern und Frauen weisen bei einer größeren Anzahl verheirateter Frauen auf eine bessere soziale Funktionsfähigkeit gegenüber Männern hin und sie könnten auch Folge des späteren Erkrankungsbeginns sein. Männer lebten signifikant häufiger noch bei den Eltern, während bei Frauen die eigene Wohnung die häufigere Wohnform war. Wiederum könnte der spätere Erkrankungsbeginn bei Frauen es begünstigen, dass diese eher die Möglichkeit als Männer haben ihr soziales Netzwerk auszubauen und eine eigene Familie zu gründen (Usall et al. 2003). Männer geben signifikant mehr Mitsprachemöglichkeiten als Frauen bei der Auswahl der Medikamente an. Eine Erklärungsmöglichkeit wäre, dass Männer ihren Einfluss in Entscheidungen und ihre Selbstbehauptungsfähigkeit größer als Frauen beurteilen. Patienten, die ihren Einfluss bezüglich der medikamentösen Entscheidungsfindung als gering beurteilen oder eine schlechteren Ausbildungsstand besitzen, ziehen es vor nicht am Entscheidungsprozess hinsichtlich der Medikation teilzunehmen (Hamann et al. 2011). Es zeigt sich hier auch eine überraschend positive Grundhaltung der Patienten gegenüber Medikamenten, die sich auch im Summenwert der Compliance für die Behandlungsfreiwilligkeit bei Männern widerspiegelt. Ein hoch signifikanter positiver Zusammenhang konnte zwischen der GAF und der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Patienten aufgezeigt werden. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass schlechte Krankheitsverläufe mit ungünstigen Medikamentenkombinationen und häufige Rehospitalisierungen zu einer Verschlechterung des sozialen Funktionsniveaus der Pa-

V. Zusammenfassung

tienten führen (Stefanopoulou et al. 2011; Startup et al. 2002). Da es sich um eine prospektive Studie mit hoher Fallzahl, kleiner Ablehnerquote und sehr geringem drop-out handelte, konnten erstmalig umfassende Daten aus der deutschen Versorgungsrealität gewonnen werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit werden im Hinblick auf folgende mögliche Einschränkung interpretiert: Die Stichprobenpopulation dieser Studie basiert auf Patienten, welche kurz vor der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik standen. Möglicherweise könnte dies nicht repräsentativ zur Population schizophrener Erkrankter, welche in den Städten oder Gemeinden leben, sein. Weiter handelte es sich um eine multizentrische Studie, so dass die Vergleichbarkeit zu anderen monozentrischen Studien eingeschränkt sein könnte.

VI. Anhang

VI.1 Abkürzungen

df: Freiheitsgrade

E: Entlassuntersuchung

et al: und Mitarbeiter

GAF: Global Assessment of Functioning Scale

ICD: International Classification of Diseases

KH: Krankenhaus

Md: Median

Max: Maximum

Min: Minimum

M: Mittelwert

N: Anzahl der Teilnehmer

Nm: Anzahl der männlichen Teilnehmer

Nw: Anzahl der weiblichen Teilnehmer

ns: nicht signifikant

p: Wahrscheinlichkeit. Signifikanz wird durch Sterne symbolisiert. Ein Stern steht für $p < 0,05$, zwei Sterne kennzeichnen $p < 0,01$ und drei Sterne $p < 0,001$.

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

PIA: Psychiatrische Institutsambulanz

sd: Standard Deviation, Standardabweichung

z.B.: zum Beispiel

ZST: Zahlen-Symbol-Test

VI.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Zeitpunkt, Anzahl und Gesamtdauer der nervenärztlichen Behandlungen, N, Median, Min, Max, Mw und sd

Tab. 2: Erfahrungen mit der aktuellen Medikation, N, Mw, sd

Tab. 3: PANSS-Subscores, MW, sd, Min und Max zum Entlasszeitpunkt (N=166)

Tab. 4: Compliance-Selbst-Rating Instrument, Einstellung der Patienten zur Behandlung, Angaben in Prozent und N

Tab. 5: Compliance-Summenwert der Teilnehmer an der Entlassuntersuchung(N=165), MW, sd, Min und Max

Tab. 6: Medication Adherence Rating Scale, Einstellung der Patienten zur Medikamentencompliance, Angaben in Prozent und N

Tab. 7: Mars-Summenwert der Teilnehmer an der Entlassuntersuchung (N=164) MW, sd, Min und Max

Tab. 8: Zufriedenheiten der Entlassteilnehmer in verschiedenen Bereichen der Lebensqualität, M, sd, Min und Max, N

Tab. 9: Staatsangehörigkeit, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 10: Muttersprache, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 11: Schulbildung, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 12: Berufsausbildung, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 13: Familienstand, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 14: Erwerbstätigkeit, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 15: Beschäftigung, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 16: Haupteinkommensquelle, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 17: Wohnsituation, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 18: Zeitpunkt, Anzahl und Gesamtdauer der nervenärztlichen/
stationären Behandlungen von Männern und Frauen, N, M, sd

Tab. 19: Diagnosegruppen, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 20: Zweitdiagnose, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 22: Entlassmodus, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 22: Ambulante Behandlung vor Klinikaufenthalt, Angaben in Prozent,
(N) und p-Wert

Tab. 23: Ambulante Behandlung nach Klinikaufenthalt, Angaben in Prozent,
(N) und p-Wert

Tab. 24: Psychiatrische Erkrankungen, Angaben in Prozent, (N) und
p-Wert

Tab. 25: Suizidgedanken, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 26: Suizidversuch, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 27: Anzahl der Suizidversuche, Angaben in Prozent, m, sd, (N)
und p-Wert

Tab. 28: Aktuelle Behandlung, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 29: Einweisungsmodus, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 30: Psychopharmakologische Medikation, Angaben in Prozent,

(N) und p-Wert

Tab. 31: Neuroleptika, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 32: Medikamenteneinnahme, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 33: Beurteilung der aktuellen Medikation der männlichen und weiblichen Teilnehmer zum Zeitpunkt der Entlassung, N, M, sd und p-Wert

Tab. 34: Medikamentenwirkungen, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 35: Medikamentennebenwirkungen, Angaben in Prozent, (N) und p-Wert

Tab. 36: PANSS-Subscores, N, M, sd, MD, Min und Max der Geschlechter zum Entlasszeitpunkt

Tab. 37: Compliance-Summenwert bei Männern und Frauen, N, M, sd, Min und Max

Tab. 38: Mars-Summenwert bei Männern und Frauen, N, M, sd, Min und Max

Tab. 39: Zufriedenheiten mit den einzelnen Domänen der Lebensqualität, Geschlecht, N, M, sd, Min, Max und p-Wert

Tab. 40: Zusammenhang GAF und allgemeine Lebenszufriedenheit, Wert, p-Wert

Tab. 41: Zusammenhang GAF und PANSS mittels Spearman-Rho, Wert, p-Wert

Tab. 42: Subjektive Lebensqualität und GAF, Wert, p-Wert

VI.3 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Verteilung der Patienten nach Alter (N=166), Angaben in Prozent.
- Abb. 2: Verteilung der Patienten an der Entlassuntersuchung (N=166) nach Geschlecht, Angaben in Prozent
- Abb. 3: Nationalität der Patienten (N=166), Angaben in Prozent
- Abb. 4: Muttersprache der Entlassteilnehmer (N=164), Angaben in Prozent
- Abb. 5: Schulbildung der Entlassteilnehmer (N=164), Angaben in Prozent
- Abb. 6: Ausbildung der Entlassteilnehmer (N=161), Angaben in Prozent
- Abb. 7: Familienstand der Entlassteilnehmer (N=164), Angaben in Prozent
- Abb. 8: Arbeitssituation in den vergangenen 6 Monaten der Entlassteilnehmer bei Aufnahme (N=162), Angaben in Prozent
- Abb. 9: Momentane Beschäftigungssituation der Entlassteilnehmer (N=152), Angaben in Prozent
- Abb. 10: Haupteinkommensquelle der Entlassteilnehmer (N=131), Angaben in Prozent
- Abb. 11: Wohnsituation der Teilnehmer an der Entlassuntersuchung (N=166), Angaben in Prozent
- Abb. 12: Diagnosen gruppiert nach F20 und F25 der Teilnehmer an der Entlassuntersuchung (N=158), Angaben in Prozent
- Abb. 13: Diagnosegruppen der Teilnehmer und der Entlassuntersuchung (N=158), Angaben in Prozent
- Abb. 14: Entlassmodus der Entlassteilnehmer (N=152), Angaben in Prozent

- Abb. 15: Ambulante medizinische Behandlung vor Klinikaufenthalt der Entlassteilnehmer (N=160), Angaben in Prozent
- Abb. 16: Beabsichtigte ambulante medizinische Behandlung nach Klinikaufenthalt der Entlassteilnehmer (N=159), Angaben in Prozent
- Abb. 17: Schizophrene/Psychotische Störung bei Verwandten ersten Grades bei den Entlassteilnehmern (N=165), Angaben in Prozent
- Abb. 18: Suizidgedanken im letzten halben Jahr der Entlassteilnehmer (N=165), Angaben in Prozent
- Abb. 19: Suizidversuch im letzten halben Jahr der Entlassteilnehmer (N=165), Angaben in Prozent
- Abb. 20: Aktuelle Behandlung der Entlassteilnehmer (N=165), Angaben in Prozent
- Abb. 21: Einweisungsmodus zur aktuellen stationären Behandlung der Entlassteilnehmer (N=162), Angaben in Prozent
- Abb. 22: Psychopharmakologische Medikation der Entlassteilnehmer (N=166) vor Aufnahme, Angaben in Prozent
- Abb. 23: Einnahme der Medikamente vor Aufnahme bei den Entlassteilnehmern (N=148), Angaben in Prozent
- Abb. 24: Erfahrungen mit der aktuellen Medikation, N, Mw, sd
- Abb. 25: Wirkungen und Nebenwirkungen der aktuellen Neuroleptikamedikation (N=166), Angaben in Prozent
- Abb. 26: Global Assessment of Functioning Scale-Wert (GAF) der Untersuchungsstichprobe (N=165)
- Abb. 27: Verteilung der Patienten (N=166) nach Geschlecht, Angaben in Prozent
- Abb. 28: Altersverteilung der Patienten zum Entlasszeitpunkt (N=166) getrennt nach Geschlechtern, Angaben in Prozent
- Abb. 29: Schulbildung der Männer und Frauen zum Zeitpunkt der Entlassung, Angaben in Prozent

Abb. 30: Ausbildung der Teilnehmer zum Entlasszeitpunkt, Angaben in Prozent

Abb. 31: Familienstand der männlichen und weiblichen Entlassteilnehmer, Angaben in Prozent

Abb. 32: Arbeitssituation der Männer und Frauen in den vergangenen 6 Monaten vor dem Zeitpunkt der Aufnahme, Angaben in Prozent

Abb. 33: Beschäftigungssituation vor Aufnahme bei Männern und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 34: Haupteinkommensquellen der Männern und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 35: Wohnsituation der männlichen Patienten, Angaben in Prozent

Abb. 36: Wohnsituation der weiblichen Patienten, Angaben in Prozent

Abb. 37: Diagnosen zusammengefasst nach F20 und F25, Männer, Angaben in Prozent

Abb. 38: Diagnosen zusammengefasst nach F20 und F25, Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 39: Entlassmodus Männer und Frauen zum Entlasszeitpunkt, Angaben in Prozent

Abb. 40: Ambulante medizinische Behandlung vor dem Klinikaufenthalt bei Männern und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 41: Ambulante medizinische Behandlung nach dem Klinikaufenthalt bei Männern und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 42: Schizophrene/Psychotische Störung bei Verwandten ersten Grades bei Männern und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 43: Suizidgedanken im letzten halben Jahr bei Männer und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 44: Suizidversuch im letzten halben Jahr unternommen von Männer und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 45: Angaben zur aktuellen Behandlung von Männern und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 46: Einweisungsmodus zur aktuellen stationären Behandlung von Männern und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 47: Einnahme der Medikamente vor Aufnahme, Männer und Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 48: Aktuelle Medikation der Entlassteilnehmer, N, Mw

Abb. 49: Medikamentenwirkungen Männer versus Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 50: Medikamentennebenwirkungen Männer versus Frauen, Angaben in Prozent

Abb. 51: Global Assessment of Functioning Scale (GAF)- Werte bei Männern und Frauen

VI.4 Dokumentationsbögen



Die Einflüsse der antipsychotischen Langzeitbehandlung mit atypischen Neuroleptika auf die funktionale Beeinträchtigung und die subjektive Lebensqualität von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen

Basisdaten – Entlassuntersuchung

Zentrum/Klinik:
(zentr)

① Günzburg ② Reutlingen ③ Tübingen
 ④ Weissenau ⑤ Zwiefalten ⑥ Bad Schussenried
 ⑦ Friedrichshafen ⑧ Augsburg ⑨ Heidenheim

Patienten-Nr.:
(Zentrum/Klinik: 1–9 + dreistelliger Patientencode)
(vpnr)

Wirkstoff:
(wirk)

① Quetiapin ② Olanzapin ③ Risperidon

Datum der Untersuchung:
(datum)

Interviewer:
(Zentrum/Klinik: 1–9 + zweistelliger Code)
(inter)

Geburtsdatum des Pat.:
(geb)

Alter in Jahren:
(alter)

Geschlecht:
(sex)

① männlich ② weiblich

Staatsangehörigkeit:
(nat)

① deutsch ② EU ③ nicht EU

VI. Anhang

- Muttersprache:
(spra)
- ① deutsch
 - ② andere Muttersprache
- Schulbildung:
(schul)
- ① keinen Abschluss
 - ② Sonderschulabschluss
 - ③ Hauptschulabschluss
 - ④ Realschulabschluss
 - ⑤ Fachhochschulreife
 - ⑥ Abitur
 - ⑦ noch in der Schule
 - ⑧ Sonstiges
- Berufsausbildung:
(ausb)
- ① keine abgeschlossene Berufsausbildung
 - ② abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre, Fachschule)
 - ③ abgeschlossenes Studium (Universität, Fachhochschule, Berufsakademie)
 - ④ in Ausbildung
 - ⑤ im Studium
 - ⑥ Sonstiges

VI. Anhang



Pat.nr.:

Messzeitpunkt:

Datum:

Krankheits- und Behandlungsanamnese – Entlassuntersuchung

Diagnose nach ICD-10:
(diag1)

- ① Paranoide Schizophrenie F20.0
- ② Hebephrene Schizophrenie F20.1
- ③ Katatone Schizophrenie F20.2
- ④ Undifferenzierte Schizophrenie F20.3
- ⑤ Postschizophrene Depression F20.4
- ⑥ Schizophrenes Residuum F20.5
- ⑦ Schizophrenia simplex F20.6
- ⑧ Sonstige Schizophrenie (Zönästhetische Schizophr.) F20.8
- ⑨ Schizophrenie, nicht näher bezeichnet F20.9
- ①⑩ Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch F25.0
- ①① Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv F25.1
- ①② Gemischte schizoaffektive Störung F25.2
- ①③ Sonstige schizoaffektive Störungen F25.8
- ①④ Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet F25.9

Zweitdiagnose
nach ICD 10:
(diag2)

- ① ja ② nein ⑨ keine Angaben

evtl. Zweitdiagnose
nach ICD 10:
(diag3)

Somatische Diagnosen
(aus der Akte):
(diag4)
(diag5)

VI. Anhang

Aktuelle Behandlung: ① vollstationär ② teilstationär
(abe01)

Bei Aufnahme- und Entlassdatum der aktuellen stationären Behandlung geht es um die *aktuelle Erkrankungsphase*. Bei vorübergehenden Entlassungen für wenige Tage (z.B. über das Wochenende) oder bei Verlegungen (z.B. zwischen zwei Kliniken oder zwischen voll- und teilstationärer Behandlung) zählt das *erste Aufnahmedatum*.

Aufnahmedatum:
(abe02)

Entlassdatum:
(abe03)

Einweisungsmodus
zur aktuellen
stationären
Behandlung:
(abe04)

- ① ohne ärztliche Einweisung
- ② niedergelassener Psychiater/Psychotherapeut
- ③ sonstiger niedergelassener Arzt
- ④ eigene psychiatrische Ambulanz, PIA/Poliklinik
- ⑤ Notarzt/ambulanter Notdienst
- ⑥ SPD/PSD oder ähnliche Dienste
- ⑦ Gesundheitsamt/Polizei oder ähnliche Stellen
- ⑧ sonstige

Psychopharmakologische Medikation *vor* der Aufnahme (Wirkstoff, nach Angabe des Patienten und aus der Akte):

1. Medikament:
(abe05)

2. Medikament:
(abe06)

3. Medikament:
(abe07)

4. Medikament:
(abe08)

5. Medikament:
(abe09)

Einnahme:
(abe10) ① wie verordnet ① unregelmäßig
 ② gar nicht ③ weiß nicht

VI. Anhang

Wie sehr wurden während der aktuellen Behandlung Ihre bisherigen Erfahrungen mit Medikamenten berücksichtigt?

(abe11)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht						sehr stark

Wie war während der aktuellen Behandlung Ihre Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl des Neuroleptikums?

(abe12)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
überhaupt keine						sehr groß

Wie empfanden Sie die Qualität der Aufklärung über die Wirkung des Neuroleptikums?

(abe13)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
sehr schlecht						sehr gut

Wie empfanden Sie die Qualität der Aufklärung über die Nebenwirkungen des Neuroleptikums?

(abe14)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
sehr schlecht						sehr gut

Wie zufrieden sind Sie mit der medikamentösen Behandlung zum Entlasszeitpunkt?

(abe15)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht zufrieden						sehr zufrieden

Unterbringung nach
UBG oder BGB:

(abe16)

- ① ja ② nein

VI. Anhang

Zwangsmaßnahmen während des aktuellen Aufenthalts:

Fixierung: ① ja ② nein
(abe17)

Zwangsmedikation: ① ja ② nein
(abe18)

Isolation: ① ja ② nein
(abe19)

Entlassmodus: ① reguläre Entlassung
(abe20) ② gegen ärztlichen Rat
 ③ Entlassung wegen mangelhafter Motivation/Kooperation

Ambulante medizin.
Behandlung *vor*
Klinikaufenthalt: ① Psychiater, Nervenarzt ② Hausarzt
(amb1) ③ PIA, Poliklinik ④ sonstige ⑤ keine

Ambulante medizin.
Behandlung *nach*
Klinikaufenthalt: ① Psychiater, Nervenarzt ② Hausarzt
(amb2) ③ PIA, Poliklinik ④ sonstige ⑤ keine

Name/Ort des nun
behandelnden Arztes:
(amb3)

Erste nervenärztliche/psychiatrische Behandlung
(ambulante oder stationär): vor Jahren.
(nerv)

Zeitpunkt der ersten (voll- oder teil-)stationären Behandlung: vor Jahren.
(stat1)

Anzahl der bisherigen stationären Behandlungen
(voll- und teilstationär, inklusive der aktuellen Behandlung):
(stat2)

Gesamtdauer der bisherigen stationären Behandlungen
(voll- und teilstationär, inklusive der aktuellen Behandlung): ca. Monate.
(stat3)

VI. Anhang

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht						sehr stark

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
überhaupt keine						sehr groß

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
sehr schlecht						sehr gut

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht zufrieden						sehr zufrieden

VI. Anhang



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Beachte: Benutze auch entsprechende Zwischenwerte, z.B. 45, 68 oder 72)

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

Der aktuelle Zustand des Patienten entspricht einem GAF-Wert von (gaf)

ELAN / 22.03.05



Pat.nr.:

Messzeitpunkt:

Datum:

Lebensqualitätsfragebogen

(LQ)

VI. Anhang

1. Allgemeines Lebensgefühl																		
1.1 Wie zufrieden fühlen Sie sich zur Zeit insgesamt mit Ihrem Leben?	1 = völlig unzufrieden 2 = unzufrieden 3 = eher unzufrieden 4 = teils zufrieden, teils unzufrieden 5 = eher zufrieden 6 = zufrieden 7 = völlig zufrieden 9 = weiß nicht																	
<input type="checkbox"/> LQ001																		
2. Arbeit - Ausbildung																		
2.1 Hatten Sie im Verlauf der letzten 6 Monate eine Arbeit, d. h. seit (Datum)? Arbeiten Sie auch momentan?	1 = ja 2 = nein aber ich hatte im Laufe der vergangenen 6 Monate Arbeit 0 = nein, auch im Laufe der vergangenen sechs Monate hatte ich keine Arbeit 9 = weiß nicht, k. A.																	
<input type="checkbox"/> LQ002																		
2.2 Was ist Ihre Arbeit zur Zeit? bitte genau notieren Bei mehr als einem Job, bitte den notieren, in dem besser verdient wird.	1 = Schüler, Student 2 = Arbeiter 3 = Angestellter 4 = Beamter 5 = Selbständiger 6 = Vorrühständler, Rentner 7 = EU-Rentner 8 = Arbeitslose 9 = Hausfrau 10 = geschützte Tätigkeit 11 = andere 99 = keine Angaben																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LQ003																		
2.3 Wieviel Stunden pro Woche arbeiten Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LQ004 999 = weiß nicht																	
2.4 Wieviele Stunden pro Woche arbeiten Sie gegen Bezahlung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LQ005																	
Wie zufrieden sind Sie (mit)	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden, teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu	1	2	3	4	5	6	7	9	98
2.5 Ihrer (beruflichen) Tätigkeit (Arbeit, geschützter Arbeitsplatz, Studium etc.)?	<div style="text-align: right;">LQ006</div>																	

VI. Anhang

	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden, teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
2.6 Ihren Arbeitsbedingungen und den Räumlichkeiten, in denen Sie arbeiten?	LQ007								
2.7 damit, arbeitslos/berentet zu sein (falls zutreffend)?	LQ008								
3. Freizeitgestaltung									
Betrachten Sie im folgenden die letzte Woche									
3.1 Haben Sie in diesem Zeitraum Sport getrieben?	<div style="text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ009 </div>								
3.2 Haben Sie eine Sportveranstaltung besucht?	<div style="text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ010 </div>								
3.3 Waren Sie einkaufen?	<div style="text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ011 </div>								
3.4 Sind Sie Bus, Auto oder Zug gefahren außer zur Arbeit und zurück?	<div style="text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ012 </div>								
3.5 Haben Sie ein Restaurant, eine Kneipe oder Gaststätte besucht?	<div style="text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ013 </div>								
3.6 Haben Sie ferngesehen oder Radio gehört?	<div style="text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ014 </div>								

VI. Anhang

Betrachten Sie im folgenden die letzte Woche										
3.7 Sind Sie spazieren gegangen?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ015									
3.8 Haben Sie ein Buch, eine Zeitschrift oder Tageszeitung gelesen?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ016									
3.9 Haben Sie sich mit einem Hobby beschäftigt?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ017									
3.10 Sind Sie in einem Park gewesen?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ018									
3.11 Gab es im Laufe des letzten Jahres Zeiten, in denen Sie gern mehr in Ihrer Freizeit unternommen hätten, dies aber nicht möglich war?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ019									
3.12 Wie würden Sie ganz allgemein Ihre augenblickliche Leistungsfähigkeit (Zuhause, in der Schule, im Beruf) einschätzen? Würden Sie Ihre Leistungsfähigkeit als hervorragend, gut, recht gut oder schlecht einstufen?	1 = hervorragend 2 = gut 3 = recht gut 4 = schlecht 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ020									
Wie zufrieden sind Sie (mit)	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu	1 2 3 4 5 6 7 9 98
3.13 der Art, wie Sie Ihre Freizeit verbringen?	LQ021									
3.14 Ihren Freizeitaktivitäten zu Hause?	LQ022									
3.15 Ihren Freizeitaktivitäten außer Haus?	LQ023									

VI. Anhang

	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu	
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98	
3.16 der Möglichkeit, die Sie haben, angenehme und schöne Dinge zu tun?									LQ024	
3.17 dem Ausmaß an Spaß, den Sie haben?									LQ025	
3.18 dem Ausmaß an Entspannung, den Sie in Ihrem Leben haben?									LQ026	
3.19 dem Vergnügen, das Sie durch Fernsehen und Radio haben?									LQ027	
4. Religion										
4.1 Welcher Religion gehören Sie an?	0 = keine 1 = evangelisch 2 = katholisch 3 = islamisch 4 = jüdisch 5 = andere						<input type="checkbox"/> LQ028			
4.2 Wie oft haben Sie in den vergangenen vier Wochen einen Gottesdienst oder andere religiöse Veranstaltungen besucht?	<input type="checkbox"/> LQ029									
	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu	
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98	
4.3 mit der „religiösen Seite“ Ihres Lebens?									LQ030	
4.4 der Häufigkeit Ihres Gottesdienstbesuchs?									LQ031	

VI. Anhang

5. Finanzen				
5.1 Was verdienen Sie ungefähr netto im Monat?		€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LQ032 999 = weiß nicht		
5.2 Haben Sie in den vergangenen 6 Monaten aus einer der folgenden Quellen Geld erhalten:				
	Ja 1	Nein 0	weiß nicht 9	
Gehalt oder Lohn				LQ033
Altersrente				LQ034
EU-Rente				LQ035
Sozialhilfe				LQ036
Kriegsinvalidenrente				LQ037
Erziehungsgeld, Kindergeld				LQ038
Einkommen aus geschützter Tätigkeit				LQ039
Arbeitslosengeld, -hilfe				LQ040
Ersparnisse, Vermögen, Kapitalanlagen				LQ041
Wohngeld				LQ042
Alimente, Vorleistungen				LQ043
Lebensmittelmarken				LQ044
Familie/Freunde				LQ045
andere: _____ <small style="margin-left: 40px;">bitte notieren</small>				LQ046
5.3 Wieviel Geld erhalten Sie monatlich aus all diesen Quellen?		€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LQ047 999 = weiß nicht		
5.4 Wieviel Geld steht Ihnen monatlich nach Abzug von Miete und Geld für Lebensmittel/Essen noch zur Verfügung?		€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LQ048 999 = weiß nicht		
5.5 Ist im vergangenen Jahr ein Antrag von Ihnen auf staatliche Unterstützung abgelehnt worden?		0 = nein, 1 = ja, 9 = weiß nicht <input type="text"/> LQ049		
5.6 Wieviel Geld mehr bräuchten Sie pro Monat, um so zu leben, wie Sie es sich wünschen?		€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LQ050 999 = weiß nicht		
5.7 Fehlte Ihnen im letzten Jahr irgendwann das Geld, um ihr tägliches Leben zu genießen?		0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="text"/> LQ051		

VI. Anhang

Hatten Sie während der letzten 6 Monate grundsätzlich genug Geld, um sich folgendes zu leisten:																		
5.8 Essen?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ052																	
5.9 Kleidung?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ053																	
5.10 Wohnen?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ054																	
5.11 In die Stadt fahren, um z.B. einzukaufen, Arzttermine wahrzunehmen oder Freunde/Verwandte zu besuchen?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ055																	
5.12 Soziale Aktivitäten, wie ins Kino oder ins Restaurant gehen?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ056																	
Wie zufrieden sind Sie (mit)	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu	1	2	3	4	5	6	7	9	98
5.13 Ihrer Bezahlung? (alles, außer Unterstützung)	LQ057																	
5.14 Ihrer finanziellen Lage?	LQ058																	
Wie zufrieden sind Sie (mit)	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu	1	2	3	4	5	6	7	9	98
5.15 dem Betrag, der Ihnen für Vergnügungen (z.B. Freizeitgestaltung) zur Verfügung steht?	LQ059																	
5.16 der Menge an Geld, die Sie erhalten? (alles zusammen)	LQ060																	

VI. Anhang

6. Wohnung																																			
6.1 Sie wohnen ja zur Zeit....?																																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Eigentumswohnung, eigenes Haus</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">1</td><td style="padding: 2px;">Ambulant betreutes Wohnen</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">9</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Mietwohnung/ Haus von privatem Vermieter</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">2</td><td style="padding: 2px;">Psychiatrische Station</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">10</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">3</td><td style="padding: 2px;">Psychotherapeutische Station</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">11</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Wohnung der Eltern</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">4</td><td style="padding: 2px;">Andere Station</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">12</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Gemeinschaftswohnung/ Wohnheim ohne therapeutisches Anliegen</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">5</td><td style="padding: 2px;">Justizvollzugskrankenhaus</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">13</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Übernachtungseinrichtung mit 24 Std. Betreuung/ Heim</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">6</td><td style="padding: 2px;">Maßregelvollzug</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">14</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Übernachtungseinrichtung mit weniger als 24 Std. Betr.</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">7</td><td style="padding: 2px;">Obdachlosenheim</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">15</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Übernachtungseinrichtung mit Betr. weniger als täglich</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">8</td><td style="padding: 2px;">Obdachlos, auf der Straße lebend andere</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">16 17</td></tr> </table>	Eigentumswohnung, eigenes Haus	1	Ambulant betreutes Wohnen	9	Mietwohnung/ Haus von privatem Vermieter	2	Psychiatrische Station	10	Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft	3	Psychotherapeutische Station	11	Wohnung der Eltern	4	Andere Station	12	Gemeinschaftswohnung/ Wohnheim ohne therapeutisches Anliegen	5	Justizvollzugskrankenhaus	13	Übernachtungseinrichtung mit 24 Std. Betreuung/ Heim	6	Maßregelvollzug	14	Übernachtungseinrichtung mit weniger als 24 Std. Betr.	7	Obdachlosenheim	15	Übernachtungseinrichtung mit Betr. weniger als täglich	8	Obdachlos, auf der Straße lebend andere	16 17			<div style="text-align: right; padding-right: 10px;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ061 </div>
Eigentumswohnung, eigenes Haus	1	Ambulant betreutes Wohnen	9																																
Mietwohnung/ Haus von privatem Vermieter	2	Psychiatrische Station	10																																
Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft	3	Psychotherapeutische Station	11																																
Wohnung der Eltern	4	Andere Station	12																																
Gemeinschaftswohnung/ Wohnheim ohne therapeutisches Anliegen	5	Justizvollzugskrankenhaus	13																																
Übernachtungseinrichtung mit 24 Std. Betreuung/ Heim	6	Maßregelvollzug	14																																
Übernachtungseinrichtung mit weniger als 24 Std. Betr.	7	Obdachlosenheim	15																																
Übernachtungseinrichtung mit Betr. weniger als täglich	8	Obdachlos, auf der Straße lebend andere	16 17																																
6.2 Wie lange wohnen Sie schon dort?																																			
			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahre LQ062																																
6.3 Wo haben Sie während der letzten 6 Monate sonst noch gewohnt? (falls zutreffend, Kodierungen siehe 6.1)																																			
a) _____ bitte notieren		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ063																																	
b) _____ bitte notieren		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ064																																	
c) _____ bitte notieren		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ065																																	
d) _____ bitte notieren		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ066																																	
e) _____ bitte notieren		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ067																																	
f) _____ bitte notieren		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ068																																	
6.4 Anzahl der verschiedenen Unterkünfte während der letzten 6 Monate (außer Krankenhausaufenthalt)																																			
			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ069																																
6.5 Welches war Ihr vornehmlicher Aufenthaltsort während der letzten 6 Monate? (Kodierungen siehe 6.1)																																			
			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ070																																
6.6 Wie viele Menschen wohnen dort im selben Haushalt außer Ihnen?																																			
			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ071																																
6.7 Wohnt Ihre Familie auch dort?																																			
			0 = nein 1 = ja <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ072																																
6.8 Hat es im vergangenen Jahr Zeiten gegeben, in denen Sie gern umgezogen wären oder in denen Sie gern Ihre Wohnsituation verbessert hätten, dies aber nicht möglich war?																																			
			0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> LQ073																																

VI. Anhang

	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
6.9 Ihrer Lebensumständen unter denen Sie leben?									LQ074
6.10 dem Einfluß, den Sie dort haben? (gilt auch für Alleinlebende)									LQ075
6.11 der Unabhängigkeit, die Sie in Ihrer Wohnsituation haben?									LQ076
6.12 dem Zusammenleben mit den anderen dort wohnenden Menschen?									LQ077
6.13 der Rückzugsmöglichkeit, die Sie dort haben?									LQ078
6.14 der Aussicht, dort lange zu leben?									LQ079
6.15 der Aussicht, evtl. wieder in ein Krankenhaus zurückkehren zu müssen (falls zur Zeit nicht im Krankenhaus)									LQ080

VI. Anhang

7. Sicherheit und Recht																		
7.1 Sind Sie in den vergangenen 6 Monaten verhaftet oder eines Verbrechens beschuldigt worden?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ081																	
7.2 Wie oft sind Sie in den letzten 6 Monaten verhaftet oder eines Verbrechens beschuldigt worden?	<input type="checkbox"/> LQ082																	
7.3 Sind Sie in den vergangenen 6 Monaten verprügelt, überfallen oder vergewaltigt worden?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ083																	
7.4 Sind Sie in den vergangenen 6 Monaten beraubt oder bestohlen worden?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ084																	
7.5 Gab es im letzten Jahr Situationen, in denen Sie polizeiliche oder rechtliche Hilfe in Anspruch nehmen wollten, sie aber nicht erhielten?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ085																	
Wie zufrieden sind Sie (mit)	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu	1	2	3	4	5	6	7	9	98
7.6 Ihrer persönlichen Sicherheit insgesamt?										LQ086								
7.7 Ihrer Sicherheit dort, wo Sie wohnen?										LQ087								
7.8 der Sicherheit auf den benachbarten Straßen?										LQ088								
7.9 dem Schutz vor Diebstahl und Überfall?										LQ089								

VI. Anhang

8. Familie	
8.1 Ihr gegenwärtiger Familienstand?	1 = verheiratet/mit festem Partner 2 = geschieden 3 = ledig 4 = verwitwet 5 = getrennt lebend <input type="checkbox"/> LQ090
8.2 Wie viele Kinder haben Sie ?	<input type="checkbox"/> LQ091
8.3 Wie oft hatten Sie in den vergangenen 6 Monaten Kontakt mit einem/einer Verwandten?	5 = täglich 4 = wöchentlich 3 = monatlich 2 = seltener als monatlich 1 = gar nicht 0 = keine Familie (gehe zu Abs. 9) 9 = weiß nicht, keine Angabe <input type="checkbox"/> LQ092
8.4 Wie oft haben Sie in den vergangenen 6 Monaten mit jemandem aus Ihrer Familie telefoniert?	5 = täglich 4 = wöchentlich 3 = monatlich 2 = seltener als monatlich 1 = gar nicht 0 = keine Familie (gehe zu Abs. 9) 9 = weiß nicht, keine Angabe <input type="checkbox"/> LQ093
8.5 Wie oft trafen Sie in den vergangenen 6 Monaten mit jemandem aus Ihrer Familie zusammen?	5 = täglich 4 = wöchentlich 3 = monatlich 2 = seltener als monatlich 1 = gar nicht 0 = keine Familie (gehe zu Abs. 9) 9 = weiß nicht, keine Angabe <input type="checkbox"/> LQ094
8.6 Gab es im vergangenen Jahr Situationen, in denen Sie gerne engeren Kontakt zu Ihrer Familie gehabt hätten, dies aber nicht möglich war?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ095

VI. Anhang

	völlig unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	teils zufrieden teils unzu-frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
8.7 Ihrer Familie im allgemeinen?	LQ006								
8.8 der Art und Weise, wie Sie und Ihre Familie miteinander umgehen?	LQ007								
8.9 dem Verhältnis zwischen Ihnen und Ihrer Familie überhaupt?	LQ008								
	völlig unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	teils zufrieden teils unzu-frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
8.10 Ihrer Ehe/ Partnerbeziehung (falls zutreffend)?	LQ009								
8.11 der Häufigkeit der Kontakte zu Ihrer Familie?	LQ100								
9. Freunde und Bekannte									
9.1 Würden Sie sagen, Sie sind jemand, der ohne Freunde auskommt?	<div style="float: right; text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ101 </div>								
9.2 Haben Sie einen guten Freund (eine gute Freundin), d.h. jemanden, der (die) Sie gut kennt?	<div style="float: right; text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ102 </div>								
9.3 Haben Sie einen Freund (eine Freundin), den (die) Sie um Hilfe bitten können, wenn Sie Hilfe brauchen?	<div style="float: right; text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ103 </div>								
9.4 Haben Sie sich in der vergangenen Woche mit einem Freund oder einer Freundin getroffen?	<div style="float: right; text-align: right;"> 0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> LQ104 </div>								

VI. Anhang

Wie oft machen Sie die nun folgenden Dinge?:																	
9.5 Sich mit anderen Leuten treffen?	5 = täglich 4 = wöchentlich 3 = monatlich 2 = seltener als monatlich 1 = nie 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ105																
9.6 Mit anderen telefonieren?	5 = täglich 4 = wöchentlich 3 = monatlich 2 = seltener als monatlich 1 = nie 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ106																
9.7 Etwas mit jemand unternehmen, was Sie schon seit längerer Zeit geplant haben?	5 = täglich 4 = wöchentlich 3 = monatlich 2 = seltener als monatlich 1 = nie 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ107																
9.8 Mit jemandem Zeit verbringen, der mehr als ein Bekannter für Sie ist, wie ein Freund/eine Freundin?	5 = täglich 4 = wöchentlich 3 = monatlich 2 = seltener als monatlich 1 = nie 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ108																
Wie zufrieden sind Sie (mit)	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu	1	2	3	4	5	6	7	9	98
9.9 der Art, wie Sie mit anderen Menschen zurechtkommen?	LQ109																
9.10 der Anzahl der Freunde und Bekannten, die Sie haben?	LQ110																
9.11 den Dingen, die Sie mit anderen Menschen unternehmen?	LQ111																
9.12 dem Ausmaß an Zeit, das Sie mit anderen Leuten verbringen?	LQ112																
9.13 den Leuten, mit denen Sie umgehen?	LQ113																

VI. Anhang

10. Gesundheit	
10.1 Würden Sie ganz allgemein sagen, Ihre Gesundheit ist hervorragend, sehr gut, gut, recht gut oder schlecht?	1 = hervorragend 2 = sehr gut 3 = gut 4 = recht gut 5 = schlecht 9 = keine Angabe <input type="checkbox"/> LQ114
Betrachten Sie im folgenden die letzten sechs Monate!	
10.2 Waren Sie wegen eines körperlichen Leidens beim Arzt/im Krankenhaus?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ115
10.3 Waren Sie in der Zeit wegen psychischer Probleme beim Arzt?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ116
10.4 Waren Sie wegen psychischer Probleme im Krankenhaus?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ117
10.5 Nehmen Sie wegen psychischer Probleme Medikamente?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ118
10.6 Hatten Sie körperliche Probleme, die Ihre Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt haben?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ119
10.7 Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Krankenhausaufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus/auf einer psychiatrischen Station (falls zutreffend)?	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre LQ120
10.8 Haben Sie sich im vergangenen Jahr wegen Ihrer Gesundheit Hilfe von einem Arzt oder einer anderen medizinischen Einrichtung gewünscht, diese aber nicht bekommen?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht <input type="checkbox"/> LQ121

VI. Anhang

	völlig unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	teils zufrieden teils unzu-frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
10.9 Ihrer Gesundheit allgemein?	LQ12								
10.10 Ihrem körperlichen Zustand?	LQ13								
	völlig unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	teils zufrieden teils unzu-frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
10.11 Ihrem emotionalen Wohlbefinden (seelisches)?	LQ14								
10.12 der Häufigkeit Ihrer Arztbesuche?	LQ15								

12. Allgemeines Lebensgefühl	
<p>Wir haben Sie eben nach vielen einzelnen Aspekten Ihres Lebens gefragt. Wenn Sie alles zusammennehmen und Ihr derzeitiges Leben als ganzes betrachten,...</p>	
12.1 wie zufrieden fühlen Sie sich zur Zeit insgesamt mit Ihrem Leben?	1 = völlig unzufrieden 2 = unzufrieden 3 = eher unzufrieden 4 = teils zufrieden, teils unzufrieden 5 = eher zufrieden 6 = zufrieden 7 = völlig zufrieden 9 = weiß nicht
	<input type="checkbox"/> LQ126
12.2 wie glücklich war Ihr Leben bisher alles in allem?	1 = sehr glücklich 2 = ziemlich glücklich 3 = nicht glücklich 9 = weiß nicht
	<input type="checkbox"/> LQ127
12.3 Fällt Ihnen etwas ein, das Sie in Ihrem Leben gerne ändern würden, etwas das Ihr Leben schöner, glücklicher machen würde?	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
	<input type="checkbox"/> LQ128

VI. Anhang

- 12.4 Hier sehen Sie eine Leiter. Am unteren Ende der Leiter ist das schlechteste Leben, das Sie Ihrer Ansicht nach haben könnten. Am oberen Ende der Leiter ist das beste Leben, das Sie Ihrer Ansicht nach haben könnten. Würden Sie bitte mit einem **X** markieren, wie Sie Ihr gegenwärtiges Leben einschätzen. (Bezug: reale Möglichkeiten)

Das beste Leben, das ich erwarten könnte

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Das schlimmste Leben, das ich erwarten könnte

LQ129

Wie zufrieden sind Sie mit...?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	teils zufrieden, teils unzufrieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
1	2	3	4	5	6	7

VI. Anhang



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Positiv- und Negativ-Syndrom Skala (PANSS) – Übersicht

Positivskala (P)		
p01	Wahnideen	
p02	Formale Denkstörung	
p03	Halluzinationen	
p04	Erregung	
p05	Größenideen	
p06	Misstrauen/ Verfolgungsideen	
p07	Feindseligkeit	
Negativskala (N)		
n01	Affektverflachung	
n02	Emotionaler Rückzug	
n03	Mangelnder affektiver Rapport	
n04	Soziale Passivität und Apathie	
n05	Schwierigkeiten beim abstrakten Denken	
n06	Mangel an Spontanität und Flüssigkeit der Sprache	
n07	Stereotype Gedanken	
Skala der Allgemeinpsychopathologie (G)		
g01	Sorge um die Gesundheit	
g02	Angst	
g03	Schuldgefühle	
g04	Anspannung	
g05	Manierismen und unnatürliche Körperhaltung	
g06	Depression	
g07	Motorische Verlangsamung	
g08	Unkooperatives Verhalten	
g09	Ungewöhnliche Denkinhalte	
g10	Desorientiertheit	
g11	Mangelnde Aufmerksamkeit	
g12	Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht	
g13	Willensschwäche	
g14	Mangelnde Impulskontrolle	
g15	Selbstbezogenheit	
g16	Aktives soziales Vermeidungsverhalten	

Codierung:

- 1 = fehlt
- 2 = minimal
- 3 = leicht
- 4 = mäßig
- 5 = mäßig schwer
- 6 = schwer
- 7 = extrem



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Wirkungs-Checkliste

Welche Wirkungen haben Ihre aktuellen Neuroleptika im Moment?

Bitte nur *spontane* Nennungen des Patienten ankreuzen!

wir01	Beruhigend	
wir02	Angstlösend	
wir03	Stimmungsaufhellend	
wir04	Einschlaffördernd	
wir05	Durchschlaffördernd	
wir06	Ordnen des Denkens	
wir07	Weniger Verlangsamung im Denken	
wir08	Rückgang von Wahngedanken	
wir09	Reduktion von Halluzinationen	
wir10	Verminderung des Gefühls der Fremdbeeinflussung	
wir11	Verbesserung der katatonen Symptome	
wir12	Verbesserung der Antriebssperre	
wir13	Verbesserung von Fremdheitsgefühlen	
wir14	Verbesserung des Unwirklichkeitsgefühls	
wir15	Verbesserung der eigenen Unsicherheit	
wir16	Verbesserung in der Kontaktaufnahme	
wir17	Minderung des Rückzugsverhaltens	
wir18	Verbesserung der Selbstsicherheit	
wir19	Antriebssteigerung	
wir20	Antriebsminderung	
wir21	Mehr Interesse an der Umwelt	
wir22	Sonstiges	

Codierung:

- ① wird spontan genannt
- ② wird nicht genannt

VI. Anhang

Aufzählung der sonstigen spontan genannten Wirkungen:
(wirso)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to list the spontaneous effects mentioned in the text above.

VI. Anhang



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Nebenwirkungs-Checkliste

1. Unter welchen Nebenwirkungen der Neuroleptika leiden Sie im Moment?

Bitte nur *spontane* Nennungen des Patienten ankreuzen!

uaw01	Muskelverspannungen	
uaw02	Schluckstörungen	
uaw03	Muskelzuckungen	
uaw04	Sitzunruhe	
uaw05	Zittern der Hände	
uaw06	Steifheit in den Bewegungen	
uaw07	Hypotonie (niedriger Blutdruck)	
uaw08	Schwindel beim Aufstehen	
uaw09	Schneller Herzschlag	
uaw10	Mundtrockenheit	
uaw11	Übermäßiges Schwitzen	
uaw12	Behinderung der Nasenatmung	
uaw13	Miktionsstörungen (Schwierigkeiten beim Wasserlassen)	
uaw14	Verstopfung	
uaw15	Durchfall	
uaw16	Übelkeit/Erbrechen	
uaw17	Übermäßiger Speichelfluss	
uaw18	Akkomodationsstörungen (Schwierigkeiten beim Lesen)	
uaw19	Zyklusstörungen	
uaw20	Milchfluss bzw. Brustwachstum (Gynäkomastie)	
uaw21	Sexuelle Störungen	
uaw22	Hautveränderungen	
uaw23	Müdigkeit	
uaw24	Kopfschmerzen	
uaw25	Schwindel	
uaw26	Schlafstörungen	
uaw27	Lustlosigkeit	

VI. Anhang

uaw28	Gefühl der Abgeschirmtheit	
uaw29	Konzentrationsstörungen	
uaw30	Gewichtszunahme	
uaw31	Vermehrter Appetit	
uaw32	Krampfanfälle	
uaw33	Innere Unruhe	
uaw34	Blutbildveränderungen	
uaw35	Veränderung der Leberwerte	

Codierung:

- ① wird spontan genannt
- ② wird nicht genannt

Aufzählung der sonstigen spontan genannten Nebenwirkungen:
(uawso)

2. Leiden Sie unter einer der im Folgenden genannten Nebenwirkungen?

		Eher ja	Eher nein
	Kreislaufreaktionen		
uaw36	Hypotonie (niedriger Blutdruck)	①	②
uaw37	Wie hoch war die letzte Messung? (Angabe in mmHg)		
uaw38	Schwindel beim Aufstehen	①	②
uaw39	Schneller Herzschlag	①	②
uaw40	Kennen Sie die Frequenz? (Angabe in Schläge/Minute)		

VI. Anhang

		Eher ja	Eher nein
	Anticholinerge Nebenwirkungen		
uaw41	Mundtrockenheit	①	②
uaw42	Übermäßiges Schwitzen	①	②
uaw43	Behinderung der Nasenatmung	①	②
uaw44	Miktionsstörungen (Schwierigkeiten beim Wasserlassen)	①	②
uaw45	Verstopfung	①	②
uaw46	Durchfall	①	②
uaw47	Übelkeit/Erbrechen	①	②
uaw48	Akkommodationsstörungen (Schwierigkeiten beim Lesen)	①	②
	Endokrine Nebenwirkungen		
uaw49	Zyklusstörungen	①	②
uaw50	Milchfluss bzw. Brustwachstum (Gynäkomastie)	①	②
uaw51	Sexuelle Störungen	①	②
uaw52	Hautveränderungen	①	②
	Allgemeine Symptome		
uaw53	Müdigkeit	①	②
uaw54	Kopfschmerzen	①	②
uaw55	Schwindel	①	②
uaw56	Schlafstörungen	①	②
uaw57	Lustlosigkeit	①	②
uaw58	Gefühl der Abgeschildertheit	①	②
uaw59	Konzentrationsstörungen	①	②
uaw60	Gewichtszunahme	①	②
uaw61	Vermehrter Appetit	①	②
uaw62	Krampfanfälle	①	②
uaw63	Innere Unruhe	①	②
uaw64	Blutbildveränderungen	①	②
uaw65	Veränderung der Leberwerte	①	②

VI. Anhang



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Zahlen-Symbol-Test

(aus dem Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene Revision 1991 HAWIE-R)

Rohwert
(Anzahl der in 90 sec. richtig zugeordneten Symbole, Wert
zwischen 0 und 93):
(zst01)

Wertpunkte
(Altersspezifische Wertpunktäquivalente aus Tabelle 17 des
Handbuchs, Wert zwischen 1 und 19):
(zst02)

VI. Anhang



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Medication Adherence Rating Scale (MARS) – Deutsche Version

Bitte nehmen Sie zu den folgenden Aussagen Stellung, indem Sie die Antwort ankreuzen, die Ihre Einstellung oder Ihr Verhalten gegenüber Ihrer Medikation der vergangenen Woche am besten beschreibt.

1. Vergessen Sie jemals Ihre Medikamente einzunehmen? Ja / Nein
2. Sind Sie zu Zeiten sorglos hinsichtlich der Medikamenteneinnahme? Ja / Nein
3. Hören Sie manchmal auf, die Medikamente einzunehmen, wenn Sie sich besser fühlen? Ja / Nein
4. Wenn Sie sich manchmal schlechter fühlen, wenn Sie die Medikamente einnehmen, hören Sie dann auf, sie einzunehmen? Ja / Nein
5. Ich nehme meine Medikation nur, wenn es mir schlecht geht. Ja / Nein
6. Es ist unnatürlich für meinen Geist und meinen Körper, durch Medikamente gesteuert zu werden. Ja / Nein
7. Meine Gedanken sind mit Medikamenten klarer. Ja / Nein
8. Indem ich die Medikamente einnehme, kann ich verhindern, dass es mir wieder schlecht geht. Ja / Nein
9. Mit den Medikamenten fühle ich mich komisch, wie ein „Zombie“. Ja / Nein
10. Die Medikamente verursachen, dass ich mich müde und träge fühle. Ja / Nein

VI. Anhang



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Bezugsdatum: vor 3 Monaten: vor 6 Monaten:

CLIENT SOCIODEMOGRAPHIC AND SERVICE RECEIPT INVENTORY (CSSRI-D) <i>Deutsche Adaptation der EU-Version CSSRI-EU</i>		
1. Wohnsituation		
1.1. Wo wohnen Sie zur Zeit normalerweise? (Definitionen s. Manual)		
a) Art und Name der Einrichtung: _____		(cs001)
b) Codierung: <u>Privat/Familie</u> <u>Gemeinde (nicht Krankenhaus)</u> <u>Krankenhaus</u> <u>Sonstige</u>	1 Eigentumswohnung, eigenes Haus 2 Mietwohnung/Haus von privatem Vermieter 3 Mietwohnung von Wohngesellschaft 4 Wohnung der Eltern 5 Gemeinschaftswohnung/Wohnheim ohne therapeutisches Anliegen 6 Übernachtungseinrichtung mit 24 Std. Betreuung/Heim 7 Übernachtungseinrichtung mit tägl. Betreuung, weniger als 24 h/Tag 8 Übernachtungseinrichtung mit Betreuung weniger als täglich 9 Ambulant betreutes Wohnen 10 Psychiatrische Station 11 Psychotherapeutische Station 12 Andere Station 13 Justizvollzugskrankenhaus 14 Maßregelvollzug 15 Obdachlosenheim 16 Obdachlos, auf der Straße lebend 17 Andere _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	(cs002)
1.2. Bei privater Wohnsituation:		
Wie viele Erwachsene leben dort? (Alter über 18 Jahre)	Zahl der Erwachsenen <input type="text"/>	(cs003)
Wie viele Kinder leben dort? (Alter unter 18 Jahre)	Zahl der Kinder <input type="text"/>	(cs004)
1.3. Haben Sie in den letzten 6 Monaten noch irgendwo anders gelebt? (außer der unter 1.1. angegebenen Unterbringung und außer im Krankenhaus)		
		1 ja, 2 nein <input type="text"/> (cs005)
<i>Wenn ja: vervollständigen Sie bitte diese Tabelle!</i>		
Art der Unterbringung bzw. bei nichtprivater Wohnform Art und Name der Einrichtung	Code s. 1.1.	Wie viele Tage wohnte der Klient in den letzten 6 Monaten dort?
(cs006)	(cs007)	(cs008)
(cs009)	(cs010)	(cs011)
(cs012)	(cs013)	(cs014)

VI. Anhang

2. Beschäftigung und Einkommen		
2.1. Gehen Sie derzeit einer Arbeit nach (auch unentgeltlich oder geschützte Werkstatt)? Wenn nicht: Befinden Sie sich derzeit in Ausbildung, oder beziehen Sie Rente?		
a) verbale Beschreibung:	_____	(cs015)
b) Codierung:	1 Selbständig o. Arbeits-/Angestelltenverhältnis, freier Arbeitsmarkt 2 Freiwillig (unentgeltlich) beschäftigt 3 Geschützte Tätigkeit 4 Arbeitslos/Arbeit suchend, seit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5 Student, (Um-)Schüler, Azubi 6 Hausfrau/Hausmann 7 Altersrente/Pension/Vorruhestand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8 Erwerbs- o. Berufsunfähigkeit, seit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9 andere <input type="text"/> <input type="text"/> 98 Antwort verweigert <input type="text"/> <input type="text"/>	(cs016)
2.2. Wenn derzeit reguläres Arbeitsverhältnis besteht: Als was arbeitet Klient zur Zeit?		
a) verbale Beschreibung:	_____	(cs019)
b) Codierung:	1 Selbständige (z.B. Handwerker, selbst. Landwirte, Künstler) 2 ausführende Angestellte (z.B. Sekretärin) 3 mittlere Angestellte (z.B. Sachbearbeiter) 4 leitende Angestellte (z.B. Abteilungsleiter) 5 ausführende Beamte (z.B. Sekretärin) 6 mittlere Beamte (z.B. Lehrer) 7 leitende Beamte (z.B. Abteilungsleiter) 8 ungelernete Arbeiter 9 angelernte Arbeiter 10 Facharbeiter, Meister 11 Arbeiter in der Landwirtschaft 12 andere <input type="text"/> <input type="text"/> 98 Antwort verweigert	(cs020)
c) Wie viele Tage mussten Sie der Arbeit in den letzten 3 Monaten wegen Krankheit fernbleiben?		
Arbeitsausfalltage infolge Krankheit (ohne regulär arbeitsfreie Tage): <input type="text"/> <input type="text"/>		(cs021)
2.3. Wenn arbeitslos: Wie viele Wochen waren Sie während der letzten 3 Monate arbeitslos?		
Zahl der Wochen <input type="text"/> <input type="text"/>		(cs022)
2.4. Erhalten Sie irgendwelche Unterstützungen? (außer privaten Unterstützungen) 1 ja, 2 nein <input type="checkbox"/>		(cs023)
<i>Wenn ja: Welche Unterstützungen erhalten Sie?</i>		
Internationale Kategorien	Nationale Varianten	
<u>Arbeitslosenunterstützung/Sozialhilfe</u>	1 Arbeitslosengeld I 2 Arbeitslosengeld II 3 Sozialhilfe 4 Hilfe in besonderen Lebenslagen 5 Einmalige Sonderunterstützungen	
<u>Krankheit/Behinderung</u>	6 Erwerbsunfähigkeitsrente 7 Berufsunfähigkeitsrente 8 Fahrtkostenerstattung f. Behinderte 9 Krankengeld 10 Pflegegeld	
<u>Wohnung</u>	11 Wohngeld 12 Einmalige Beihilfen	
<u>Andere</u>	13 Altersrente 14 Hinterbliebenenrente 15 Kindergeld 16 sonstige	
Codierung: b.w.		

VI. Anhang

		Höhe der monatlichen Unterstützung in € (bezogen auf die letzten 3 Monate)	
Mehrfachnennungen 1:	<input type="text"/> <input type="text"/>	(cs024)	_____ (cs025)
Mehrfachnennungen 2:	<input type="text"/> <input type="text"/>	(cs026)	_____ (cs027)
Mehrfachnennungen 3:	<input type="text"/> <input type="text"/>	(cs028)	_____ (cs029)
Mehrfachnennungen 4:	<input type="text"/> <input type="text"/>	(cs030)	_____ (cs031)

2.5. Was ist Ihre Haupteinkommensquelle?

1 Gehalt/Lohn	
2 Rente	
3 Sozialleistungen	
4 Familiäre Unterstützung (z.B. vom Ehegatten)	<input type="checkbox"/>
5 andere, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>

(cs032)

Auf den folgenden Seiten wird zu den **Versorgungsleistungen und Medikamenten** erfragt, wie hilfreich die jeweilige Leistung bzw. das jeweilige Medikament war.

Die Einschätzungen des Probanden sollen auf einer siebenstufigen Ratingskala

von **1 = überhaupt nicht hilfreich**
bis **7 = sehr hilfreich**

erfolgen.

Legen Sie dazu dem Probanden die Skala am Ende des Fragebogens vor.

VI. Anhang

3. Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen 3.1. Stationär: Bitte führen Sie alle stationären Krankenhausaufenthalte während der letzten 6 Monate auf. Nutzen Sie das Manual zur Begriffsdefinition. Tragen Sie in jede Zeile eine 0 ein, wenn die entsprechende Einrichtung in den letzten 6 Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.					
Stationärer Bereich	Name der Einrichtung	Alle stationären Krankenhausaufenthalte während der letzten 6 Monate			Wie hilfreich war das? (1 – 7)
		von	bis	Summe der <u>abrechenbaren</u> Tage	
Psychiatrische Station	(cs033)	(cs034)	(cs035)	(cs036)	(cs037)
	(cs038)	(cs039)	(cs040)	(cs041)	(cs042)
	(cs043)	(cs044)	(cs045)	(cs046)	(cs047)
	(cs048)	(cs049)	(cs050)	(cs051)	(cs052)
	(cs053)	(cs054)	(cs055)	(cs056)	(cs057)
	(cs058)	(cs059)	(cs060)	(cs061)	(cs062)
	(cs063)	(cs064)	(cs065)	(cs066)	(cs067)
Psychotherapeutische Station	(cs068)	(cs069)	(cs070)	(cs071)	(cs072)
	(cs073)	(cs074)	(cs075)	(cs076)	(cs077)
	(cs078)	(cs079)	(cs080)	(cs081)	(cs082)
	(cs083)	(cs084)	(cs085)	(cs086)	(cs087)
	(cs088)	(cs089)	(cs090)	(cs091)	(cs092)
	(cs093)	(cs094)	(cs095)	(cs096)	(cs097)
	(cs098)	(cs099)	(cs100)	(cs101)	(cs102)
Maßregelvollzug, Forensik	(cs103)	(cs104)	(cs105)	(cs106)	(cs107)
	(cs108)	(cs109)	(cs110)	(cs111)	(cs112)
Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK)	(cs113)	(cs114)	(cs115)	(cs116)	(cs117)
	(cs118)	(cs119)	(cs120)	(cs121)	(cs122)
Andere (somatische Kliniken)	(cs123)	(cs124)	(cs125)	(cs126)	(cs127)
	(cs128)	(cs129)	(cs130)	(cs131)	(cs132)
	(cs133)	(cs134)	(cs135)	(cs136)	(cs137)
	(cs138)	(cs139)	(cs140)	(cs141)	(cs142)

VI. Anhang

3.2. Teilstationär: Bitte führen Sie alle tagesklinischen Krankenhausaufenthalte während der letzten 6 Monate auf. Nutzen Sie das Manual zur Begriffsdefinition. Tragen Sie in jede Zeile eine 0 ein, wenn die entsprechende Einrichtung in den letzten 6 Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.					
Teilstationärer Bereich	Name der Einrichtung	Alle teilstationären Klinikaufenthalte während der letzten 6 Monate			Wie hilfreich war das? (1 – 7)
		von	bis	Summe der abrechenbaren Tage	
Psychiatrisch	(cs143)	(cs144)	(cs145)	(cs146)	(cs147)
	(cs148)	(cs149)	(cs150)	(cs151)	(cs152)
	(cs153)	(cs154)	(cs155)	(cs156)	(cs157)
	(cs158)	(cs159)	(cs160)	(cs161)	(cs162)
	(cs163)	(cs164)	(cs165)	(cs166)	(cs167)
	(cs168)	(cs169)	(cs170)	(cs171)	(cs172)
Anderer	(cs173)	(cs174)	(cs175)	(cs176)	(cs177)
	(cs178)	(cs179)	(cs180)	(cs181)	(cs182)

3.3. Ambulant: Bitte führen Sie alle, während der letzten 3 Monate genutzten, ambulanten medizinischen Versorgungsangebote auf. Nutzen Sie das Manual zur Begriffsdefinition. Tragen Sie in jede Zeile eine 0 ein, wenn die entsprechende Einrichtung in den letzten 3 Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.				
Ambulanter Bereich	Name	Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten	Durchschnittliche Dauer der Kontakte in Minuten	Wie hilfreich war das? (1 – 7)
Nieder-gelassener Psychiater	Arzt, Ort: (cs183)	(cs184)	(cs185)	(cs186)
	Arzt, Ort: (cs187)	(cs188)	(cs189)	(cs190)
	Arzt, Ort: (cs191)	(cs192)	(cs193)	(cs194)
	Arzt, Ort: (cs195)	(cs196)	(cs197)	(cs198)
Psychiatr. Institutsambulanz	PIA: (cs199)	(cs200)	(cs201)	(cs202)
	PIA: (cs203)	(cs204)	(cs205)	(cs206)
	PIA: (cs207)	(cs208)	(cs209)	(cs210)
Anderer Arzt:	Fachrichtung: (cs211)	(cs212)	(cs213)	(cs214)
Anderer Arzt:	Fachrichtung: (cs215)	(cs216)	(cs217)	(cs218)
Anderer Arzt:	Fachrichtung: (cs219)	(cs220)	(cs221)	(cs222)
Fortsetzung auf der nächsten Seite				

VI. Anhang

Fortsetzung der ambulanten medizinischen Versorgungsangebote				
Anderer Arzt:	Fachrichtung: (cs223)	(cs224)	(cs225)	(cs226)
Anderer Arzt:	Fachrichtung: (cs227)	(cs228)	(cs229)	(cs230)

3.4. Komplementär: Bitte führen Sie alle, während der **letzten 3 Monate** genutzten, komplementären Versorgungsleistungen auf.
Nutzen Sie das Manual zur Begriffsdefinition. Tragen Sie in jede Zeile eine **0** ein, wenn die entsprechende Einrichtung in den letzten 3 Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.

Komplement. Bereich	Name der Einrichtung	Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten	Durchschnittliche Dauer der Kontakte in Minuten	Wie hilfreich war das? (1 – 7)
Geschützte Werkstätten	(cs231)	(cs232)	(cs233)	(cs234)
	(cs235)	(cs236)	(cs237)	(cs238)
	(cs239)	(cs240)	(cs241)	(cs242)
Zweckbetriebe	(cs243)	(cs244)	(cs245)	(cs246)
	(cs247)	(cs248)	(cs249)	(cs250)
Ergotherapie	(cs251)	(cs252)	(cs253)	(cs254)
	(cs255)	(cs256)	(cs257)	(cs258)
Spezielle Ausbildung	(cs259)	(cs260)	(cs261)	(cs262)
	(cs263)	(cs264)	(cs265)	(cs266)
	(cs267)	(cs268)	(cs269)	(cs270)
Kontakt- und Beratungsstellen, Tageszentren etc. (inkl. angegliederter Ergotherapie)	(cs271)	(cs272)	(cs273)	(cs274)
	(cs275)	(cs276)	(cs277)	(cs278)
	(cs279)	(cs280)	(cs281)	(cs282)
	(cs283)	(cs284)	(cs285)	(cs286)
Sozialpsychiatrischer Dienst	(cs287)	(cs288)	(cs289)	(cs290)
Selbsthilfegruppen	(cs291)	(cs292)	(cs293)	(cs294)
	(cs295)	(cs296)	(cs297)	(cs298)
Sonstige	(cs299)	(cs300)	(cs301)	(cs302)
	(cs303)	(cs304)	(cs305)	(cs306)
	(cs307)	(cs308)	(cs309)	(cs310)
	(cs311)	(cs312)	(cs313)	(cs314)

VI. Anhang

3.5. Sonstige Kontakte: Bitte führen Sie alle sonstigen Kontakte zu medizinischen und/oder sozialen Diensten während der letzten 3 Monate auf. Nutzen Sie das Manual zur Begriffsdefinition. Tragen Sie in jede Zeile eine 0 ein, wenn die entsprechende Einrichtung in den letzten 3 Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.				
Service	Name der Einrichtung/Person	Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten	Durchschnittliche Dauer der Kontakte in Minuten	Wie hilfreich war das? (1 – 7)
Niedergelassener Psychotherapeut	(cs315)	(cs316)	(cs317)	(cs318)
	(cs319)	(cs320)	(cs321)	(cs322)
Gemeindegemeinschaft	(cs323)	(cs324)	(cs325)	(cs326)
Hauswirtschaftshilfe/Mitarbeiter einer Sozialstation	(cs327)	(cs328)	(cs329)	(cs330)
Betreuer	1 = ehrenamtlicher Betreuer (Angehöriger des Klienten) 2 = Betreuer des Sozialamtes 3 = selbständige o. im Verein organisierte Berufsbetreuer (cs331) <input type="checkbox"/>	(cs332)	(cs333)	(cs334)
Schuldnerberatungsstelle	(cs335)	(cs336)	(cs337)	(cs338)
Sonstige	(cs339)	(cs340)	(cs341)	(cs342)
	(cs343)	(cs344)	(cs345)	(cs346)

3.6. War der Klient während der letzten 3 Monate in Kontakt mit Polizei oder Justiz?	
<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">1 = ja, 2 = nein, 99 = nicht bekannt <input type="checkbox"/></div> Wenn ja:	(cs347)
a) Wie viele Kontakte mit der Polizei fanden statt? Beachten Sie: Kontakt = Befragung oder Aufenthalt für einige Stunden, aber nicht über Nacht (98 = Antwort verweigert, 99 = nicht bekannt)	(cs348)
b) Wie viele Nächte wurden in Polizeigewahrsam oder Gefängnis verbracht? (98 = Antwort verweigert, 99 = nicht bekannt)	(cs349)
c) Wie viele psychiatrische Begutachtungen erfolgten während der Inhaftierung? (97 = Frage trifft nicht zu, 98 = Antwort verweigert, 99 = nicht bekannt)	(cs350)
d) Wie viele (straf- oder zivilrechtliche) Gerichtsvorladungen erfolgten? (98 = Antwort verweigert, 99 = nicht bekannt)	(cs351)
<div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> strafrechtlich <input type="checkbox"/> zivilrechtlich <input type="checkbox"/> </div>	(cs352)

VI. Anhang

4. Medikation: 4.1. Stationär: Bitte führen Sie alle, während des letzten Monats genommenen, ärztlich verordneten Medikamente auf. Nehmen sie dazu die Akte des Patienten zu Hilfe.								
Handelsname	Darreichungsform 0 Tabletten 1 Dragees 2 Tropfen 3 Suppositorien 4 Salben 5 s.c.-Injektion 6 i.m.-Injektion 7 i.v.-Injektion	Depot 1 ja 2 nein	Verordnete tägliche Dosis in mg	Wie viele Tage im letzten Monat so eingenommen?	Seit wann in dieser Dosierung? (Datum)	Bis wann in dieser Dosierung? (Datum)	Einnahme 0 wie verordnet 1 unregelmäßig 2 gar nicht 3 weiß nicht	Wie hilfreich ist/war das Med.? (1 – 7)
(cs353)	(cs354)	(cs355)	(cs356)	(cs357)	(cs358)	(cs359)	(cs360)	(cs361)
(cs362)	(cs363)	(cs364)	(cs365)	(cs366)	(cs367)	(cs368)	(cs369)	(cs370)
(cs371)	(cs372)	(cs373)	(cs374)	(cs375)	(cs376)	(cs377)	(cs378)	(cs379)
(cs380)	(cs381)	(cs382)	(cs383)	(cs384)	(cs385)	(cs386)	(cs387)	(cs388)
(cs389)	(cs390)	(cs391)	(cs392)	(cs393)	(cs394)	(cs395)	(cs396)	(cs397)
(cs398)	(cs399)	(cs400)	(cs401)	(cs402)	(cs403)	(cs404)	(cs405)	(cs406)
(cs407)	(cs408)	(cs409)	(cs410)	(cs411)	(cs412)	(cs413)	(cs414)	(cs415)
(cs416)	(cs417)	(cs418)	(cs419)	(cs420)	(cs421)	(cs422)	(cs423)	(cs424)
(cs425)	(cs426)	(cs427)	(cs428)	(cs429)	(cs430)	(cs431)	(cs432)	(cs433)
(cs434)	(cs435)	(cs436)	(cs437)	(cs438)	(cs439)	(cs440)	(cs441)	(cs442)
(cs443)	(cs444)	(cs445)	(cs446)	(cs447)	(cs448)	(cs449)	(cs450)	(cs451)
(cs452)	(cs453)	(cs454)	(cs455)	(cs456)	(cs457)	(cs458)	(cs459)	(cs460)
(cs461)	(cs462)	(cs463)	(cs464)	(cs465)	(cs466)	(cs467)	(cs468)	(cs469)
(cs470)	(cs471)	(cs472)	(cs473)	(cs474)	(cs475)	(cs476)	(cs477)	(cs478)
(cs479)	(cs480)	(cs481)	(cs482)	(cs483)	(cs484)	(cs485)	(cs486)	(cs487)
(cs488)	(cs489)	(cs490)	(cs491)	(cs492)	(cs493)	(cs494)	(cs495)	(cs496)
(cs497)	(cs498)	(cs499)	(cs500)	(cs501)	(cs502)	(cs503)	(cs504)	(cs505)

VI. Anhang

4. Medikation: 4.2. Ambulant: Bitte führen Sie alle, während des letzten Monats genommenen, ärztlich verordneten Medikamente auf.								
Handelsname	Darreichungsform 0 Tabletten 1 Dragees 2 Tropfen 3 Suppositorien 4 Salben 5 s.c.-Injektion 6 i.m.-Injektion 7 i.v.-Injektion	Depot 1 ja 2 nein	Verordnete tägliche Dosis in mg	Wie viele Tage im letzten Monat so eingenommen?	Seit wann in dieser Dosierung? (Datum)	Bis wann in dieser Dosierung? (Datum)	Einnahme 0 wie verordnet 1 unregelmäßig 2 gar nicht 3 weiß nicht	Wie hilfreich ist/war das Med.? (1 – 7)
(cs506)	(cs507)	(cs508)	(cs509)	(cs510)	(cs511)	(cs512)	(cs513)	(cs514)
(cs515)	(cs516)	(cs517)	(cs518)	(cs519)	(cs520)	(cs521)	(cs522)	(cs523)
(cs524)	(cs525)	(cs526)	(cs527)	(cs528)	(cs529)	(cs530)	(cs531)	(cs532)
(cs533)	(cs534)	(cs535)	(cs536)	(cs537)	(cs538)	(cs539)	(cs540)	(cs541)
(cs542)	(cs543)	(cs544)	(cs545)	(cs546)	(cs547)	(cs548)	(cs549)	(cs550)
(cs551)	(cs552)	(cs553)	(cs554)	(cs555)	(cs556)	(cs557)	(cs558)	(cs559)
(cs560)	(cs561)	(cs562)	(cs563)	(cs564)	(cs565)	(cs566)	(cs567)	(cs568)
(cs569)	(cs570)	(cs571)	(cs572)	(cs573)	(cs574)	(cs575)	(cs576)	(cs577)
(cs578)	(cs579)	(cs580)	(cs581)	(cs582)	(cs583)	(cs584)	(cs585)	(cs586)
(cs587)	(cs588)	(cs589)	(cs590)	(cs591)	(cs592)	(cs593)	(cs594)	(cs595)
(cs596)	(cs597)	(cs598)	(cs599)	(cs600)	(cs601)	(cs602)	(cs603)	(cs604)
(cs605)	(cs606)	(cs607)	(cs608)	(cs609)	(cs610)	(cs611)	(cs612)	(cs613)
(cs614)	(cs615)	(cs616)	(cs617)	(cs618)	(cs619)	(cs620)	(cs621)	(cs622)
(cs623)	(cs624)	(cs625)	(cs626)	(cs627)	(cs628)	(cs629)	(cs630)	(cs631)
(cs632)	(cs633)	(cs634)	(cs635)	(cs636)	(cs637)	(cs638)	(cs639)	(cs640)
(cs641)	(cs642)	(cs643)	(cs644)	(cs645)	(cs646)	(cs647)	(cs648)	(cs649)
(cs650)	(cs651)	(cs652)	(cs653)	(cs654)	(cs655)	(cs656)	(cs657)	(cs658)

5. Zuzahlungspflicht für Medikamente und Unterbringung	
5.1. Zuzahlung zu Medikamenten	
Ist der Klient von den Zuzahlungen zu Medikamenten befreit?	1 = ja, 2 = nein <input type="checkbox"/>
<i>Wenn nicht:</i> Wie viel hat der Klient in den letzten 3 Monaten für die Zuzahlung zu verordneten Arzneimitteln aufgewendet?	Betrag in € _____
5.2. Zuzahlung zur Krankenhausunterbringung	
Ist der Klient von der jährlichen Zuzahlung für die ersten 14 Tage eines Krankenhausaufenthalts befreit?	1 = ja, 2 = nein <input type="checkbox"/>
5.3. Zuzahlung bei nichtprivater Unterbringung (außer Krankenhaus)	
Hat der Klient in den letzten 3 Monaten in einer nichtprivaten Wohnform (außer Krankenhaus) gelebt?	1 = ja, 2 = nein <input type="checkbox"/>
<i>Wenn ja:</i> Wie viel muss der Klient selbst für seine Unterbringung zahlen?	Klientenanteil pro Tag in € _____
5.4. Praxisgebühr	
Hat der Klient in den letzten 3 Monaten Praxisgebühr bezahlt?	1 = ja, 2 = nein <input type="checkbox"/>
<i>Wenn ja:</i> Wie viel Praxisgebühr hat der Klient in den letzten drei Monaten bezahlt?	Gesamtbetrag in € _____

(cs659)

(cs660)

(cs661)

(cs662)

(cs663)

(cs664)

(cs665)

6. Bemerkungen:



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

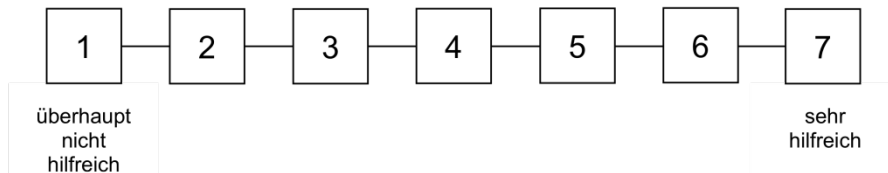
Bundes-Gesundheitssurvey, Frage 3

Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie *jemals*?

	Ja	Nein	Weiß nicht	
1. Bluthochdruck, Hypertonie	①	②	③	(bg01)
2. Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße, Angina pectoris	①	②	③	(bg02)
3. Herzinfarkt	①	②	③	(bg03)
4. Herzschwäche, Herzinsuffizienz	①	②	③	(bg04)
5. Schlaganfall	①	②	③	(bg05)
6. Durchblutungsstörungen des Gehirns (nur wenn sie bei Ihnen mit Lähmungen, Gefühlsstörungen oder Sprachstörungen einhergehen und nicht durch Migräne bedingt waren)	①	②	③	(bg06)
7. Durchblutungsstörungen an den Beinen, arterielle Verschlusskrankheit, „Schaufensterkrankheit“	①	②	③	(bg07)
8. Krampfadern (Varizen, mit oder ohne „offene“ Beine, Ulcus cruris)	①	②	③	(bg08)
9. Venenthrombose	①	②	③	(bg09)
10. Asthma bronchiale (Bronchialasthma, Lungenasthma, allergisches Asthma)	①	②	③	(bg10)
11. Chronische Bronchitis (d.h. Husten nachts ohne Erkältung und mit morgendlichem Auswurf an den meisten Tagen, mindestens 3 Monate im Jahr, in 2 aufeinander folgenden Jahren)	①	②	③	(bg11)
12. Magenschleimhautentzündung, Gastritis	①	②	③	(bg12)
13. Magen-, oder Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcuskrankheit	①	②	③	(bg13)
14. Gallenblasenentzündung oder Gallensteine	①	②	③	(bg14)
15. Leberschrumpfung, Leberzirrhose	①	②	③	(bg15)
16. Leberentzündung, Hepatitis, ansteckende Gelbsucht	①	②	③	(bg16)
17. Schilddrüsenkrankheiten (z.B. Kropf)	①	②	③	(bg17)
18. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit Insulinbehandlung	①	②	③	(bg18)
19. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ohne Insulinbehandlung	①	②	③	(bg19)

VI. Anhang

Wie hilfreich war die von Ihnen in Anspruch genommene Versorgungsleistung bzw. Medikation?





Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Compliance Selbst-Rating Instrument – Entlassuntersuchung

Einstellung zur Behandlung

Der folgenden Aussage stimme ich ...	① zu	② weitestgehend zu	③ teilweise zu	④ kaum zu	⑤ nicht zu
A. Ich bin hier aufgrund einer psychotischen Erkrankung in Behandlung. (coe0a)					
B. Ich muss zukünftig Maßnahmen zur Rückfallverhütung beachten. (coe0b)					
1. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich auf eine sinnvolle Tagesstruktur achte. (coe01)					
2. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich auf Alkohol und Suchtmittel verzichte. (coe02)					
3. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich Stress vermeide. (coe03)					
4. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich auf genügend Schlaf achte. (coe04)					
5. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich regelmäßig den niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater besuche. (coe05)					
6. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich gemeindepsychiatrische Angebote (z.B. SPD, WfbM, Tagesstätte, Kulturwerkstatt) wahrnehme. (coe06)					
7. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich alle verordneten Medikamente regelmäßig und zuverlässig einnehme. (coe07)					
8. Ich meine, dass es für meine psychische Gesundheit gut ist, wenn ich den Empfehlungen des Arztes folge. (coe08)					

VI.5 Literaturverzeichnis

Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2010;22(5):417-428.

Abi-Dargham A, Moore H. Prefrontal DA transmission at D1 receptors and the pathology of schizophrenia. *Neuroscientist* 2003;9(5):404-416.

Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:565-571.

Alvarez-Jiménez M, Hetrick S, Gonzalez-Blanch C, Gleeson JF, McGorry PD. Non-Pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008;193:101-107.

Argyle M, Martin M. The psychological causes of happiness. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N (eds.) *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective.* Pergamon, Oxford New York 1991:77-100.

Ascher-Svanum H, Faries D, Zhu B, Ernst F, Swartz M, Swanson J. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 2006;67:453-460.

Awad AG, Voruganti LNP. New antipsychotics, compliance, quality of life, and subjective tolerability- are patients better off? *Can J Psychiatry* 2004;49:297-302.

Ayuso-Gutierrez JL, del Rio V. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;28:199-206.

Barbui C, Kikkert M, Mazzi MA, Becker T, Bindman J, Schene A, Nosè M, Helm H, Thornicroft G, Tansella M. Comparison of patient and clinician perspectives in the assessment of antipsychotic medication adherence. *Psychopathology* 2009;42:311-317.

Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Towards a theory of schizophrenia. *Behav Science* 1956;1:251-264.

Bayer W, Längle G. Auswirkungen der Befragungsmethode auf die Angabe von Wirkungen und Nebenwirkungen von Antipsychotika. *Psychiatr Praxis* 2008;35:233-239.

Bebbington PE, Angermeyer M, Azorin J-M, Marwaha S, Marteau F, Toumi M. Side-effects of antipsychotic medication and health-related quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119 (Suppl. 438):22-28.

Bengtsson-Tops A, Hansson L. Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *Eur Psychiatry* 1999;14:256-263.

Bhugra D. The global prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2(5):e151.

Bigelow AD, McFarland BH, Olson MM. Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Commun Ment Health J* 1991;27:43-56.

Bleuler E. *Dementia Praecox*. New York, NY: International Universities Press; 1950.

Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Nachdruck der Ausgabe Leipzig, Wien, 1988:Deuticke 1911.

Bortz J, Lienert GA. *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin, Heidelberg: Springer 2003.

Böhmer S. & Ravens-Sieberer U. *Gesundheitspsychologie. Das Konzept der Lebensqualität in der gesundheitsbezogenen Forschung*. (Enzyklopädie der Psychologie). Göttingen, Bern Wien, 2005:Hogrefe.

Bond GR, Becker DR, Drake RE. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001;52:313-322.

Brook M, Hilty Dm, Liu W, Hu R, Frye MA. Discharge against medical advice from inpatient psychiatric treatment: A literature review. *Psychiatr Serv* 2006;57(8):1192-1198.

Brown GW, Birly JLT. Social precipitants of severe psychiatric disorders. In: Hare EH, Wing JK (eds) *Psychiatric epidemiology*. Oxford University Press, London 1970;321-325.

Brunette, MF, Drake, RE. Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse. *Comprehensive Psychiatry* 1997;38:109–116.

Bryson G, Lsyaker P, Bell M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schiz Bull* 2002;28(2): 249-257.

Buchkremer G, Böser H. Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Krankheitsverlauf und Möglichkeiten therapeutischer Intervention. In: Häfner H (Hrsg.) *Was ist Schizophrenie?* Fischer, 1995: 213-228.

Bühl A, Zöfel P. *SPSS 12 Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. Pearson Studium 2005.

Campo-Arias, A, Diaz-Martinez, LA, Rueda-Jaimes, GE, Rueda-Sanchez, M, Farelo- Palacin, D, Diaz, FJ, de Leon, J. Smoking is associated with schizophrenia, but not with mood disorders, within a population with low smoking rates: a matched case–control study in Bucaramanga, Colombia. *Schizophrenia Research* 2006;83:269–276.

Canstatt KF. *Handbuch der medicinischen Klinik* 1. Bd. Die specielle Pathologie und Therapie vom klinischen Standpuncte aus bearbeitet. Erlangen, 1841, Enke.

Canuso, CM, Dirks, B, Carothers, J, Kosik-Gonzalez, C, Bossie, CA, Zhu, Y, Damaraju, CV, Kalali, AH, Mahmoud, R. Randomized, double- blind, placebo-controlled study of paliperidone extended-release and quetiapine in inpatients with recently exacerbated schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2009;166(6):691–701.

Castle DJ, Wessley S, Murray RM. Sex and schizophrenia: Effects of diagnostic stringency and associations with premorbid variables. *Br J Psychiatry* 1993; 162:658-664.

Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Ann Rev Public Health* 1996;17:449-465.

Cardoso CL, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Factors associated with low quality of life. *Cad. Saude Publica* 2005; 21(5):1338-1348.

Caron J, Lecomte Y, Stip E, Renaud S. 2005. Predictors of quality of life in schizophrenia. *Comm Ment Health J* 41 (4):399-417.

Carpenter WT, Buchanan RW, Kirkpatrick B, Thaker G, Tamminga C. Negative symptoms: a critique of current approaches. In: Marneros A, Andreasen NC, Tsuang MT (eds) *Negative vs. positive schizophrenia*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1991:126-133.

Chaves AC, Mari JJ, Shirakwa I. Genero, sintomas e desempenho social na esquizofrenia, In: Shirakawa I, Chaves Ac, Mari JJ, organizadores. *O desafio da esquizofrenia*. Sao Paulo: Lemos Editorial 1998:103-117.

Chechnicki A, Valdes M. Relation between schizophrenic patients`quality of life and symptom severity. *Arch Psychiatry Psychother* 2003;5(3):55-68.

Chen, RD, Luo, M, Chen, X., Xiong, H. Smoking in inpatients with psychiatric disorders (in Chinese). *Sichuan Mental Health* 2004;17:225–227.

Chino B, Nemoto T, Fujii C, Mizuno M. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2009;63:521-528.

Chisholm D, Knapp MRJ, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaiete L, van Wijngaarden B and the Epsilon Study Group. Client Socio-Demographic and service Receipt Inventory-European Version: development of an instrument for international research: Epsilon Study 5. *Br J Psychiatry* 2000;177(Suppl.39):28-33.

Cook PE, Goldberg JO, van Lieshout RJ. Benefits of switching from typical to atypical antipsychotic medications: a longitudinal study in a community-based setting. *Can J Psychiatry* 2002;47:870-874.

Corrigan PW, Buican B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mental ill. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(5):281-285.

Dalack, GW, Meador-Woodruff, JH. Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: case reports and a review of the literature. *Schizophrenia Research* 1996;22:133-141.

Daradkeh TK, Habeeb TAI. Quality of life of patients with schizophrenia 2. *East Mediterr Health J.* 2005;11(5-6):898-904.

Davis JM, Casper R. Antipsychotic drugs: clinical pharmacology and therapeutic use. *Drugs* 1977;14:260-282.

Davis KL, Kahn RS, Grant K, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry* 1991;148:1474-1486.

Davies LM, Lewis S, Jones PB, Barnes TRE, Gaughran F, Hayhurst K, Markwick A, Lloyd H. Cost-effectiveness of first- vs. second-generation antipsychotic drugs: results from a randomised controlled trial in schizophrenia responding poorly to previous therapy. *Br J Psychiatry* 2007;191:14-22.

Davison GC, Neale JM, Hautzinger M. *Klinische Psychologie*. 7. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim Basel 2007.

Davidson LL, Heinrichs RW. Quantification of frontal and temporal lobe brain-imaging findings in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Res.: Neuroimaging*, 2003;122(2):69-87.

Deister A, Möller HJ. *Schizophrenie und verwandte Psychosen: ein Kompendium für Ärzte und Studierende* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1998.

De Souza LA, Coutinho ESF. The quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2006; 41:347-356.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopf 2006.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. eBook: Springer, XVI, 288 S.14 Abb. 2006.

Dilling, H, Mombour, W & Schmidt, MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. Auflage. Bern, Göttingen, 2005: Huber.

Dilling, H, Mombour, W & Schmidt, MH (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. Auflage. Bern, Göttingen: Huber 2008

Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, et al. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Bull 1998;24(1):87-98.

Dong JYS, Ho TP, Kan CK. A case- control study of 92 cases of in-patient suicides. J Affect Dis 2005;87:91-99.

Dossenbach M, Arango-Davila C, Silva Ibarra H, Landa E, Aguilar J, Caro O, et al. Response and relapse in patients with schizophrenia treated with olanzapine, risperidone, quetiapine, or haloperidol: 12- month follow-up of the International Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. Journal of Clinical Psychiatry 2005;66:1021–30.

Dunham HW. Community and schizophrenia. An epidemiological analysis. Wayne State University 1965, Detroit.

Eaddy, M., Grogg, A., Locklear, J. Assessment of compliance with antipsychotic treatment and resource utilization in a Medicaid Population. Clinical Therapeutics 2005;27:263-272.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL & Cohen J. The Global Assessment Scale. A Procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976;33:766-771.

Fialko L, Garety PA, Kuipers E, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D, Freeman D. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). Schiz Research 2008;100:53-59.

Fitzgerald PB, Williams CL, Corteling N, Filia SL, Brewer K, Adams A, de Castella AR, Rolfe T, Davey P, Kulkarni J. Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 2001;103:387-392.

Fromm-Reichmann F. Principles of intensive psychotherapy. University of Chicago Press 1950, Chicago.

Fujita F, Diener E, Skandvik E. Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:427-434.

Gaebel W. Schizophrenien und wahnhafte Störungen. In: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD (Hrsg.). *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*. 11. Auflage. Basel; Freiburg (Breisgau); Paris; London; New York; New Delhi; Singapore; Tokyo; Sydney: Karger 2002.

Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Arrizabla AA, Schene AH, Welcher B, Thornicroft G, Ruggeri M, Vázquez-Bourgon E, Retuerto MP, Leese M, Epsilon Study Group. Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile-European Version. *Br J Psychol* 2000;177(Suppl.39):49-54.

Gaser C, Nenadic I, Buchsbaum BR, Hazlett EA, Buchsbaum MS. Ventricular enlargement in schizophrenia related to volume reduction of the thalamus, striatum, and superior temporal cortex. *Am J Psychiatry* 2004;161(1):154-6.

Gerlach J, Larsen EB. Subjective experience and mental side-effects of antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(Suppl.395):113-117.

Gesundheitsberichterstattung. In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Gesundheitsberichterstattung sonstiges- Datenquelle: Bundesgesundheitsurvey-Methodik (generell). Abrufdatum: 21.08.2012.

Gharabawi, GM, Greenspan, A, Rupnow, MF, Kosik-Gonzalez, C, Bossie, CA, Zhu, Y, Kalali, AH, Awad, AG. Reduction in psychotic symptoms as a predictor of patient satisfaction with antipsychotic medication in schizophrenia: data from a randomized double-blind trial. *BMC Psychiatry* 2006;6:45.

Gottesman II.: *Schizophrenie: Ursachen, Diagnosen und Verlaufsformen*. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg, Berlin, Oxford 1993.

Gray R, Rofail D, Allen J, Newey T. A survey of patient satisfaction with and subjective experiences of treatment with antipsychotic medication. *Journal of advanced nursing* 2005;52(1):31-37.

Hafner, H, Maurer, K, Löffler, W, Riecher-Rössler, A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:80-86.

Hafner, H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28(Suppl.2):17-54.

Hansson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(Suppl.429):46-50.

Hansson L, Middelboe T, Sorgaard KW, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Merinder L, Nilsson L, Sandlund M, Korkeila J, Vinding HR. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:343-350.

Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Roe D, David AS, Weiser M. Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive Psychiatry* 2006;47:265-269.

Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:856-861.

Häfner H, Heiden an der W. Epidemiology of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997;42:139-151

Häfner H, Riecher A, Maurer K, Löffler W, Munk-Jorgensen P, Strömberg E. How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia? A transnational case register study. *Psychological Med* 1989;19:903-918.

Hamann J, Mendel R, Reiter S, Cohen R, Bühner M, Schebitz M, Diplich S, Kisling W, Berthele A. Why do some patients want to be engaged in medical decision making and others do not? *J Clin Psychiatry* 2011;72(12):1636-1643.

Hirsch SR, Weinberger DR (Hrsg.). Schizophrenia. Blackwell Science, Oxford London Edinburgh, 1995.

Hintikka J, Saarinen P; Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H. Gender differences in living skills and global assessment of functioning among outpatients with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999;33:226-231.

Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M, Hummer M, Kemmler G, Rettenbacher MA, Schweigkofler H, Schwitzer J, Fleischhacker WW. Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology and side effects. *Eur Psychiatr* 2005b;20(5-6):386-394.

Hofer A, Rettenbacher MA, Widschendter CG. Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256(4):246-55.

Huber G. Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. 7. Aufl. Schattauer, Stuttgart New York 2005.

Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:274-285.

Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry*, 2005;50(14):892-900.

Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* 1995;166(5):654-659.

Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs. first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Archives of General Psychiatry* 2006;63:1079–1087.

Jungbauer J, Stelling K, Angermeyer MC. "Auf eigenen Beinen wird er nie stehen können": Entwicklungsprobleme in Familien mit schizophrenen Patienten aus Sicht der Eltern. *Psychiat Prax* 2006;33:14-22.

Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M. Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Nervenarzt* 1996;67:572-582.

Karow, A, Pajonc FG. Insight and quality of life in schizophrenia: recent findings and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(6):637-641.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schiz Bull* 1987;13:261-276.

Kelly DL. Treatment considerations in women with schizophrenia. *J of Women's Health* 2006;15(10):1132-1140.

Kilian R, Angermeyer MC. The effects of antipsychotic treatment on quality of life of schizophrenic patients under naturalistic treatment conditions: An application of random effect regression models and propensity scores in an observational prospective. *Qual Life Res*;2005;14(5):1275-1289.

Kilian R, Dietrich S, Toumi M, Angermeyer M.C. Quality of life in persons with schizophrenia in out-patient treatment with first-or second-generation antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:108-118.

Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1992;89(Suppl.382):16-24.

Klingberg S, Wittorf A, Sickinger S, Buchkremer G, Wiedemann G. Course of cognitive functioning during the stabilization phase of schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2008;42(4):259-267.

Kovess-Masféty V, Xavier M, Kustner BM, Suchocka A, Sevilla-Dedieu C, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Walsh D. Schizophrenia and quality of life: a one-year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry* 2006;6:39.

Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. New York, NY: Robert E. Krieger Pub Co; 1971.

Lambert M, Naber D. Current Issues in Schizophrenia: Overview of Patient Acceptability, Functioning Capacity and Quality of Life. *CNS Drugs* 2004;2:1-13;5-17.

Lambert M, Schimmelmann BG, Schacht A, Wagner T, Naber D, Karow A, et al. Prediction of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 2960 patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006;67:1690–1697.

Längle, G. *Behandlungcompliance schizophrener Patienten nach Entlassung aus der Klinik*. Habilitationsschrift, Universität Tübingen 2001.

Längle G, Steinert T, Weiser P, Schepp W, Jaeger S, Pfiffner C, Frasch K, Eschweiler GW, Messer T, Croissant D, Becker T, Kilian R. Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(5):372-381.

Lehman, AF. The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Arch of Gen Psychiatry* 1983a;40:369-373.

Lehman AF. The effects of Psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1983b;6:143-151.

Lehman AF, Slaughter JG, Meyers CP. Quality of life experiences of the chronically mentally ill. Gender and stages of life effects. *Eval Program Plann* 1992; 15:7-12.

Leucht S, Wahlbeck K, Hamann J, Kissling W. New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:1581-1589.

Lewinsohn P, Redner J, Seeley J. The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: new perspectives. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N (eds) *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Pergamon 1991, Oxford New York Beijing, 141-169.

Lieberman, JA, Stroup, TS, McEvoy, JP, Swartz, MS, Rosenheck, RA, Perkins, DO, Keefe, RS, Davis, SM, Davis, CE, Lebowitz, BD, Severe, J, Hsiao, JK. Ef-

fectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N. Engl. J. Med.* 2005;353(12):1209–1223.

Limosin F, Loze JY, Philippe A, Casadebaig F, Ruillon F. Ten year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schiz Research* 2007;94:23-28.

Lindamer LA, Bailey A, Hawthorne W, Folsom DP, Gilmer TP, Garcia P, Hough RL, Jeste DV. Gender differences in characteristics and service use of public mental health patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 2003;54(10):1407-1409.

Ma, X, Xiang, YT, Cai, ZJ, Li, SR, Xiang, YQ, Guo, HL, Hou, YZ, Li, ZB, Li, ZJ, Tao, YF, Dang, WM, Wu, XM, Deng, J, Lai, KY, Ungvari, GS. Smoking and psychiatric disorders in the rural and urban regions of Beijing, China: a community-based survey. *Drug and Alcohol Dependence* 2009;100:146–152.

Marneros A, Deister A, Rhode A. Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Springer 1991.

Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Brugha T, Azorin JM, Kilian R, Kornfeld A, Toumi M; EuroSc Study Group. Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(2):87-94.

Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo L. The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2011;20:1079-1089.

McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008;30:67-76.

Mechanic D. Organisation of care and quality of life of persons with serious and persistent mental illness. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Quality of life in mental disorders*. New York: John Wiley & Sons, 1997:305-317.

Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramirez LF. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp Commun Psychiatry* 1990;141:74-76.

Mercier C, Peladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life. *Community Ment Health J* 1998;34:487-500.

Mohamed, S, Rosenheck, R, McEvoy, J, Swartz, M, Stroup, S, Lieberman, JA. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35(2):336–346.

Moriarty PJ, Lieber D, Bennet A, White L, Parella M, Harvey PD, Davis KL. Gender differences in poor outcome patients with lifelong schizophrenia. *Schizophr Bull* 2001;27(1):103-113.

Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2008;8:32.

Morrens M, Hulstijn W, Sabbe B. Psychomotor slowing in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2007;33:1038-1053.

Möller HJ. Atypische Neuroleptika: Definitionsprobleme, Wirkungsmechanismen und Wirksubstanzen. In: Möller HJ, Müller N (Hrsg.) *Schizophrenie- Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Münchener Kraepelin Symposium. Springer, Wien New York, 207-226, 1998a.

Möller HJ. Atypical neuroleptics: a new approach in the treatment of negative symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249 (Suppl 4): IV/99-IV/107.

Möller HJ. Schizophrenie. In: Möller HJ, Laux G, Deister A. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme, 2001.

Möller HJ, Deister A. Schizophrenie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 2003.

Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag 2005.

Müller MJ, Rossbach W, Davids E, Wetzel H, Benkert O. Evaluation eines standardisierten Trainings für die „Positive and Negative Syndrome Scale“ (PANSS). *Nervenarzt* 2000;71:195-204.

Naber D. Atypische Neuroleptika. *Nervenarzt* 2000;71:327-328.

Naber D, Karov A, Lambert M. Psychosocial outcomes in patients with schizophrenia: quality of life and reintegration. *Current Opinion in Psychiatry* 2002;15: 31-36.

Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008;98(1-3):201-208.

Neuner T, Mehlsteibl D, Hübner-Liebermann B, Schmid R, Schielein T, Hausner H, Hajak G, Spiessl H. Risikoprofile für den Kliniksuzid schizophrener und depressiver Patienten-eine psychologische Autopsiestudie. *Psychiatr Praxis* 2010; 37:119-126.

Nieuwenhuizen van Chr, Schene AH, Koeter MWJ, Huxley PJ. The Lancashire quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol* 2001;36:36-44.

Nose M, Barbui C, Tansella M: How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic re-view. *Psychol Med* 2003;33:1149–1160.

Nüchterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;2:300-312.

Olesen, AV, Mortensen PB. Readmission risk in schizophrenia: selection explains previous findings of a progressive course of disorder. *Psychol. Med.* 2002;32:1301-1307.

Oliver JPJ, Huxley PJ, Bridges K, Mohamad H. Quality of life and mental health services. Routledge, London 1996.

Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry* 1998;172:291-293.

Ortuno F, Moreno-Iniguez M, Millán M, Soutullo CA, Bonelli RM. Cortical blood flow during rest and Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia. *Wien Med Wochenschr.* 2006;156 (7-8):179-84.

Overall JE, Gorham DR. The Brief psychiatric Rating Scale (BPRS). *Psychol Rep* 1962;10:799-812.

Packer S, Husted J, Cohen S, Tomlinson G. Psychopathology and quality of life in Schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997;22(4):231-234.

Piersma HL, Boes JL. Brief Reports. The GAF and psychiatric outcome: a descriptive report. *Comm Ment Health Journal* 1997;33:35-41.

Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkvy-Friedmann J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jorgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007;16:6-10.

Preston Neil J, Orr Kenneth G, Date Russell, Nolan Lynley, Castle David J. Gender differences in premorbid adjustment of patients with first episode psychosis. *Schiz Research* 2002;55:285-290.

Priebe S, Gruters T, Heinze M, Hoffmann C, Jäkel A. Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung-Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatr Prax* 1995;22:140-144.

Priebe S, Kaiser W, Huxley P. Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Gesundheitswesen* 1996;58(1):86-90.

Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, Attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin* 1998;24(3):469-477.

Rabinowitz J, Levine SZ, Haim R, Häfner H. The course of schizophrenia: Progressive deterioration, amelioration or both? *Schiz Res* 2007;91:254-258.

Ramsay CE, Stewart T, Compton MT. Unemployment among patients with newly diagnosed first-episode psychosis: prevalence and clinical correlates in a US sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:797-803.

Rehn AE, Rees SM. Investigating the neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology* 2005;32:687-696.

Riecher-Rössler A. Oestrogens and schizophrenia-Review. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:187-192.

Riecher-Rössler A. Früherkennung schizophrener Psychosen bei Männern und Frauen. *Ther Umsch.* 2007;64(6):337-343.

Ritsner M, Gibel A, Perelroyzen G, Kurs R, Jabarin M, Ratner Y. Quality of life outcomes of risperidone, olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice: a naturalistic comparative study. *J of Clin Psychopharmacol* 2004;(6):582-591.

Rittmansberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Services* 2004;55:174-179.

Rosenheck RA, Davis S, Covell N, Essock S, Swartz M, Stroup S, McEvoy J, Lieberman J. Does switching to a new antipsychotic improve outcomes? Data from the CATIE trial. *Schiz Research* 2009;107:22-29.

Röder-Wanner U-U, Priebe S. Objective and subjective quality of life of first-admitted women and men with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1998;248:250-258.

Rössler W, Haker H. Conceptualizing psychosocial interventions. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:709-712.

Ruggeri M, Nosè M, Bonetto C, Cristofalo D, Lasalvia A, Salvi G, Stefani B, Malchiodi F, Tansella M. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *Br J Psychiatry* 2005;187(2):121-130.

Salokangas RK, Honkonen T, Stengard E, Koivisto AM: To be or not to be married-that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:381-390.

Santone G, Rucci P, Muratori ML, Monaci A, Ciarafoni C, Borsetti G. Attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia. A cluster analytic approach. *Psychiatry Research* 158(2008):324-334.

Sartorius N. *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness*. Washington D.C.: American Psychiatric Press 1993.

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision; DSM-IV-TR*. Übersetzt nach der Textrevision der 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe 2003.

Saz-Parkinson Z, Medel A, Cediél-García P, Castelote J, Bouza C, Amate JM. Trends on schizophrenia admissions during the deinstitutionalisation process in Spain (1980-2004). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:1095-1101.

Schmidt-Degenhard M. Disposition-Vulnerabilität-Verletzlichkeit. *Nervenarzt* 1988;59:573-585.

Schölmerich P, Thews G (Hrsg). „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Fischer, Stuttgart New York 1990.

Schulze-Mönking, H, Klingberg, St. Der Münsteraner Prognosescore (MPS)-prognostische Validität eines praxisnahen Instruments zur Prädiktion des Verlaufs schizophrener Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiat* 1997;65:243-246.

Schwartz RC. Concurrent validity of the Global Assessment of Functioning Scale for clients with schizophrenia. *Psychol Rep.* 2007;100(2):571-574.

Seeman MV. Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *Am J Psychiatry* 2004;161:1324.

Sibitz I, Amering M, Kramer B, Griengl H, Katschnig H. Krankheitsverlauf und Probleme schizophrener erkrankter Frauen und Männer aus Sicht der Angehörigen. *Psychiat Praxis* 2002;29:148-153.

Silva de Lima M, de Jesus Mari J, Breier A, Costa AM, Ponde´de Sena E, Hotopf M. Quality of life in schizophrenia: a multicenter, randomized, naturalistic, controlled trial comparing olanzapine to first-generation antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66:831-838.

Smith M, Hopkins D, Peveler RC, Holt RIG, Woodward M, Ismail K. First v-second-generation antipsychotics and risk for diabetes in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008;192:406-411.

Solanki RK, Singh P, Midha A, Chugh K. Schizophrenia impact on quality of life. *Indian J Psychiatry*. 2008;50(3):181-186.

Spilker B (1990) *Quality of life assessments in clinical trials*. Raven, New York.
Strauss JS, Carpenter Jr. WT. The prognosis of schizophrenia: rationale for multidimensional concept. *Schizophr Bull* 1978;4:56-67.

Staring ABP, Mulder CL, Duivenvoorden HJ, de Haan L, van der Gaag M. Fewer symptoms vs. more side effects in schizophrenia? Opposing pathways between antipsychotic medication compliance and quality of life. *Schiz Research* 2009;113:27-33.

Startup M, Jackson MC, Bendix S. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Clin Psychol*. 2002;41(4): 417-422.

Stefanopoulou E, Lafuente AR, Fonseca AS, Keegan S, Vishnick C, Huxley A. Global Assessment of psychosocial functioning and predictors of outcome in schizophrenia. *Int J of Psych Clin Pract* 2011;15:62-68.

Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B: Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry* 1995;152:1749-1756.

Svarstad BL, Shireman TI, Sweeney JK: Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatr Serv* 2001;5:805–811.

Swanson CL, Gur RC, Bilker W, Petty RG, Gur RE. Premorbid educational attainment in schizophrenia: association with symptoms, functioning, and neuro-behavioral measures. *Biol Psychiatry* 1998;44:739-747.

Tang Y, Gillespie CF, Epstein MP, Mao P, Jiang F, Cai Z, Mitchell PB. Gender differences in 542 Chinese inpatients with schizophrenia. *Schiz Res* 2007; 97:88-96.

Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “Just the facts” What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res*. 2008;102(1-3): 1-18.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (the WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-09.

Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new medication adherence scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 2000;42:241-247.

Thornicroft G, Leese M, Tansella M, Howard L, Toulmin H, Herran A, Schene A. Gender differences in living with schizophrenia. A cross-sectional European multi-site study. *Schizophr Res.* 2002;57(2-3):191-200.

Thorup A, Waltoft Lindum B, Pedersen CB, Mortensen PB, Nordentoft M. Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychol Med* 2007;37:479-484.

Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschloeger J, Christensen T, Krarup G, Jorgensen P, Nordentoft M. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the danish OPUS study. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(5):396-405.

Thieda, P, Beard, S, Richter, A, Kane, J. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 2003;54(4):508–516.

Tölle R. (Eugen Bleuler 1857-1939) und die deutsche Psychiatrie. *Nervenarzt* 2008;79:90-98.

Turner N, Browne S, Clarke M, Gervin M, Larkin C, Waddington J, O`Callaghan E. Employment status amongst those with psychosis at first presentation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:863-869.

Vandiver VL, Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. *Comm Ment Health J* 1998;34(5):501-511.

Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Marquez M, and the Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry* 2001;42(4):301-305.

Usall J, Haro JM, Ochoa S, Márquez M, Araya S, the Needes group. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:337-342.

Usall J, Ochoa S, Araya S, Márquez M, NEDES group (Assessment Research Group in Schizophrenia) *Eur Psychiatry* 2003;18:282-284.

Usall J, Suarez D, Haro J, the SOHO Study Group. Gender differences in response to antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research* 2007;153:225-231.

Valenstein M, Copeland LA, Blow FC, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, et al.: Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Med Care* 2002;40:630-639.

Vothknecht S, Schoevers RA, de Haan L. Subjective well-being in schizophrenia as measured with the Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment scale: a review. *Aust NZ J Psychiatry* 2011;45:182-192.

Wechsler, D. Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-R) Hogrefe, Göttingen 1981.

Weinmann S, Becker T. Psychosoziale Therapien bei der Schizophrenie. In: Vorderholzer U, Hohagen F (Hrsg.) *Therapie psychischer Erkrankungen*. State of the Art. Urban und Fischer, 2009/2010, S. 106.

World Health Organization 1997, *Measuring Quality of Life*;1-13.

Wung Y, Cheng C, Chen F, Lin, C. Schizophrenia patients discharged against medical advice at a mental hospital in Taiwan. *Psychiatry and Clin Neurosci* 2010;64(4):415-420.

Yen C-F, Cheng C-P, Huang C-F, Yen J-Y, Ko C-H, Chen C-S. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disorders* 2008;10:617-624.

Zubin J. Negative symptoms: are they indigenous to schizophrenia? *Schizophr Bull* 1985;11:461-470.

Zubin J, Spring B. Vulnerability- a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977;86:103-126.

VI.6 Danksagung

Die Erstellung meiner Arbeit wäre mir nicht möglich gewesen ohne tatkräftige Unterstützung und Mithilfe vieler Personen. Ihnen möchte ich auf diesem Wege meinen Dank aussprechen: Es sind dies insbesondere die Patientinnen und Patienten, welche sich bereit erklärten an dieser Studie teilzunehmen. Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Längle danke ich für die großzügige Bereitstellung des Themas und die Unterstützung beim Erstellen dieser Arbeit. Bei Herrn Prof. Dr. med. Christian Plewnia möchte ich mich für seine Arbeit als Zweitgutachter bedanken. Meiner Betreuerin, Frau Dr. Wiltrud Schepp, möchte ich für die theoretische und praktische Vorarbeit danken. Frau Daniela Croissant danke ich für Ihre sorgfältige Korrekturarbeit. Mein Dank gilt auch meinen Eltern, meiner Schwester Sylvia und ihrem Mann Nino sowie Marco Ritter, für ihr Engagement bei der Motivation und Korrektur dieser Arbeit. Weiterhin möchte ich allen danken, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit in irgendeiner Form unterstützt haben.