

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen**

**Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit
Poliklinik**

Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer

**Krankheits- und Behandlungsverlauf schizophrener
Patienten unter Berücksichtigung der subjektiven
Sichtweise.**

**- Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsstudie über
vier Jahre -**

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

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

**vorgelegt von
Kerstin Kommer
aus
Würzburg**

2005

Dekan: Professor Dr. C. D. Claussen

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. G. Längle

2. Berichterstatter: Privatdozent Dr. G. Eschweiler

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite:</u>
Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort	8
I. Einleitung	10
1. Das Krankheitsbild der Schizophrenie	10
1.1. Begriffsgeschichte	10
1.2. Epidemiologie	12
1.3. Symptomatik	13
1.4. Diagnose	15
1.5. Ätiopathogenese	15
1.6. Krankheitsverlauf und Prognose	16
1.7. Therapie	18
2. Compliance	21
2.1. Begriffsbestimmung	21
2.2. Epidemiologische Daten zur Compliance	22
2.3. Einflussfaktoren auf die Compliance	23
2.4. Maßnahmen zur Steigerung der Compliance	26
3. Lebensqualität	27
3.1. Begriffsbestimmung	27
3.2. Bedeutung für Praxis und Forschung	28
3.3. Lebensqualität im zeitlichen Verlauf	29
3.4. Einflussfaktoren auf die Lebensqualität	30
4. Behandlungszufriedenheit	32
4.1. Bestimmung und Erfassung der Behandlungszufriedenheit	33
4.2. Einflussfaktoren auf die Behandlungszufriedenheit	34

5. Krankheitskonzept	35
5.1. Begriffsbestimmung	35
5.2. Stabilität des Konstruktes und Einflussfaktoren	36
6. Fragestellungen	37
6.1. Fragestellung der Gesamtstudie	38
6.2. Fragestellung der vorliegenden Arbeit	38
II. Material und Methodik	40
1. Material	40
1.1. Patientenstichproben	40
1.1.1. Gesamtstichprobe	40
1.1.2. Untersuchungs- und Vergleichsstichproben	41
1.1.3. Die Gruppe der Nichtteilnehmer	42
1.1.4. Beschreibung der Gruppe der Teilnehmer an allen Untersuchungen (Vergleichsstichprobe 2)	43
1.1.4.1. Soziodemographische Daten	43
1.1.4.2. Krankheitsverlauf und Diagnose	45
1.2. Repräsentativitätsprüfungen	45
1.2.1. Repräsentativität der Stichprobe der Vierjahreskatamnese	46
1.2.2. Repräsentativität der Vergleichsstichprobe 2	47
2. Methodik	49
2.1. Design und Durchführung	49
2.2. Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe	51
2.3. Datenquellen	52
2.4. Erhebungsinstrumente	53
2.4.1. Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP)	54
2.4.2. Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit ambulant (TüBB ^A)	55
2.4.3. Einstellung zu Medikamenten/ Krankheitskonzept (KK-Skala)	56

2.5. Operationalisierung relevanter Begriffskonstrukte	57
2.6. Statistische Methoden	59
III. Ergebnisse	63
1. Beschreibung der Stichprobe der Vierjahreskatamnese	63
1.1. Soziodemographische Daten	63
1.2. Daten zu Krankheit und Behandlung	65
1.3. Compliance	70
1.4. Lebenszufriedenheit	71
1.5. Behandlungszufriedenheit	72
1.6. Krankheitskonzept	73
1.7. Psychopathologie	74
1.8. Geschlechterunterschiede	75
2. Verlauf über vier Jahre	77
2.1. Sozialer Werdegang	77
2.2. Weiterbehandlung	80
2.3. Neuroleptika	83
2.4. Rehospitalisierungen	84
2.5. Compliance	86
2.6. Lebenszufriedenheit	88
2.7. Behandlungszufriedenheit	90
2.8. Krankheitskonzept	95
2.9. Psychopathologie im Verlauf	99
2.10. Geschlechterunterschiede im Verlauf	100
3. Prüfung von Einflussfaktoren	101

4. Gruppe der im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten	104
4.1. Soziodemographische Daten	104
4.2. Krankheitsverlauf und Diagnose	106
4.3. Repräsentativität und zeitlicher Verlauf	107
IV. Diskussion	108
1. Allgemeines	108
2. Material und Methodik	109
2.1. Methodik	109
2.2. Material	112
2.2.1. Patientenstichproben	112
2.2.2. Repräsentativitätsprüfungen	115
3. Ergebnisse	116
3.1. Teilnehmer der Vierjahreskatamnese und der Verlauf über vier Jahre	116
3.1.1. Soziodemographische Daten und Weiterbehandlung	116
3.1.2. Compliance	121
3.1.3. Lebenszufriedenheit, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept	122
3.1.4. Psychopathologie und Geschlechterunterschiede	125
3.2. Prüfung von Einflussfaktoren	126
3.3. Gruppe der im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten	128
4. Schlussfolgerung	129
V. Zusammenfassung	130

VI. Anhang	134
1. Abkürzungen	134
2. Verzeichnis der Tabellen	135
3. Verzeichnis der Abbildungen	136
4. Ergänzende Tabellen	137
5. Ausgewählte Erhebungsinstrumente	139
5.1. Berliner Lebensqualitätsprofil	140
5.2. Tübinger Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit ambulant	148
5.3. Krankheitskonzept-Skala	150
VII. Literaturverzeichnis	152
Danksagung	161
Lebenslauf	162

Vorwort

Aufgrund meines Interesses am Umgang mit Menschen lag es für mich nahe, mich nach einer klinischen Doktorarbeit umzuschauen. Vor allem im Bereich der Psychiatrie kommt dem Kontakt zwischen Patient und Arzt besonders viel Bedeutung zu. Als ich von dem Projekt der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie unter der Leitung von PD Dr. Längle erfuhr, entschloss ich mich gemeinsam mit einer Kommilitonin zur Mitarbeit an dieser Studie.

In den letzten Jahrzehnten hat sich im Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein grundlegender Wandel vollzogen. Kaum noch treten Ärzte als autoritäre „Halbgötter in weiß“ auf. Patienten gewinnen als selbstbestimmte Subjekte an Einfluss, ihr Empfinden wird für Praxis und Forschung immer wichtiger. Ich verstehe diese Veränderung als eine „Vermenschlichung“ der Medizin. Da es sich hierbei um einen fortdauernden Prozess handelt, bedarf das Thema weiterhin größter Aufmerksamkeit.

Auch von anderer Seite her gewinnen subjektive Patientendaten an Bedeutung: Angesichts leerer Kassen im Gesundheitssystem wird ein bewusster Umgang mit Geldern und deren effektiver Einsatz gefordert. Effektiv wird eine Behandlung jedoch nicht nur durch das optimale Medikament, sondern auch dadurch, dass der Patient sich ernst genommen und verstanden fühlt; ausreichend informiert und so in der Lage und bereit ist, die Medikamenteneinnahme oder eine andere Therapieform in korrekter Weise und im eigenen Verstehen seiner Krankheit zu befolgen. Hierzu ist die Einbeziehung der Perspektive des Patienten - insbesondere seiner subjektiven Sichtweise - essentiell.

Eine echte Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient kann es meiner Meinung nach nur geben, wenn beide sich wirklich wahrnehmen oder aus Sicht des Arztes, wenn er den Patienten in seiner Individualität erfassen kann. Daher liegt ein Schwerpunkt dieser Arbeit in der Untersuchung subjektiver Einschätzungen der Patienten, mit denen diese die Behandlung, ihre Lebenssituation und ihr Empfinden der Krankheit bewerten.

Im vorliegenden Text wird hauptsächlich die männliche Form verwendet, obwohl damit Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind. Dafür bitte ich um Verständnis. Eine zusätzliche Verwendung der weiblichen Form würde die Lesbarkeit der Arbeit stark behindern.

I. Einleitung

Dieses Kapitel stellt den theoretischen Teil der Arbeit auf der Basis der aktuellen Fachliteratur dar. Zunächst wird das Krankheitsbild mit geschichtlichen Hintergründen, Epidemiologie, Symptomatik, Diagnose, Ätiologie, Verlauf und Prognose sowie die therapeutischen Ansätze beschrieben. Anschließend folgt die Erörterung der für diese Arbeit besonders relevanten Themen Compliance, Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept anhand des aktuellen Kenntnisstandes der Fachliteratur. Daraus und aus dem Aufbau der Gesamtstudie ergeben sich die im letzten Abschnitt dieses Kapitels vorgestellten Fragestellungen für die vorliegende Arbeit.

1. Das Krankheitsbild der Schizophrenie

Zum Krankheitsbild der Schizophrenie existieren sehr viele Veröffentlichungen. Um die Übersichtlichkeit zu wahren sollen im Folgenden lediglich die grundlegenden und für diese Untersuchung wichtigen Aspekte der Erkrankung aufgeführt werden. Für detaillierte Ausführungen wird auf die einschlägige Literatur verwiesen.

1.1. Begriffsgeschichte

Das Krankheitsbild der Schizophrenie ist bereits seit langem bekannt. Auch Persönlichkeiten aus Kunst und Literatur waren nach heutigen Erkenntnissen schizophran, beispielsweise die Dichter Friedrich Hölderlin (Navratil 1986) und J.M.R. Lenz, dessen Lebenswelt Büchner in seiner Novelle „Lenz“ beschreibt (Büchner 1987).

Im Laufe der Zeit entwickelten sich verschiedene Begriffe, um die Krankheit zu fassen und einzugrenzen. So unterschied Griesinger zwischen dem meist heilbaren „primären Irresein“ und den unheilbaren „sekundären

Schwächezuständen“ (Griesinger 1871). Er war der Ansicht, dass psychischen Krankheiten Erkrankungen des Gehirns – also organische Ursachen - zugrunde liegen. Kahlbaum beschrieb in seinen Abhandlungen über psychische Krankheiten das „Spannungs-Totalirresein“, auch „Katatonia“ genannt (Kahlbaum 1877).

Kraepelin unterschied bei den zur Gruppe der Stoffwechselerkrankungen gehörenden „Verblödungsprozessen“ „Dementia praecox“, „Katatonie“ und „Dementia paranoides“. Die Beschreibungen der Krankheitsbilder entsprechen der Erkrankung, die wir heute mit dem Begriff „Schizophrenie“ bezeichnen. Der Begriff „Dementia“ impliziert die Vorstellung eines degenerativen hirnologischen Prozesses, der letztlich in einer frühen Demenz endet. Kraepelin beschrieb die intellektuelle Beeinträchtigung ebenso als spezifisches Symptom wie Halluzination, Wahn, psychomotorische Auffälligkeit und soziale Isolation (Kraepelin 1896).

Bleuler führte als erster den Begriff „Schizophrenie“ ein. Auf diesen Begriff kam er, weil er als Grundstörung der Erkrankung die Spaltung der Persönlichkeit und Verselbständigung von seelischen Teilen ansah. Da er im Gegensatz zu Kraepelin Fälle mit späterem Beginn und relativ günstigem Verlauf kannte, distanzierte er sich von dessen Wortwahl der „Dementia“. Bleuler unterschied die „Grundsymptome“ Assoziationslockerung, Affektstörungen, Autismus und Ambivalenz von „akzessorischen“ Symptomen wie Sinnestäuschung, Wahn und katatonen Symptomen (Bleuler 1911).

Kurt Schneider teilte Mitte des letzten Jahrhunderts die Symptome der Schizophrenie in solche ersten und zweiten Ranges ein, wobei die Einteilung vor allem der Diagnosefindung und Abgrenzung gegenüber anderen Erkrankungen diene (Schneider 1967).

In der folgenden Zeit versuchte man, die Diagnosen zu standardisieren. Dies geschah vor allem unter anglo-amerikanischem Einfluss.

Die heute gängigen Diagnosesysteme ICD-10 (Dilling und Schulte-Markwort 2000) und DSM-IV (Saß 2003) stützen sich in der Definition der Kriterien für Schizophrenie sowohl auf die Konzepte Kraepelins, der die Bedeutung des

Verlaufs erkannte, als auch auf die Bleulers und Schneiders in Bezug auf die Symptomeinteilung.

1.2. Epidemiologie

Gerade bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist in den Grenzbereichen die Trennlinie zwischen gesund und krank unscharf. Dies gilt vor allem für die subklinischen Formen, zu denen schizotype, schizoide oder paranoide Persönlichkeitsstörungen gehören. Angst und Scharfetter (2001) gehen davon aus, dass die epidemiologische Forschung sich in Zukunft „vermehrt dem ganzen schizophrenen Spektrum widmen“ wird und so durch Darstellung der weiten Verbreitung eine höhere Akzeptanz der Erkrankung in der Bevölkerung schaffen kann.

In Bezug auf die Epidemiologie der Schizophrenie variieren die Werte je nach Studie stark. Neueren Ergebnissen zufolge liegt die Prävalenz zwischen 0,14% und 0,46%. Die Inzidenz - Schlüsselindikator für das Morbiditätsrisiko - liegt weltweit zwischen 0,016 und 0,042% (Jablensky 2000). Einige Studien registrieren eine abnehmende Inzidenz. Jablensky führt dies jedoch eher auf die Verwendung unterschiedlicher diagnostischer Kriterien als auf einen wirklichen Rückgang der Krankheit zurück. Das Morbiditätsrisiko liegt bei etwa 0,01% pro Jahr (Häfner et al. 1997). Während einige Studien von einer weltweit ähnlichen Inzidenz ausgehen, postulieren Goldner et al. (2002), Inzidenz und Prävalenz seien eher inhomogen. Bisherige Studien weisen darauf hin, dass die Variation der Prävalenz vor allem von der Breite der in der jeweiligen Studie herangezogenen Diagnosekriterien abhängt (Jablensky 1988). Dagegen sind Goldner und Mitarbeiter (2002) der Überzeugung, dass dies auf eine reale, weltweit unterschiedliche Verteilung der Schizophrenie hinweist. Sie beschränkten sich in ihrer Übersichtsarbeit auf Studien mit strikten und homogenen Methoden.

Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr. Frauen erkranken im Schnitt etwa 3-4 Jahre später als Männer. Im Gegensatz zu Männern gibt es bei Frauen einen zweiten Erkrankungsgipfel zwischen dem 40.

und 45. Lebensjahr. 90% der Männer erkranken vor dem 30. Lebensjahr, während dies bei Frauen nur bei 66% der Fall ist. Die Inzidenz bei Männern und Frauen ist jedoch nahezu identisch (Häfner und an der Heiden 1997). Insgesamt liegt der Erkrankungsbeginn zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr. Der wirkliche Beginn der Krankheit ist jedoch aufgrund des schleichenden Eintritts schwer nachvollziehbar (Häfner 2000).

Auffallend ist, dass die Schizophrenie gehäuft in Großstädten auftritt und zudem 45% der schizophrenen Patienten der untersten sozialen Schicht angehören. Zur Erklärung lässt sich die so genannte „Drifthythese“ heranziehen, nach der Menschen, die früh an Schizophrenie erkranken, sozial stagnieren und später erkrankte Schizophrene aufgrund ihrer Krankheit einen beruflichen und sozialen Abstieg durchlaufen und daher vermehrt in sozial schwachen Schichten zu finden sind (Häfner et al. 1997).

Obwohl die Schizophrenie eine eher seltene psychische Erkrankung darstellt, beträgt der Anteil schizophrener Patienten in psychiatrischen Kliniken rund 30%. Bei niedergelassenen Nervenärzten machen Schizophrenieerkrankte etwa 10% der Patienten aus. Die Erkrankung ist eine der am häufigsten zur Behinderung führenden und gilt zudem als die teuerste psychische Erkrankung (Längle 2001, Rössler et al. 1998).

1.3. Symptomatik

Im obigen Kapitel (1.1.1.) wurde schon auf verschiedene Symptomeinteilungen eingegangen. Dort zeigte sich bereits die Schwierigkeit einheitlicher Systeme. Auf die Einteilung in Subtypen, die auch in die ICD-10 eingeflossen ist, wird hier zur Wahrung der Übersichtlichkeit nicht eingegangen. Stattdessen liegt der Fokus auf der Einteilung in Positiv- und Negativsymptomatik.

Symptome können in den folgenden Bereichen auftreten: Denken, Affekt, Wahrnehmung, Motorik und Ich-Identität.

Unter Positivsymptomatik versteht man „produktive“ Symptome, die beim Gesunden nicht vorhanden sind. Bei den hierzu gehörenden Störungen des Denkens werden inhaltliche von formalen Denkstörungen unterschieden. Ein

Beispiel für inhaltliche Denkstörungen ist der Wahn, der mit einer Auftretenswahrscheinlichkeit von 90% als das häufigste Symptom der Schizophrenie bezeichnet werden kann. Zu den formalen Denkstörungen zählt beispielsweise die Denkzerfahrenheit, die für Bleuler – von ihm benannt als „Assoziationslockerung“ - eines der Grundsymptome der Schizophrenie darstellte. Halluzinationen gelten als positive Symptome im Bereich der Wahrnehmungsstörungen und können in akustischer, optischer, seltener auch sensorischer, gustatorischer oder taktiler Form auftreten. Störungen der Ich-Identität sind beispielsweise das Gefühl der Gedankenausbreitung oder Gedankeneingebung.

Die Negativsymptomatik bezeichnet das Fehlen von Aspekten oder Funktionen verschiedener Bereiche. Der Affekt kann in Form von Affektverflachung als mangelnder Ausdruck von Emotionen oder als depressive Verstimmung gestört sein. Weitere „Minussymptome“ sind Antriebsmangel, im motorischen Bereich Bewegungsverlangsamung und –verarmung, Sprachverarmung, Interessensverlust, Kontakt- und Aufmerksamkeitsstörungen und sozialer Rückzug. Carpenter (1996) unterteilt die Negativsymptomatik nochmals in eine primäre und eine sekundäre. Unter der primären versteht er Symptome, die direkt mit der Krankheit zusammenhängen, wie Antriebs- und Affektveränderungen, unter der sekundären das Ergebnis fehlgeschlagener Coping-Versuche des Patienten mit der Krankheit (Rückzug) und die Folgen langfristiger Unterstimulation (Hospitalismus).

In der akuten Phase einer Schizophrenie dominieren vorwiegend die positiven Symptome. Hingegen ist die chronische Erkrankungsphase im Allgemeinen von negativen Symptomen geprägt. Die Negativsymptomatik ist meist dauerhafter, schwerer zu behandeln und geht der Ersterkrankung als unspezifische Symptomatik oft unbemerkt schon Monate bis Jahre voraus (Häfner 2000).

Störungen können in allen oder auch nur einzelnen der genannten Bereiche vorliegen.

1.4. Diagnose

International gültige Klassifikationssysteme stellen die Grundlage für einheitliche Diagnosestellungen und somit für die Vergleichbarkeit internationaler Studien dar. Heute existieren zwei große Klassifikationssysteme: Zum einen das DSM-IV-System (Saß 2003), das vor allem im anglo-amerikanischen Raum zum Einsatz kommt, und zum anderen die auch in Deutschland angewandte ICD-10-Klassifikation der WHO (Dilling und Schulte-Markwort 2000). Diese beiden gängigen Systeme unterscheiden sich wesentlich hinsichtlich des Faktors Zeitdauer voneinander. Zur Diagnosestellung muss aus einer Reihe von möglichen Kriterien eine bestimmte Anzahl dieser Kriterien in ihrer Dauer erfüllt sein. Das heißt, es gibt kein einzelnes Symptom, das für die Diagnose der Schizophrenie essentiell vorhanden sein muss. In der ICD-10 werden in Kapitel F2 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ aufgeführt.

1.5. Ätiopathogenese

Noch heute ist keine eindeutige Ursache der Schizophrenie bekannt. Es gibt sehr viele verschiedene Theorien. An dieser Stelle wird lediglich ein grober Überblick über die heute gängigen Vorstellungen zu ihrer Entstehung gegeben. Im Allgemeinen geht man heute von einer multifaktoriellen Genese aus. Die Einflussfaktoren liegen demnach im genetischen, biochemischen, neurophysiologischen, soziokulturellen und familiären Bereich. So fanden Brown et al. (2002) beispielsweise ein erhöhtes Risiko für Schizophrenie oder Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei höherem Alter des Vaters. Zubin und Spring (1977) trugen mit ihrem „Vulnerabilitätsmodell“ wesentlich zur Entwicklung des heute gängigen Vulnerabilitäts-Stress-Modells bei. Im Laufe der Zeit erfuhr das Modell Entwicklungen in verschiedene Richtungen (z.B. Nuechterlein und Dawson 1984). Man nimmt an, dass durch eine erhöhte Vulnerabilität die Schwelle für Stressoren und Reize jeglicher Art erniedrigt ist. Stamm und Mitarbeiter (2001) gehen von einer „Multikausalität der

Vulnerabilität“ aus. Das heißt, Faktoren wie beispielsweise genetische Veranlagung, organische Störungen, Lebensgeschichte oder aktuelle Lebensumstände beeinflussen und formen die Vulnerabilität eines Menschen. So können Stressoren bei hoher Vulnerabilität zu psychotischen Episoden führen.

Die Copingstrategien jedes Einzelnen sowie die Reaktion der sozialen Umgebung beeinflussen maßgeblich den Krankheitsverlauf. Es existieren also vielfältige Einflussfaktoren, die sich wechselseitig bedingen und so für jeden Einzelnen ein sehr komplexes, nur schwer zu analysierendes Bild ergeben (Kendler 1999).

1.6. Krankheitsverlauf und Prognose

Wie die Entstehung, so ist auch der Verlauf der Schizophrenie sehr vielfältig. An der Heiden und Häfner (2000) untersuchten den 15 ½ -Jahresverlauf von erstmals eingewiesenen Patienten. In die prospektive Studie wurden zwei Gruppen von 232 beziehungsweise 70 Patienten einbezogen. Genauer untersucht wurden die Erstmanifestation, der mittlere Verlauf sowie der Langzeitverlauf. Bei $\frac{3}{4}$ der Patienten ging der ersten psychotischen Episode eine Prodromalphase mit hauptsächlich depressiven und negativen Symptomen von durchschnittlich fünf Jahren voraus. Viele frühe depressive Symptome bewirkten stärkere Symptome in der ersten Erkrankungsphase und weniger Affektverflachung im mittleren Verlauf. Der Prodromalphase folgte eine durchschnittlich 1,1 Jahre lange psychotische Vorphase mit Dominanz positiver Symptome, die in die erste psychotische Episode mündete. Durchschnittlich zwei Monate später fand die erste Krankenhauseinweisung statt. Die Diagnose wird oft erst beim Auftreten psychotischer Symptome gestellt (Häfner 2000).

Neuere Studien beschreiben einen Zusammenhang zwischen einer langen Dauer der unbehandelten Psychose vor der ersten Klinikeinweisung (DUP) und vermehrten späteren psychopathologischen Symptomen negativer, positiver und genereller Art. Die Art der Erstmanifestation korreliert hingegen nicht mit der Symptomatik (de Haan et al. 2003; Bottlender et al. 2003). Auch

außereuropäische Studien bestätigen, dass die Erkrankungsdauer vor dem Behandlungsbeginn ein wichtiger Vorhersagefaktor für den Verlauf ist (Ran et al. 2003). Die verspätete Aufnahme intensiver psychosozialer Behandlung (DIPT) hängt vor allem mit monatelangen Rehospitalisierungen zusammen (de Haan et al. 2003). Harrison et al. (2001) fanden heraus, dass frühe Interventionsprogramme den Langzeitverlauf verbessern können. Ebenso scheinen soziokulturelle Umstände diesen zu beeinflussen. Weiterhin stellten an der Heiden und Häfner (2000) durch Erhebung sowohl der Krankheitsepisoden als auch der Behandlungsdaten fest, dass mit zunehmender Krankheitsdauer immer mehr psychotische Symptome oder Exazerbationen ambulant behandelt werden konnten.

Trotz interindividuell sehr unterschiedlicher Verläufe stellt sich im Gruppenmittel laut an der Heiden et al. (1995) nach Ende der ersten Episode eine Plateauphase ein, die sich entgegen früheren Vorstellungen nicht nach einigen Jahren bessert, sondern entsprechend den Ergebnissen von Parallelstudien stabil bleibt (Häfner und an der Heiden 2000). Die Spanne des Langzeitverlaufs reicht von vollständiger Remission bis zu schwerer Chronifizierung. Studien zum „natürlichen“ Verlauf gibt es heute aus ethischen Gründen nicht mehr. Aus den existierenden Langzeitstudien aus der Zeit vor der Neuroleptika-Ära über 22 beziehungsweise 38 Jahren geht jedoch hervor, dass es primär chronische, sekundär chronische und wechselnde Verläufe mit und ohne Remission gibt (Bleuler 1973; Ciompi und Müller 1976). Modestin et al. (2003) überarbeiteten die Studie von Bleuler, indem sie die Erkrankungen der Patienten nach den heute gängigen Klassifikationssystemen neu diagnostizierten. Dadurch wurden 30% der ursprünglichen Teilnehmer aus der Studie herausgenommen, da bei ihnen die Diagnose Schizophrenie (F20) nicht gestellt wurde. Knapp 50% hatten einen wechselnden Verlauf, etwa 30% einen schweren Endzustand und 15% eine vollständige Remission. Zu bedenken ist, dass diese Patienten damals nicht mit den heute üblichen Neuroleptika behandelt wurden. In neueren Studien finden sich etwas abweichende Ergebnisse: In je etwa einem Viertel der Fälle trat Heilung ein, beziehungsweise war ein leichter, mittelschwerer oder schwerer Endzustand zu erwarten (Ciompi et al. 1976; an der Heiden et al.

1995). Die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) geht von 15-20% vollständiger Remission aus (DGPPN 1998). An der Heiden und Häfner (2000) stellten fest, dass im Langzeitverlauf etwa 60% der an Schizophrenie erkrankten Patienten chronisch krank wurden. Ein Viertel gesundete innerhalb der ersten fünf bis sechs Jahre. Die Prognose ist bei 50% der Betroffenen eher günstig. Diese weisen vor allem die Faktoren weibliches Geschlecht, stabile Partnerschaft und akute Erstmanifestation auf (DGPPN 1998).

1.7. Therapie

Die Darstellung der möglichen Therapien erfolgt hier in knapper Form, da dies nicht Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit ist. Für detaillierte Informationen wird auf Fachliteratur und aktuelle Veröffentlichungen verwiesen. Eine genauere Übersicht ist bei Längle (2001) zu finden. Die aktuellen Behandlungsempfehlungen sind in den Behandlungsleitlinien der DGPPN (1998) nachzulesen.

Die Therapie der Schizophrenie besteht aus mehreren Komponenten. Einen eindeutigen Schwerpunkt stellt die Pharmakotherapie dar. Weiterhin kommen die Elektrokrampftherapie, psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen zum Einsatz. Dabei bestimmt die Krankheitsphase die Tendenz der Therapie. In der akuten Phase steht die Psychopharmakotherapie im Vordergrund. Diese beeinflusst zunächst einmal hauptsächlich die Positivsymptomatik, die in 60-70% der Fälle innerhalb von 4 bis 6 Wochen abklingt (Gaebel 1996). Durch die neuroleptische Therapie werden andere Therapieformen wie Psychotherapie und soziotherapeutische Maßnahmen schon in der Akutphase der Erkrankung möglich (Möller 1996).

Da es bei der Therapieerhebung dieser Studie hauptsächlich um Pharmakotherapie ging, wird auf die verschiedenen Formen soziotherapeutischer Maßnahmen und der Psychotherapie hier nicht näher eingegangen.

Psychopharmakotherapie

Seit Einführung des Chlorpromazins in die psychiatrische Behandlung 1952 wandelten sich die Therapiemöglichkeiten der Schizophrenie enorm. Hegarty et al. (1994) stellten dazu in einer Meta-Analyse von über 800 Studien zwischen 1895 und 1992 fest, dass der Anteil der Patienten mit einer substantiellen klinischen Besserung bei Follow-up-Untersuchungen ab Mitte des 20. Jahrhunderts signifikant auf knapp die Hälfte zunahm. Dies führten sie unter anderem auf die verbesserte Behandlung zurück. Generell wurde in diversen Studien beobachtet, dass eine kontinuierliche Neuroleptikaeinnahme die Rückfallrate signifikant vermindert (z.B. Gaebel 2001). Obwohl sich der Zustand der Kranken vom fünften Jahr nach Krankheitsbeginn an eher verbesserte, zeigen Absetzstudien, dass mehrjährig unter Neuroleptika rezidivfrei gebliebene Patienten auch nach dem fünften Behandlungsjahr noch Rezidivquoten von über 60% hatten (Gaebel 2001). Die Empfehlungen bezüglich der Dauer der neuroleptischen Medikation liegen bei 12-24 Monaten nach Erstmanifestation bei guter Remission unter der Therapie, bei vier bis fünf Jahren bis hin zu lebenslang bei mehrfachen Rezidiven (DGPPN 1998). Bosveld-van Haandel und Mitarbeiter (2001) stellen jedoch internationale Leitlinien in Frage und fordern auch für Ersterkrankte eine mindestens zweijährige Neuroleptikatherapie.

Atypika versus Typika

Neben den klassischen Neuroleptika, zu denen das Chlorpromazin zählt, gibt es die so genannten Atypika. Klassische Neuroleptika wirken im Allgemeinen eher auf die Positivsymptomatik. Einen großen Nachteil stellen die Nebenwirkungen dar: Neben extrapyramidalen Nebenwirkungen und den gefürchteten Spätdyskinesien wirken diese Medikamente stark sedierend. Die neueren atypischen Neuroleptika haben den Vorteil, dass sie teilweise auch auf negative Symptome eine gute Wirkung haben (Carrière et al. 2000, Volavka et al. 2002). Andere Studien zeigen außerdem eine gute Wirksamkeit bei bisher therapieresistenten Schizophrenien sowie einen günstigen Einfluss auf Lebensqualität und kognitive Störungen (Gaebel 2001). Längere

Beobachtungszeiträume fehlen jedoch, so dass keine endgültigen Aussagen gemacht werden können. Einige atypische Neuroleptika haben zudem weniger extrapyramidale Nebenwirkungen und keinen sedierenden Effekt, verursachen jedoch häufig vegetative Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Speichelfluss oder Gewichtszunahme und auch autonome Dysregulation und kardiale Repolarisation (Cohen et al. 2001). Selten können Blutbildveränderungen bis hin zu lebensgefährlichen Zuständen auftreten (Agranulozytose bei Clozapin).

Vor allem zu klassischen Neuroleptika in Depot-Form existieren zahlreiche Studien. So war unter der Therapie mit klassischen Depot-Neuroleptika die Rehospitalisierungsrate innerhalb von sechs Jahren insgesamt halb so hoch wie unter oraler atypischer Medikation (Müller et al. 2002). Rössler et al. (1998) hatten schon vorher eine erhöhte Rehospitalisierungsrate unter oral medizierten Patienten im Gegensatz zu Patienten mit Depot-Medikation beobachtet.

Für die Auswahl der neuroleptischen Medikation spielen neben der Schwere der Erkrankung viele weitere Faktoren beispielsweise sozialer, demographischer oder psychologischer Art eine Rolle (Tavcar et al. 2000). Wegen zusätzlich interindividuell verschiedener Wirksamkeit und Verträglichkeit der verschiedenen Substanzen ist immer eine individuelle Indikationsstellung notwendig (Gaebel 2001).

Die Medikamentenkosten sind für atypische Neuroleptika wesentlich höher als für klassische. Die Kosten-Nutzen-Relation wurde bereits mehrfach analysiert. Ob die positiven Effekte der atypischen Neuroleptika, wie beispielsweise die Wirkung auf negative Symptome, geringere Nebenwirkungen und daraus folgend möglicherweise höhere Lebensqualität und weniger Rehospitalisierungen die höheren Kosten aufwiegen, wird weiterhin kontrovers diskutiert (z.B. Rosenheck et al. 2003, Hamilton et al. 1998).

2. Compliance

2.1. Begriffsbestimmung

Der Begriff „Compliance“ wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die in der Fachliteratur verwendete Begrifflichkeit gegeben werden, der jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Angermeyer (1991) definierte die Non-Compliance als „Weigerung der Patienten, ihre Zustimmung zu der ihnen vorgeschlagenen Therapie zu geben“, als „vorzeitige(n) Abbruch der Behandlung“, oder als „Mangel an „Medikamenteneinnahmetreue“. Melamed und Szor (1999) hingegen bezeichnen schon das Versäumen eines Arzttermins oder das Vergessen der Medikamenteneinnahme als Non-Compliance.

In Therapiestudien wird die Compliance meist als Behandlungcompliance, das heißt als das Befolgen eindeutig formulierter Behandlungsempfehlungen, definiert. Dies impliziert sowohl die Medikamenteneinnahme als auch das Wahrnehmen von Arztterminen (Kane 1985).

Dass auch für den Arzt eine Form der Compliance existiert, wird häufig vernachlässigt. Er sollte in seiner Behandlung allgemein anerkannte Behandlungsstandards anwenden. Diese beziehen sich jedoch für Neuroleptikatherapie lediglich auf die Behandlungsdauer. Zur Medikamentenauswahl und Dosierung existieren keine solchen Standards (Längle 2001).

Kane (1985) weist darauf hin, dass Compliance aufgrund ihrer Komplexität nicht einfach in „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ eingeteilt werden sollte. Trotzdem kann dies, um klare Aussagen machen zu können, für Studien sinnvoll und notwendig sein. Neuere Studien verwenden für die Compliance keine dichotome, sondern eine dreifach gestufte Variable, bei der es neben „Compliance“ und „Non-Compliance“ eine „partielle Compliance“ gibt (Donohoe et al. 2001). Da es keine einheitlichen Kriterien gibt, muss dieses Konstrukt in

jeder Studie eigens definiert werden. Die Operationalisierung des Begriffs für die vorliegende Untersuchung ist in Kap. II.2.5. nachzulesen.

2.2. Epidemiologische Daten zur Compliance

Compliance seitens der Patienten ist eine wichtige Voraussetzung für die möglichst erfolgreiche und effektive Behandlung. Eine wichtige Folge der Non-Compliance ist eine erhöhte Rückfallrate mit vermehrten Rehospitalisierungen (Rössler et al. 1998, Verdoux et al. 2000). Vermutlich dadurch verursacht fanden Thieda und Mitarbeiter (2003) einen sicheren Zusammenhang zwischen Compliance und den ökonomischen Kosten der Schizophrenie. Die Beziehung von Rückfall und mangelnder Compliance wird jedoch kontrovers diskutiert. In ihrer Übersichtsstudie berichten Kampman und Lehtinen (1999) über unterschiedliche Angaben zum Zusammenhang zwischen diesen Parametern.

Zur Erhebung der Compliance gibt es verschiedene Methoden. Unterschieden werden subjektive - die Patientenbefragung - und objektive Verfahren, wie beispielsweise die Kontrolle von Plasmaspiegeln oder Urinbefunde. Verschiedene Studien geben Hinweise auf eine mangelnde Validität subjektiver Compliance-Erhebung. Demnach überschätzen Patienten ihre Compliance häufig (Angermeyer 1991). Längle (2001) führte daher in dieser Studie parallele Befragungen von Patienten und den behandelnden Ärzten durch. Um Patienten aufgrund ihrer Aussagen als compliant einzustufen, mussten bestimmte Kriterien erfüllt sein (s. Kap. II.2.5.). Da Patienten- und Arztangaben sich größtenteils deckten, folgerte er, dass auf die Befragung von Drittpersonen verzichtet werden kann, wenn nicht explizit spezielle Daten dieser Personen benötigt werden. Kampman et al. (2001) beobachteten ebenfalls eine weitgehende Übereinstimmung von Patienten- und Arzteinschätzung der Patientencompliance.

Der Anteil complianter Patienten variiert in verschiedenen Studien: Kane (1985) stellte bei 40-50% Non-Compliance sowohl im Hinblick auf körperlich kranke als auch auf psychiatrische Patienten fest. Etwas jüngere Studien beschreiben eine Non-Compliance-Rate von 50% beziehungsweise 50-60% bei schizophrenen

Patienten (Albus et al. 1995, Bebbington 1995), wobei Bebbington in seiner Übersichtsarbeit eine niedrigere Compliance bei schizophrenen Patienten im Vergleich zu solchen mit „körperlichen“ Krankheiten beobachtete. In einer Übersicht verschiedener Studien liegt die Non-Compliance-Rate Schizophrener zwischen 11% und 80% (Kampman und Lehtinen 1999). Die stark divergierenden Ergebnisse sind vermutlich auf unterschiedliche Operationalisierungen von Compliance, verschiedene Zusammensetzung der Untersuchungsstichproben oder uneinheitliches Studiendesign zurückzuführen (Angermeyer 1991). Wenig untersucht wurde bisher der Verlauf der Compliance nach Entlassung aus stationärer Behandlung. Kane (1985) ging davon aus, dass die Non-Compliance mit der Zeit steigt. Die Ergebnisse einer jüngeren longitudinalen Studie bestätigen dies: Ein Jahr nach Einweisung waren 40% der untersuchten Patienten nicht compliant, nach zwei Jahren 75% (Perkins 1999).

2.3. Einflussfaktoren auf die Compliance

Aus den hohen Raten an Non-Compliance ergibt sich die Frage, ob und wie man diese beeinflussen kann. Dazu ist es zunächst wichtig, mögliche Zusammenhänge und Einflussfaktoren nachzuweisen. Die wichtigsten Ergebnisse der Fachliteratur dazu werden im Folgenden unter verschiedenen Aspekten dargestellt.

Der Mensch

Die Rolle soziodemographischer Faktoren wie Geschlecht und Lebenssituation auf die Compliance wird kontrovers diskutiert. So sind Frauen nach einigen Studien complianter als Männer. Allein und von ihrer Umwelt isoliert lebende Patienten zeigen generell eine geringere Compliance (Angermeyer 1991). Andere Studien konnten bezüglich soziodemographischer Daten keine Zusammenhänge nachweisen (Verdoux et al. 2000). Als eindeutiger Einflussfaktor dagegen konnte die Krankheitseinsicht eruiert werden (Kampman und Lehtinen 1999, Droulout et al. 2003). Patienten mit hoher Krankheitseinsicht sind demnach eher compliant. Auch die Erwartungen der

Patienten gegenüber den Medikamenten sind bedeutsam (Angermeyer und Matschinger 2000). Die Einstellung der Patienten zu den Medikamenten wurde ebenso wie die Beurteilung des Arztes durch die Patienten auf einen Zusammenhang mit der Compliance hin geprüft. Dabei zeigten beide Variablen eine positive Korrelation (Donohoe et al. 2001, Albus et al. 1995). Beeinträchtigungen des Gedächtnisses beeinflussen unabhängig von allgemeinen kognitiven Funktionen vor allem die partielle Compliance, woraus Donohoe und Mitarbeiter (2001) folgerten, mangelnde Compliance sei teilweise durch das Vergessen der Medikamenteneinnahme zu erklären. Gleichfalls wurde ein Zusammenhang zwischen dem Krankheitsmodell der Patienten und der Compliance beobachtet. Demnach bewirkt ein biologisches Krankheitsmodell eine bessere Compliance als beispielsweise ein psychosoziales (Albus et al. 1995).

Das Krankheitskonzept ist ebenfalls in einigen Dimensionen mit Compliance korreliert (Linden et al. 1988). Hierauf wird in Kap. I.5. näher eingegangen.

Die Erkrankung

Angermeyer (1991) beurteilte vor allem die Schwere der Erkrankung als mit der Compliance in Beziehung stehend, fand jedoch widersprüchliche Ergebnisse: Stationäre Patienten mit ausgeprägter Psychopathologie waren weniger compliant, während sich in der poststationären Phase eher die psychopathologisch weniger beeinträchtigten Patienten als non-compliant entpuppten. In anderen Studien sind positive Symptome beziehungsweise Wahn mit Non-Compliance verknüpft (Bebbington 1995, Kampman und Lehtinen 1999). Lag zusätzlich eine Suchterkrankung, insbesondere eine Alkoholabhängigkeit, vor, so war die Non-Compliance-Rate ebenfalls erhöht (Bebbington 1995, Kampman und Lehtinen 1999, Verdoux et al. 2000).

Medikamente

Während in einigen Studien ein positiver Effekt von Depot-Neuroleptika auf die Compliance beobachtet wird (Davis und Andriukaitis 1986), wird diese Wirkung durch die Beobachtung einer erhöhten Rückfallgefahr unter Depotmedikation in Frage gestellt (Buchkremer 1988).

Vielfach untersucht wurde der Bezug von Nebenwirkungen und Compliance. So zeigen Patienten mit ausgeprägten Nebenwirkungen eine signifikant schlechtere Compliance. Hierbei spielen vor allem extrapyramidalmotorische Symptome wie Akathisie und Akinesie eine negative Rolle (Albus et al. 1995, Kampman und Lehtinen 1999). Hingegen wurde bei anderen Studien ein stärkerer Einfluss von positiven Wirkungen als von Nebenwirkungen auf die Compliance festgestellt (Adams und Howe 1993). Die Beurteilung seitens der Patienten, gut über Nebenwirkungen und den Umgang damit aufgeklärt worden zu sein, war ebenfalls mit einer signifikanten Steigerung der Medikamentencompliance verbunden (Albus et al. 1995). Awad und Mitarbeiter (1996) fanden in ihrer Übersichtsarbeit heraus, dass die subjektive Reaktion der Patienten auf das Medikament wenige Stunden nach der ersten Einnahme einen starken Vorhersagefaktor für die Compliance darstellt.

Weitere Einflussfaktoren und Zusammenhänge

Ein unterstützendes familiäres Umfeld hat einen stark positiven Einfluss auf die Compliance der Patienten (Kampman und Lehtinen 1999). Auch die vorherrschend negative und ablehnende Einstellung der Bevölkerung zu Psychopharmaka (Hoffmann-Richter et al. 1999) beeinflusst Gerlach und Larsen (1999) zufolge die Compliance der Erkrankten in negativer Weise. Dagegen spielte für die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Studienpopulation die Meinung von Verwandten, Freunden oder Arbeitskollegen bei der Veränderung der Medikation keine Rolle (Längle 2001). Einen Zusammenhang zwischen Beschäftigungssituation und Compliance beobachteten Priebe et al. (1998) sowie Gaite et al. (2002). Auf die große Bedeutung des Kontaktes zwischen Arzt und Patient für die Compliance weisen Oehl et al. (2000) hin.

2.4. Maßnahmen zur Steigerung der Compliance

Eine hohe Compliance stellt aufgrund deutlich niedrigerer Rückfall- und Rehospitalisierungsraten eine wichtige Voraussetzung für eine effektive Behandlung dar (z.B. Gaebel 2001, Rössler et al. 1998). Verdoux und Mitarbeiter (2000) hoben hervor, dass unter „natürlichen Umständen“ jeder zweite Psychosepatient seine Behandlung nach der Entlassung unterbricht und forderten daher den Einsatz therapeutischer Programme zur Compliance-Steigerung.

Eine bereits erwähnte Möglichkeit ist der Einsatz von Depot-Neuroleptika (Kane 1985, Kampman und Lehtinen 1999), der jedoch von vielen Patienten von vorneherein abgelehnt wird (Angermeyer 1991). Albus und Mitarbeiter (1995) folgern aus den Ergebnissen ihrer Arbeit, die Compliance könne durch eine intensive, mehrmals durchzuführende Aufklärung und die Vereinbarung eines ambulanten Behandlungstermins schon vor Entlassung aus der Klinik gesteigert werden. Kemp und Mitarbeiter (1998) führten eine sehr erfolgreiche Compliance-Therapie durch, die auf motivationaler Befragung sowie kognitiven Methoden basierte. Dagegen wurde in einer anderen Studie kein positiver Effekt einer solchen Therapie beobachtet (O'Donnell et al. 2003).

Meist wird Compliance aus einem sehr einseitigen Blickwinkel betrachtet: Der Arzt bestimmt und der Patient folgt. Dies ist in der heutigen Behandlungspraxis überholt. Gerade die Einbeziehung subjektiver Faktoren in die Forschung stärkt die Einbeziehung des Patienten in die Behandlung. Schon 1984 forderte Buchkremer eine Medikamentenmitbestimmung der Patienten, da dies zu einer höheren Compliance führe. Er hob die Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung hervor und bekräftigte eine Kooperation zwischen beiden. Eine wichtige Voraussetzung für eine solche Kooperation ist die eingehende Information und Motivation in Form von Psychoedukation des Patienten und gegebenenfalls auch Angehöriger. Die Basis dafür stellt zunächst einmal ein vertrauensvoller Arzt-Patienten-Kontakt dar (Oehl et al. 2000). Im Rahmen einer Studie zum Thema Medikamentenmitbestimmung wurden unter Mitwirkung der Patienten Medikamente reduziert oder gar abgesetzt. Trotzdem kam es im Vergleich zur

Kontrollgruppe nicht zu einer vermehrten Rezidivrate. Die Patienten, die eine sozialkognitive Therapie erhalten hatten, nahmen häufiger therapeutischen Rat in Anspruch und hatten eine positivere Einstellung gegenüber Neuroleptika als die Kontrollgruppe (Buchkremer et al. 1988). Dieser damals noch recht neue Ansatz hat heute seine Spuren bereits hinterlassen. Eine Fortsetzung und Ausweitung des Konzepts sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Arztpraxen ist jedoch auch heute noch wünschenswert. Zygmunt et al. (2002) untersuchten in ihrer Übersichtsstudie den Effekt psychosozialer Interventionsprogramme und fanden heraus, dass im Gegensatz zu gewöhnlicher Psychoedukation vor allem spezielle Programme mit zusätzlichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen effektiv sind. Eine breit angelegte dänische Studie (Nordentoft 2002) beobachtete zudem regionale Compliance-Unterschiede, was umso mehr auf vorhandene aber noch nicht ausgeschöpfte Potentiale zur Verbesserung der Compliance durch Behandlungsoptimierung hinweist.

3. Lebensqualität

Nachdem sich die Wissenschaft lange Zeit auf „objektive“ Forschung beschränkt hatte, erkannte man seit Ende der siebziger Jahre zunehmend die Bedeutung subjektiver Faktoren. Zusehends wurden so genannte „weiche Daten“ in die Forschung mit einbezogen. So entwickelte sich in den siebziger Jahren das Konstrukt Lebensqualität zuerst in der Soziologie. In den 80er Jahren gewann es als subjektiver Parameter in der Psychiatrie im Rahmen der Deinstitutionalisierung zunächst in den USA und später auch in Deutschland an Bedeutung (z.B. Hoffmann et al. 2000, Kaiser et al. 1996).

3.1. Begriffsbestimmung

Subjektive Lebensqualität ist schon deshalb schwer fassbar, weil sie das Empfinden eines Menschen ausdrückt, das kaum „objektiv“ gemessen werden kann. Eine eindeutige Definition existiert nicht. Eine Theorie besagt, dass Lebensqualität vor allem durch kognitive Anteile des subjektiven Wohlbefindens

bestimmt wird und einen zeitlich stabilen, situationsübergreifenden Faktor darstellt (Mayring 1991). Schumacher et al. (1996) messen zusätzlich affektiven Prozessen eine große Bedeutung bei. Eine Operationalisierung der Lebensqualität definiert diese beispielsweise als „psychologisches Konstrukt (...), das die körperlichen, mentalen, sozialen, psychischen und funktionalen Aspekte des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus eigener Sicht beschreibt“ (Bullinger et al. 1991). Wichtig neben der Erfassung der allgemeinen ist zudem die Erfassung bereichsspezifischer Lebenszufriedenheit (Schumacher 1996).

Pukrop et al. (1999) ermittelten in ihrer Arbeit durch metaanalytische Validierung des Konstruktes folgende Bereiche als valide für die Erfassung der Lebensqualität schizophrener Patienten: allgemeine, gesundheitliche, psychosoziale und materielle Lebensqualität sowie Vitalität. Für gesunde Probanden waren zusätzlich die emotionale Lebensqualität und die Lebensqualität im Bereich Freizeit von Bedeutung.

Es gibt viele Erklärungshypothesen für das Konstrukt Lebensqualität, über die Habermüller (2002) eine Übersicht gibt. Doch was bestimmt Lebensqualität aus Sicht der Patienten? In der von Angermeyer et al. (1999) an schizophrenen Patienten durchgeführten Befragung wurde Arbeit mit knapp 23% am häufigsten genannt, gefolgt von Gesundheit, Freizeit, sozialen Kontakten, Lebensfreude, Familie, der finanziellen Situation, Freunden, Wohnen. An letzter Stelle stand der/die Partner/in.

Zur Messung der Lebensqualität existieren verschiedene Erhebungsinstrumente. Das in dieser Studie verwendete Erhebungsinstrument (BeLP) wird in Kap. II.2.4.1. genauer beschrieben.

3.2. Bedeutung für Praxis und Forschung

Lange Zeit wurde der Erfolg einer Therapie oder der Verlauf einer schizophrenen Erkrankung lediglich an so genannten „harten“ Fakten wie Symptombeseitigung, Rückfallverhinderung oder Nebenwirkungen gemessen (Längle 2001). Da die Behandlung der Schizophrenie jedoch auf eine

Verbesserung oder zumindest eine Erhaltung der subjektiven Lebensqualität abzielt, ist es sinnvoll, diese auch zu erfassen. Gerade die oft mit der Erkrankung einhergehenden massiven sozialen Einschränkungen und die teils extremen Nebenwirkungen der zur Behandlung eingesetzten Neuroleptika könnten erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten haben. So schlagen Priebe und Mitarbeiter (1996) Lebensqualität sowohl als Planungs- als auch als Evaluationskriterium der verschiedenen Bereiche psychiatrischer Versorgung vor.

In der Forschung wird Lebensqualität zunehmend als Variable zur Differenzierung therapeutischer Interventionen eingesetzt (z.B. Karow und Naber 2002). Eine weitere Anwendungsmöglichkeit stellen Verlaufsstudien dar. So untersuchten und bewiesen Kaiser und Priebe (1998) in ihrer Arbeit die Möglichkeiten des BeLP zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten. Dabei interessiert nicht nur die Entwicklung der Lebensqualität im ambulanten Bereich, sondern auch im Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung. Ebenso kann die Lebensqualität zum Vergleich verschiedener Patientengruppen – beispielsweise ambulanter und stationärer Patienten – dienen (Kaiser et al. 1996).

3.3. Lebensqualität im zeitlichen Verlauf

Die subjektive Lebensqualität wurde anfangs vornehmlich in Querschnittsstudien untersucht, erst später kamen Längsschnittstudien hinzu. Bei den Längsschnittstudien in der ambulanten Versorgung zeigte sich meist eine Stabilität der subjektiv empfundenen Lebensqualität über die Zeit (Kaiser und Priebe 1998). Im Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung wurden signifikante Verbesserungen sowohl der allgemeinen wie auch bereichsspezifischer Lebenszufriedenheit beobachtet; bei den weiter stationär behandelten Patienten steigerte sich lediglich die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit signifikant (Hoffmann et al. 2000).

3.4. Einflussfaktoren auf die Lebensqualität

Einflussfaktoren auf das Konstrukt Lebensqualität wurden bereits vielfach untersucht. Die teilweise sehr unterschiedlichen Ergebnisse dazu werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Soziodemographische Daten

Eine multizentrische Studie, die Patienten in fünf Ländern Europas untersuchte, stellte einen Zusammenhang mit dem kulturellen Umfeld fest: Die subjektiv empfundene Lebensqualität unterschied sich von Land zu Land (Gaite et al. 2002).

Andere soziodemographische Variablen weisen meist nur geringe oder gar keine Zusammenhänge auf (Kaiser et al. 1996). Hingegen untersuchte eine finnische Studie insbesondere den Familienstand in Hinblick auf die Lebensqualität und beobachtete bei Frauen generell eine höhere Lebensqualität als bei Männern. Besonders für Männer spielte der Familienstand eine entscheidende Rolle: Verheiratete hatten eine wesentlich höhere Lebensqualität als unverheiratete Männer (Salokangas et al. 2001).

Katschnig (2000) beobachtete in seiner Übersichtsstudie, dass Patientinnen und Patienten mit niedrigerem Bildungsstand eine höhere Lebenszufriedenheit hatten. Er forderte eine zusätzliche externe Einschätzung der Lebensqualität und den Einsatz qualitativer Methoden.

Objektive Lebensqualität

Die objektive Lebensqualität wurde zwar schon früher von Kaiser et al. (1996) in Beziehung zur subjektiven Lebensqualität gesetzt und keine Korrelation gefunden – die subjektive Lebensqualität war angesichts der niedrigen objektiven Lebensqualität erstaunlich hoch -, die Erhebung der „objektiven“ Lebenssituation beruhte jedoch auf Patientenangaben. Eine zusätzliche externe Einschätzung durch Forschungspersonal führten Fitzgerald und Mitarbeiter (2001) durch und stellten lediglich geringe Korrelationen zwischen beiden fest. Dagegen kam eine indische Studie, die sowohl die auf Patientenangaben als

auch die auf Angaben von Angehörigen beruhende subjektive und objektive Lebensqualität untersuchte, auf allseits relativ gute Korrelationen und Übereinstimmungen (Lobana et al. 2001).

Soziale Situation und Psychopathologie

Sowohl die Beschäftigungssituation als auch die Wohnsituation haben laut Fachliteratur einen Einfluss auf die Lebensqualität. So ist der Faktor Arbeit stark mit einer besseren Lebensqualität verknüpft (Priebe et al. 1998), in einer anderen Studie wiesen unabhängig (also nicht geschützt) lebende Patienten eine signifikant höhere Zufriedenheit mit der Wohnsituation auf (Hansson et al. 2002). Eine Studie zu Lebensqualität und Ort der Behandlung (Rössler et al. 1999) weist keinen Einfluss des Behandlungssettings auf die Lebensqualität nach und postuliert dagegen den Einfluss persönlicher, soziodemographischer und krankheitsabhängiger Variablen sowie der sozialen Unterstützung am jeweiligen Behandlungsort.

Die Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen Psychopathologie und subjektiver Lebensqualität sind sehr heterogen. Viele Studien beobachten negative Korrelationen von Lebensqualität mit genereller Psychopathologie, Negativsymptomatik, Positivsymptomatik und Erkrankungsdauer (Lauer und Stegmüller-Koenemund 1994, Gaite et al. 2002). Gerade in Bezug auf Positiv- und Negativsymptomatik gibt es jedoch auch Studien, die keinerlei Zusammenhänge feststellen (z.B. Fitzgerald et al. 2001). Eine zusätzlich zur Schizophrenie bestehende depressive Symptomatik und starke Ängstlichkeit beeinflussen die subjektive Lebensqualität negativ (Gaite et al. 2002).

Medikamente

Die subjektive Lebensqualität dient häufig als Maßstab zur Beurteilung des medikamentösen Therapieerfolgs (s. Kap. I.3.2). So ist anzunehmen, dass Medikamente mit starken Nebenwirkungen (z.B. extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen) die Lebensqualität negativ und umgekehrt solche mit geringen Nebenwirkungen die Lebensqualität positiv beeinflussen. Dies bestätigten Lauer und Stegmüller-Koenemund (1994). In ihrer Übersichtsstudie

beobachteten Karow und Naber (2002) eine signifikante Steigerung der Lebensqualität durch atypische Neuroleptika. Dagegen fanden Hertling und Mitarbeiter (2003) beim Vergleich von Flupenthixol (typisches Neuroleptikum) mit Risperidon (atypisches Neuroleptikum) bei beiden Medikamenten eine ähnliche Steigerung der Lebensqualität. Dies bestätigten Ritsner et al. (2002) in ihrer Studie und betonten zudem, dass die Einflüsse der Medikamentennebenwirkungen auf die subjektive Lebensqualität wesentlich geringer sind als die von klinischen und psychosozialen Faktoren.

Behandlungcompliance

Der Zusammenhang vieler dieser Parameter mit der Behandlungcompliance wurde bereits im vorigen Kapitel (I.2.) diskutiert. So ist anzunehmen, dass Compliance und Lebensqualität einen Zusammenhang aufweisen, auch wenn diese These bereits von Koivumaa-Honkanen und Mitarbeitern (1999) verworfen wurde. Angermeyer (2000) geht davon aus, dass eine bessere Medikamentencompliance aufgrund vermehrter Nebenwirkungen die Lebensqualität senken oder aber aufgrund einer Besserung der Symptomatik die Lebensqualität steigern könnte.

4. Behandlungszufriedenheit

Längle und Mitarbeiter (2002) weisen darauf hin, dass, obwohl qualitätssichernde Maßnahmen in den Kliniken gesetzlich vorgeschrieben seien (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 § 135a), hierzu die subjektive Patientenansicht noch kaum herangezogen werde. Erst in letzter Zeit gewann die Behandlungszufriedenheit der Patienten als Evaluationskriterium für die Behandlung an Bedeutung. Sie wurde bisher jedoch vorrangig im stationären Bereich untersucht (Koivumaa-Honkanen et al. 1999). Shipley und Mitarbeiter (2000) beurteilten in ihrer Arbeit die Behandlungszufriedenheit als geeigneten Qualitätsindikator für den ambulanten Bereich.

4.1. Bestimmung und Erfassung der Behandlungszufriedenheit

Im Zuge der Einführung subjektiver Bewertungen durch die Patienten als Evaluationskriterien für die Behandlung (s. Kap. I.3.) gewann die Behandlungszufriedenheit der Patienten seit den 70er Jahren ausgehend von den USA an Bedeutung. Grundgedanke dabei war, den Patienten nicht mehr als Objekt, sondern als aktiven Konsumenten der Behandlungsangebote zu sehen. Drei Aspekte stehen im Mittelpunkt der Forschung: die Bewertung psychiatrischer Behandlung, Zusammenhänge mit psychopathologischen oder soziodemographischen Variablen sowie die Frage, inwieweit auf Grundlage dieser Bewertungen psychiatrische Institutionen optimiert werden können (Gruyters und Priebe 1992). Laut Priebe et al. (1995) handelt es sich bei der Erfassung der Behandlungszufriedenheit nicht um die Erfassung eines theoretischen Konstruktes, sondern um Meinungsäußerungen, die so dokumentiert werden, wie die befragten Patienten sie äußern. Die offene Form einer solchen Erhebung führt jedoch zu methodischen Problemen. Daher betonen die Autoren, dass für vergleichbare Ergebnisse standardisierte Fragen verwendet werden müssen, deren Antworten operationalisierbar sind. In der Untersuchung von Gruyters und Priebe (1992) erwies sich die Behandlungszufriedenheit psychisch kranker Patienten als zeitlich instabil. Sie führten dies aber nicht auf Mängel der Erhebungsinstrumente, sondern auf situative Faktoren zurück.

Bei der Frage, ob die aktuelle Behandlung die richtige sei, ermittelten Priebe und Böker (1999) auf einer Skala von 0 (trifft nicht zu) bis 10 (trifft zu) einen Wert von 7,9.

Generell gilt es, die Bewertung psychiatrischer Behandlung äußerst vorsichtig zu interpretieren, da sich eine Vielzahl von methodischen und inhaltlichen Problemen ergeben (Gruyters und Priebe 1994).

Das in dieser Studie eingesetzte, von Längle et al. (2002) entwickelte Erhebungsinstrument zur Messung der Behandlungszufriedenheit TüBB (s. Kap. II.2.4.2.) erwies sich als valide und reliabel. Faktorenanalytisch ermittelten

die Autoren für schizophrene Patienten drei Faktoren: „Atmosphäre“, „Qualität der Behandlung“ und „Autonomie“.

4.2. Einflussfaktoren auf die Behandlungszufriedenheit

Ein Zusammenhang zwischen subjektiver Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit konnte bisher nicht festgestellt werden (Koivumaa-Honkanen et al. 1999). Daher sollten nach Meinung der Autoren diese beiden Variablen als verschiedene Items in Studien zum Behandlungsverlauf eingehen. Auffallend war, dass mit der ambulanten Behandlung zufriedene Patienten häufig kein Bedürfnis nach psychiatrischer Behandlung hatten, während umgekehrt mit der Behandlung unzufriedene Patienten eine psychiatrische Behandlung eher für notwendig hielten.

Eine deutliche Korrelation zwischen Behandlungsbewertung und psychopathologischer Symptomatik beobachteten Gruyters und Priebe (1992): Patienten mit starker Symptomatik bewerteten die Behandlung deutlich negativer als Patienten mit weniger ausgeprägter Symptomatik.

Beim Vergleich der Behandlungszufriedenheit von Patienten, Ärzten und Bezugspersonen mit „objektiven“ Qualitätsindikatoren erwies sich die Patientenzufriedenheit als ein wesentlich genauerer Indikator für die Behandlungsqualität als die Urteile der Ärzte und Bezugspersonen (Shiple et al. 2000). Bei internistischen Patienten wurde ein Zusammenhang der Behandlungszufriedenheit mit dem emotionalen Zustand der Kranken beobachtet, Arzt- und Patientenzufriedenheit bezüglich der Behandlung waren jedoch sehr unterschiedlich (Schmelling-Kludas 1995).

Gruyters und Priebe (1994) beobachteten in ihrer Übersichtsarbeit in verschiedenen Studien einen signifikant besseren Behandlungsverlauf bei Patienten, die die Behandlung positiv bewerteten.

5. Krankheitskonzept

Das Krankheitskonzept wurde besonders seit der Entwicklung der - auch in dieser Studie eingesetzten (s. Kap. II.2.4.3.) - Krankheitskonzept-Skala durch Linden et al. (1988) zunehmend relevanter.

5.1. Begriffsbestimmung

Eine allgemeingültige Definition des „Krankheitskonzepts“ existiert nicht. Eine Übersicht über Beschreibungsansätze verschiedener Richtungen gibt Engel (1999). Linden (1985) versteht unter dem Krankheitskonzept die „Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen bezüglich Störungen des Gesundheitszustandes eines Menschen.“ Er unterscheidet zwischen dem Krankheitskonzept der Patienten und dem der Ärzte. Das der Ärzte ist meist geprägt von medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und ihren eigenen Erfahrungen. Patienten haben dadurch, dass sie unmittelbar von der Krankheit betroffen sind und sich davon seelisch und körperlich bedroht fühlen, oft von Ärzten verschiedene Krankheitskonzepte. Sowohl der Arzt als auch der Patient handelt jedoch auf der Grundlage seines jeweiligen Krankheitskonzepts. Wenn Arzt und Patient sich nicht über ihre verschiedenen Vorstellungen verständigen, „(...) kann dies das Arbeitsbündnis und damit die Compliance negativ beeinflussen“ (Engel 1999). Laut Linden spielen auf Seite des Patienten nicht nur seine Einstellungen und Überzeugungen bezüglich seiner Krankheit eine Rolle, sondern ebenso seine damit zusammenhängende Bereitschaft, an einer Therapiemaßnahme teilzunehmen. Linden geht davon aus, dass das Krankheitskonzept einen wichtigen Faktor für die Compliance darstellt und fordert daher, diese Variable in die Therapieplanung mit einzubeziehen: „Ein solches Vorgehen, das den Patienten und was er denkt ernst nimmt, wird belohnt durch eine bessere Compliance und nicht zuletzt auch durch eine größere Zufriedenheit des Patienten mit der therapeutischen Beziehung“ (Linden 1985). Basierend auf diesen Erkenntnissen und unter Berücksichtigung der verschiedenen bereits existierenden Beschreibungsansätze entwickelten

Linden und Mitarbeiter (1988) ein deutschsprachiges Instrument zur Krankheitskonzepterfassung speziell schizophrener Patienten: die KK-Skala.

5.2. Stabilität des Konstruktes und Einflussfaktoren

In einer Untersuchung des Einflusses eines psychoedukativen Programms zur Krankheitsbewältigung zeigt sich lediglich eine geringe Veränderung des Krankheitskonzeptes, so dass dieses über die Zeit stabil und auch sonst nur schwer veränderbar zu sein scheint (Hofer et al. 2001).

Linden et al. (1988) untersuchten die Krankheitskonzepte von Patienten in verschiedenen Behandlungssettings. Dabei beobachteten sie eine unterschiedliche Ausprägung einiger Dimensionen bei Patienten in stationärer und ambulanter Behandlung. So war das Arztvertrauen ambulant behandelter Patienten wesentlich höher als das stationär behandelter. Es handelt sich hier jedoch um eine Querschnittsstudie, so dass über den Verlauf des Krankheitskonzeptes von stationärer zu ambulanter Behandlung keine Aussage gemacht werden kann.

Psychopathologie und Krankheitskonzept korrelieren nach bisherigen Erkenntnissen nicht miteinander (Linden und Seidel 1998). Die Autoren untersuchten in ihrer Studie besonders die Beziehung von Krankheitskonzept und Krankheitseinsicht, stellten hier jedoch keinen Zusammenhang fest und wiesen ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei diesen beiden Parametern um qualitativ unterschiedliche Phänomene handelt, die nicht miteinander verwechselt werden dürfen. Rössler und Mitarbeiter (1999) zeigten, dass zwei Dimensionen des Krankheitskonzeptes die Lebensqualität beeinflussten: idiosynkratische Annahmen waren mit höherer Lebensqualität, Anfälligkeit mit niedrigerer Lebensqualität verbunden. Den Zusammenhang zwischen Compliance und Krankheitskonzept untersuchten Linden et al. (1988). Dabei wiesen sie signifikante Korrelationen mit dem KK-Gesamtscore und mit fünf der sieben Subscores nach: Medikamentenvertrauen, Arztvertrauen und Anfälligkeit standen in positivem Zusammenhang mit Compliance, die Faktoren Schuld und Negativerwartungen waren dagegen negativ mit Compliance korreliert.

Holzinger und Mitarbeiter (2002) untersuchten den Zusammenhang von Krankheitstheorie und Compliance. Obwohl sie keine Korrelation fanden, lehnten sie einen solchen Zusammenhang nicht ab und legten eine weitere Untersuchung der Beziehung zwischen Compliance und Krankheitskonzept in zukünftigen Studien nahe.

Insgesamt ist die Frage nach Zusammenhängen zwischen Krankheitskonzept und relevanten Zielkriterien noch unzureichend beantwortet.

6. Fragestellungen

Wie im folgenden Kapitel II ausführlicher beschrieben, stellt diese Arbeit einen Teil der Auswertung einer größeren Studie dar. Die Gesamtstudie wurde bereits nach einem Jahr Studiendauer unter verschiedenen Gesichtspunkten ausgewertet (Längle 2001, Engel 1999, Habermüller 2002, Scheuermann 2002, Ott 2003). Diese Arbeit stellt eine Erweiterung der ursprünglichen Studie dar, bei der der Studienzeitraum um drei auf vier Jahre erweitert wurde. Aus den bereits vorhandenen ersten Studienergebnissen ergab sich für die vorliegende Arbeit eine leicht abgewandelte Fragestellung. Im Folgenden werden zunächst die Fragestellungen der Gesamtstudie und anschließend die der vorliegenden Arbeit vorgestellt.

Ein Teil des wissenschaftlichen Hintergrundes wurde bereits in den vorangehenden Kapiteln diskutiert. Einen nicht unwesentlichen Teil dieser Studie stellen subjektive Patientendaten dar, so genannte „weiche Daten“, die lange Zeit zugunsten von „objektiven Daten“ wie beispielsweise Medikamentenwirkungen und –nebenwirkungen oder Rehospitalisierungsraten vernachlässigt wurden (s. Kap. I.3., Awad et al. 1996). Der Stellenwert von subjektiver Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, Krankheitskonzept und subjektiv empfundener Belastung durch Medikamente und Nebenwirkungen gewann erst seit Anfang der 90er-Jahre für die Wissenschaft an Bedeutung (Längle 2001).

6.1. Fragestellung der Gesamtstudie

Die Fragestellung der Gesamtstudie ist der Habilitationsschrift von Längle (2001) entnommen und lautet:

„Wie entwickelt sich die Behandlung und Betreuung schizophrener Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik, wodurch wird diese Entwicklung beeinflusst und welche prognostischen Faktoren lassen sich finden?“

Diese Frage wurde in folgende fünf verschiedene Teilaspekte untergliedert:

1. Wie verändert sich das Einnahme- und Verordnungsverhalten für Neuroleptika im Verlauf eines Jahres nach Klinikentlassung und durch welche Faktoren wird es beeinflusst?
2. Welche Angebote des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems werden innerhalb des Katamnesezeitraums genutzt, wie werden sie bewertet und welche Faktoren beeinflussen die Nutzung?
3. Wie entwickeln sich Psychopathologie, soziale Funktionsfähigkeit, soziale Integration und Lebenszufriedenheit im Verlauf eines Jahres nach Entlassung aus der Klinik?
4. In welchem Ausmaß und bezüglich welcher Inhalte stimmen Angaben und Einschätzungen von Patienten und ihren behandelnden Ärzten zum poststationären Behandlungsverlauf überein?
5. Lassen sich am Ende der stationären Behandlung Prognosefaktoren für die künftige Medikamentencompliance von Patienten identifizieren?

Detaillierte Ausführungen zu Fragestellungen, literarischen Hintergründen und Ergebnissen sind bei Längle (2001) nachzulesen.

6.2. Fragestellung der vorliegenden Arbeit

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht der Vierjahresverlauf schizophrener Patienten anhand einer unausgelesenen Stichprobe. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Behandlungscompliance ebenso wie auf subjektiven Daten. In den vorigen Kapiteln wurde bereits ausführlich auf den aktuellen Forschungsstand in der Fachliteratur eingegangen.

Der vorliegenden Arbeit liegen vier Fragestellungen zugrunde:

1. Wie zeichnet sich der Vierjahresverlauf schizophrener Patienten nach Entlassung aus der UKPPT bezüglich der sozialen Integration, Weiterbehandlung, Behandlungcompliance und subjektiver Daten (Lebenszufriedenheit, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept) anhand der Daten der aktuellen Erhebung (Vierjahreskatamnese) ab?

Zunächst soll eine allgemeine Gesamtauswertung der Daten vier Jahre nach Entlassung vorgenommen werden. Dies kann angesichts der Fülle der Daten lediglich in kleinem Rahmen geschehen, so dass nur die wichtigsten Variablen für diese Gesamtauswertung herangezogen werden.

2. Wie entwickelt sich der Krankheitsverlauf der Teilnehmer über die vier Erhebungszeitpunkte hinweg in Bezug auf objektive (Therapiedaten, Rehospitalisierungsraten, Compliance) sowie subjektive Daten (Lebenszufriedenheit, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept)?

Hier werden die Daten der Patienten, die an allen Untersuchungen teilgenommen haben, unter ausgewählten Gesichtspunkten ausgewertet und verglichen. Im Mittelpunkt sollen dabei sowohl objektive Verlaufparameter wie Compliance, Weiterbehandlung, sozialer Werdegang, Rehospitalisierung und Neuroleptika als auch subjektive Daten wie Lebenszufriedenheit, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept stehen.

3. Gibt es Zusammenhänge zwischen der aktuellen Behandlungcompliance und ausgewählten, im Verlauf untersuchten Variablen?

Zugrunde gelegt werden die Teilnehmerdaten der aktuellen Erhebung.

4. Wie ist die Gruppe der im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten charakterisiert? Weist sie Besonderheiten auf?

II. Material und Methodik

1. Material

1.1. Patientenstichproben

1.1.1. Gesamtstichprobe

Die Gesamtstichprobe dieser Studie umfasst 169 Patienten, die zwischen dem 1. August 1998 und dem 31. Juli 1999 aus stationärem Aufenthalt in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen (UKPPT) entlassen wurden.

In die Studie eingeschlossen wurden alle Patienten, bei denen eine Diagnose gemäß dem Kapitel F2 der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Dilling und Schulte-Markwort 2000): „Schizophrenie, schizotype, wahnhaftige Störung“ gestellt wurde sowie die Indikation für eine Neuroleptika-Nachbehandlung für mindestens ein Jahr nach Entlassung aus der Klinik bestand. Ausgeschlossen wurden Patienten, die weniger als drei Tage in stationärer Behandlung oder älter als 65 Jahre alt waren, die eine Zweitdiagnose in Form einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen hatten und weiterhin Patienten, mit denen wegen sprachlicher Verständigungsprobleme, einer geistigen Behinderung oder eines dementiellen Prozesses eine mündliche oder schriftliche Befragung nicht möglich war (Längle 2001). Es handelt sich also um eine unausgelesene Stichprobe.

Die Daten dieser Gruppe wurden im Rahmen der Basisdokumentation der Klinik erhoben und entweder direkt im Interview erfragt oder aus den Patientenakten entnommen.

1.1.2. Untersuchungs- und Vergleichsstichproben

136 Patienten, also 80% der Gesamtgruppe, partizipierten an der Entlassbefragung (E). An der ersten katamnestischen Untersuchung nach sechs Monaten (K6) beteiligten sich 103 Patienten, also 61% der Ausgangsgruppe, 12 Monate nach Entlassung (K12) taten dies 83 Patienten, entsprechend 49% der Gesamtstichprobe.

Von insgesamt 70 Patienten, also 41% der Ursprungsgruppe, konnten Daten zu den ersten drei Untersuchungszeitpunkten erhoben werden. Diese Gruppe (hier als Vergleichsstichprobe 1 = V1 bezeichnet) wurde bereits umfangreich untersucht (Längle 2001).

Bei der aktuellen vierten Erhebung (4JK= Vierjahreskatamnese) vier Jahre nach Entlassung, wurden 69 Patienten befragt. Dies entspricht 41% der Gesamtstichprobe.

Teilnahme	Patientenzahl	Relative Häufigkeit (%)
an E	136	80
an K6	103	61
an K12	83	49
an 4JK	69	41
an allen vier Messzeitpunkten (V2)	38	23
an E, K6, K12 nach d. 1. Jahr (V1)	70	41
nur an drei Messzeitpunkten	49	29
nur an zwei Messzeitpunkten	30	18
nur an E	25	15
nur an K6	2	1
nur an K12	3	2
nur an 4JK	2	1
nur an einem Messzeitpunkt	32	19
an keiner Untersuchung	20	12

Tab. 1: Teilnehmerzahlen der Untersuchungen

Lediglich 38 Patienten aus der Gruppe der 70 Patienten (V1) nahmen an der letzten Befragung teil, so dass die sich hieraus ergebende Vergleichsstichprobe 2 (V2) mit 38 Patienten, das entspricht 23% der Gesamtstichprobe, (28% von E, 37% von K6, 46% von K12 und 55% von 4JK), relativ klein ist. Trotzdem erwies sich diese Teilnehmergruppe als repräsentativ für die Gesamtstichprobe (s. Kap. II.1.2.2.). Mit der Vergleichsstichprobe 2 können wichtige Aussagen über die Entwicklung des Verlaufs während des gesamten Erhebungszeitraums gemacht werden.

Bemerkenswert ist, dass sich an der Vierjahreskatamnese zwei Patienten beteiligten, die vorher an keiner Untersuchung teilgenommen hatten.

Nur 20 Patienten, das sind 12% der Ausgangsgruppe, nahmen zu keinem Erhebungszeitpunkt an der Studie teil.

Eine Übersicht über die Teilnahme der Patienten gibt Tab. 1, eine ergänzende Auflistung dazu ist im Anhang aufgeführt (A-Tab. 1).

1.1.3. Die Gruppe der Nichtteilnehmer

Im Laufe von vier Jahren wird es aus verschiedenen Gründen zunehmend schwieriger, die Probanden zu erreichen. Im Folgenden werden die Gründe für die Nichtteilnahme angeführt.

An der Entlassuntersuchung nahmen 33 Personen (20%) nicht teil, von denen 28 (17%) die Teilnahme verweigerten, die restlichen 5 (3%) konnten nicht erreicht werden.

Von den 66 Nichtteilnehmern (39%) an K6 verweigerten 40 (24%) ihre Beteiligung, 23 (14%) konnten nicht erreicht werden, eine Patientin war ins Ausland verzogen und zwei Patientinnen (1%) waren durch Suizid verstorben (Scheuermann 2002).

Bei der Zwölfmonatskatamnese konnten 86 Patienten (51%) nicht befragt werden. Bei 53 (31%) von ihnen war der Grund Verweigerung, 29 (17%) wurden nicht erreicht. Wiederum eine Patientin war ins Ausland verzogen und zusätzlich zu den zwei bereits verstorbenen Patienten war eine weitere Person - allerdings nicht durch Suizid - verstorben.

Insgesamt 100 Patienten (59% der Gesamtstichprobe) beteiligten sich nicht an der Vierjahreskatamnese. 49 (29%) hatten eine Befragung abgelehnt, 38 (23%) wurden nicht erreicht, 3 (2%) waren ins Ausland verzogen und 10 (6%) verstorben. Von diesen Patienten hatten 6 (4%) Suizid begangen, 3 waren durch andere Ursachen verstorben. Bei einem Patienten blieb die Todesursache unklar. Eine Patientin, die nur an K12 teilgenommen hatte, äußerte den Wunsch, ganz aus der Studie herausgenommen zu werden.

1.1.4. Beschreibung der Gruppe der Teilnehmer an allen Untersuchungen (Vergleichsstichprobe 2)

Eine genauere Charakterisierung der Gesamt- und der Entlassstichprobe ist bei Längle (2001) und Scheuermann (2002) nachzulesen. Die Zusammensetzung von V1 (N=70) untersuchte Habermüller (2002). Die Daten der 69 Teilnehmer der aktuellen Erhebung werden ausführlich in Kap. III.1. dargestellt.

Grundlage der an dieser Stelle folgenden Untersuchung der Zusammensetzung von V2 (N=38) sind ausgewählte Parameter vom Entlasszeitpunkt aus dem Bereich soziodemographische Daten und Daten zum bisherigen Krankheitsverlauf.

1.1.4.1. Soziodemographische Daten

Alter bei Entlassung und Geschlecht

Das Durchschnittsalter betrug zum Entlasszeitpunkt 34,4 Jahre. 32% der 38 Patienten waren zu diesem Zeitpunkt zwischen 18 und 30 Jahre alt, 47% gehörten der Gruppe der 31-40jährigen und 21% der der 41-55jährigen an. Der jüngste Teilnehmer war 18, der älteste 55 Jahre alt.

An allen vier Untersuchungen nahmen 20 weibliche und 18 männliche Patienten teil. Dies entspricht einem Anteil von 47% Männern und 53% Frauen.

Staatsangehörigkeit

35 Personen, entsprechend 92%, hatten zum Entlasszeitpunkt die deutsche Staatsangehörigkeit. 5% hatten die eines anderen EG-Landes und 3% (N=1) gehörten einem Land außerhalb der EG an.

Schulbildung

Zum Entlasszeitpunkt hatten 40% den Realschulabschluss, 34% das Abitur oder die Fachhochschulreife und 26% einen Hauptschulabschluss. Keine der 38 Personen hatte die Schule ohne Abschluss verlassen.

Berufsausbildung

Mit 55% hatte über die Hälfte der Patienten zum Entlasszeitpunkt eine Berufsausbildung abgeschlossen. 8% hatten ein abgeschlossenes Studium hinter sich, 26% hatten keinen Berufsabschluss und 11% befanden sich noch in Ausbildung.

Familienstand

20 Teilnehmer, entsprechend 53% waren verheiratet oder lebten in einer festen Partnerschaft, die restlichen 47% gaben an, nicht fest liiert zu sein.

Erwerbstätigkeit vor der aktuellen Aufnahme

Vor Aufnahme in die UKPP waren 50% der Patienten erwerbstätig, davon 34% über 20 Stunden pro Woche und 16% unter 20 Stunden pro Woche oder geschützt tätig. 16% waren arbeitslos, 11% bezogen Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, zwei (5%) beschäftigten sich im Haushalt und sieben Patienten (18%) befanden sich in Ausbildung.

Wohnsituation vor der Aufnahme

61% wohnten im eigenen Haushalt, knapp jeder Dritte lebte bei den Eltern oder Verwandten. Im betreuten Wohnen befanden sich 8% der 38 Teilnehmer.

1.1.4.2. Krankheitsverlauf und Diagnose

Bisheriger Krankheitsverlauf

Der Zeitpunkt der Ersterkrankung lag für die 38 Teilnehmer an allen vier Untersuchungen zum Entlasszeitpunkt durchschnittlich 10,3 Jahre (sd = 9,4) zurück. Die Zahl der bisherigen stationären Aufnahmen brachte einen Mittelwert von 3,18 (sd = 3,03). Dabei waren 26% vorher noch nie, 34% ein- bis dreimal und 40% 4- bis 10mal in stationärer Behandlung gewesen. Die durchschnittliche bisherige Gesamtbehandlungsdauer betrug 10,4 Monate (sd = 11,5).

Diagnose

Nach der ICD-10-Klassifikation wurde bei 58% eine paranoide Schizophrenie, bei 24% eine schizoaffektive Störung und bei 13% eine kurze psychotische Störung diagnostiziert. Zwei Patienten (5%) hatten andere F2-Diagnosen.

1.2. Repräsentativitätsprüfungen

Häfner und an der Heiden (2000) betonten, dass die Repräsentativität der Kohorte zu allen Untersuchungszeitpunkten für die allgemeine Aussagekraft enorm wichtig ist. Zunächst stellt sich die Frage, ob die Tübinger Kohorte repräsentativ für schizophrene Patienten anderer Kliniken Deutschlands ist. Längle (2001) schrieb dazu nach eingehender Untersuchung: „Die Ergebnisse können also – mit gebotener Vorsicht – für die Gesamtheit der in Deutschland stationär behandelten Schizophrenen als gültig betrachtet werden.“

Die Repräsentativität der ersten drei Untersuchungsstichproben bezüglich der Gesamtstichprobe wurde bereits in den bisherigen Arbeiten untersucht (Längle 2001), ebenso die der Gruppe der 70 Patienten, die an den ersten drei Untersuchungen teilgenommen hatten (Vergleichsstichprobe 1) (Habermüller 2002). Dabei wurden die einzelnen Stichproben insgesamt als repräsentativ für die Gesamt- beziehungsweise Entlassstichprobe befunden. Lediglich die Teilnehmer von K6 waren in Bezug auf die Entlassvariablen leicht eingeschränkt repräsentativ (Längle 2001).

1.2.1. Repräsentativität der Stichprobe der Vierjahreskatamnese

Untersucht wird in diesem Kapitel die Repräsentativität der Teilnehmer von 4JK gegenüber der Gesamt- beziehungsweise Entlassstichprobe.

Variablen	Testverfahren	Messwert	df	P
Daten der Gesamtstichprobe				
Geschlecht	Pearson Chi-Quadrat	0,365	1	0,55
Alter	t-Test	-1,243	167	0,22
Staatsangehörigkeit	Pearson Chi-Quadrat	0,232	1	0,63
Familienstand	Pearson Chi-Quadrat	3,948	2	0,14
Schulbildung	Pearson Chi-Quadrat	2,596	2	0,27
Berufsausbildung	Pearson Chi-Quadrat	0,354	3	0,95
Erwerbstätigkeit	Pearson Chi-Quadrat	3,944	3	0,27
Ärztliche Einweisung	Pearson Chi-Quadrat	1,621	2	0,45
Zeitr. seit letzter Entlassung	Pearson Chi-Quadrat	2,881	2	0,24
Zeitpunkt der Ersterkrankung	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,350	--	1,00
Zahl d. bisherigen Aufnahmen	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,662	--	0,77
Ergänzende Daten (E)				
Diagnose-Daten	Pearson Chi-Quadrat	0,645	2	0,72
Gesamtbehandlungsdauer	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,682	--	0,74
Entlassmodus	Fishers exakter Test	--	--	0,50
Anzahl der pos. NL-Wirkungen	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,506	--	0,96
Anzahl der neg. NL-Wirkungen	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,598	--	0,87
Wichtigkeit d. regelmäßigen ambulanten Behandlung	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,610	--	0,85
Gesamtzufriedenheit	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,380	--	1,00
Ernstgenommen werden durch den Arzt	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,626	--	0,83
Prognose (MPS)	Pearson Chi-Quadrat	0,266	1	0,61
GAF	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,867	--	0,44
PANSS	Kolmogorov-Smirnov-T.	1,155	--	0,14
Fixierung	Pearson Chi-Quadrat	0,834	1	0,36
Zwangsmedikation	Pearson Chi-Quadrat	0,164	1	0,69

Tab. 2: Repräsentativitätsprüfung der Teilnehmer an 4JK (N=69)

Als Untersuchungsparameter dienen soziodemographische Daten, die für die Gesamtstichprobe vorliegen, ebenso wie ausführlichere Daten der Entlassuntersuchung. Anhand dieser Variablen wird überprüft, ob sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer an 4JK signifikant voneinander unterscheiden. In Tab. 2 sind die einzelnen Items und die entsprechenden Prüfungsergebnisse einsehbar.

Kein p-Wert liegt unter der Signifikanzgrenze von 0,05, so dass die Patientenstichprobe der Vierjahreskatamnese als repräsentativ für die Gesamtstichprobe gilt.

1.2.2. Repräsentativität der Vergleichsstichprobe 2

Da V2 mit 38 Patienten (23% der Gesamtstichprobe) relativ klein ist, ist es umso wichtiger, die Repräsentativität dieser Gruppe gegenüber V1 zu untersuchen. Das Ergebnis dieser Prüfung entscheidet darüber, ob anhand des Datensatzes der 38 Personen der Verlauf über vier Jahre untersucht werden darf.

Zur Prüfung herangezogen wurden neben den obigen Variablen die Compliance zu den Zeitpunkten K6 und K12. Konkret ging es um die Frage, ob sich bezüglich V1 (N=70) die 32 Nichtteilnehmer von den 38 Teilnehmern an 4JK unterscheiden. Die Ergebnisse zeigt Tab. 3.

Die Schulbildung ergibt einen signifikanten Wert von $p=0,04$. Die genauere Betrachtung der Verteilung zeigt, dass sich unter den Nichtteilnehmern viel weniger Realschüler als Hauptschüler und Abiturienten befinden. Hingegen ist unter den Teilnehmern der Anteil der Patienten mit Mittlerer Reife relativ hoch. Im Unterschied dazu stellten in V1 die Abiturienten den weitaus größten Teil (40%) der Teilnehmer dar (Habermüller 2002). Im Anhang ist die Verteilung des Schulabschlusses (A-Tab. 2) tabellarisch dargestellt. Da keine lineare Veränderung besteht, kann dieses Ergebnis im Rahmen der Irrtumswahrscheinlichkeit vernachlässigt werden.

Variablen	Testverfahren	Messwert	df	p
Compliance K6	Pearson Chi-Quadrat	1,570	1	0,21
Compliance K12	Pearson Chi-Quadrat	0,537	1	0,46
Daten der Gesamtstichprobe				
Geschlecht	Pearson Chi-Quadrat	0,002	1	0,97
Alter	t-Test	0,086	68	0,93
Staatsangehörigkeit	Fishers exakter Test	--	--	0,28
Familienstand	Pearson Chi-Quadrat	2,191	1	0,14
Schulbildung	Pearson Chi-Quadrat	6,436	2	0,04*
Berufsausbildung	Pearson Chi-Quadrat	0,046	1	0,83
Erwerbstätigkeit	Pearson Chi-Quadrat	2,817	3	0,42
Ärztliche Einweisung	Pearson Chi-Quadrat	3,055	2	0,22
Zeitr. seit letzter Entlassung	Craddock-Flood	2,499	2	>0,05
Zeitpunkt der Ersterkrankung	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,555	--	0,92
Zahl d. bisherigen Aufnahmen	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,857	--	0,46
Ergänzende Daten (E)				
Diagnose-Daten	Craddock-Flood	0,477	2	>0,05
Gesamtbehandlungsdauer	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,905	--	0,39
Entlassmodus	Fishers exakter Test	--	--	1,00
Anzahl der pos. NL-Wirkungen	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,445	--	0,99
Anzahl der neg. NL-Wirkungen	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,151	--	1,00
Wichtigkeit d. regelmäßigen ambulanten Behandlung	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,698	--	0,72
Gesamtzufriedenheit	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,528	--	0,94
Ernstgenommen werden durch den Arzt	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,436	--	0,99
Prognose (MPS)	Pearson Chi-Quadrat	0,032	1	0,86
GAF	Kolmogorov-Smirnov-T.	1,104	--	0,18
PANSS	Kolmogorov-Smirnov-T.	1,101	--	0,18
Fixierung	Fishers exakter Test	--	--	0,70
Zwangsmedikation	Pearson Chi-Quadrat	0,816	1	0,37

Tab. 3: Repräsentativitätsprüfung der Vergleichsstichprobe 2 (N=38)

Alle übrigen Ergebnisse liegen im nichtsignifikanten Bereich. Daher kann die Vergleichsstichprobe 2 mit dem Datensatz von 38 Patienten über den gesamten

Erhebungszeitraum als repräsentativ für die Vergleichsstichprobe 1 und damit für die Gesamtstichprobe angesehen und zur Verlaufsuntersuchung herangezogen werden.

2. Methodik

Auf die Problematik der Verlaufsuntersuchung im Bereich der Schizophrenie weisen Häfner und an der Heiden (2000) hin: Die Tendenz zu zeitsparenden Methoden kann zur Vernachlässigung relevanter Parameter führen. Ebenso wichtig ist der Einsatz einheitlicher Erhebungsinstrumente, damit ein Vergleich der einzelnen Querschnittsuntersuchungen überhaupt möglich ist.

2.1. Design und Durchführung der Studie

Beim Design der vorliegenden Studie handelt es sich je nach Auswahl des Ordnungskriteriums um eine „nicht-interventionelle Beobachtungsstudie“, eine „hypothesengenerierende Kohortenstudie“ (Herbold 1997) oder eine „prospektiv angelegte, quasi experimentelle Feldstudie“ (Bortz 1999).

Die Befragung der Patienten wurde zur Erleichterung der Auswertung im Allgemeinen mit standardisierten Fragebögen durchgeführt, an einigen Stellen wurden zur Ermittlung qualitativer Daten offene Fragen gestellt.

Die Studie wurde zunächst als Längsschnittuntersuchung mit drei Erhebungszeitpunkten konzipiert, jedoch nach vier Jahren um einen Erhebungszeitpunkt erweitert. Die erste Erhebung erfolgte zum Entlasszeitpunkt (E), die zweite nach sechs Monaten (K6), eine dritte nach weiteren sechs Monaten (K12) und die letzte drei Jahre später, also vier Jahre nach Entlassung aus der Klinik (4JK).

Neben retrospektiven Daten wurden, bezogen auf den Untersuchungszeitpunkt, zusätzlich prospektive Daten erhoben.

Studienziel

Ziel der Studie ist es, den Behandlungsverlauf einer Gruppe von an Schizophrenie erkrankten Patienten nach Entlassung aus der Klinik zu erfassen. Dabei spielen Therapieveränderungen ebenso eine Rolle wie subjektive Einschätzungen, Wahrnehmungen und Zufriedenheit der Patienten sowie ihre Behandlungscompliance.

Durchführung

Die Studie wurde als Projekt der „Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie – TüFoS“ der UKPP Tübingen unter der Leitung von PD Dr. med. G. Längle, ärztlicher Direktor der Münsterklinik Zwiefalten und Leiter der Forschungsgruppe, durchgeführt.

Gefördert wurde der erste Teil dieser Studie durch das fortune-Forschungsprogramm (Projekt Nr. 492) der Eberhard-Karls-Universität Tübingen sowie durch Drittmittel der Firmen Janssen-Cilag AG und Lilly Deutschland GmbH.

Wie schon der Studienplan für die ersten drei Untersuchungen wurde auch die erneute Erhebung vier Jahre nach Entlassung vor ihrer Durchführung von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Tübingen geprüft und genehmigt.

Datenerhebung

Beim zeitlichen Abstand der Messzeitpunkte wurde für das erste Jahr nach Entlassung ein Zeitraum von sechs Monaten gewählt. Damit waren die Untersuchungsabstände weder zu kurz, was einen möglichen intervenierenden Einfluss auf den Verlauf zur Folge haben könnte, noch zu lang, wodurch ein eingeschränktes Erinnerungsvermögen der Patienten die Daten verzerren könnte (Längle 2001). Die vierte Untersuchung vier Jahre nach Entlassung dient der Erfassung des Langzeitverlaufs. Hier wurden zum einen detaillierte Daten zu den letzten sechs Monaten, zum anderen orientierende Angaben zu den letzten drei Jahren erfragt.

Anfang Oktober 2002 wurden die Patienten schriftlich über die bevorstehende Befragung informiert. Kurz darauf wurde telefonisch Kontakt aufgenommen und

bei Zustimmung ein Interviewtermin vereinbart. Im Mittel fanden die Befragungen 3,9 Jahre nach dem Entlasstermin statt mit einer Standardabweichung von 2,8 Monaten. Der Median lag ebenfalls bei 3,9 Jahren; die Spannweite reichte von 40 bis 51 Monaten. Die Befragung fand entweder beim Patienten zu Hause oder in der Klinik statt. In Ausnahmefällen wie beispielsweise bei Entfernung über 100 km wurden die Patienten telefonisch befragt. Die Dauer eines Interviews betrug etwa eineinhalb Stunden. Durchgeführt wurde die Vierjahreskatamnese von zwei Doktorandinnen. Die zweite Dissertation zur aktuellen Erhebung von Rita Kraemer trägt den Arbeitstitel „Entwicklung schizophrener Patienten und die Nutzung verschiedener Therapieangebote vier Jahre nach Entlassung aus der Klinik.“

In die Studie eingeschlossen wurden all die Patienten, die zwischen dem 1. August 1998 und dem 31. Juli 1999 aus stationärem Klinikaufenthalt in der UKPPT entlassen wurden. Es handelt sich also um eine unausgelesene Stichprobe schizophrener Patienten. Näheres zur Datenerhebung der bisherigen Untersuchungen kann bei Längle (2001) nachgelesen werden.

Die Befragung zur aktuellen Untersuchung (Vierjahreskatamnese) begann am 16.10.2002 und endete am 10.04.2003. Nach der Erstellung von Variablenlisten und einer Eingabemaske für SPSS 10,0[®] wurden die Daten im Anschluss an die Erhebung direkt in SPSS 10,0[®] eingegeben. Im Sommer 2003 wurde mit der Auswertung der Vierjahreskatamnese begonnen.

2.2. Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe

Wie bereits in Kap. II.1.1.1. erwähnt, wurden alle Patienten in die Studie eingeschlossen, die während des Rekrutierungszeitraums (s.o.) aus der UKPPT entlassen wurden und den folgenden Kriterien genügten.

Einschlusskriterien

Alle Patienten, bei denen eine Diagnose gemäß dem Kapitel F2 der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Dilling und Schulte-Markwort 2000): „Schizophrenie, schizotype, wahnhaftige Störung“

gestellt wurde sowie die Indikation für eine Neuroleptika-Nachbehandlung für mindestens ein Jahr nach Entlassung aus der Klinik bestand.

Ausschlusskriterien

Aus der Studie ausgeschlossen wurden alle Patienten, die weniger als drei Tage in stationärer Behandlung oder älter als 65 Jahre alt waren, die eine Zweitdiagnose in Form einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen hatten und weiterhin Patienten, mit denen wegen sprachlicher Verständigungsprobleme, einer geistigen Behinderung oder eines dementiellen Prozesses eine mündliche oder schriftliche Befragung nicht möglich war (Längle 2001).

Da gerade bei jüngeren Patienten mit Schizophrenie ein begleitender Suchtmittelmissbrauch im Sinne einer versuchten Selbstmedikation häufig ist (Häfner 1998), wurden Patienten, bei denen ein Suchtmittelmissbrauch ohne manifeste Abhängigkeit vorlag, nicht von der Untersuchung ausgeschlossen.

2.3. Datenquellen

Die wichtigste Datenquelle stellt in dieser Studie die Befragung der Patienten dar. Subjektive Daten gewinnen für wissenschaftliche Fragestellungen zunehmend an Bedeutung (Gruyters und Priebe 1992), werden aber immer noch häufig vernachlässigt. Da die subjektive Einschätzung und Wahrnehmung der Patienten - wie bereits in der Einleitung erwähnt - wichtige Aspekte dieser Studie sind, wurden viele Fragebögen darauf ausgerichtet.

Eine weitere Datenquelle stellten die Untersucher dar, die mittels Fremdbeurteilungsinstrumenten die Psychopathologie und das soziale Funktionsniveau der Patienten einschätzten.

Im Gegensatz zu den ersten drei Erhebungen dieser Studie entfiel beim aktuellen Messzeitpunkt die Fremdanamnese durch die behandelnden Ärzte. Da die Daten der Patienten und Ärzte bei den bisherigen Erhebungen in hohem

Maße übereinstimmten, konnte auf eine weitere „Parallelbefragung von Drittpersonen (...) verzichtet werden.“ (Längle 2001)

2.4. Erhebungsinstrumente

Bei der Vierjahreskatamnese war es zunächst wichtig, anhand der bisherigen Auswertungsergebnisse die Menge der Fragebögen durch Weglassen von überflüssigen, für die Fragestellung der Studie wenig aussagekräftigen Instrumenten oder Streichung von Teilen von Fragebögen in Absprache mit dem Projektleiter PD Dr. Längle zu reduzieren.

Erhebungsinstrument	E	K6	K12	4JK
Fragebogen Soziodemographische Daten	X			
Fragebogen Krankheitsanamnese	X			
Fragebogen Behandlungsanamnese	X			
Fragebogen Aktuelle Therapiedaten	X			
Fragebogen Entlassprotokoll	X			
ICD 10 / DSM IV (Checkliste)	X			
Erfassung der Familienatmosphäre (FEF)	X	X	X	
Einstellung zu Medikamenten (KK-Skala)	X	X	X	X
Fragebogen Einstellung zur Weiterbehandlung	X	X	X	X
Prognose (MPS)	X	X	X	
Tübinger Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit (TüBB ^S : stationär / TüBB ^A : ambulant)	X ^S	X ^A	X ^A	X ^A
Wirkungs- und Nebenwirkungscheckliste	X	X	X	X
Soziale Anpassung (GAF; E, K6, K12 auch SOFAS)	X	X	X	X
Psychopathologie (PANSS)	X	X	X	X
Plasmaspiegel des Medikaments (Auswahl)	X	X	X	
Fragebogen Berufliche Integration		X	X	X
Fragebogen Verlauf von Krankheits- und Behandlungsanamnese		X	X	X
Fragebogen Verlauf von Therapiedaten		X	X	X
Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP)		X	X	X

Tab. 4: Die Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Messzeitpunkten

Einige Erhebungsinstrumente wurden wegen des längeren Erhebungszeitraums verändert. Wie bereits im letzten Abschnitt (Kap. II.2.3.) erwähnt, fiel die parallele Befragung von Ärzten ganz weg.

Genauer zu den Erhebungsinstrumenten kann bei Längle (2001) nachgelesen werden. An dieser Stelle werden lediglich die für die vorliegende Arbeit besonders relevanten Fragebögen kurz dargestellt. Eine Übersicht aller verwendeten Erhebungsinstrumente gibt Tabelle 4. Da für einzelne Fragestellungen dieser Studie keine geeigneten Erhebungsinstrumente vorhanden waren, wurden einige Fragebögen im Vorfeld durch Mitarbeiter der Forschungsgruppe entwickelt.

2.4.1. Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP)

Priebe et al. entwickelten 1995 das Berliner Lebensqualitätsprofil als Untersuchungsinstrument zur Erfassung subjektiver Kriterien in der Versorgungsforschung. Es entstand aus der Einsicht, dass in der bisherigen Forschung eine notwendige scharfe Trennung von objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen fehlt. Als Grundlage diente das von Oliver 1991 entwickelte „Lancashire Quality of Life Profile“, das modifiziert und entsprechend deutschen Verhältnissen abgewandelt wurde (Priebe et al. 1995). Das BeLP erfragt sowohl objektive Lebensumstände als auch die subjektive Zufriedenheit der Patienten in verschiedenen Bereichen. Es ist gut verständlich und mit einer Dauer von etwa 30 Minuten schnell durchführbar. Von den insgesamt elf Teilen wurden bei dieser Erhebung nur die zehn folgenden erfragt: Persönliche Daten, allgemeine Lebenszufriedenheit, Arbeit und Ausbildung, Freizeit, Religion, Finanzen, Wohnung, Familie, Freunde und Bekannte sowie Gesundheit. Der Bereich Gesetz und Sicherheit wurde entfernt, da er sich für diese Untersuchung als irrelevant erwiesen hatte. Zum ersten Bereich (persönliche Daten) liegen nur objektive, zum zweiten (allgemeine Lebenszufriedenheit) nur subjektive Daten vor. Bei den übrigen Teilen werden zunächst objektive Daten mit maximal sieben Fragen erfragt, anschließend wird die subjektive Zufriedenheit jedes Bereichs durch eine bis maximal vier Fragen,

die zur Auswertung gemittelt werden können, auf einer Skala von 1= völlig unzufrieden bis 7= völlig zufrieden erhoben.

Je nach Bereich beziehen sich die Fragen dabei auf einen Zeitraum von vier Wochen beziehungsweise maximal zwölf Monate.

In dieser Studie diente der Fragebogen vor allem der Erfassung der sozialen Situation der Patienten und ihrer Zufriedenheit im Zeitraum nach Entlassung aus der Klinik. In der vorliegenden Arbeit werden zusätzlich der Verlauf der Lebenszufriedenheit und Zusammenhänge mit verschiedenen Variablen untersucht.

2.4.2. Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit ambulant (TÜBB^A)

Da bisher kaum Instrumente zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit der ambulanten Behandlung, sondern hauptsächlich zur stationären Behandlungszufriedenheit existieren (Barker und Orrell 1999), wurde ein solches Untersuchungsinstrument speziell für diese Studie entwickelt.

Es basiert auf dem bei der Entlassuntersuchung angewandten Fragebogen zur stationären Behandlungszufriedenheit TÜBB 2000. Dieser wurde zwischen 1997-2001 in vier Stufen von Längle et al. (2002) entwickelt. Faktorenanalytisch konnten für schizophrene Patienten folgende drei Faktoren ermittelt werden: „Atmosphäre“, „Qualität der Behandlung“ und „Autonomie“. Das Erhebungsinstrument erwies sich als valide und reliabel (Längle et al. 2002). Durch Modifizierung für die ambulante Behandlung entstand aus dem TÜBB 2000 der bei den Katamneseuntersuchungen verwendete Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit ambulant (TÜBB^A). Fragestellung und Skalierung wurden analog zum TÜBB 2000 konzipiert.

Damit ist eine Untersuchung des Übergangs von der Entlass- zur Katamneseuntersuchung möglich. Der TÜBB^A besteht aus 14 Items und ist damit übersichtlich und in etwa 10 Minuten durchführbar. Die ersten zwölf Items untersuchen die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der ambulanten Behandlung in veränderungsorientiertem Fragestil, Item 13 erfragt die

allgemeine Behandlungszufriedenheit, Item 14 gibt als offene Frage Raum für Veränderungswünsche bezüglich der ambulanten Behandlung.

Der ambulante Fragebogen wurde in den bisherigen Auswertungen erstmals evaluiert. In dieser Studie soll er vor allem einen Eindruck der Entwicklung der Behandlungszufriedenheit geben. Daher wird in der vorliegenden Arbeit der Verlauf der Behandlungszufriedenheit im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung untersucht ebenso wie der Verlauf im Katamnesezeitraum.

2.4.3. Einstellung zu Medikamenten / Krankheitskonzept (KK-Skala)

Insbesondere bei schizophrenen Patienten soll mit diesem von Linden et al. (1988) entwickelten Instrument das subjektive Krankheitskonzept erfasst werden. Als Krankheitskonzept bezeichnet Linden „...die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich Störungen seines Gesundheitssystems...“ (Linden et al. 1988). Das Krankheitskonzept hat nicht nur großen Einfluss auf das Krankheitsverhalten und den Krankheitsverlauf. Umgekehrt ermöglicht eine bessere Kenntnis des Krankheitskonzepts des Patienten dem Arzt nach Ansicht der Autoren ein gezielteres Wahrnehmen und Eingehen auf die Vorstellungen und Sorgen des Kranken. Dies wiederum fördert die Compliance (s. Kap. I.5.2.).

Die KK-Skala besteht aus 29 Aussagen, die vom Patienten auf einer fünfstufigen Skala von 0= „stimme gar nicht zu“ bis 4= „stimme voll zu“ beantwortet werden. Diese 29 Items werden in folgende sieben Dimensionen eingeteilt und ausgewertet:

- Medikamentenvertrauen (MV): Zukünftige positive Erwartungen hinsichtlich der medikamentösen Behandlung (Items 2, 7, 16, 19, 25)
- Arztvertrauen (AV): Externale, positive Attribution auf das therapeutische Personal (Items 3, 6, 17, 20)
- Anfälligkeit (AN): Einschätzung der persönlichen Bedrohung durch die Krankheit auf dem individuellen Erfahrungshintergrund (Items 1, 9, 26)

- Idiosynkratische Annahmen (IA): Vorgefasste Meinungen im Sinne dysfunktionaler Kognitionen zu Medikamenten und Therapie insgesamt (Items 5, 12, 23, 29)
- Zufallskontrolle (CC): Externale Attribution im Sinne von Überzeugungen, dass Gesundheit und Krankheit vor allem von Glück und Zufall abhängen (Items 4, 8, 11, 13, 27)
- Schuld (SD): Internale Attributionen, die sich retrospektiv auf den Aspekt schuldhafter Eigenverantwortlichkeit beziehen (Items 15, 22, 24)
- Negativerwartungen (NE): Negative Einstellungen und Vorurteile gegenüber der Behandlung, vor allem in Bezug auf Nebenwirkungen (Items 10, 14, 18, 21, 28)

Den Subscore einer Dimension erhält man, indem man die zugehörigen Items addiert und durch die Itemanzahl dividiert. Neben den Subscores kann auch der Krankheitskonzept-Summscore (KKS) berechnet werden, indem die mittleren Itemwerte der Dimensionen MV, AV, AN und CC mit den von den Maximalwerten subtrahierten Messwerten der Bereiche IA, SD und NE addiert werden (Linden 1996).

Eine klinische Expertengruppe ergänzte die KK-Skala für die vorliegende Studie um neun Items, deren Auswertung im Ergebnisteil einzeln erfolgen wird. Die KK-Skala diene bei dieser Studie besonders der Charakterisierung der Patientenstichprobe (Längle 2001). In der vorliegenden Arbeit wird vor allem der Verlauf des Krankheitskonzeptes auf eine mögliche Veränderung während des Erhebungszeitraumes hin untersucht.

2.5. Operationalisierung relevanter Begriffsstrukture

Compliance

Für die Katamneseuntersuchungen K6 und K12 wurde die Compliance-Definition übernommen (Längle 2001), für die Vierjahreskatamnesen aufgrund des veränderten Erhebungsintervalls jedoch leicht abgeändert.

Zum einen gab es hier zwei Compliance-Variablen: Eine für das letzte halbe Jahr und eine für die letzten drei Jahre. Zum anderen war bei der Rekrutierung der Patienten das Einschlusskriterium Neuroleptika-Einnahme auf ein Jahr nach Entlassung begrenzt. Das heißt, es gab bei 4JK Patienten, die mit Einverständnis des Arztes ihr Neuroleptikum abgesetzt hatten und damit ohne Neuroleptika-Einnahme im eigentlichen Sinn „compliant“ waren. Eine Übersicht über die Operationalisierung der Compliance im letzten halben Jahr gibt Tab. 5. Herangezogen wurden Items aus dem BeLP, dem Fragebogen „Behandlungsanamnese“, dem Fragebogen „Verlauf von Therapiedaten“ und dem Fragebogen „Einstellung zur Weiterbehandlung“.

Item	K6 und K12	4JK	
			Med. mit Einverständnis d. Arztes abgesetzt
BeLP: -11.6: Nehmen Sie wegen seelischer Probleme Medikamente?	JA	JA	NEIN
Behandlungsanamnese: - 1.-4.: Arztkontakte	>= 2 Arztkontakte im letzten ½ Jahr	>= 2 Arztkontakte im letzten ½ Jahr	auch <2 Arztkontakte mögl.
Therapiedaten:	Med.-Einnahme 1 Tag vorher und im letzten Monat	Med.-Einnahme 1 Tag vorher und im letzten ½ Jahr	
Einst. Z. Weiterbehandl.: -5. Nehmen Sie derzeit die vom Arzt empfohlene Dosis an NL ein?	-eher ja -eher nein + Abweichung<33%	-eher ja -eher nein + Abweichung<33%	-trifft nicht zu

Tab. 5: Operationalisierung der Variablen: Compliance im letzten halben Jahr

Das Item „Compliance in den letzten drei Jahren“ wurde dreifach gestuft erfragt. Es bezog sich auf die Medikamenteneinnahme in den letzten drei Jahren (ME) aus dem Fragebogen „Behandlungsanamnese“ und auf die Anzahl der Arztkontakte in den letzten drei Jahren (AK) aus dem Fragebogen „Verlauf von

Therapiedaten“. Die Operationalisierung der Compliance in den letzten drei Jahren ist in Tab. 6 dargestellt.

eher ja	phasenweise	eher nein
- ME kontinuierlich und ≥ 6 AK	- ME phasenweise + Zahl d. AK egal oder - ME kontinuierlich + < 6 AK	- ME sehr kurz/ gar nicht und < 6 AK

Tab. 6: Operationalisierung der Variablen: Compliance in den letzten 3 Jahren

Rehospitalisierung

Jede Wiederaufnahme in eine psychiatrische Klinik oder Tagesklinik gilt als Rehospitalisierung, auch wenn es sich um einen kurzen Aufenthalt von weniger als 24 Stunden zur Krisenintervention handelt. Eine erneute Aufnahme, die weniger als sieben Tage nach der letzten Entlassung erfolgt, wird als Unterbrechung des vorherigen Aufenthalts gewertet und nicht als erneute Rehospitalisierung.

Atypische Neuroleptika

Längle (2001) ordnete für die vorliegende Studie folgende Medikamente den atypischen zu: Clozapin, Olanzapin, Risperidon und Amisulprid.

2.6. Statistische Methoden

Datenverwaltung

Die Daten wurden mit Patientennummern codiert und so anonymisiert direkt in SPSS 10,0[®] eingegeben. Dieses Programm wurde für alle statistischen Berechnungen verwendet. Zunächst wurde deskriptiv ausgewertet, wobei je nach Datenmaterial statistische Kennwerte wie Häufigkeit, Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimal- oder Maximalwerte berechnet wurden. Für einige Fragen war eine Neugruppierung notwendig, auf die gesondert an der jeweiligen Stelle hingewiesen wird. Standardisierte Erhebungsinstrumente wurden den Angaben der Autoren entsprechend ausgewertet.

Prüfung auf Repräsentativität

Für die Prüfung auf Repräsentativität kamen je nach Skalenniveau und Verteilungsform verschiedene Testverfahren für unabhängige Stichproben zur Anwendung. Als Nullhypothese wurde angenommen, dass sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer der jeweiligen Messzeitpunkte hinsichtlich der untersuchten Variablen nicht unterscheiden.

Für die Analyse nominaler Daten (Häufigkeiten) wurden Chi²-Techniken herangezogen. Je nach Stufung der Variablen wurden 2x2- und kx2-Chi² Verfahren verwendet. Als Kennwert wurde der Pearsons-Chi²-Wert auf Signifikanz überprüft. Voraussetzung für diesen Test ist, dass mindestens 80% der Werte eine Häufigkeit von über 5 und mindestens 20% eine Häufigkeit von über 1 aufweisen. War dies nicht der Fall, so kam für 2x2 Kreuztabellen Fischers exakter Test zur Anwendung. Für kx2 Kreuztabellen wurde in besagtem Fall mit Craddock-Floods approximiertem Chi²-Test geprüft (Bortz et al. 2000).

Lagen Messwerte vor (Zufriedenheitsmaße, PANSS, GAF), so mussten diese zunächst auf Normalverteilung geprüft werden. Dies geschah mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests. Meist lag keine Normalverteilung vor. In diesem Fall kam der Kolmogorov-Smirnov-Test für zwei unabhängige Stichproben zum Einsatz.

Waren intervallskalierte Daten normalverteilt und zusätzlich in Levenes Test die Varianzhomogenität dieser Daten vorhanden, so wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben die Mittelwerte beider Gruppen verglichen.

Prüfung auf Veränderungen im Verlauf

Für einige Items wurde der Verlauf untersucht. Dazu gehört die Prüfung auf Unterschiede zwischen den Erhebungszeiträumen. Hierzu wurden Verfahren für abhängige Stichproben angewandt. Die Nullhypothese lautete in diesem Fall, dass sich die Variablenausprägung der Stichproben im Verlauf nicht veränderte.

Da SPSS 10,0[®] für normalskalierte, mehrfachgestufte, abhängige Variablen kein Prüfungsverfahren anbietet, wurde bei solchen Daten der Verlauf lediglich deskriptiv dargestellt.

Für normalskalierte, dichotome Merkmale wurde bei zwei abhängigen Stichproben der χ^2 -Test nach McNemar angewendet. Bei k abhängigen Stichproben wurde mit dem Q-Test von Cochran geprüft. (Bortz und Lienert 1998)

Daten auf Rangskalenniveau wurden bei zwei abhängigen Stichproben mit dem Wilcoxon-Test verglichen, bei mehr als zwei Messzeitpunkten wurde der Friedman-Test herangezogen.

Lag Normalverteilung vor und bestand die zu untersuchende Gruppe aus einer Anzahl von mindestens 30 Patienten (Bortz et al. 2000), so wurde die Prüfung mittels einfaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholungen mit Hilfe des Allgemeinen Linearen Modells durchgeführt.

Um Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Verlauf festzustellen, wurde eine zweifaktorielle, bei Hinzunahme des Alters als Zwischensubjektfaktor eine dreifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen angewandt.

Prüfung auf Zusammenhänge

Zur Prüfung von Zusammenhängen wurden Skalen ab einer Anzahl von sechs Stufen in zwei Extremgruppen eingeteilt. Für sechsstufige Skalen gilt: Gruppe 1=1-2, Gruppe 2=5-6. Siebenstufige Skalen wurden in die Gruppen 1=1-3 und 2=5-7 gegliedert.

Beim Vergleich von rangskalierten mit dichotomen Daten wurden Verfahren zur Rangkorrelation eingesetzt. Spearmans rho wird für Daten verwendet, bei denen die Ränge äquidistante Distanzen aufweisen. Bei Kendalls tau b ist dies unerheblich (Bortz und Lienert 1998). Entsprechend kamen diese beiden Methoden zum Einsatz.

Für nominalskalierte Variablen wurden mittels χ^2 -Tests signifikante Zusammenhänge errechnet. Bei zu geringer Häufigkeit der Werte (s.o.) kam bei

2x2-Tafeln Fischers exakter Test, bei kx2 Tabellen Craddock-Floods approximierter Chi²-Test (Bortz et al. 2000) zum Einsatz.

Auf Signifikanz geprüft wurde immer zweiseitig mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%.

III. Ergebnisse

1. Beschreibung der Stichprobe der Vierjahreskatamnese

Von den 169 Personen der Gesamtstichprobe konnten die Daten von 69 Patienten vier Jahre nach Entlassung erhoben werden. Da 9% (N=6) der Teilnehmer das Interview abbrachen, sind einige Daten nicht komplett vorhanden.

In diesem Kapitel erfolgt die deskriptive Auswertung der wichtigsten Daten der 69 aktuell befragten Patienten. Die Daten, die in den Kapiteln III.3. und III.4. genauer untersucht werden, werden dort nochmals detaillierter dargestellt.

1.1. Soziodemographische Daten

Aktuelles Alter und Geschlecht

Das Durchschnittsalter zum Untersuchungszeitpunkt betrug 38,6 Jahre mit einer Spanne von 22 bis 62 Jahren. In der gruppierten Auswertung waren Patienten zwischen 31 und 40 Jahren mit 41% am häufigsten vertreten, gefolgt von den 41- bis 50-Jährigen mit 26%, den 22- bis 30-Jährigen mit 20% und den 51- bis 62-Jährigen mit 13%.

49% (N=34) der untersuchten Personen waren weiblichen, 51% (N=35) männlichen Geschlechts.

Nationalität

93% besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit, 4% stammten aus einem EU-Land und 3% aus einem Land, das nicht den EU-Staaten angehört. (Stand: 1998)

Schulbildung

43% der Teilnehmer hatten das Abitur, 29% die Mittlere Reife oder einen vergleichbaren Abschluss und 14% den Hauptschulabschluss erreicht. 12% konnten keinen Abschluss vorweisen. Bei einer Person lagen keine Daten vor.

Berufsausbildung und Studium

Eine Lehre oder Fachschule hatten 57%, ein Studium 13% abgeschlossen. 4% der Befragten befanden sich noch in Ausbildung und 16% hatten eine Lehre oder ein Studium abgebrochen. 9% hatten keine Berufsausbildung erlangt. Zu einer Person (2%) lagen keine Angaben vor.

Erwerbstätigkeit

27% der Patienten arbeiteten aktuell mehr als 20 Stunden pro Woche auf dem freien Arbeitsmarkt. Weniger als 20 Stunden pro Woche oder geschützt tätig waren 30%. 17% gaben an, arbeitslos zu sein, 9% wurden noch ausgebildet, 3% widmeten sich der Hausarbeit und 13% bezogen Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente.

Arbeitsniveau

36 Patienten konnten Angaben zum Niveau ihrer Erwerbstätigkeit machen. 61% davon gaben an, entsprechend ihrem Ausbildungsniveau beschäftigt zu sein. 33% beurteilten ihre Arbeit als unter und 6% als über dem Ausbildungsniveau liegend.

Lebensunterhalt

Ihren Lebensunterhalt bestritten 47% hauptsächlich mit staatlicher und 16% mit familiärer Unterstützung. 34% lebten von dem bei der Arbeit verdienten Lohn oder Gehalt und 3% von ihrem eigenen Vermögen.

Betreuung

22% der Patienten brauchten eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz. Bei 68% davon führten diese selbständige Berufsbetreuer durch, bei 18% waren es Betreuer des Sozialamtes und 14% wurden ehrenamtlich, wie zum Beispiel durch Angehörige betreut.

Wohnen

Je circa ein Drittel der Teilnehmer lebte mit einem Partner zusammen oder alleine, ein Fünftel bei den Eltern. Die weitere Differenzierung der Wohnsituation ist dem folgenden Diagramm zu entnehmen.

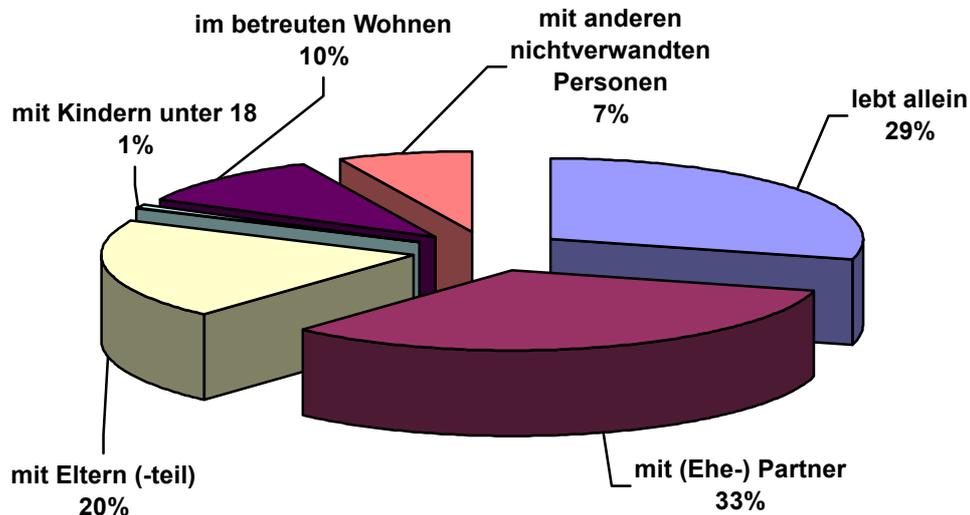


Abb. 1: Wohnsituation der Teilnehmer an 4JK (N=69), Angaben in Prozent

Familienstand

Von den Teilnehmern gaben 45% an, verheiratet zu sein oder in einer festen Partnerschaft zu leben. 46% waren ledig, 3% hatten ihre/n PartnerIn durch Tod und 3% durch Scheidung verloren. 2% lebten getrennt, eine Person machte keine Angabe zum Familienstand.

1.2. Daten zu Krankheit und Behandlung

Einstellung zur Weiterbehandlung

Die Wichtigkeit der regelmäßigen ambulanten psychiatrischen Behandlung wurde auf einer Skala von 1=sehr wichtig bis 6=überhaupt nicht wichtig festgehalten. Diese wird im Folgenden gleichmäßig dreifach gruppiert. Der Mittelwert lag bei 2,4. Gruppirt stufte ein Anteil von 66% die Weiterbehandlung als wichtig ein, 16% hielten sie für mäßig wichtig und 18% für unwichtig.

87% nahmen die vom Arzt verordneten Medikamente ein, 9% taten dies nicht, 4% hatten sie mit Einverständnis des Arztes abgesetzt (s. Kap. II.2.5.).

Weiterhin wurde die Einstellung zur Behandlung durch ambulante Dienste erfragt. Gegen eine begleitende Betreuung durch ambulante Dienste oder Einrichtungen sprachen sich 24% aus. 76% (N=52) der Partizipanten erachteten dies als sinnvoll. Knapp die Hälfte der 69 Patienten sprach sich für eine Psychotherapie aus, fast 40% für sozialpsychiatrische oder psychosoziale Dienste. Die Ergebnisse, vor allem die weitere Differenzierung der ambulanten Dienste, sind in Tab. 7 aufgeführt. Da Mehrfachantworten möglich sind, können die Prozentwerte nicht zu 100% addiert werden.

Halten Sie die Begleitung durch ambulante Dienste für sinnvoll? Wenn ja, durch welche?	Häufigkeit (%)
Nein	24
Ja	76
Psychotherapie	48
Psychiatrische Institutsambulanz UKKPT (PIA)	6
SPDI oder PSD	37
Kontaktstellen/Gruppen	19
Wohn-/ Arbeitsangebote	36

Tab. 7: Einstellung zur begleitenden Betreuung durch ambulante Dienste 4JK (N=69)

Arztbesuche

Erfragt wurden die Besuche im letzten halben Jahr und in den letzten drei Jahren beim Nervenarzt sowie deren Beurteilung durch die Patienten. Die Frage war hierbei, als wie hilfreich diese Arztkontakte empfunden wurden.

Im BeLP gaben 9% (N=6) an, in den letzten zwölf Monaten wegen seelischer Probleme nicht beim Arzt gewesen zu sein.

Im Fragebogen zur Krankheits- und Behandlungsanamnese ergab sich ein Anteil von 7% (N=5) der Teilnehmer, die in den letzten drei Jahren und 12% (N=8), die im letzten halben Jahr keine ambulante Behandlung beim Nervenarzt

in Anspruch genommen hatten. Über die Hälfte der Patienten war im letzten halben Jahr 5-15 mal in ambulanter psychiatrischer Behandlung gewesen. Dies entspricht für die letzten drei Jahre in etwa der Gruppe 26-50 Kontakte, die 45% wahrgenommen hatten. Jeweils 30% hatten weniger, 18% (in den letzten drei Jahren) beziehungsweise 4% (im letzten halben Jahr) mehr Kontakte zum Nervenarzt.

Nur 60 beziehungsweise 57 Patienten bewerteten die Kontakte. Über die Hälfte dieser Patienten war durchweg sehr zufrieden mit der Behandlung beim Nervenarzt. Detaillierte Angaben sind in Tab. 8 angeführt.

Gefragt nach der Anzahl der Nervenärzte in den letzten drei Jahren gaben 7% der Teilnehmer an, in dieser Zeit keinen Nervenarzt gehabt zu haben. 66% hatten ihren Nervenarzt beibehalten, 19% ihn einmal, je 3% zwei- und dreimal und 2% viermal gewechselt. Im letzten halben Jahr hatten sich 12% der Teilnehmer einen neuen Nervenarzt gesucht.

Kontakte		letzte 3 Jahre		letztes ½ Jahr	
letzte 3 Jahre	letztes ½ Jahr	N	%	N	%
1-25	1-4	20	30	20	30
26-50	5-15	30	45	36	54
51-90	mehr als 15	10	15	3	4
mehr als 90		2	3		
Keine ambulante Behandlung		5	7	8	12
sehr hilfreich		31	52	31	54
Mäßig hilfreich		25	42	19	33
nicht hilfreich		4	7	7	12

Tab. 8: Nervenarztkontakte der Teilnehmer an 4JK (N=69), Anzahl u. Prozent

Im Tübinger Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit im ambulanten Bereich wurde auf einer Skala von 1=sehr unzufrieden bis 7=sehr zufrieden die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung insgesamt erfragt. Hier ergab sich ein Mittelwert von 5,03. Gruppiert in die drei Kategorien zufrieden=6-7, mäßig zufrieden=3-5, unzufrieden=1-2 waren in diesem Bereich 52% zufrieden, 36% mäßig zufrieden und 12% unzufrieden.

Medikamente

Ein Medikament wegen der psychiatrischen Erkrankung nahmen nach eigenen Angaben momentan 93% (N=64). 61% hatten ein atypisches Neuroleptikum, 19% ein klassisches Neuroleptikum und 13% Antidepressiva, Phasenprophylaktika oder sonstige Medikamente.

Bei der Frage nach der Einnahme von Medikamenten wegen seelischer Probleme in den letzten zwölf Monaten im BeLP gaben 10% (N=7) an, dies nicht zu tun. Diese unterschiedlichen Angaben zur Nichteinnahme von Medikamenten (7% versus 10%) erklärt die Notwendigkeit der Erfüllung verschiedener Kriterien aus unterschiedlichen Fragebögen für die Compliance. So können Fehleinschätzungen vermieden werden.

In den letzten drei Jahren hatten 78% die Medikamente kontinuierlich genommen. 10% legten sich auf eine phasenweise Einnahme während mehr als der Hälfte der Zeit, 6% auf eine phasenweise Einnahme während weniger als der Hälfte der Zeit fest. Ebenfalls 6% berichteten, die Medikamente nur sehr kurz eingenommen zu haben.

Für die Zufriedenheit mit der aktuellen Medikation betrug auf einer Skala von 1=sehr zufrieden bis 6=überhaupt nicht zufrieden der Mittelwert 2,3. 67% fühlten sich sehr zufrieden, 26% mäßig zufrieden und 7% unzufrieden. Zusätzlich wurde die Einstellung zu Neuroleptika generell erfragt. Diesmal bedeutete 1=sehr positiv und 6=sehr negativ. Der Mittelwert siedelte sich bei 2,9 an, gruppiert beurteilten 47% Neuroleptika als positiv, 17% als negativ und 36% lagen mit ihrer Einschätzung im Bereich dazwischen.

Ambulante Psychotherapie, andere Behandlungsangebote und Betreuung

36% (N=25) der Teilnehmer hatten das Angebot der ambulanten Psychotherapie innerhalb der letzten drei Jahre in Anspruch genommen. Davon bewerteten 65% die Therapieform als sehr hilfreich und 35% als mäßig hilfreich. Ein anderes Behandlungsangebot genutzt hatten 39% (N=27). Darunter führte der Sozialpsychiatrische Dienst mit 37%, gefolgt von Kontaktstellen/Gruppen mit 19%. Wohnangebote wurden mit einer Häufigkeit von 15%, Arbeitsangebote mit 4% wahrgenommen. 71% schätzten das Angebot als sehr hilfreich ein, 21%

als mäßig hilfreich. Für 8% war es nicht hilfreich. 15% hatten zwei, 4% drei Angebote in Anspruch genommen.

Suizidgedanken und –versuche

29% der Partizipanten gaben an, im letzten halben Jahr Suizidgedanken gehabt zu haben. 10% hatten in den letzten drei Jahren einen Suizidversuch durchgeführt.

Rehospitalisierungen

Die Operationalisierung des Begriffs kann in Kap. II.2.5. nachgelesen werden. Im Folgenden werden die Anzahl der Rehospitalisierungen in den letzten drei Jahren, die durchschnittliche Dauer sowie die Gesamtdauer untersucht.

70% (N=48) der Teilnehmer wurden in den letzten drei Jahren rehospitalisiert, 30% mussten in diesem Zeitraum nicht mehr in eine Klinik. Am häufigsten mit 30% war ein erneuter Klinikaufenthalt zwischen 12-Monats- und Vierjahreskatamnese. Bei 19% waren zwei, bei 4% drei, bei 15% vier und bei einer Person fünf Aufenthalte notwendig.

Da unter Rehospitalisierung sowohl die stationären als auch die teilstationären Aufenthalte fallen, erfolgt an dieser Stelle eine weitere Differenzierung: In den letzten drei Jahren waren 16% der Patienten in teilstationärer Behandlung, eine Person sogar zweimal. 65% hatten einen, 33% zwei, 17% drei und 13% vier stationäre Aufenthalte.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 10,7 Wochen. Die Gesamtdauer der Krankenhausaufenthalte pro Person betrug über die drei Jahre im Mittel 20,4 Wochen, der Median lag bei 11,5 Wochen. Dabei reichte die Spannweite von 0,6 bis 101 Wochen. Die große Spannweite und die Diskrepanz von Mittelwert und Median machen eine gruppierte Auswertung sinnvoll, die in Abb. 2 zu sehen ist. Hier zeigt sich, dass knapp 60% (N=28) der 48 rehospitalisierten Patienten in den letzten drei Jahren zwischen einer und 15 Wochen wegen ihrer psychiatrischen Erkrankung in einer Klinik verbrachten.

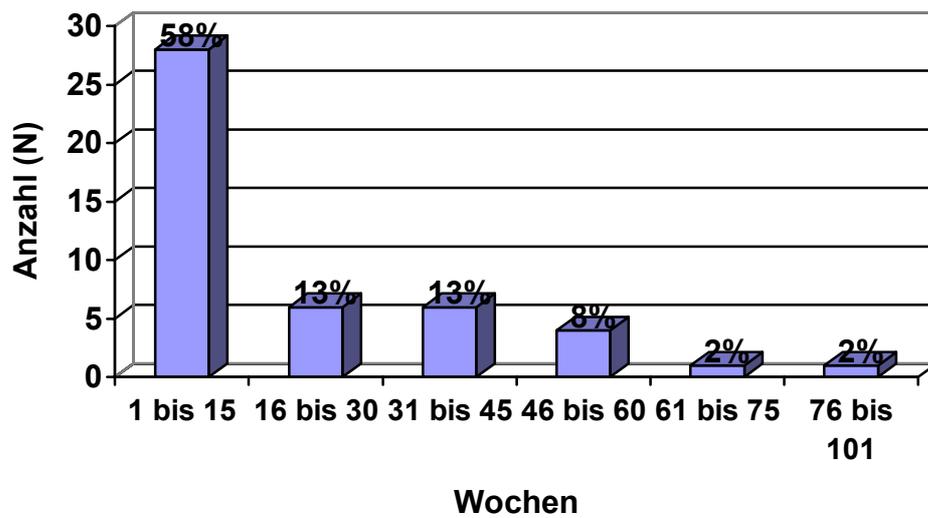


Abb. 2: Gesamtdauer der Rehospitalisierungen über drei Jahre, 4JK (N=69)

1.3. Compliance

Die Compliance wurde zum einen für die letzten drei Jahre, zum anderen für das letzte halbe Jahr erhoben. Die Operationalisierung des Konstruktes wurde bereits in Kap. II.2.5. beschrieben.

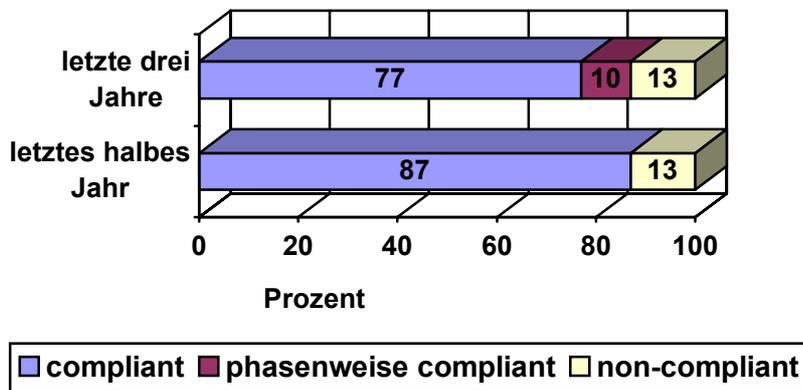


Abb. 3: Compliance der Teilnehmer an 4JK (N=69): Angaben in Prozent

Es zeigt sich ein erstaunlich hoher Anteil complianten Patienten mit 77% in den letzten drei und 87% im letzten halben Jahr. Die Variable für die letzten drei

Jahre hatte eine dreistufige Antwortskala: „eher compliant“, „phasenweise compliant“ und „eher nicht compliant“.

Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie war die Verordnung von Neuroleptika für mindestens ein Jahr. Daher wurden in der Erhebung nach vier Jahren Patienten berücksichtigt, die mit Einverständnis des Arztes die Medikamente abgesetzt hatten (s. Kap. II.2.5.). Dies traf auf drei Personen (4%) zu. Diese Patienten wurden als compliant eingestuft.

1.4. Lebenszufriedenheit

Das hier verwendete Erhebungsinstrument BeLP wurde bereits in Kap. II.2.4.1. vorgestellt. Im Folgenden werden die Zufriedenheitswerte für die Bereiche Wohnen aus vier, Arbeit aus drei und für die Bereiche Freunde / Bekannte und Finanzen aus je zwei Einzelwerten gemittelt.

Die Mittelwerte der Zufriedenheiten der einzelnen Lebensbereiche, gemessen auf einer Skala von 1=„völlig unzufrieden“ bis 7=„völlig zufrieden“, lagen überall relativ hoch. Um einen besseren Überblick zu geben, werden die Daten für die folgende Tabelle in drei Kategorien gruppiert: 1-2=„unzufrieden“, 3-5=„mäßig zufrieden“ und 6-7=„zufrieden“ (Tab. 9).

Bereich	unzufrieden (%)	mäßig zufrieden (%)	zufrieden (%)	MW (sd)	N
Leben allgemein	6	47	47	4,9 (1,5)	68
Arbeit	9	58	33	4,5 (1,5)	66
Freizeit	6	60	34	4,7 (1,3)	68
Finanzen	16	52	32	4,6 (1,7)	68
Wohnung	2	42	57	5,3 (1,2)	67
Beziehung	8	38	54	5,3 (1,5)	37
Freunde /Bekannte	0	51	49	5,1 (1,2)	67
Körperl. Gesundheit	5	57	39	4,9 (1,4)	67
Seel. Gesundheit	10	56	34	4,7 (1,6)	68

Tab. 9: Zufriedenheit der Teilnehmer an 4JK, Häufigkeiten, MW und sd

Am niedrigsten war die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Arbeit, am zufriedensten waren die Patienten mit dem Wohnen und die in Partnerschaft lebenden mit ihrer Beziehung.

Während die gruppierte Zufriedenheit mit dem Leben allgemein in den Kategorien „mäßig zufrieden“ und „zufrieden“ gleichermaßen hoch lag, waren über die Hälfte der Patienten mit dem Wohnen und mit ihrer Beziehung zufrieden. Dagegen gab mehr als jeder zweite Patient in den übrigen Bereichen nur mäßige Zufriedenheit an. Die seelische Gesundheit lag, wie auch der Mittelwert zeigt, in der Bewertung noch einmal geringfügig niedriger als die körperliche.

1.5. Behandlungszufriedenheit

Auf einer Skala von 1=„sehr zufrieden“ bis 6=„überhaupt nicht zufrieden“ lag der Mittelwert für die Zufriedenheit mit der aktuellen Behandlung bei 2,2. Gleichmäßig gruppiert in drei Kategorien waren 70% zufrieden, 25% mäßig zufrieden und 5% unzufrieden damit. Die Mittelwerte sind in Abb. 4 zu sehen.

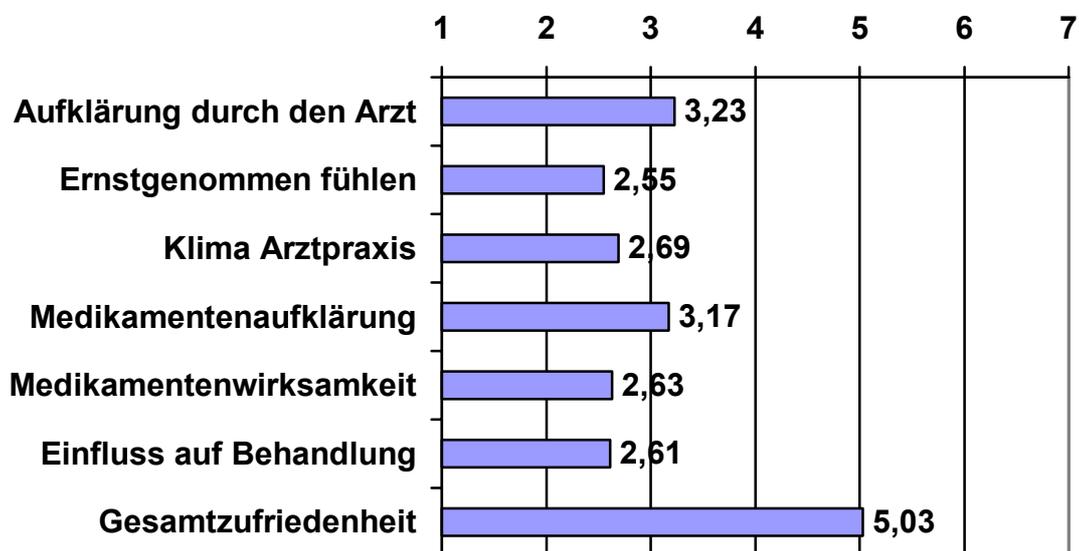


Abb. 4: Behandlungszufriedenheit der Teilnehmer an 4JK (N=69), Mittelwerte

Zu beachten ist, dass bei den ersten sechs Items aufgrund des veränderungsorientierten Fragestils 1=„zufrieden“ und 7=„unzufrieden“, bei der Gesamtzufriedenheit jedoch 1=„unzufrieden“ und 7=„zufrieden“ bedeutet. Insgesamt waren die befragten Patienten mit der Behandlung zufrieden, am niedrigsten war die Zufriedenheit mit der Aufklärung durch den behandelnden Arzt und mit der Medikamentenaufklärung.

1.6. Krankheitskonzept

Das Krankheitskonzept wurde mit der KK-Skala erhoben, die in Kap. II.2.4.3. näher beschrieben wurde. Erfragt wurden verschiedene Items mit einer Antwortskala von 0=„stimme nicht zu“ bis 4=„stimme voll zu“. Aus diesen Items werden sieben Dimensionen berechnet, die im Folgenden (Abb. 5) dargestellt werden.

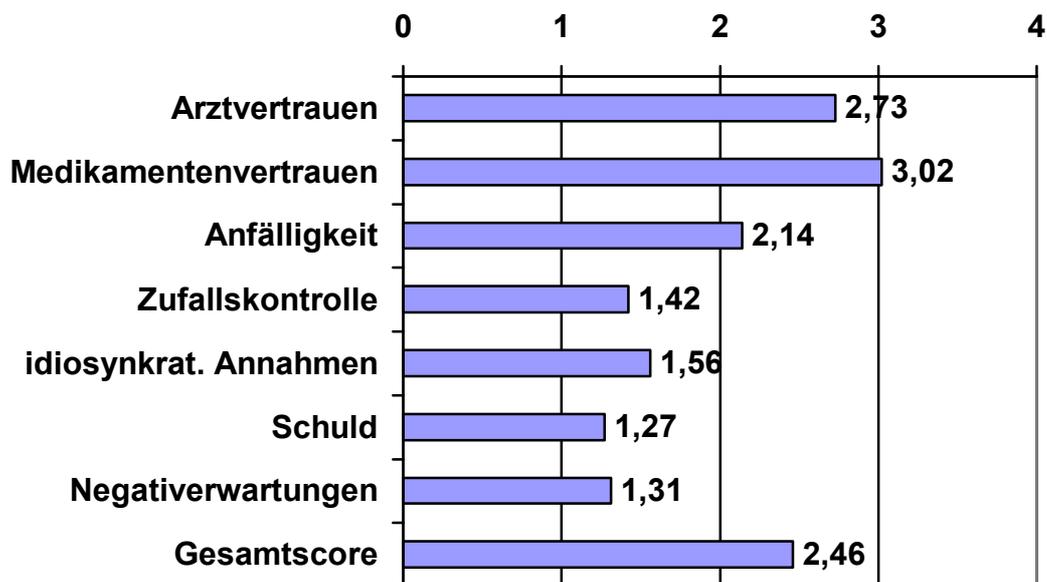


Abb. 5: Dimensionen der KK-Skala, Mittelwerte d. Teilnehmer an 4JK (N=69)

Das Medikamentenvertrauen zeigt die höchste Ausprägung, gefolgt vom Arztvertrauen. Der Gesamtscore war ebenfalls relativ hoch, was auf eine insgesamt starke Überzeugung der Tübinger Stichprobe, „an einer ernstzunehmenden und ärztlich und medikamentös behandlungsbedürftigen

Krankheit zu leiden“ (Linden und Seidel 1998) hinweist. Als positiv zu bewerten ist, dass idiosynkratische Annahmen im Sinne von Vorurteilen zu Medikamenten und Therapie, eigenes Schuldempfinden in Bezug auf die Krankheit und Negativerwartungen vor allem hinsichtlich Nebenwirkungen eher gering ausgeprägt waren.

Die Auswertung der ergänzenden Items der KK-Skala ergab, dass die Patienten die Medikamente als stark rückfallverhindernd einschätzten (MW 2,9), sie aber bei Besserung der Symptomatik baldmöglichst reduzieren wollten (MW 2,3). Gefährliche Nebenwirkungen (MW 1,95) und Abhängigkeit (MW 1,9) wurden teilweise erwartet. Eindeutig sprachen sich die Patienten gegen die Kombination von Alkohol und Medikamenten (MW 1,03) und von Drogen und Medikamenten (MW 0,38) aus.

1.7. Psychopathologie

PANSS

Die „Positive and Negative Syndrom Scale“ dient der Einschätzung der Symptomatik an Schizophrenie erkrankter Patienten. Sie ist ein Fremdbeurteilungsinstrument. Aus den Items dieses Fragebogens werden drei Subskalen und ein Gesamtscore gebildet (Kay et al.1987).

PANSS-Subskalen	Untersuchungsergebnisse			
	MW	sd	Min	Max
Positive Subskala	10,15	5,26	7	38
Negative Subskala	11,35	5,17	7	41
Allgemeinpsychopathologie	24,06	8,50	16	63
Gesamtscore	45,55	17,64	30	142

Tab. 10: PANSS-Scores, MW, sd, Min und Max der Teilnehmer an 4JK (N=69)

Die erreichbaren Extremwerte lagen für die positive und negative Subskala zwischen 7 und 49, für die Allgemeinpsychopathologie zwischen 16 und 112 und für den Gesamtscore zwischen 30 und 210. Die Ergebnisse zeigen in jeder

Subskala insgesamt eine durchschnittlich geringe Ausprägung der Symptomatik. Allerdings wurden überall im Einzelfall auch hohe Werte erreicht.

GAF

Die „Global Assessment of Functioning Scale“, eine modifizierte deutsche Version der Global Assessment Scale (GAS) (Endicott et al. 1976) ist ebenso wie die PANSS ein Fremdbeurteilungsinstrument und gibt eine globale Einschätzung der Psychopathologie und der sozialen Funktionsfähigkeit auf einer Skala von 1 bis 100. Bei der untersuchten Stichprobe lag der Mittelwert bei 66,3 mit einer Standardabweichung von 17,1 und Extremata von 11 beziehungsweise 100. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Werte zusätzlich gruppiert. 28% wurden in die Gruppe 61-70 eingestuft, 25% fanden sich bei 71-80 und 16% bei 51-60. Die Gruppe mit der häufigsten Frequenz, in der gleichzeitig der Mittelwert lag (61-70), wird im Erhebungsinstrument wie folgt definiert: „Einige leichte Symptome (z.B. depressive Verstimmung 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.“ (Saß et al. 1996)

1.8. Geschlechterunterschiede

Im Folgenden wird geprüft, ob sich Frauen und Männer bezüglich einiger Items der Erhebung vier Jahre nach Entlassung unterscheiden. Angewendet werden die gleichen Verfahren wie bei der Repräsentativitätsprüfung. Untersucht werden die Compliance im letzten halben Jahr sowie in den letzten drei Jahren, Rehospitalisierungen, Lebenszufriedenheit, Behandlungszufriedenheit, die Dimensionen der Krankheitskonzept-Skala, die Anzahl der Besuche beim Nervenarzt im letzten halben Jahr und in den letzten drei Jahren, Psychopathologie (PANSS und GAF), das aktuelle Alter, das Alter bei der ersten stationären psychiatrischen Behandlung und die Diagnose.

An dieser Stelle werden lediglich die signifikanten Ergebnisse knapp dargestellt. Weibliche unterschieden sich von männlichen Patienten signifikant hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Wohnen und dem KK-Summenscore (Kolmogorov-Smirnov-Test). Teilnehmende Frauen waren mit der Wohnsituation zufriedener als Männer. Der Gesamtcore der KK-Skala lag bei den Teilnehmerinnen hochsignifikant höher als bei den Teilnehmern. Dies bedeutet, dass bei Frauen die Überzeugung, „an einer ernstzunehmenden und ärztlich und medikamentös behandlungsbedürftigen Krankheit zu leiden“ (Linden und Seidel 1998), stärker ist. Die Dimension Schuld zeigt bei Einteilung in die zwei Extremgruppen 1=0-1 und 2=3-4 ebenfalls eine signifikant unterschiedliche Verteilung bei Männern und Frauen (Fischers exakter Test). Dabei hatten lediglich Männer hohe Werte, was für ein starkes Empfinden schuldhafter Eigenverantwortlichkeit spricht und negative Einstellungsmuster widerspiegelt, die die Wahrscheinlichkeit der Medikamenteneinnahme möglicherweise verringern (Engel 1999).

Bezüglich der übrigen Zielkriterien konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

Eine Übersicht über die signifikanten Ergebnisse und der Anschaulichkeit halber ebenso über die entsprechenden deskriptiven Daten geben die beiden folgenden Tabellen (Tab. 11 und 12).

Item	Geschlecht	MW	sd	N	Z	p
Zufriedenheit mit der Wohnsituation allgemein	weiblich	5,88	1,47	33	1,38	0,045*
	männlich	5,03	1,42	34		
KK-Summenscore	weiblich	2,62	0,45	30	1,75	0,004**
	männlich	2,32	0,44	32		

Tab. 11: Signifikante Geschlechterunterschiede 4JK, MW, sd u. Testergebnisse

Dimension	Geschlecht	Niedriger Score (1)	Hoher Score (2)	p
Schuld	weiblich	54% (24)	0% (0)	0,014*
	männlich	34% (15)	11% (5)	

Tab. 12: Signifikante Geschlechterunterschiede 4JK, Prozent ,(N) und p-Wert

2. Verlauf über vier Jahre

Die Beobachtung über einen langen Zeitraum ermöglicht Aussagen über den Verlauf – beispielsweise von Krankheit und Behandlung. Daher wird im Folgenden die Gruppe der Teilnehmer an allen Messzeitpunkten (N=38) hinsichtlich des Verlaufs ausgewählter Variablen dargestellt und untersucht. Auf die für einige Darstellungen notwendige Hinzunahme der Daten anderer Untersuchungsstichproben wird an der jeweiligen Stelle hingewiesen.

2.1. Sozialer Werdegang

In diesem Kapitel wird der Verlauf anhand der Variablen Schulbildung, Berufsausbildung, Beschäftigungssituation, Verdienst, Wohnsituation und Familienstand untersucht.

Schulbildung

Erwartungsgemäß zeigt die Schulbildung keine großen Veränderungen. Untersucht wird sie dennoch, da die untere Altersgrenze der Teilnehmer zum Entlasszeitpunkt bei 18 Jahren lag und dadurch Entwicklungen in diesem Bereich möglich sein könnten. Es ergibt sich eine konstante Verteilung von einer Person ohne Abschluss, neun mit Hauptschulabschluss (24%), 15 mit Mittlerer Reife (40%) und 13 mit Abitur (34%). Eine Person hatte nach der Entlassung die mittlere Reife nachgeholt.

Berufsausbildung

Im Gegensatz zur Schulausbildung zeigt der Verlauf der Berufsausbildung der Teilnehmer leichte Veränderungen. Im Lauf der Zeit schlossen einige Patienten eine Berufsausbildung ab, ein Patient sogar sein Studium. Dadurch sank die Zahl der Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung von zehn auf sieben ab. Zum letzten Messzeitpunkt befanden sich noch 3 Patienten in Ausbildung. Genaue Angaben sind Tab. 13 zu entnehmen.

	E		K6		K12		4JK	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Abgeschlossene Berufsausbildung	55	(21)	50	(19)	61	(23)	63	(24)
Abgeschlossenes Studium	8	(3)	11	(4)	11	(4)	11	(4)
Keine abgeschl. Berufsausbildung	26	(10)	24	(9)	26	(10)	18	(7)
In Ausbildung	11	(4)	13	(5)	0	(0)	8	(3)
Keine Angaben	0	(0)	3	(1)	3	(1)	0	(0)

Tab. 13: Berufsausbildung im Verlauf (V2, N=38), Angaben in % (N)

Obwohl die Veränderungen relativ gering sind, zeigt sich doch eine leicht positive Tendenz hin zu einer abgeschlossenen Ausbildung.

Beschäftigungssituation

Die Anzahl der über 20 Stunden pro Woche arbeitenden Teilnehmer nahm im Verlauf leicht ab, wogegen aktuell etwas mehr Patienten 10 bis 20 Stunden arbeiteten oder geringfügig beschäftigt beziehungsweise geschützt tätig waren. Die Arbeitslosigkeit fiel bei K12 auf null ab, erreichte zu 4JK jedoch wieder eine ähnliche Häufigkeit wie zu E. Die Anzahl der Rentner zeigt im Verlauf fast keine Änderung. Detaillierte Informationen zur Beschäftigungssituation im Erhebungszeitraum sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Beschäftigung	E		K6		K12		4JK	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Mehr als 20 Stunden pro Woche	34	(13)	26	(10)	34	(13)	21	(8)
10-20 Stunden pro Woche	8	(3)	8	(3)	11	(4)	13	(5)
Geringfügige Beschäftigung/ geschützte Tätigkeit	8	(3)	18	(7)	21	(8)	24	(9)
Rentner/in	11	(4)	11	(4)	16	(6)	13	(5)
Arbeitslos	16	(6)	8	(3)	0	(0)	18	(7)
In Ausbildung	18	(7)	16	(6)	8	(3)	8	(3)
Sonstiges / Keine Angaben	5	(2)	13	(5)	11	(4)	3	(1)

Tab. 14: Beschäftigungssituation im Verlauf (V2, N=38), Angaben in % (N)

Allerdings ist zu beachten, dass hier die Zahlen zwar relativ stabil scheinen, die einzelnen Patienten jedoch in Wirklichkeit stark zwischen den Kategorien wechseln und sich so nur bei Betrachtung der Gesamtgruppe ein stabiles Bild ergibt.

Verdienst

Der Verdienst – in DM gemessen – zeigte bei K6 einen Mittelwert von 1093 DM, der zu K12 auf 1346 anstieg, zu 4JK jedoch wieder auf umgerechnet 1190 DM sank. Geprüft mit der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholungen stellt diese Entwicklung keine signifikante Veränderung dar ($F(2)=1,96$; $p=0,17$).

Wohnsituation

Zur Wohnsituation konnten folgende Häufigkeiten ermittelt werden:

Wohnsituation	E		K6		K12		4JK	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Betreute Wohnform	8	3	13	5	13	5	16	6
Bei den Eltern / Verwandten	32	12	24	9	18	7	18	7
Selbständig / mit Partner	61	23	58	22	58	22	61	23
Sonstige / keine Angabe	0	0	5	2	11	4	5	2

Tab. 15: Verlauf der Wohnsituation (V2, N=38), Angaben in % (N)

Tendenziell wohnten vier Jahre nach Entlassung mehr Personen im betreuten Wohnen als vor Entlassung. Die Anzahl der Teilnehmer, die bei Eltern oder Verwandten lebten, nahm hingegen leicht ab. Die Anzahl der selbständig lebenden Patienten blieb konstant.

Familienstand

Lediglich bei der Entlassuntersuchung hatten mehr als die Hälfte der Patienten eine feste Beziehung. Deren Anteil sank auf ein Minimum bei der Zwölfmonatskatamnese, stieg jedoch zur letzten Untersuchung hin wieder an.

Der Familienstand ist die einzige Variable im Bereich „Sozialer Werdegang“, die sich signifikant veränderte (Cochrans Q (3) = 10,86; p = 0,01*). Diese Veränderung ist jedoch nicht linear und so eher Ausdruck unstabiler Verhältnisse.

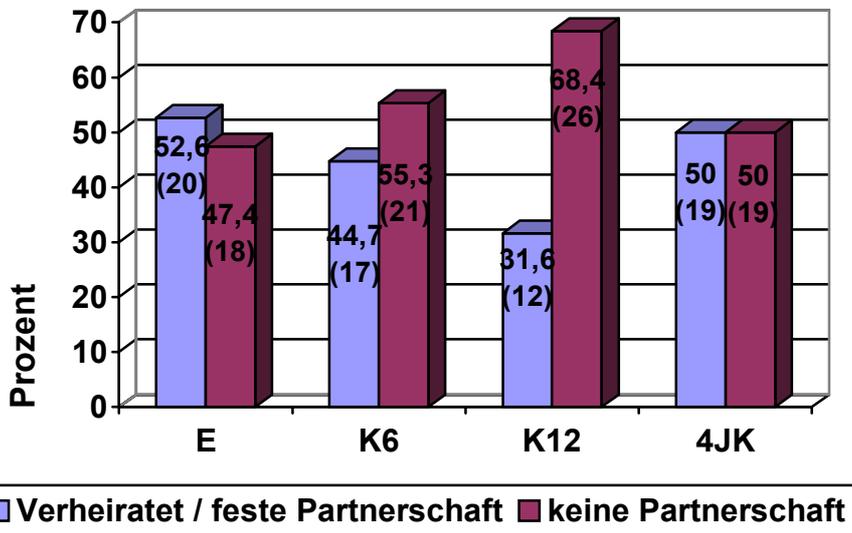


Abb. 6: Familienstand im Verlauf (V2, N=38), Angaben in Prozent (N)

2.2. Weiterbehandlung

Darstellung des Verlaufs

Die Inanspruchnahme von ambulanter Weiterbehandlung durch die Patienten als eines der Kriterien für Compliance ist für die Charakterisierung des Verlaufs im Katamnesezeitraum von großer Bedeutung.

Bei der Entlassuntersuchung hatten alle Patienten vor, sich einer Weiterbehandlung zu unterziehen. 87% wollten dafür einen Nervenarzt, 13% einen Haus- oder sonstigen Arzt aufsuchen. 47% wollten ihren Arzt einmal monatlich, 34% einmal wöchentlich und 18% nach Bedarf aufsuchen. 17 Patienten (45%) beabsichtigten, zusätzlich eine ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

Inwieweit die Patienten dies umsetzten, zeigen die Katamnesedaten. Zu jedem der Messzeitpunkte nahm ein Patient keinen Arztkontakt wahr. Bei näherer Betrachtung der Daten ist dies jedoch keinesfalls immer dieselbe Person,

sondern zu jedem Zeitpunkt eine andere. Über den Verlauf nahm die Häufigkeit der Arztbesuche zwar leicht ab, blieb aber insgesamt relativ konstant. Die Mittelwerte - also die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte pro Halbjahr - sank jedoch beträchtlich von 11,7 (K6) über 10,1 (K12) auf 6,9 (4JK).

Die genauen Ergebnisse der Daten der Erhebungszeitpunkte K6, K12 und 4JK für jeweils das letzte halbe Jahr sind in Tab.16 und 17 zu sehen. Lediglich die letzte Spalte bezieht sich zum Zeitpunkt 4JK auf die vergangenen drei Jahre.

	K6		K12		4JK		4JK letzte 3 Jahre	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Arztkontakte insgesamt: keiner	3	(1)	3	(1)	3	(1)	3	(1)
1-4	11	(4)	21	(8)	32	(12)		
5-15	66	(25)	58	(22)	61	(23)		
Über 15	21	(8)	18	(7)	5	(2)		
Nervenarztkontakte	90	(34)	92	(35)	87	(33)	92	(35)
sehr hilfreich	53	(18)	51	(18)	55	(17)	52	(17)
mäßig hilfreich	29	(10)	43	(15)	32	(10)	39	(13)
nicht hilfreich	18	(6)	6	(2)	13	(4)	9	(3)
Hausarztkontakte	37	(14)	24	(9)	34	(13)	40	(15)
sehr hilfreich	57	(8)	56	(5)	39	(5)	27	(4)
mäßig hilfreich	36	(5)	44	(4)	62	(8)	60	(9)
nicht hilfreich	7	(1)	0	(0)	0	(0)	13	(2)
Psychotherapie	13	(5)	11	(4)			40	(15)
sehr hilfreich	80	(4)	50	(2)			60	(9)
mäßig hilfreich	20	(1)	50	(2)			40	(6)

Tab. 16: Verlauf der ambulanten Weiterbehandlung (V2, N=38), Prozent u. (N)

Die Anzahl der Arztkontakte in den letzten drei Jahren (4JK) wurde anders gruppiert als die für den Zeitraum eines halben Jahres und wird daher an dieser Stelle gesondert aufgeführt: 37% (N=14) der Teilnehmer besuchten zwischen dem ersten und vierten Jahr nach Entlassung 1- bis 25-mal einen Arzt wegen

ihrer psychiatrischen Erkrankung. 34% (N=13) taten dies 26- bis 50-mal, 24% (N=9) 51- bis 90-mal und 3% (N=1) mehr als 90-mal.

	K6		K12		4JK		4JK letzte 3 Jahre	
	MW	(sd)	MW	(sd)	MW	(sd)	MW	(sd)
Anzahl Arztkontakte	11,7	(10,8)	10,1	(10,9)	6,9	(5,4)	38,1	(30,5)
Nervenarztkontakte: Anzahl	10,1	(11,3)	9,1	(11,0)	5,9	(5,4)	33,5	(30,3)
Hilfreich	2,8	(1,5)	2,6	(1,1)	2,6	(1,5)	2,7	(1,4)
Hausarztkontakte: Anzahl	1,6	(2,8)	1,0	(2,4)	1,0	(2,3)	4,6	(12,7)
Hilfreich	2,4	(1,3)	2,2	(0,8)	2,6	(1,0)	3,3	(1,3)
Psychoth. Kontakte: Anzahl							75,5	(116,6)
Hilfreich							2,3	(0,7)

Tab. 17: Ambulante Weiterbehandlung (V2, N=38), Mittelwert und sd

Weder bei der Zahl der Teilnehmer, die einen Facharzt aufsuchte noch bei der, die zum Hausarzt ging, zeigte sich über die Zeit eine lineare Veränderung. Die Mittelwerte der Häufigkeit der Arztkontakte nahmen bei den Nervenärzten über die Zeit stärker ab als bei den Hausärzten. Auf einer Skala von 1=„sehr hilfreich“ bis 6=„überhaupt nicht hilfreich“ empfanden die Teilnehmer die Hausarztbesuche vier Jahre nach Entlassung als etwas weniger hilfreich als zu den vorherigen Katamnesezeitpunkten.

Da nur sehr wenige Patienten mit recht unterschiedlicher Kontaktfrequenz zu K6 und K12 eine psychotherapeutische Behandlung wahrgenommen haben, wären entsprechende Mittelwerte verzerrt und nicht aussagekräftig. Daher wird an dieser Stelle lediglich der Mittelwert dieses Items von 4JK (N=15) dargestellt. Psychotherapie wurde zum Zeitpunkt 4JK innerhalb der letzten drei Jahre zwar bedeutend öfter als vorher in Anspruch genommen (Tab. 16). Zu bedenken ist jedoch, dass es sich dabei um einen wesentlich größeren Zeitraum handelt als zu den vorhergehenden zwei Messzeitpunkten.

Weiterhin wurde erfragt, ob der Nervenarzt in den letzten sechs Monaten gewechselt worden sei beziehungsweise - zusätzlich zu 4JK - die Anzahl der Nervenärzte in den letzten drei Jahren.

Sechs Monate nach Entlassung (K6) gaben 11% (N=4) der Partizipanten an, ihren Nervenarzt im letzten halben Jahr gewechselt zu haben. Weitere sechs Monate später (K12) waren es nur noch 6% (N=2) und wiederum drei Jahre später (4JK) 8% (N=3). Bezüglich der Anzahl der behandelnden Nervenärzte in den letzten drei Jahren (4JK) gaben 8% an, keinen Nervenarzt zu haben, 66% hatten einen aufgesucht, 24% zwei und eine Person sogar vier. Das heißt, in diesem Zeitraum (3 Jahre) hatten 26% (N=10) ihren behandelnden Psychiater mindestens einmal gewechselt.

Prüfung auf Unterschiede im Verlauf

Beim Prüfen auf signifikante Unterschiede obiger Variablen über die Zeit fällt kein Test signifikant aus. Geprüft wurden die Anzahl der Arztkontakte, der Kontakte zum Haus- beziehungsweise Nervenarzt für das letzte halbe Jahr, ob diese oder die Psychotherapie von den Patienten als hilfreich empfunden wurden sowie die Häufigkeit der Nervenarztwechsel. Die Ergebnisse sind im Anhang tabellarisch aufgeführt (A-Tab. 3).

Der zeitliche Verlauf der Inanspruchnahme von Psychotherapie wurde nicht geprüft, da hier unterschiedliche Erhebungszeiträume vorliegen. Die Prüfung der Bewertung der Hausarzt- und Psychotherapeutenkontakte entfällt aufgrund der geringen Anzahl der Patienten, die sich dazu äußerten.

2.3. Neuroleptika

Der Verlauf der Neuroleptika-Einnahme wird an dieser Stelle lediglich in groben Zügen untersucht. Kap. II.2.5. gibt die für diese Studie gültige Definition atypischer Neuroleptika.

Zum Entlasszeitpunkt nahmen 97% der Teilnehmer ein Neuroleptikum ein, zu 4JK taten dies nur noch 87%. Einen tabellarischen Überblick gibt Tab.18.

Der Cochran-Test ist weder für die Neuroleptika-Einnahme allgemein (Cochrans Q (3)= 3,62; p=0,31) noch für die Differenzierung in Typika und Atypika (Cochrans Q (3)= 0,75; p=0,86) im zeitlichen Verlauf signifikant.

	E		K6		K12		4JK	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Neuroleptika allgemein	97	(37)	92	(35)	95	(36)	87	(33)
Atypika	71	(27)	68	(26)	74	(28)	66	(25)
Typika	26	(10)	24	(9)	21	(8)	21	(8)

Tab. 18: Neuroleptika im Verlauf (V2, N=38), Angaben in Prozent (N)

2.4. Rehospitalisierungen

Einen sehr wichtigen Parameter, um nicht nur den Verlauf der Erkrankung beschreiben, sondern auch deren Schweregrad abschätzen zu können, stellt die stationäre Wiederaufnahme der Patienten dar. Die Operationalisierung dieses Begriffs ist in Kap. II.2.5. nachzulesen.

Betrachtet werden an dieser Stelle folgende Variablen: Fand im erfragten Zeitraum eine Rehospitalisierung statt? Wenn ja, wie oft? Bei K12 und 4JK: Fand die Rehospitalisierung erstmals seit Index-Entlassung statt? Zusätzlich wurde die durchschnittliche Dauer pro Aufenthalt berechnet und ihr Verlauf untersucht. Bei K6 und K12 handelt es sich jeweils um den Zeitraum des letzten halben Jahres, bei der Vierjahreskatamnese beziehen sich die Angaben zur Rehospitalisierung auf die letzten drei Jahre.

Rehospitalisierungen		K6		K12		4JK	
		%	(N)	%	(N)	%	(N)
Insgesamt:	keine	71	(27)	84	(32)	37	(14)
	1	24	(9)	13	(5)	24	(9)
	2	5	(2)	0	(0)	21	(8)
	3	0	(0)	3	(1)	5	(2)
	4	0	(0)	0	(0)	13	(5)
Erstmals im Erhebungszeitraum		29	(11)	5	(2)	40	(15)

Tab. 19: Rehospitalisierung im Verlauf (V2, N=38), Angaben in Prozent (N)

Die Anzahl der Teilnehmer, die im erfragten Zeitraum nicht wieder aufgenommen werden mussten, nahm von 27 (K6) auf 32 (K12) zu, zum letzten Messzeitpunkt hingegen deutlich auf 14 (4JK) ab. Zu beachten ist jedoch, dass bei der letzten Untersuchung ein viel größerer Zeitraum erfragt wurde, der dadurch nicht mit den vorherigen Daten verglichen werden kann. Im gesamten Erhebungszeitraum nicht rehospitalisiert wurden 10 Patienten (26%).

Auch die Zahlen der erstmals Rehospitalisierten sind aufgrund der verschiedenen Erhebungszeiträume kaum vergleichbar. Teilt man allerdings den Wert von 4JK (N=15) durch sechs – was einem halben Jahr entspräche – so kommt man auf durchschnittlich 2,5 Erstrehospitalisierte pro Halbjahr. Dies ist ein Wert ähnlich wie der zu K12, der möglicherweise auf eine konstante Entwicklung hinweist, jedoch natürlich nur eingeschränkt zum Vergleich herangezogen werden darf.

	K6		K12		4JK	
	MW	(sd)	MW	(sd)	MW	(sd)
Durchschnittliche Dauer eines Aufenthaltes in Wochen	12,1	(8,9)	7,2	(6,0)	9,8	(11,2)

Tab. 20: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (V2, N=38): Mittelwert und (sd)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nahm zunächst zu K12 hin ab, dann jedoch wieder zu, wobei sie bei der letzten Erhebung immer noch deutlich unter dem Mittelwert von K6 liegt (s. Tab. 20).

Die im gesamten Erhebungszeitraum rehospitalisierten Patienten (N=28) verbrachten in den vier Jahren im Mittel 25,3 Wochen (sd= 27,6) in stationärer oder teilstationärer Behandlung, der Median liegt bei 12,5 Wochen.

Zur differenzierteren Betrachtung ist eine gruppierte Auswertung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sinnvoll (Abb. 7): Innerhalb der vier Jahre verbrachte mit knapp 60% (N=16) der größte Teil der rehospitalisierten Patienten zwischen einer und 15 Wochen wegen ihrer psychiatrischen Erkrankung in einer Klinik.

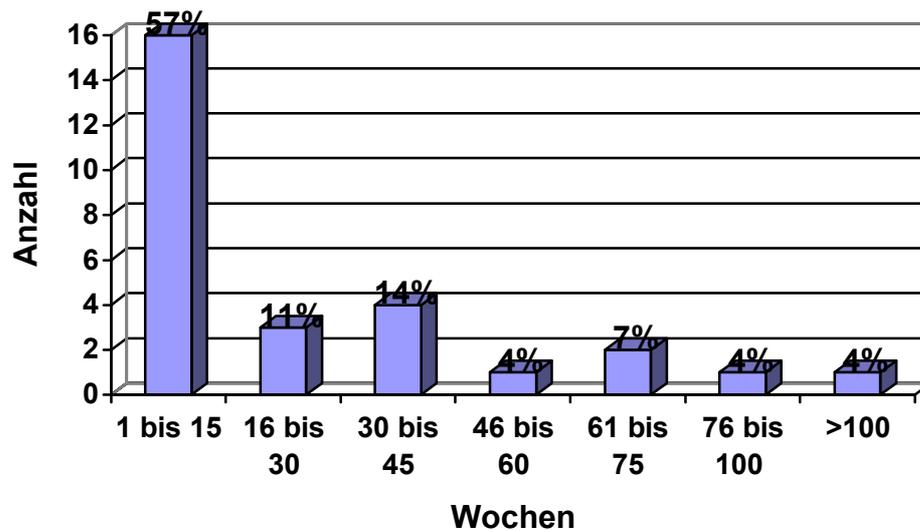


Abb. 7: Gesamtdauer der Klinikaufenthalte pro Person über 4 Jahre (N=38)

Keine der Variablen kann testtheoretisch geprüft werden, da verschiedene Bezugszeiträume vorliegen und die Anzahl der zu allen Zeitpunkten rehospitalisierten Patienten (N=3) zu gering ist.

2.5. Compliance

Die Operationalisierung des Begriffs Compliance für diese Studie wurde bereits in Kap. II.2.5. angeführt. Zunächst interessiert der Verlauf der Compliance im Katamnesezeitraum.

Unter den zum Zeitpunkt K6 befragten Patienten (N=103) waren 23%, zu K12 (N=83) 30% nicht compliant. Wie bereits im letzten Kapitel beschrieben, ergibt sich vier Jahre nach Entlassung (N=69) eine Quote von 13% für die Non-Compliance im letzten halben Jahr. Bezüglich der letzten drei Jahre gab es drei Antwortmöglichkeiten. 13% waren in diesem Zeitraum ihren Angaben zufolge eher nicht compliant, 10% phasenweise compliant und 77% compliant.

Verglichen mit den Zahlen der Vergleichsstichprobe 2 (N=38) (Abb. 8) sind die Compliance-Raten bei V2 zu K6 und K12 höher als in den jeweiligen Gesamtstichproben (K6: N=103; K12: N=83).

Bemerkenswert ist die gleichbleibend hohe Compliance-Rate der Teilnehmer an dieser Studie. Zudem fällt positiv auf, dass sich der anfängliche Anstieg der Non-Compliance nicht fortsetzt, sondern sich im Gegenteil ein leichter Rückgang der Non-Compliance abzeichnet.

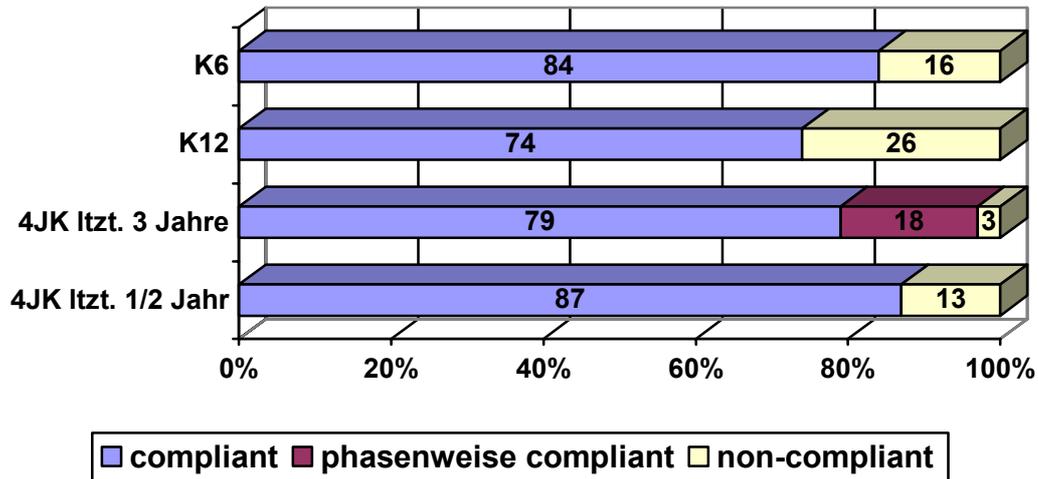


Abb. 8: Compliance im Verlauf (V2; N= 38), Angaben in Prozent

Geprüft auf Unterschiede im Verlauf sind die Veränderungen der Compliance im letzten halben Jahr bezogen auf die Messzeitpunkte K6, K12 und 4JK jedoch nicht signifikant (Cochran`s Q (2) = 2,8; p= 0,25).

Eine Übersicht über die Compliance der Teilnehmer an allen Untersuchungen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten gibt die folgende Abbildung.

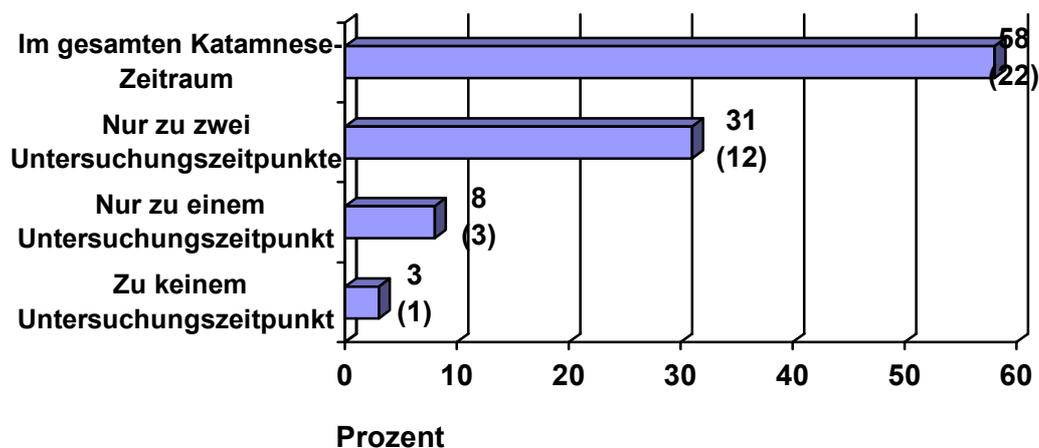


Abb. 9: Compliance zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten (V2); % (N)

Die ausgesprochen große Gruppe der 22 im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten wird im letzten Kapitel des Ergebnisteils Gegenstand genauerer Untersuchungen in Bezug auf Zusammensetzung und Charakteristika sein.

2.6. Lebenszufriedenheit

Das Berliner Lebensqualitätsprofil sowie die Methoden der Auswertung wurden bereits in Kap. II.2.4.1. besprochen. Wie dort schon erwähnt, wird bei der Erfassung der Lebensqualität im BeLP zwischen allgemeiner und bereichsspezifischer Lebensqualität unterschieden. Neben der allgemeinen Lebenszufriedenheit wird an dieser Stelle die Zufriedenheit mit den Teilbereichen seelische Gesundheit, körperliche Gesundheit, berufliche Tätigkeit, Arbeitslosigkeit, Partnerbeziehung, Zurechtkommen mit anderen Menschen, Anzahl der Freunde und Bekannten, Freizeitaktivitäten zu Hause und außerhalb der Wohnung, finanzielle Lage und Wohnsituation untersucht.

Wie zufrieden sind Sie mit...	unzufrieden			mäßig zufried.			zufrieden			keine Angabe		
	%			%			%			%		
	K6	K12	4JK	K6	K12	4JK	K6	K12	4JK	K6	K12	4JK
Leben allgemein	5	11	3	24	32	48	71	56	50	0	3	0
Seel. Gesundheit	19	27	5	24	21	63	58	53	32	0	0	0
Körperl. Gesundheit	8	13	5	21	8	55	71	79	40	0	0	0
Berufl. Tätigkeit	5	13	3	18	8	34	40	53	34	37	26	29
Arbeitslosigkeit	11	11	3	5	8	26	18	11	16	66	71	55
Partnerbeziehung	13	3	8	5	0	18	37	42	34	45	55	40
Kontakt zu anderen	13	13	3	21	27	53	66	61	45	0	0	0
Anzahl Freunde	21	13	8	18	18	29	58	68	63	3	0	0
Freizeit zu Hause	21	11	13	16	18	50	63	71	37	0	0	0
Freizeit außerhalb	26	13	13	16	13	45	58	74	40	0	0	3
Finanzielle Lage	13	29	16	16	11	50	71	61	34	0	0	0
Wohnsituation	8	13	5	24	16	29	68	71	66	0	0	0

Tab. 21: Lebenszufriedenheit im Verlauf (V2; N=38), Angaben in Prozent

Um die Ergebnisse anschaulich darzustellen, wurde die Zufriedenheitsskala des BeLP von 1=„völlig unzufrieden“ bis 7=„völlig zufrieden“ gruppiert: „unzufrieden“=1-2, „mäßig zufrieden“=3-5 und „zufrieden“=6-7. Tab. 21 gibt einen Überblick über die Zufriedenheitswerte.

Allgemein mit ihrem Leben zufrieden war bei jeder Untersuchung mindestens die Hälfte der Patienten. Sowohl die allgemeine Zufriedenheit als auch die Zufriedenheit mit der seelischen und körperlichen Untersuchung sank zur Vierjahreskatamnese hin erheblich. Auch in den Bereichen berufliche Tätigkeit, Arbeitslosigkeit, Kontakt zu anderen, Freizeit zu Hause, Freizeit außerhalb und finanzielle Lage fühlten sich die meisten Patienten bei der letzten Erhebung im Gegensatz zu vorher nur noch mäßig zufrieden. Hingegen spiegeln die Mittelwerte der Zufriedenheitswerte (Tab. 22) diese Tendenzen nicht oder nur sehr gering wieder. Die dort erkennbaren Differenzen sind meist unerheblich.

Lebensbereich	K6		K12		4JK	
	MW	(sd)	MW	(sd)	MW	(sd)
Leben allgemein	5,3	(1,2)	5,0	(1,3)	5,2	(1,4)
Seelische Gesundheit	4,8	(1,3)	4,7	(1,5)	4,8	(1,4)
Körperliche Gesundheit	5,3	(1,3)	5,2	(1,3)	4,9	(1,5)
Berufliche Tätigkeit	5,3	(1,4)	5,0	(1,7)	5,2	(1,4)
Arbeitslosigkeit	4,5	(2,0)	4,1	(1,8)	4,7	(1,4)
Partnerbeziehung	5,2	(2,0)	6,1	(1,1)	5,4	(1,8)
Kontakt zu anderen	4,9	(1,3)	4,8	(1,4)	5,1	(1,3)
Anzahl Freunde	4,8	(1,4)	5,3	(1,4)	5,4	(1,4)
Freizeit zu Hause	4,6	(1,6)	5,2	(1,2)	4,8	(1,6)
Freizeit außerhalb	4,5	(1,5)	5,1	(1,2)	5,1	(1,6)
Finanzielle Lage	5,2	(1,4)	4,7	(1,7)	4,7	(1,7)
Wohnsituation	5,4	(1,4)	5,3	(1,6)	5,7	(1,4)

Tab. 22: Zufriedenheit im Verlauf (V2; N=38), MW und sd

Wie schon die bisherigen Arbeiten zu dieser Studie gezeigt haben, liegt durchweg eine insgesamt relativ hohe Lebenszufriedenheit vor. Da nur ein Teil der untersuchten Patienten einer Arbeit nachging, berentet war oder eine

Beziehung hatte, lagen zu den Zufriedenheiten dieser Bereiche von mehreren Patienten keine Angaben vor.

Beim Vergleich der ungruppierten Werte mit dem Friedman-Test zeigt weder die allgemeine noch die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit signifikante Unterschiede über die Zeit. Dies gilt auch für den bei Habermüller (2002) signifikanten Parameter „Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung außerhalb“. Die Werte sind im Anhang tabellarisch dargestellt (A-Tab. 4).

2.7. Behandlungszufriedenheit

Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000) wird zur Messung der stationären Behandlungszufriedenheit eingesetzt. Um auch die Zufriedenheit mit der ambulanten Behandlung erfragen zu können, wurde ein vergleichbarer Fragebogen für die ambulante Behandlung entwickelt. Näheres zu Konzeption und Auswertung dieses Erhebungsinstruments ist in Kap. II.2.4.2. nachzulesen.

Verlauf der Behandlungszufriedenheit

An dieser Stelle wird neben sieben Items, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Fragebogen vorkommen und somit eine Vergleichsmöglichkeit bieten, ein Item, das lediglich ambulant erhoben wurde, untersucht (Tab. 23).

Die Antwortskala hat wie beim BeLP einen Wertebereich von 1=„trifft überhaupt nicht zu“ beziehungsweise „sehr unzufrieden“ bis 7=„trifft vollkommen zu“ beziehungsweise „sehr zufrieden“. Wegen des veränderungsorientierten Fragestils bedeutet im Gegensatz zu den beiden letzten Items der Liste bei allen anderen Items ein niedriger Wert eine hohe Zufriedenheit und ein hoher Wert eine geringe Zufriedenheit.

Item	Item-Nr.	
	Stat.	Amb.
Ich wünsche mir eine verbesserte Aufklärung über meine Krankheit und über die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten durch meinen behandelnden Arzt.	1	1
Ich wünsche mir, dass mein mich behandelnder Arzt mich ernster nimmt.	2	2
Die Kompetenz meines behandelnden Arztes sollte höher sein.	3	3
Ich wünsche mir in der Arztpraxis ein vertrauenerweckenderes Klima.		4
Ich wünsche mir eine verbesserte Aufklärung über die Wirkung und Nebenwirkungen der mir verabreichten Medikamente.	16	7
Ich wünsche mir eine erhöhte Wirksamkeit der mir verabreichten Medikamente.	17	8
Ich wünsche mir, dass ich mehr Einflussmöglichkeiten auf den gesamten Behandlungsplan habe.	20	12
Mit meiner Behandlung als PatientIn in der ambulanten Versorgung bin ich insgesamt (unzufrieden / zufrieden).		13
Mit meinem Aufenthalt als PatientIn in der UKPP Tübingen bin ich insgesamt (unzufrieden / zufrieden).	24	

Tab. 23: Liste der untersuchten Items des TüBB^{S/A}

In Tab. 24 und 25 werden in gleicher Weise wie beim BeLP aus der 7stufigen Skala drei Gruppen gebildet und diese tabellarisiert: "trifft nicht zu" beziehungsweise „zufrieden“ für 1 und 2, "trifft teilweise zu" beziehungsweise „teilweise zufrieden“ für 3 bis 5 und "trifft zu" beziehungsweise „unzufrieden“ für 6 und 7. Hier ist ebenfalls auf die umgekehrte Wertung der allgemeinen Behandlungszufriedenheit zu achten.

Insgesamt war die Behandlungszufriedenheit durchgehend relativ hoch. Weitaus die meisten Patienten fühlten sich von ihrem Arzt ernst genommen und bewerteten ihn als kompetent. Mit der Aufklärung über die Krankheit und über die Medikamente waren etwas weniger Patienten zufrieden, jedoch immer noch fast jeder Zweite. Auch das nur ambulant erfragte Item zum Klima in der Arztpraxis hat ein deutliches Maximum im Bereich „zufrieden“. Mehr als jeder Zweite war mit der Wirksamkeit der Medikamente zufrieden. Dies trifft mit Ausnahme der Entlassuntersuchung auch auf die Einflussmöglichkeiten auf den

Behandlungsplan zu. Hinsichtlich der Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung äußerten die Teilnehmer etwas seltener Zufriedenheit. Die allgemeine Zufriedenheit war bei der Entlass- und der letzten Untersuchung insgesamt deutlich höher als bei den beiden dazwischen liegenden Katamneseuntersuchungen. Insgesamt zeigen fast alle Items eine leichte Steigerung der Zufriedenheit im Verlauf der vier Jahre.

Item TüBB ^{AS}	trifft nicht zu = zufrieden				trifft teilw. zu =teilw. zufried.				trifft zu = unzufrieden				keine Angabe			
	%				%				%				%			
	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK
1. Aufklärung Krankheit	40	53	47	53	26	32	32	37	29	13	13	8	5	3	8	3
2. Ernster nehmen	45	68	63	71	21	13	13	16	29	16	16	11	5	3	8	3
3. Arztkompetenz	66	74	71	79	16	16	16	16	13	8	5	3	5	3	8	3
4. Klima Arztpraxis	-	47	61	63	-	13	16	13	-	37	16	16	-	3	8	8
7. Aufklärung Medikamente	24	42	50	55	42	42	26	32	26	13	16	11	8	3	8	3
8. Wirksamkeit Medikamente	53	55	53	63	29	29	24	18	11	13	16	13	8	3	8	5
12. Einflussmöglichkeiten	42	58	58	61	24	24	16	26	26	16	16	5	8	3	11	18

Tab. 24: gruppiert: Verlauf der Behandlungszufriedenheit (V2, N=38), Prozent

Item (TüBB ^{AS})	unzufrieden				teilw. zufrieden				zufrieden				keine Angabe			
	%				%				%				%			
	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK
13. Zufriedenheit	18	13	8	18	18	45	42	18	47	34	32	47	16	8	18	16

Tab. 25: gruppiert: Verlauf d. Gesamtbehandlungszufriedenheit (V2; N= 38), %

Die gemittelte Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen zu den jeweiligen Messzeitpunkten ist in Abb. 10 dargestellt: je kleiner der Wert, desto höher die

Zufriedenheit. Lediglich beim letzten Item bedeutet ein hoher Wert auch hohe Zufriedenheit.

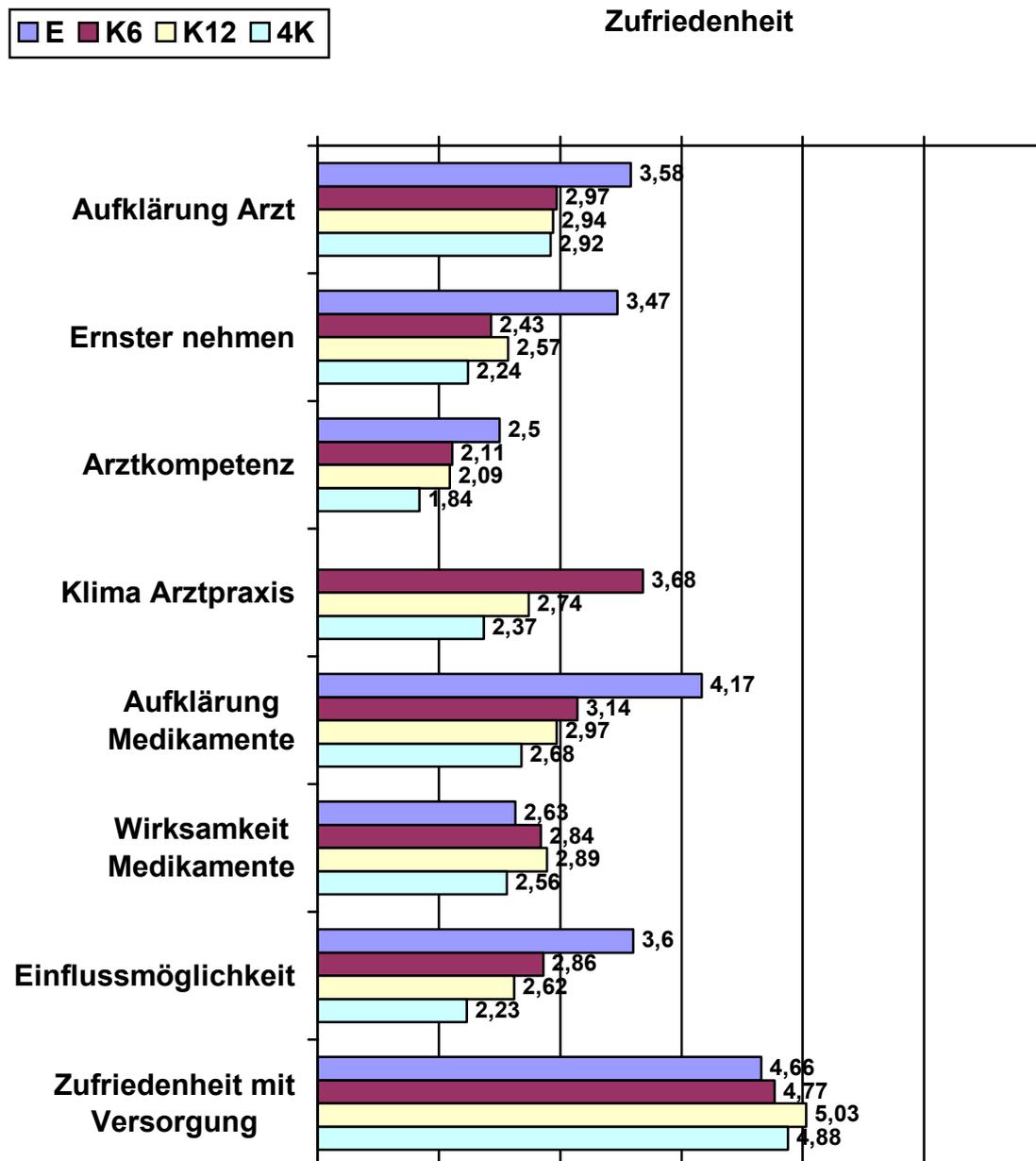


Abb. 10: Behandlungszufriedenheit im Verlauf (V2; N=38), Mittelwerte

Generell war die Unzufriedenheit mit der stationären Behandlung größer als mit der ambulanten. Die Behandlungszufriedenheit im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung wird daher weiter unten genauer betrachtet.

Prüfung auf Unterschiede im Verlauf

Beim Vergleich der Zufriedenheiten zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten wird zunächst wegen der schon erwähnten auffälligen Differenz der Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlungszufriedenheit, also die Zeitpunkte E und K6, untersucht. Geprüft wurde mit dem Wilcoxon-Test für zwei verbundene Stichproben. Datengrundlage sind hier die Daten all der Patienten, die sowohl an E als auch an K6 teilgenommen haben (N=95).

Item (Nummer aus ambulantem Fragebogen)	Nr.	Wilcoxon-Test		
		N	Z	p
Verbesserte Aufklärung durch den Arzt	1	73	-2,27	0,02*
Ernstster genommen werden durch den Arzt	2	74	-2,86	0,004**
Höhere Arztkompetenz	3	73	-2,09	0,04*
Verbesserte Aufklärung über Medikamente	7	73	-2,09	0,04*
Erhöhte Wirksamkeit der Medikamente	8	71	-0,65	0,52
Mehr Einflussmöglichkeiten auf Behandlungsplan	12	68	-2,73	0,006**
Behandlungszufriedenheit insgesamt	13	61	-0,50	0,62

Tab. 26: Prüfung auf Unterschiede der Behandlungszufriedenheit E-K6 (N=95)

Signifikante Werte gibt es bei fünf der sieben Items. Die Patienten waren zum ersten Katamnesezeitpunkt signifikant zufriedener mit der Aufklärung über ihre Erkrankung durch den behandelnden Arzt, fühlten sich von ihm hochsignifikant ernstster genommen und maßen ihm eine höhere Kompetenz bei. Auch die Medikamentenaufklärung erlebten sie von ihrem ambulanten Arzt als signifikant besser als vom stationären. Mit ihrem Einfluss auf den Behandlungsplan waren die Teilnehmer bei der ersten Katamneseuntersuchung hochsignifikant zufriedener.

Nach der Untersuchung der Behandlungszufriedenheit im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung, folgt nun die Analyse des Verlaufs der ambulanten Behandlung (Tab. 27). Dazu wurden die Zufriedenheiten zu den Messzeitpunkten K6, K12 und 4JK verglichen. Da es sich um drei verbundene Stichproben handelt, wurde der Friedman-Test zur Prüfung eingesetzt. Datengrundlage ist hier wieder V2 (N=38).

Im Gegensatz zum Übergang stationäre / ambulante Behandlungszufriedenheit hat hier nur ein Item einen signifikanten p-Wert: Das Klima in der Arztpraxis fanden die Patienten vier Jahre nach Entlassung signifikant vertrauenerweckender als zu K6. Das Balkendiagramm (Abb. 10) stellt den Unterschied der Mittelwerte eindrucksvoll dar.

Item (Nummer aus ambulantem Fragebogen)	Nr.	Friedman		
		N	χ^2	p
verbesserte Aufklärung durch den Arzt	1	34	0,02	0,99
Ernstes genommen werden durch den Arzt	2	34	1,27	0,53
Höhere Arztkompetenz	3	34	0,37	0,83
Vertrauenerweckenderes Klima in der Arztpraxis	4	32	6,30	0,04*
verbesserte Aufklärung über Medikamente	7	34	2,77	0,25
Erhöhte Wirksamkeit der Medikamente	8	33	3,93	0,14
mehr Einflussmöglichkeiten auf Behandlungsplan	12	32	0,37	0,83
Behandlungszufriedenheit insgesamt	13	26	1,36	0,51

Tab. 27: Prüfung des Verlaufs der amb. Behandlungszufriedenheit (V2; N=38)

2.8. Krankheitskonzept

In diesem Kapitel wird zum einen das subjektive Empfinden der Patienten bezüglich der Veränderung ihres Gesundheitszustands seit Entlassung aus der Klinik untersucht. Dies spiegelt die eigene Krankheitswahrnehmung ein Stück weit wider. Zum anderen und im Besonderen wird das Krankheitskonzept der Patienten untersucht.

Das erste Item stammt aus dem Fragebogen zur Krankheits- und Behandlungsanamnese. Das Krankheitskonzept wurde mit der Krankheitskonzept-Skala von Linden et al. (1988) erhoben, die in Kap. II.2.4.3. näher beschrieben wird. Untersucht werden die sieben Dimensionen Arztvertrauen (AV), Medikamentenvertrauen (MV), Anfälligkeit (AN), Negativerwartungen (NE), Zufallskontrolle (CC), Schuld (SD) und idiosynkratische Annahmen (IA) sowie der Gesamtscore. Zusätzlich werden die für diese Studie entwickelten ergänzenden Items ausgewertet.

Veränderung des Gesundheitszustands seit Entlassung

Die subjektive Einstellung der Patienten zu ihrem Gesundheitszustand wurde mit der Frage: „Im Vergleich zum Entlasszeitpunkt, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?“ erhoben. Die Antwortskala reichte von 1=„jetzt viel besser“ bis 7=„jetzt viel schlechter“. Im Folgenden werden die Daten der Übersichtlichkeit halber in drei Bereiche gruppiert: 1 und 2=„besser“; 3-5=„mäßig“, 6 und 7=„schlechter“.

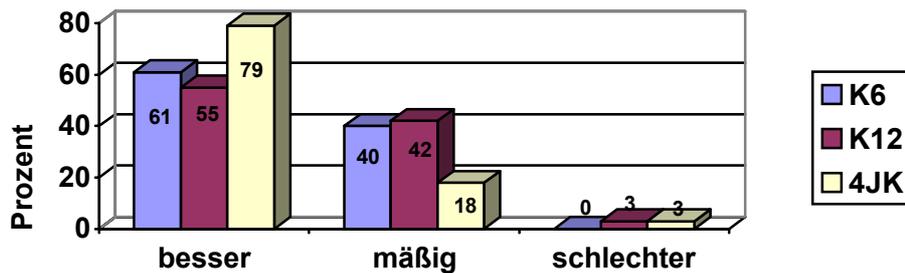


Abb. 11: Gesundheitszustand im Vergleich zu E (V2; N= 38), Angaben in %

Vier Jahre nach Entlassung stufen mehr Patienten ihren Gesundheitszustand als verbessert ein als zu den ersten beiden Katamnesezeitpunkten. Die Mittelwerte zeigen diese geringfügige Veränderung nur schwach: von 2,13 (K6) über 2,34 (K12) zu 2,08 (4JK). Geprüft auf einen Unterschied im Verlauf mit dem Friedman-Test ergab sich kein signifikanter p-Wert ($X^2(2)=1,46$; $p=0,48$).

KK-Skala

Sowohl in der Darstellung der Häufigkeiten als auch bei Ansicht der Mittelwerte hat das Medikamentenvertrauen die höchsten Werte. Dies bedeutet, dass die Patienten insgesamt positive Erwartungen hinsichtlich der medikamentösen Behandlung hegen. Die Werte steigerten sich während des Erhebungszeitraums kontinuierlich, wenn auch nicht signifikant. Das Arztvertrauen war der zweitstärkste Bereich. Weitaus weniger stark fühlten sich die Patienten durch ihre Krankheit persönlich bedroht (AN). Idiosynkratische Annahmen, also vorgefasste Meinungen im Sinne dysfunktionaler Kognition zu Medikamenten und Therapie, die gegen die Einnahme von Medikamenten

sprechen, sind insgesamt eher niedrig und zur letzten Erhebung nochmals geringer ausgeprägt. Die Dimensionen Zufallskontrolle und Schuld zeigen in der Häufigkeitstabelle keinen sehr ausgeprägten Schwerpunkt, liegen jedoch gemittelt eher im unteren Bereich. Negativerwartungen nahmen im Verlauf tendenziell leicht ab (Tab. 28 und Abb.12).

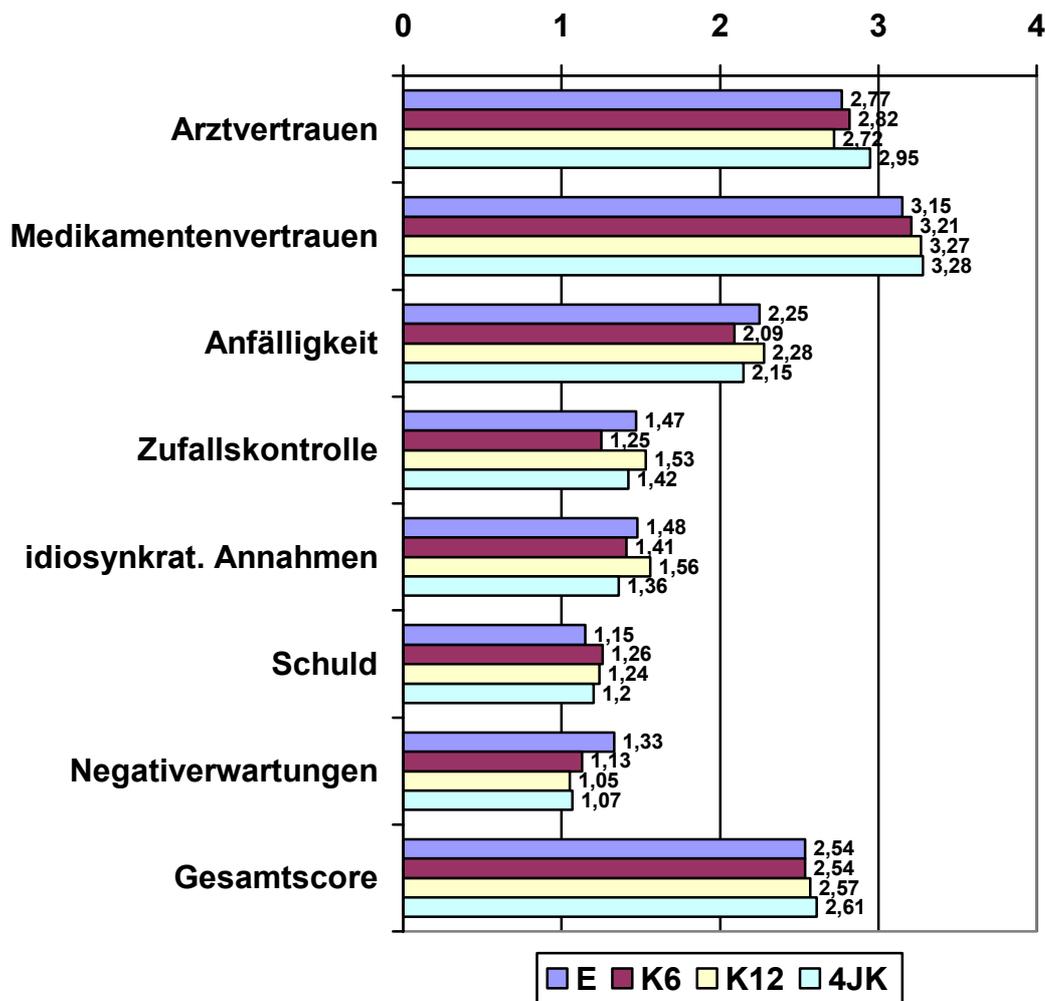


Abb. 12: Mittelwerte der KK-Skala im Verlauf (V2; N=38)

Der Mittelwert des Gesamtscores war mit Werten zwischen 2,5 und 2,6 ebenfalls relativ hoch angesiedelt. Dies bedeutet, dass die Überzeugung, „an einer ernstzunehmenden und ärztlich und medikamentös behandlungsbedürftigen Krankheit zu leiden“ (Linden und Seidel 1998),

vorhanden ist. Der Summenscore nahm zwar kontinuierlich leicht zu, dabei handelt es sich jedoch nicht um eine signifikante Steigerung.

Dimen- sion	Stimme gar nicht zu (0) %				Stimme kaum zu %				Stimme teilweise zu %				Stimme über- wiegend zu %				Stimme voll zu (4) %			
	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK	E	K6	K12	4JK
MV	0	0	0	0	0	0	0	3	14	18	7	11	46	35	50	38	40	47	43	49
AV	0	0	0	0	0	0	0	3	25	33	36	25	64	36	36	33	11	31	27	39
AN	3	11	10	5	29	19	17	24	21	25	30	32	32	39	27	27	15	6	17	11
IA	6	6	6	14	50	40	31	41	32	43	50	32	9	11	13	14	3	0	0	0
CC	17	24	17	22	31	35	37	35	31	32	23	24	17	9	23	16	3	0	0	3
SD	27	29	31	24	35	29	28	41	32	34	28	27	3	3	13	5	3	6	0	3
NE	17	23	28	27	42	46	41	46	33	26	31	22	8	6	0	3	0	0	0	3

Tab. 28: Verlauf der KK-Skala (V2; N=38), Angaben in Prozent

Geprüft auf Unterschiede im Verlauf mit dem Friedman-Test ergeben sich keine signifikanten Werte. Die Ergebnisse sind im Anhang zu sehen (A-Tab. 5).

Ergänzende Items der KK-Skala

Bei den ergänzenden Items sollte verschiedenen Aussagen zu Medikamenten zugestimmt oder diese abgelehnt werden. Die Mittelwerte und Prüfungsergebnisse zeigt Tab. 29.

Auch bei diesen Items war über den Erhebungszeitraum hin keine signifikante Veränderung festzustellen. Insgesamt hatten die Teilnehmer eher positive Einstellungen zu den Medikamenten. Sie fanden sie überwiegend rückfallverhindernd und waren teilweise der Ansicht, dass sie aufgrund der Nebenwirkungen gefährlich seien. Die Mittelwerte für die positive Beeinflussung des Lebensgefühls und des Selbstbewusstseins durch die Medikamente liegen eher niedrig, ebenso für die Gefahr des Abhängigwerdens. Der Meinung, dass Medikamente lediglich ruhig stellen, waren nur wenige. Manche Teilnehmer wollten die Medikamente bei Besserung des Gesundheitszustandes absetzen.

Eine Kombination der Medikamente mit Alkohol oder anderen Drogen hielten die meisten Patienten für problematisch.

	E		K6		K12		4JK		Friedman-Test; df=3		
	MW	(sd)	MW	(sd)	MW	(sd)	MW	(sd)	N	X²	p
Rückfallverhindernd	3,0	(0,9)	3,0	(1,0)	3,3	(0,9)	3,1	(1,0)	29	1,55	0,67
Gefahr wegen Nebenwirkungen	1,8	(1,1)	1,8	(1,1)	1,9	(1,1)	2,0	(1,3)	27	0,17	0,98
Gutes Lebensgefühl/Selbstbewusstsein	1,8	(1,2)	1,8	(1,1)	1,7	(1,1)	2,0	(1,2)	25	0,95	0,81
Abhängigkeitsgefahr	1,5	(1,3)	1,5	(0,9)	1,7	(0,8)	1,8	(1,3)	26	1,56	0,67
Nur Ruhigstellung	1,3	(1,4)	1,6	(1,3)	1,2	(1,0)	1,3	(1,2)	26	3,44	0,33
Absetzen bei Besserung	2,4	(1,5)	2,6	(1,1)	2,3	(1,4)	2,1	(1,5)	28	4,03	0,26
Kombination mit Alkohol/ Drogen unproblematisch	0,6	(1,0)	0,8	(1,1)	0,6	(1,1)	0,6	(0,7)	27	0,49	0,92

Tab. 29: ergänzende Items der KK-Skala im Verlauf (V2; N=38); MW, sd und p

2.9. Psychopathologie im Verlauf

Vergleicht man die Ergebnisse der Fremdbeurteilungsinstrumente PANSS und GAF zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten, so fallen geringe Schwankungen auf (s. Tab. 30).

	E		K6		K12		4JK		p
	MW	(sd)	MW	(sd)	MW	(sd)	MW	(sd)	
GAF	68	(10)	68	(13)	65	(10)	70	(16)	0,28
PANSS: Positive Subskala	9	(2)	8	(2)	8	(2)	9	(2)	0,04*
Negative Subskala	10	(3)	9	(2)	9	(3)	10	(3)	0,28
Allgemeinpsychopathologie	21	(5)	19	(3)	20	(3)	22	(6)	0,005**
Gesamtscore	39	(9)	36	(6)	37	(6)	41	(10)	0,01*

Tab. 30: Psychopathologie im Verlauf (V2; N=38), Mittelwert, sd und p

Einige Veränderungen sind zwar im Friedman-Test signifikant, jedoch nicht linear, so dass diese Ergebnisse keine aussagekräftige Veränderung der Psychopathologie über die Zeit widerspiegeln, sondern möglicherweise eher auf unterschiedliche Einschätzung von Seiten der Rater hinweisen.

2.10. Geschlechterunterschiede im Verlauf

Bei der Prüfung auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Ausprägung bestimmter Items im zeitlichen Verlauf mittels zweifaktorieller Varianzanalyse fand sich eine Reihe von signifikanten Unterschieden. Auch bei Hinzunahme von persönlichen Variablen der Patienten wie beispielsweise des Alters als Zwischensubjektfaktoren (dies entspricht einer dreifaktoriellen Varianzanalyse) blieben diese signifikant. In Tab. 31 sind lediglich die signifikanten Ergebnisse dargestellt.

Item	df	F	p
BeLP: Lebenszufriedenheit allgemein	1, 33	15,45	0,000***
BeLP: Zufriedenheit m. seel. Gesundheit	1, 34	7,13	0,012*
KK: Dimension Schuld	1, 26	6,98	0,014*
PANSS-Subskala Allgemeinpathologie	1, 27	5,14	0,032*
PANSS-Subskala Positivsymptomatik	1, 28	12,77	0,001**
PANSS-Summenscore	1, 26	5,77	0,024*
GAF	1, 28	4,61	0,041*

Tab. 31: Signifikante Geschlechterunterschiede im Verlauf (V2; N=38)

Unabhängig vom Alter waren Frauen zufriedener mit ihrem Leben allgemein und mit ihrer seelischen Gesundheit. Bezüglich der Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit war kein Unterschied feststellbar. Weiter hatten Frauen ein weniger auf schuldhafter Eigenverantwortung beruhendes Krankheitskonzept, zeigten niedrigere Werte auf den positiven und allgemeinpathologischen Subscores der PANSS sowie beim Gesamtscore, was einer geringeren Symptomatik entspricht. Der GAF-Score war bei Frauen eher

stärker ausgeprägt. Dies weist auf eine höhere „Funktionsfähigkeit“ hin. PANSS und GAF sind jedoch Fremdbeurteilungsinstrumente, so dass hier Unterschiede zwischen den Ratern mit einfließen können.

Die Dimension „idiosynkratische Annahmen“ der KK-Skala unterschied sich zwar bezüglich des Geschlechts der Patienten dadurch, dass bei den Frauen die Ausprägung idiosynkratischer Annahmen geringer war als bei den Männern der Vergleichsstichprobe 2. Bei Hinzunahme des Alters als Zwischensubjektfaktor war dieser Unterschied jedoch nicht mehr signifikant, was auf einen zusätzlichen Einfluss des Alters auf diese Variable schließen lässt.

3. Prüfung von Einflussfaktoren

Verschiedene Daten wurden auf Korrelationen überprüft. Dabei ging es besonders um Zusammenhänge mit der Compliance. Als Grundlage dienten die Daten der aktuellen Erhebung (4JK). Für die Compliance wurde die Variable „Compliance in den letzten drei Jahren“ dichotomisiert: Die letzten beiden Stufen mit Häufigkeiten von 10% (phasenweise) und 13% (eher nicht) wurden zu „Non-Compliance“ (23%) zusammengefasst. Antworten auf Skalenniveau wurden in jeweils zwei Extremgruppen unterteilt. Skalen von 1-6 wurden in die Gruppen 1=1-2 und 2=5-6 und Skalen von 1-7 in die Gruppen 1=1-3 und 2=5-7 gegliedert. Geprüft wurden acht Bereiche. Von diesen korrelierten die Bereiche soziale Situation und Rehospitalisierung nicht mit der Compliance, ebenso wenig stand die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer in Zusammenhang mit ihrer Behandlungszufriedenheit. Die übrigen Bereiche, die signifikante Korrelationen aufwiesen, werden im Folgenden detailliert dargestellt.

Weiterbehandlung und Compliance

Aufgrund der Operationalisierung der Compliance für diese Studie war davon auszugehen, dass Weiterbehandlung und Compliance miteinander verknüpft sein müssen. Patienten, die die Nervenarztkontakte als besonders hilfreich empfanden, waren signifikant compliantler als Patienten, die die Kontakte als

nicht hilfreich beurteilten (Fischers exakter Test: $p=0,02^*$). Die Inanspruchnahme einer Psychotherapie war dagegen nicht mit der Compliance korreliert.

Lebenszufriedenheit und Compliance

Beim Prüfen der Beziehung verschiedener Bereiche der Lebensqualität zur Compliance korrelierte lediglich die Zufriedenheit im Bereich Arbeit mit der Compliance (Fischers exakter Test: $p=0,01^*$). Dies war durch einen relativ hohen Anteil an Non-Compliance unter den mit der Arbeit unzufriedenen Personen bedingt. Die Non-Compliance unter den Zufriedenen war hingegen geringer als statistisch erwartet.

Behandlungszufriedenheit und Compliance

Unter den Items zur Behandlungszufriedenheit wies die Zufriedenheit hinsichtlich der Medikamentenaufklärung einen Zusammenhang mit der Compliance auf (Fischers exakter Test: $p=0,01^*$). Mit der Medikamentenaufklärung Unzufriedene zeigten eine höhere Non-Compliance-Rate (40%) als Zufriedene (10%). Andere Items dieses Fragebogens waren nicht mit der Compliance korreliert.

Krankheitskonzept und Compliance

Die Dimension Medikamentenvertrauen korrelierte mit der Compliance (Spearman's $\rho=0,28$; $p=0,03^*$). Dabei zeigten Patienten mit geringerem Medikamentenvertrauen eine höhere Non-Compliance als statistisch erwartet. Ebenso war der Gesamtscore schwach mit der Compliance korreliert (Spearman's $\rho=0,25$; $p=0,05^*$). Personen mit einem niedrigen Gesamtscore (kleiner gleich 2) waren zu 100% non-compliant, während Patienten mit einem höheren Gesamtscore hohe Compliance-Raten hatten. Die anderen Dimensionen der KK-Skala hingen nicht signifikant mit der Compliance zusammen.

Lebenszufriedenheit und soziale Situation

Der Beschäftigungsstatus war signifikant mit der Zufriedenheit des Bereiches Arbeit korreliert (Craddock-Flood: $p < 0,02^*$). Dies ist auf einen Anteil von 93% mit hohen Zufriedenheitswerten unter den Teilnehmern, die mehr als 20 Stunden pro Woche beschäftigt waren und auf einen mit 67% relativ hohen Anteil an unzufriedenen, arbeitslosen Teilnehmern zurückzuführen. Schwach signifikant war der Zusammenhang zwischen der Wohnsituation und der Zufriedenheit mit dem Wohnen (Craddock-Flood: $p < 0,05^*$). Die im betreuten Wohnen lebenden Personen waren weniger zufrieden mit dem Wohnen als die, die bei Eltern/Verwandten oder selbständig lebten. Zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und anderen Variablen zur sozialen Situation fanden sich keine signifikanten Korrelationen. Eine Übersicht über signifikante und wichtige Ergebnisse geben die Tabellen 32 und 33.

	Variable	Testverfahren	Wert	p
1.	Nervenarztkontakte hilfreich	Fischers exakter Test	--	0,02*
2.	BeLP: Zufriedenheit mit Arbeit	Fischers exakter Test	--	0,01*
3.	Zuf. mit Medikamentenaufklärung	Fischers exakter Test	--	0,01*
4.	KK: Medikamentenvertrauen	Spearmans rho	0,28	0,03*
	KK-Gesamtscore	Spearmans rho	0,25	0,05*
5.	Rehospitalisierung ja/nein	Fischers exakter Test	--	0,36
	Zahl der Rehospitalisierungen	Spearmans rho	0,17	0,16
	Gruppiert: Gesamtaufenthaltsdauer	Spearmans rho	-0,82	0,51

Tab. 32: Wichtige Ergebnisse d. Korrelationen mit d. Compliance (4JK; N=69)

	Variable	Testverfahren	Wert	P
6.	Beschäftigungssituation - Zuf. Arbeit	Craddock-Flood	--	<0,02*
	Wohnsituation - Zuf. Wohnen	Craddock-Flood	--	<0,05*

Tab. 33: Signifikante Korrelationen v. sozialer Situation u. Zufriedenheit (4JK)

Von 28 auf Zusammenhänge untersuchten Items wiesen 7 (25%) einen signifikanten Zusammenhang auf. Der Bereich der Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ist also überschritten und es kann von tatsächlichen Korrelationen ausgegangen werden.

4. Gruppe der im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten

Unter den Teilnehmern an allen Untersuchungszeitpunkten (N=38) war eine Gruppe von 22 Personen im gesamten Katamnesezeitraum compliant. In diesem Kapitel wird diese Gruppe genauer charakterisiert und auf ihre Zusammensetzung hin untersucht. Als Datengrundlage dienen ausgewählte Variablen der Gesamt- und Entlassstichprobe, der Vierjahreskatamnese sowie des gesamten Erhebungszeitraums.

4.1. Soziodemographische Daten

Alter bei Entlassung, Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Zum Zeitpunkt der Entlassung lag der Altersdurchschnitt bei 35,3 Jahren. Die Altersspanne der Teilnehmer reicht von damals 18 bis 55 Jahre. Der Gruppe der 18- bis 30-Jährigen gehörten 32% an, 41% waren damals zwischen 31 und 40 und 27% zwischen 41 und 55 Jahren alt.

Zwölf Frauen (55%) und zehn Männer (45%) waren über den gesamten Erhebungszeitraum compliant.

Die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen 86% der Personen, zwei (9%) die eines anderen EG-Landes und eine die eines Landes, das nicht der EG angehört.

Schulbildung, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit

Zum Entlasszeitpunkt hatte nur einer der 22 Patienten keinen Schulabschluss. Je sieben, entsprechend 32% hatten den Hauptschul-, den Realschulabschluss und das Abitur. Zur letzten Erhebung waren die Daten bis auf eine Person, die statt des Hauptschulabschlusses den Realschulabschluss hatte, identisch.

55% (N=12) hatten zum Entlasszeitpunkt eine Berufsausbildung, zwei (9%) ein Studium abgeschlossen. 27% (N=6) konnten keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen und zwei befanden sich noch in Ausbildung. Vier Jahre später war die Ausbildungslage ähnlich. Lediglich eine Person mehr befand sich in Ausbildung.

Vor der Aufnahme in die Klinik waren 59% erwerbstätig. 41% arbeiteten mehr als 20 Stunden die Woche, 18% waren weniger als 20 Stunden pro Woche beschäftigt oder geschützt tätig. Eine Person war arbeitslos, zwei bezogen Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, zwei beschäftigten sich im Haushalt und 18% hatten noch Ausbildungsstatus.

Vier Jahre nach Entlassung hatten 64% eine Arbeit. 27% mit über 20 Wochenstunden und 36% mit weniger als 20 Wochenstunden beziehungsweise einer beschützten Tätigkeit. Zwei Personen waren arbeitslos, zwei Rentner, eine war mit Hausarbeit beschäftigt und drei (14%) befanden sich in Ausbildung.

Wohnsituation und Familienstand

Vor Aufnahme führten 55% selbständig oder mit Partner einen Haushalt. 32% lebten bei ihren Eltern oder Verwandten und 14% im betreuten Wohnen.

Zum letzten Messzeitpunkt lebten 64% selbständig oder mit Partner, 9% wohnten bei den Eltern und 18% nahmen betreutes Wohnen in Anspruch.

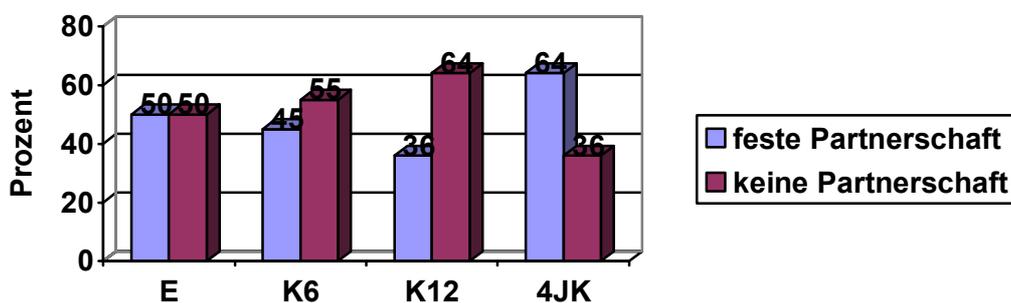


Abb. 13: Partnerschaften im zeitlichen Verlauf; N=22, Angaben in Prozent

Genau jeder Zweite durchgehend compliant Patient war zum Entlasszeitpunkt verheiratet oder hatte eine feste Partnerschaft, die anderen 50% gaben an,

keine Partnerschaft zu haben. Aktuell hatten 64% (N=14) eine feste Partnerschaft. Der Verdacht einer Positivauswahl, der sich hier ergeben könnte, wird jedoch durch den Verlauf der Partnerschaftssituation über vier Jahre entkräftet (Abb. 13). Es liegen keine linearen Veränderungen vor.

4.2. Krankheitsverlauf und Diagnose

Bisheriger Krankheitsverlauf

18% der 22 Patienten waren vor dem Index-Aufenthalt noch nie stationär wegen der psychischen Erkrankung in Behandlung gewesen, 41% hatten bereits zwischen einem und drei Aufenthalten hinter sich und 41% waren schon vier- bis achtmal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Die bisherigen Aufenthalte hatten im Durchschnitt 10,7 Monate (sd=10,7) gedauert. Der Zeitpunkt der Ersterkrankung lag im Mittel 8,8 Jahre zurück (sd=7,9).

Rehospitalisierungen innerhalb des Erhebungszeitraums

Insgesamt 64% der Teilnehmer waren innerhalb der vier Jahre nach Entlassung nochmals in stationärer Behandlung gewesen. 23% hatten in dieser Zeit einen Aufenthalt, 32% zwei Aufenthalte und je eine Person vier beziehungsweise fünf Aufenthalte.

Insgesamt verbrachten die rehospitalisierten Patienten im Erhebungszeitraum durchschnittlich 27,8 Wochen (sd=30,9) in einer Klinik, ein Aufenthalt dauerte im Mittel 5,9 Wochen (sd=6,5).

Behandlung

Als Entlassmedikation hatten 77% ein atypisches und 18% ein klassisches Neuroleptikum. Zu einer Person liegen keine Daten vor.

Vier Jahre später gaben 82% der Befragten an, ein atypisches Neuroleptikum zu nehmen, 9% hatten ein klassisches, zwei machten keine Angaben.

Diagnose

Beim Klinikaufenthalt vor vier Jahren wurde bei 64% der Patienten die Diagnose Schizophrenie (F20.0-20.6), bei 32% die einer schizoaffektiven Störung (F25.X) und bei einem Patienten (5%) die einer kurzen psychotischen Episode (F23.X) gestellt.

4.3. Repräsentativität und zeitlicher Verlauf

Die 22 durchweg complianten Patienten unterscheiden sich hinsichtlich der Variablen zur Gesamt- und Entlassuntersuchung (s. Kap. II.1.2.1.) nicht von den 16 anderen Patienten von V2 (N=38).

Bei näherer Betrachtung des Verlaufs der 22 im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten hat sich lediglich der Familienstand signifikant verändert (Cochrans Q (3)= 9,783; $p=0,02^*$). Wie bereits in der Verlaufsuntersuchung zu V2 liegt jedoch keine lineare Veränderung vor (s. Abb. 13).

IV. Diskussion

Der Diskussion der Ergebnisse werden an dieser Stelle einige grundsätzliche und allgemeine Überlegungen vorangestellt.

1. Allgemeines

Ziel dieser Studie ist es, den Behandlungsverlauf einer Gruppe schizophrener Patienten nach Entlassung aus der Klinik zu beobachten. Es handelt sich also um eine Feldstudie, anhand derer neben der Verlaufsbeobachtung durch Bildung von Untergruppen auch spezielle Fragestellungen beantwortet werden können. Neben objektiven liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf subjektiven Daten aus Sicht der Patienten. Dies ermöglicht eine Auswertung aus verschiedenen Perspektiven und trägt so zu einem vollständigeren Bild bei.

Studien wie diese bergen verschiedene Fehlerquellen in sich. Nur wenn man sich der Fehlerquellen und der Qualität der Aussagekraft solcher Studien bewusst ist, kann man mögliche Fehldeutungen bei der Interpretation umgehen. In diesem Sinne folgen nun einige kritische Gedanken.

Objekte oder Personen können nicht als Ganzes, sondern nur durch ihre Eigenschaften beschrieben werden (Bortz 1999). So verhält es sich auch mit standardisierten Fragebögen: Sie können nicht das Gesamtbild eines Menschen wiedergeben, sondern lediglich bruchstückhaft Aspekte der Lebenssituation erfassen und darstellen. Um ein möglichst vollständiges Bild der Patienten zu erhalten, wurden in dieser Studie neben standardisierten Erhebungsinstrumenten offene Fragen und Fremdbeurteilungsinstrumente eingesetzt. Zu speziellen Problemen einzelner Erhebungsinstrumente wird im folgenden Abschnitt (s. Kap. IV.2.1.) Stellung genommen.

Statistiken dienen dazu, einen Gesamteindruck zu geben. Gerade bei größeren Untersuchungsstichproben können sie nicht einzelne Menschen in ihrer Krankheits- oder Lebenssituation beschreiben; der Einzelne geht in einer solchen „Datenmasse“ unter.

Um die „Wirklichkeit“ angemessen wahrzunehmen, gehört beides dazu: Sowohl mittels Statistiken und Studien allgemeine „Fakten“ und Tendenzen einer Gruppe von Patienten zu erkennen als auch in der praktischen Erfahrung Kontakt mit einzelnen erkrankten Personen zu haben und dadurch die alltägliche Lebenssituation – oft von der Erkrankung geprägt – kennen zu lernen. Ein veranschaulichendes Beispiel aus dieser Studie ist der Bereich Erwerbstätigkeit. Die Zahlen scheinen hier über die Zeit relativ stabil, in Wirklichkeit wechseln die einzelnen Patienten jedoch stark zwischen den Kategorien. So ergibt nur die alleinige Betrachtung der Gesamtgruppe ein stabiles Bild.

2. Material und Methodik

2.1. Methodik

Studiendesign

Längle (2001) zeigte bereits in seiner Habilitationsschrift zur Auswertung der Studie nach einem Jahr, dass sich das Studiendesign insgesamt bewährt hatte und die vielfältigen Daten Raum für unterschiedliche Fragestellungen geben.

Die Studie stellt eine nicht interventionelle Beobachtungsstudie dar: Im Sinne einer Feldstudie wurde der Krankheits- und Behandlungsverlauf schizophrener Patienten erfasst. Der zeitliche Abstand zwischen den letzten beiden Untersuchungen betrug drei Jahre. Ein solch großer Zeitraum birgt die Gefahr in sich, dass die Erinnerungsfähigkeit der Patienten nicht weit genug zurückreicht und so Daten verfälscht werden. Daher wurde bei retrospektiven Fragen gesondert der Zeitraum des letzten halben Jahres und der der letzten drei Jahre erfragt.

Im Zentrum der vorliegenden Studie steht der ambulante Krankheitsverlauf schizophrener Patienten. Besonders nach Verlagerung der Betreuung chronisch Schizophreniekranker vom stationären in den ambulanten Bereich als Folge der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurde in der Forschung neben der Untersuchung des stationären Bereichs eine stärkere Untersuchung des

ambulanten Bereichs gefordert (z.B. Linden 1997). Dabei bietet sich insbesondere die Untersuchung von Veränderungen im Übergang vom stationären zum ambulanten Versorgungssystem an. Beide Aspekte werden in der vorliegenden Studie berücksichtigt.

Der von Rössler (2000) geforderte Einsatz von Regressions- und Korrelationsanalysen auch bei explorativer Datenerhebung zur Differenzierung von Effekten stellt neben der deskriptiven Auswertung ebenfalls einen wichtigen Schwerpunkt der vorliegenden Studie dar.

Durchführung

Angermeyer (1991) befürchtete, dass einige Patienten, um ein besseres Bild von sich zu hinterlassen oder um den Erwartungen vor allem von therapeutischer Seite her gerecht zu werden, Antworten bewusst oder unbewusst beispielsweise im Sinne einer Überschätzung der Compliance verfälschen. Dazu schreibt Längle (2001) zu den ersten drei Erhebungen der vorliegenden Studie: „Um die Tendenz zu erwünschten Antworten zu verringern, wurde die Befragung von Untersuchern vorgenommen, die nicht in das therapeutische Geschehen der Klinik einbezogen waren.“ Auch die beiden Doktorandinnen, die die aktuelle Erhebung durchführten, waren nicht in das therapeutische Umfeld der Klinik involviert. Zudem wurden bei den ersten beiden Katamneseuntersuchungen parallel zu den Patienten die behandelnden Ärzte befragt. Da die Aussagen von Patienten und Ärzten gerade bezüglich der Compliance weitgehend übereinstimmten, folgerte Längle (2001), dass auf die Parallelbefragung von Drittpersonen verzichtet werden kann.

Erhebungsinstrumente

Wie bereits in Kap. I erwähnt, kommt subjektiven Einschätzungen, Vorstellungen und Empfindungen der Patienten in dieser Studie ein besonderer Stellenwert zu. Die Erhebung subjektiver Parameter war lange Zeit vor allem wegen des Mangels an reliablen Messinstrumenten umstritten (Awad et al. 1996). Die Entwicklung standardisierter und praktikabler, auf Reliabilität und Validität geprüfter Instrumente zur Messung solcher subjektiven Parameter trug

zur Einbeziehung subjektiver Einschätzungen in Studien und damit zur Entkräftung solcher Kritik bei. Aufgrund der Breite der Fragestellung dieser Studie wurden nicht nur verschiedene Messmethoden verwendet (standardisiert, offen, Fremdbeurteilung; s. Kap. IV.1.), sondern auch verschiedene Themengebiete untersucht: Sowohl „harte Daten“ wie Medikamente und Behandlung als auch subjektive Daten, die die Einschätzung und das Empfinden der Patienten widerspiegeln, spielen eine Rolle.

Im Laufe der Befragung der Patienten und der anschließenden Auswertung offenbarten sich einige Schwächen - mögliche Fehlerquellen - auf die im Folgenden kurz hingewiesen wird. So wurden für die aktuelle Befragung vier Jahre nach Entlassung zehn Erhebungsinstrumente eingesetzt. Im Vergleich zu den vorherigen Katamnesebefragungen waren es somit zwar 2 (17%) weniger und dadurch die Masse an Fragen leichter zu bewältigen, eine Befragung dauerte jedoch immer noch etwa 90 Minuten. Dies ist ein langer Zeitraum, in dem die Konzentration nachlassen kann und dadurch möglicherweise Antworten verfälscht werden. Gerade schizophrene Patienten können aufgrund ihrer Erkrankungen eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit haben und so mit der Länge des Interviews Schwierigkeiten haben.

Bei Fremdbeurteilungsinstrumenten wie der PANSS und GAF wird davon ausgegangen, dass die Rater identisch beurteilen. Um dies zu erreichen, wurden spezielle Rater-Trainings entwickelt, deren Effektivität durch Übereinstimmung der Einschätzungen bewiesen wurde. Bei psychiatrisch unerfahrenen Beurteilern brachten jedoch auch wiederholte Trainingssitzungen keine übereinstimmenden Ergebnisse (Müller et al. 2000). Da die meisten Interviews für die vorliegende Studie durch Doktoranden oder Diplomanden - meist ohne langjährige Erfahrungen im psychiatrischen Bereich - durchgeführt wurden, können hier abweichende Bewertungen möglich sein.

Im TÜBB (Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit; s. Kap. VI.) wurde ein veränderungsorientierter Fragestil angewandt, der sicherlich viele Vorteile hat. Als Teil eines Interviews mit umfangreichen weiteren Erhebungsinstrumenten, die nicht mit diesem Fragestil arbeiten, sorgte der veränderungsorientierte

Fragestil bei den Patienten jedoch teilweise für Verwirrung und erschwerte die Beantwortung der Fragen.

2.2. Material

2.2.1. Patientenstichproben

Die Gesamtstichprobe kann als eine unausgelesene Kohorte stationär behandelter schizophrener Patienten bezeichnet werden (Längle 2001). Sie entspricht den Forderungen Bailers (2000), möglichst die Inanspruchnahmepopulation einer gesamten Versorgungsregion einzubeziehen, um repräsentative Stichproben zu erhalten. Somit wurde auch der Krankheitsverlauf von Patienten, die keine Hilfe im ambulanten und komplementären Versorgungssystem in Anspruch nehmen, beobachtet. In bisherigen Studien waren hingegen meist selektierte Studienpopulationen Gegenstand der Untersuchung. Ergebnisse zur Gesamtstichprobe sowie zu den einzelnen Untersuchungsstichproben können z.B. bei Längle (2001) und Scheuermann (2002) nachgelesen werden.

Untersuchungs- und Vergleichsstichprobe

An der letzten Erhebung nahmen 41% der Patienten der Gesamtstichprobe teil. Im Vergleich zur 12-Monats-Katamnese, an der sich 49% beteiligten, hat sich diese also innerhalb von drei Jahren lediglich um 8% verringert.

Bailer (2000) erreichte zu den verschiedenen Messzeitpunkten innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung 52 - 61% der ursprünglich in die Studie aufgenommenen Patienten. Dagegen konnten Bottlender und Mitarbeiter (2003) bei ihrer einzigen Follow-up-Untersuchung 15 Jahre nach Entlassung 83% der ursprünglichen Gruppe erreichen. Harrow et al. (2000) erreichten nach zehn Jahren 80% der Teilnehmer. In ihrer Überblicksarbeit über 18 Kohorten konnten nach 15 bis 25 Jahren je nach Kohorte komplette Daten von 34% bis 92% der ursprünglichen Teilnehmer erhoben werden. In der Literatur fehlen jedoch oft explizite Angaben zu den Schwundgruppen. Zudem kann die Anwendung

unterschiedlicher Einschlusskriterien (beispielsweise im Sinne einer Selektion) großen Einfluss auf die Auffindbarkeit und Bereitschaft der Teilnehmer haben. Somit ist ein Vergleich mit Zahlen aus der Literatur schwierig. Verglichen mit der bisherigen Beteiligung an dieser Studie ist die Teilnahme nach vier Jahren auffällig hoch.

Die Vergleichsstichprobe 2 mit nur 38 Patienten, die an allen Erhebungen teilnahmen - entsprechend 23% der Gesamtstichprobe -, ist im Vergleich zur Vergleichsstichprobe 1 (N=70) relativ klein. Sie unterscheidet sich jedoch hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsspezifischer Variablen nicht signifikant von V1 und somit auch nicht von der Gesamtstichprobe. Die Tatsache, dass von den 69 Partizipanten an 4JK nur 38 an den ersten drei Messzeitpunkten teilgenommen hatten, unterstreicht jedoch, dass die Patienten der Tübinger Kohorte eine Befragung nicht grundsätzlich ablehnten, sondern dass dies möglicherweise in der aktuellen Krankheits- oder Lebenssituation begründet war. So nahmen nur 12% (N=20) der Gesamtstichprobe an keiner der vier Untersuchungen teil.

Die Gruppe der Nichtteilnehmer

Die Rate der Verweigerer fiel nach einem anfänglichen Anstieg von der 12-Monatskatamnese zur letzten Untersuchung hin von 31% auf 29% leicht ab. Hingegen waren vier Jahre nach Entlassung mehr Patienten nicht erreichbar: 17% zu K12 versus 23% zu 4JK. In der finnischen Studie von Salokangas und Mitarbeitern (2001) war der Anteil der Ablehner einer Follow-Up-Untersuchung drei Jahre nach Entlassung mit 14% geringer.

Während bei der vorliegenden Studie ein Jahr nach Entlassung erst 2% der Teilnehmer verstorben waren, waren es drei Jahre später 6% (N=10). Sechs Personen starben durch Suizid, drei durch andere Ursachen. Bei einer Person ist die Todesursache unklar. Es ist nicht auszuschließen, dass unter den nicht erreichbaren Patienten verstorbene Patienten sind, sodass der Anteil der Verstorbenen möglicherweise höher liegt. In einer finnischen Studie, die ähnliche Rekrutierungsmethoden benutzte, waren nach drei Jahren 5,7% der Teilnehmer gestorben (Salokangas et al. 2001). In der Studie von Harrison et

al. (2001) waren nach 15 bis 25 Jahren zwischen 3% und 37% der Patienten verstorben. Da es sich jedoch um einen viel größeren Zeitraum handelt, ist ein Vergleich hier schwierig.

Die Abnahme der Teilnehmerzahl an der letzten Untersuchungsstichprobe ist also im Vergleich zur 12-Monatskatamnese auf eine vermehrte Unauffindbarkeit und auf mehr verstorbene Patienten zurückzuführen, nicht aber auf eine vermehrte Zahl der Ablehner. Ein Literaturvergleich hierzu ist nicht möglich, da kaum Informationen über die Gründe der Nichtteilnahme gegeben werden.

Zusammensetzung der Vergleichsstichprobe

Zum Vergleich der Charakteristika der Teilnehmer an allen Messzeitpunkten eignet sich aufgrund der Studienpopulationen die multizentrische Studie von Janssen et al. (2000). Hinsichtlich Geschlecht, Wohnsituation vor Aufnahme und Krankheitsdauer stimmten die Ergebnisse mit den Befunden Janssens überein. Dagegen lag das Durchschnittsalter bei Entlassung mit 34 Jahren etwa sieben Jahre unter dem von Janssen beobachteten (40-42 Jahre). Vor Aufnahme waren mit 34% wesentlich mehr Patienten berufstätig als bei Janssen (15% bis 21%). Diese beiden Variablen hatten in der Gesamtstichprobe eine ähnlich hohe Ausprägung. Längle (2001) führt dies auf die Charakteristika einer Universitätsstadt mit relativ niedrigem Altersdurchschnitt und geringer Arbeitslosenquote zurück. Die Staatsangehörigkeit entspricht der Zusammensetzung der deutschen Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2003). Hinsichtlich der Schulbildung unterschieden sich die Teilnehmer zu allen Untersuchungszeitpunkten von der Gesamtstichprobe (s. Kap. IV.2.2.2.) dadurch, dass die Mehrzahl der Patienten den Realschulabschluss hatte und nicht wie in der Gesamtstichprobe das Abitur. Auch von der Gesamtbevölkerung Deutschlands (Statistisches Bundesamt 2003, Kap. IV.3.1.1.) unterschied sich V2 in diesem Punkt. Mit 53% lebten zum Zeitpunkt der Entlassung deutlich mehr Personen als sonst in der Fachliteratur beobachtet in einer festen Partnerschaft (s. Kap. IV.3.1.1.). Hinsichtlich der Diagnose glich die untersuchte Gruppe in etwa den von Janssen et al. (2000) untersuchten Studienpopulationen.

2.2.2. Repräsentativitätsprüfungen

Die Repräsentativität der Gesamtstichprobe gegenüber der Gruppe der in Deutschland wegen Schizophrenie stationär behandelten Menschen hat Längle (2001) bereits nachgewiesen. Daneben ist es wichtig, die Stichproben jedes weiteren Messzeitpunktes auf ihre Repräsentativität gegenüber der Gesamtstichprobe hin zu prüfen. Dies wurde für die ersten drei Erhebungen in den bisherigen Arbeiten bereits getan und die einzelnen Stichproben insgesamt als repräsentativ gegenüber der Gesamtstichprobe befunden (Längle 2001, Habermüller 2002).

Repräsentativität der Stichprobe der Vierjahreskatamnese

Der Vergleich der Teilnehmer mit den Nichtteilnehmern der Befragung vier Jahre nach Entlassung hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsspezifischer Variablen – 11 davon aus den Daten der Gesamtstichprobe und 13 aus den Daten der Entlassuntersuchungen - zeigt keine signifikanten Unterschiede, so dass diese Stichprobe als repräsentativ für die Entlass- und Gesamtstichprobe bezeichnet werden kann.

Repräsentativität der Vergleichsstichprobe 2

Die Teilnehmer an allen Messzeitpunkten (V2; N=38) wurden auf ihre Repräsentativität gegenüber der Vergleichsstichprobe1 (V1; N=70) hin geprüft. Unter den 26 geprüften Variablen zeigte eine – nämlich die Schulbildung – einen signifikanten Unterschied. Dies ist auf einen sehr geringen Anteil von Realschülern unter den Nichtteilnehmern im Gegensatz zu einem hohen Anteil unter den Teilnehmern zurückzuführen. V1 hingegen bestand zu einem auffällig großen Teil aus Abiturienten, so dass in der Abweichung keine Linearität besteht. Zudem kann dieses signifikante Ergebnis im Rahmen der 5%igen Irrtumswahrscheinlichkeit vernachlässigt werden. Daher ist V2 als repräsentativ für V1 und damit für die Gesamtstichprobe zu betrachten.

Kritisch hinterfragt werden muss, ob der Nachweis mangelnder signifikanter Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern eines Messzeitpunktes ausreicht, um Repräsentativität – das heißt Äquivalenz der Gruppen – nachzuweisen (Häfner und an der Heiden 2000). Es wäre sicherlich sinnvoll, in Zukunft weitere Methoden zur Repräsentativitätsprüfung hinzuzuziehen.

3. Ergebnisse

3.1. Teilnehmer der Vierjahreskatamnese und der Verlauf über vier Jahre

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Daten der Teilnehmer der aktuellen Erhebung und parallel dazu der Verlauf der untersuchten Items über den gesamten Erhebungszeitraum diskutiert. Auf diese Weise können die Daten im Zusammenhang betrachtet werden.

3.1.1. soziodemographische Daten und Weiterbehandlung

Alter, Geschlecht und Nationalität

Der Altersdurchschnitt zum Entlasszeitpunkt von knapp 35 Jahren lag wie bei der Gesamtstichprobe unter dem von Janssen et al. (2000) beobachteten (40-42 Jahre). Grund hierfür ist sicherlich die Bevölkerungsstruktur einer Universitätsstadt mit einem höheren Anteil an jungen Menschen. 49% der Teilnehmer waren Frauen und 51% Männer. Dies entspricht der Geschlechterverteilung der Studien Janssens und Bailers (2000). Die Nationalität mit 93% Deutschen, 4% EG-Bürgern und 3% Nicht-EG-Bürgern stimmt in etwa mit der Bevölkerungsverteilung in Deutschland von 91% deutschen Staatsbürgern (Statistisches Bundesamt 2003) überein.

Schul-, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Deutschlands hatten wesentlich mehr Untersuchungsteilnehmer das Abitur (43% versus 20% der

Gesamtbevölkerung) oder einen Realschulabschluss (29% versus 19% der Gesamtbevölkerung) und wesentlich weniger einen Hauptschulabschluss (14% versus 45%) (Statistisches Bundesamt 2003). In Bezug auf die Ausbildung liegen die Anteile der Patienten mit abgeschlossener Berufsausbildung um 10% über dem Anteil in der Gesamtbevölkerung. 5% höher ist die Rate der Teilnehmer, die ein Studium abgeschlossen haben (Statistisches Bundesamt 2003). Die Verteilung von Schulbildung und Berufsausbildung in dieser Studie entspricht jedoch etwa den Befunden Bailers (2000). Die Zahl der Erwerbstätigen mit mehr als 20 Stunden Arbeit pro Woche (27%) liegt wie schon bei der Gesamtstichprobe über der von Janssen und Mitarbeitern (2000) ermittelten (15-21%). 17% der Tübinger Stichprobe waren arbeitslos. Bottlender et al. (2003) fanden in ihrer Studie unter den Teilnehmern eine Arbeitslosigkeit von 22%. Das deutlich über dem der Gesamtbevölkerung liegende Schul- und Ausbildungsniveau sowie die auffallend günstige Beschäftigungssituation ist auf die Besonderheiten Tübingens als Universitätsstadt mit der ihr eigenen Bevölkerungsstruktur mit geringem Durchschnittsalter, einer guten Ausbildungs- und Beschäftigungssituation und niedriger Arbeitslosigkeit zurückzuführen. 61% der arbeitenden Tübinger Studienpopulation gaben vier Jahre nach Entlassung an, entsprechend ihrem Ausbildungsniveau beschäftigt zu sein. Knapp die Hälfte lebte von staatlicher Unterstützung.

Wie zu erwarten gab es bei Schulbildung, Berufsausbildung, aber auch bei der Erwerbstätigkeit und dem Verdienst keine signifikanten Veränderungen während des gesamten Erhebungszeitraums. Allerdings ist zu beachten, dass gerade bei der Erwerbstätigkeit die Zahlen zwar relativ stabil scheinen, die einzelnen Patienten jedoch in Wirklichkeit stark zwischen den Kategorien wechseln und sich so nur bei der alleinigen Betrachtung der Gesamtgruppe ein stabiles Bild ergibt.

Wohnsituation, Betreuung und Familienstand

Von den Teilnehmern an 4JK lebten 10% im betreuten Wohnen. Diese Zahl stimmt mit der Janssens et al. (2000) überein. Gut 60% der Teilnehmer der Vierjahreskatamnese lebten selbständig, davon 33% mit PartnerIn und 29%

alleine. Ebenso berichten auch Salokangas und Mitarbeiter (2001) in ihrer Studie von knapp 60% der Patienten, die selbständig wohnten, allerdings lebten hier nur 17% mit ihrem/ihrer PartnerIn und 42% alleine. Im Verlauf nahmen zu 4JK etwas mehr Patienten betreutes Wohnen in Anspruch, weniger hingegen wohnten bei Eltern oder Verwandten. Die beständige und hohe Rate selbständig lebender Personen deutet auf eher stabile Verhältnisse, der Wechsel vom Wohnen bei den Eltern zum betreuten Wohnen möglicherweise auf einen positiven Prozess oder zumindest auf eine Beschäftigung mit der Krankheit und Inanspruchnahme von Hilfsangeboten hin.

Zum Familienstand existieren in der Literatur sehr unterschiedliche Daten. Dies liegt zum einen daran, dass einige Studien ersterkrankte Patienten mit dadurch niedrigerem Durchschnittsalter und so möglicherweise geringerer Zahl an festen Partnerschaften untersuchten, zum anderen unterscheiden sich die Definitionen von Familienstand. Teilweise wird lediglich zwischen verheiratet und nicht verheiratet unterschieden; in anderen Studien – wie auch in dieser – werden feste Partnerschaften und Ehen gleichwertig behandelt. Im Gegensatz zu 45% der Tübinger Kohorte lebten bei Bottlender et al. (2003) 24%, bei Bailer (2000) lediglich 21% in einer stabilen Partnerschaft. In der finnischen Studie von Salokangas und Mitarbeitern (2001) waren nur 14% der Schizophrenen verheiratet.

Im gesamten Erhebungszeitraum änderte sich die Wohnsituation der Teilnehmer nicht signifikant. Im Gegensatz dazu veränderte sich die Anzahl der festen Partnerschaften zwar signifikant, jedoch sind die Änderungen nicht linear (s. Kap. III.2.1.) und spiegeln eher unstabile Verhältnisse wider.

Einstellung zur Weiterbehandlung und Arztbesuche

Zwei Drittel der Teilnehmer schätzten die regelmäßige ambulante psychiatrische Behandlung als wichtig ein, 49% hielten eine psychotherapeutische Behandlung für sinnvoll. 91% hielten sich bei der Medikamenteneinnahme an die mit dem Arzt vereinbarten Regelungen. Diese Ergebnisse spiegeln Einstellung und Verhalten der Tübinger Kohorte wider, die sich in einer hohen Compliance auswirken.

Als Kriterium für die Compliance spielen Arztbesuche eine wichtige Rolle. Daher ist als besonders positiv zu bewerten, dass die Anzahl der Patienten ohne Kontakte zum Facharzt in den letzten drei Jahren (7%) beziehungsweise im letzten halben Jahr (12%) relativ gering war. Dies widerspricht eher negativen Erwartungen von Therapeuten und der Allgemeinbevölkerung. Doch auch in der Fachliteratur finden sich ähnlich positive Ergebnisse (z.B. Bailer 2000). Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Patienten stufte die Kontakte beim Facharzt als sehr hilfreich ein, während nur 7% beziehungsweise 12% sie nicht hilfreich fanden. Somit scheint die Mehrzahl der Teilnehmer an 4JK mit der ärztlichen ambulanten Betreuung zufrieden zu sein.

Im Verlauf betrachtet zeigen sich zwar leichte Veränderungen in Form einer Abnahme der Frequenz der Arztkontakte und der etwas negativeren Einstufung der Hausarztbesuche, keine der geprüften Variablen wies jedoch signifikante Veränderungen über die Zeit auf.

Medikamente

Mit 93% nahm der weitaus größte Teil der Teilnehmer wegen der psychiatrischen Erkrankung ein Medikament ein, 80% ein Neuroleptikum und 13% Antidepressiva, Phasenprophylaktika oder sonstige Medikamente. Über drei Viertel nahmen ihre Medikamente nach eigenen Angaben kontinuierlich ein. Gut zwei Drittel der Stichprobe waren mit der Medikation sehr zufrieden, fast jeder Zweite hatte eine grundsätzlich positive Einstellung zu Neuroleptika. Diese Daten zeigen, dass die Tübinger Kohorte insgesamt eine recht gute Meinung zur Medikamentenbehandlung hat und sich diesbezüglich auch entsprechend verhält. Daraus erklärt sich wiederum die hohe Compliance.

Im Verlauf traten lediglich leichte Schwankungen bezüglich der Neuroleptikaeinnahme auf. Das Verhältnis Typika / Atypika von 1:3 blieb in etwa konstant.

Psychotherapie

Gut ein Drittel der Teilnehmer nahm in den letzten drei Jahren eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Über zwei Drittel davon

beurteilten die Behandlung als sehr hilfreich, ein Drittel als mäßig hilfreich. Entgegen dem klinischen Eindruck, dass niedergelassene Psychotherapeuten keine Rolle in der Behandlung Schizophrener spielen, wurde diese Therapieform von den Patienten also als sehr positiv wahrgenommen.

Suizidgedanken und –versuche

Jeder dritte Patient hatte im letzten halben Jahr Suizidgedanken, 10% hatten in den letzten drei Jahren auch einen Suizidversuch durchgeführt. Das relativ hohe Suizidrisiko bei schizophrenen Patienten wurde bereits häufig in der Fachliteratur beschrieben (Radomsky et al. 1999). So sind wie bereits weiter oben erwähnt 6 Patienten dieser Studie (4% der Gesamtstichprobe) durch Suizid verstorben.

Rehospitalisierungen

Die unter den Teilnehmern der Vierjahreskatamnese festgestellte Rehospitalisierungsrate von 70% bezieht sich auf den Zeitraum von drei Jahren. In der Fachliteratur sind sehr unterschiedliche Rehospitalisierungsraten zu finden. Da viele Faktoren wie z.B. die Auswahl der Patienten oder die Versorgungsstrukturen eines Landes Einfluss auf die Ergebnisse haben, gestaltet sich ein Vergleich schwierig. Priebe und Bröker (1999) berichten über eine Rehospitalisierungsrate von 61% innerhalb von zwei Jahren in ihrer deutschen Stichprobe; bei ihrer Studienpopulation handelt es sich jedoch um eine ausgelesene Stichprobe, die sich bereits drei Monate in fortlaufender ambulanter Behandlung befand.

Bei Betrachtung des Verlaufs fällt auf, dass in vier Jahren drei Viertel der Teilnehmer wieder stationär behandelt werden mussten. Von den wieder aufgenommenen Patienten benötigten in diesem Zeitraum knapp 60% mit einer Gesamtaufenthaltsdauer zwischen einer und 15 Wochen lediglich relativ kurze stationäre Behandlungsphasen. Der Anteil der im jeweiligen Erhebungszeitraum seit der Index-Aufnahme erstmalig rehospitalisierten Patienten nahm im Verlauf ab. Zum einen spielen bei dem hohen Anteil der im ersten halben Jahr nach Entlassung rehospitalisierten Patienten Aufnahmen innerhalb der ersten Woche

nach Index-Entlassung im Sinne einer „Korrektur einer verfrühten Entlassung“ (Längle 2001) eine Rolle. Zum andern kann in Bezug auf den Verlauf angenommen werden, dass schwer chronisch Kranke relativ bald nach Entlassung wieder aufgenommen werden müssen und zu späteren Zeitpunkten Aufgenommene (K12, vor allem aber 4JK) möglicherweise eher episodenhafte Verläufe haben. Die Veränderung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ist nicht linear und eher Ausdruck von Schwankungen als einer wirklichen Veränderung.

Zusammenfassend ist bedeutsam, dass die untersuchte Gruppe schizophrener Patienten trotz hoher Compliance eine hohe Rehospitalisierungsrate aufweist. Entsprechend fehlt ein statistischer Zusammenhang zwischen Compliance und Rehospitalisierungsrate (s. Kap. IV.3.2.).

3.1.2. Compliance

Im Vergleich zu den Ergebnissen der bereits in Kap. I.2.2. erwähnten aktuellen Literatur (z.B. Perkins 1999) weist die untersuchte Stichprobe mit 87% Compliance im letzten halben Jahr und 77% während der letzten drei Jahre eine sehr hohe Compliancerate auf. Die Unterschiede der beiden Zeiträume sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Compliance in den letzten drei Jahren dreigestuft erfasst wurde und 10% als phasenweise compliant eingestuft wurden. Diese Dreistufung ermöglicht - wie bereits in der Literatur gefordert und teilweise auch realisiert (s. Kap. I.2.1.) - eine differenziertere Erfassung der Compliance.

In Kap. I.2.2. wurden die in der Fachliteratur bestehenden kontroversen Ansichten zu verschiedenen Methoden der Compliancebestimmung diskutiert (z.B. Angermeyer 1991, Kampmann et al. 2001). In dieser Erhebung beruht die Einschätzung der Compliance ausschließlich auf Patientenangaben. Da Längle (2001) für die Teilnehmer dieser Studie nachgewiesen hat, dass Patienten- und Arztangaben bezüglich der Compliance weitgehend übereinstimmen, kann auch für die aktuelle Erhebung von der Richtigkeit der Patientenangaben ausgegangen werden.

Bei der Analyse der Daten der Teilnehmer an allen Messzeitpunkte (N=38) fällt auf, dass die Non-Compliance-Rate von V2 zu den Zeitpunkten K6 und K12 geringer war als in den jeweiligen Gesamtgruppen (K6: N=103, K12: N=83). Somit scheinen sich an der Vierjahresbefragung etwas mehr zu K6 und K12 compliant als non-compliant Patienten beteiligt zu haben. Dies führt zu der Annahme, dass vor allem compliant Patienten bereit waren, an weiteren Untersuchungen teilzunehmen. Dem ist entgegenzusetzen, dass Teilnehmer und Nichtteilnehmer an V2 sich hinsichtlich der Compliance zu K6 und K12 nicht signifikant von V1 unterscheiden.

Die Compliantenraten zeigen zwar leichte, jedoch keine signifikanten Veränderungen im Verlauf. So folgte einer anfänglich leichten Abnahme eine deutlichere Zunahme. Die ursprüngliche Compliance-Rate von K6 wurde dabei sogar geringfügig überstiegen. Nur eine Person war zu keinem Zeitpunkt compliant, während fast 60% von V2 durchgehend compliant waren.

Mögliche Gründe für die hohe Compliance der Tübinger Kohorte könnten zum einen eine intensive Psychoedukation und effiziente verhaltenstherapeutische Modelle, zum anderen die hohe Fachärztdichte in Tübingen und Umgebung sein.

3.1.3. Lebenszufriedenheit, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept

Lebenszufriedenheit

Wie schon in der Einleitung (s. Kap. 1.3.4.) erwähnt, wird in der Literatur eine erstaunlich hohe Lebenszufriedenheit schizophrener Patienten trotz ihrer meist eher niedrigen „objektiven“ Lebensqualität beschrieben. Dies trifft auch für die vorliegende Untersuchungsgruppe zu: Die allgemeine Lebenszufriedenheit lag mit einem Mittelwert von 4,9 auf einer Skala von 1 bis 7 etwa im Bereich der von Kaiser et al. (1997) gefundenen Werte ambulanter schizophrener Patienten in Deutschland. Damit war sie niedriger als die Lebenszufriedenheit Gesunder (Priebe et al. 1995). Auch die Zufriedenheit in den übrigen Bereichen lag im Bereich oder knapp unter den Werten der von Kaiser und Mitarbeitern (1997) untersuchten ambulanten Patienten. Gerundet siedeln sich die Mittelwerte aller

gemessenen Zufriedenheitsbereiche im Bereich 5 „eher zufrieden“ an. Zwischen Zufriedenheit und Lebenslage wurden nur geringe Zusammenhänge gefunden (s. Kap. IV. 3.2.). Unterschiede bezüglich der Lebenszufriedenheit zwischen Männern und Frauen werden im nächsten Kapitel gesondert behandelt.

Im Verlauf war die Lebenszufriedenheit der Tübinger Kohorte bei insgesamt weiterhin hohen Zufriedenheitswerten in allen Bereichen stabil. Mögliche Erklärungen für die hohe Zufriedenheit trotz ungünstiger Lebenslage könnte eine Anpassung an die Situation im Sinne einer adaptativen Zufriedenheit oder aber eine Resignation und damit ein sich Abfinden mit der Krankheit sein. So sind unter dem Einfluss der Krankheit möglicherweise die Erwartungen und Vorstellungen eines „zufriedenen Lebens“ niedriger als bei psychisch gesunden Menschen, da zunächst einmal das „Funktionieren“ und die Alltagsbewältigung im Mittelpunkt stehen. Andererseits ist es möglich, dass ein Mensch die Einschränkungen durch die Krankheit verdrängt und sich dadurch trotz schwieriger Lebenslage zufrieden fühlt.

Behandlungszufriedenheit

Zur Behandlungszufriedenheit existieren bisher kaum vergleichbare Ergebnisse in der Literatur, da meist unterschiedliche Items mit verschiedener Skalierung erfragt wurden. Im relativen Vergleich zum Zufriedenheitswert von Priebe und Bröker (1999) von 7,9 auf einer Skala von 0 („trifft nicht zu“) bis 10 („trifft zu“) waren die Werte der Tübinger Kohorte leicht niedriger (Gesamtzufriedenheit 5,03 auf einer Skala von 1-7). Alle Werte lagen jedoch eindeutig auf der „Zufriedenheitsseite“. Die von Priebe und Bröker (1999) gestellte Frage „Ist die Behandlung, die Sie im Moment erhalten, die richtige für Sie?“ unterscheidet sich jedoch thematisch von den in der vorliegenden Studie erfragten Items zur Behandlungszufriedenheit.

Im Verlauf fanden sich - ähnlich den Beobachtungen von Koivumaa-Honkanen und Mitarbeitern (1999) - besonders im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlungszufriedenheit signifikante Unterschiede. Dabei waren die Patienten in Bezug auf Arztaufklärung, Ernstgenommenwerden,

Arztkompetenz, Medikamentenaufklärung und Einfluss auf den Behandlungsplan mit der stationären Behandlung signifikant unzufriedener als mit der ambulanten. Hierzu gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Zum einen ist das Klima in einem Krankenhaus häufig anonym als bei einem niedergelassenen Arzt, den die Patienten oft schon jahrelang kennen. Ärzte und Pflegepersonal in einer Klinik können überlastet sein und daher weniger Zeit für den einzelnen Patienten haben. Zudem befinden sich Erkrankte in stationärer Behandlung meist in akuten und damit auch schwierigen Krankheitsphasen, wodurch es ihnen selbst schlechter geht und dadurch möglicherweise die Wahrnehmung ihrer Umwelt beeinträchtigt ist. Nichtsdestotrotz sollte die Unzufriedenheit der Patienten mit der stationären Behandlung ernst genommen werden und Anlass zur Verbesserung der stationären Behandlung sein.

Im Verlauf der ambulanten Behandlung veränderte sich lediglich die Beurteilung des Klimas in der Arztpraxis signifikant. Im Schnitt beurteilten die Patienten aktuell das Klima in der Arztpraxis als wesentlich vertrauenerweckender als bei den vorhergehenden Katamneseuntersuchungen. Dies unterstreicht die Bedeutung der Facharztpraxen für die Patienten.

Krankheitskonzept und Gesundheitszustand im Vergleich zur Entlassung

Die Teilnehmer der aktuellen Befragung zeigten eine ähnliche Ausprägung der Dimensionen der KK-Skala wie die Teilnehmer der Entlassuntersuchung (Längle 2001). Arztvertrauen und Medikamentenvertrauen hatten dabei hohe Werte. Die Zahlen stimmen auch weitgehend mit denen von Linden (1996) an schizophrenen Patienten beobachteten überein.

Ein Blick auf die Verlaufsergebnisse zeigt, dass zu 4JK mehr Patienten ihren Gesundheitszustand im Vergleich zum Entlasszeitpunkt als besser beurteilten. Die Veränderung ist jedoch nicht signifikant. Die Dimensionen des Krankheitskonzeptes sowie der Gesamtscore veränderten sich nicht signifikant. Dies spricht - wie bereits in der Fachliteratur beschrieben (s. Kap. I.5.2.) - für ein über die Zeit stabiles Krankheitskonzept. Gerade ein hohes Medikamenten- und Arztvertrauen lassen ein für die Compliance positives Krankheitskonzept vermuten. Korrelationen mit der Compliance werden in Kap. IV.3.2. diskutiert.

Auch die für diese Studie entwickelten ergänzenden Items waren im zeitlichen Verlauf stabil. Die Teilnehmer hatten demnach eine grundsätzlich positive Einstellung zu Medikamenten und ihre Angst vor Abhängigkeit und Nebenwirkungen war relativ gering ausgeprägt. Sie waren eher nicht der Meinung, dass Medikamente lediglich der Ruhigstellung dienen.

3.1.4. Psychopathologie und Geschlechterunterschiede

Psychopathologie

Die PANSS-Werte waren zwar deutlich niedriger, das heißt die Symptomatik war geringer ausgeprägt als von Kay et al. (1987) beobachtet; sie lagen jedoch innerhalb seiner Erwartungswerte. Im Vergleich zu E waren sie um 1 bis 4 Punkte höher ausgeprägt. Die GAF-Werte mit einem Mittelwert von 66 weichen von den Werten der Fachliteratur um 6 bis 12 Punkte nach oben ab (Kissling et al. 1999). Im Verlauf betrachtet variierten die Werte beider Skalen zwar um einige Punkte, es zeichnet sich jedoch keine Linearität ab.

Bei beiden Erhebungsinstrumenten ist die Abweichung angesichts der hohen Gesamtskalen eher gering. Da es sich zudem um Fremdbeurteilungsinstrumente handelt, kann der Einfluss verschiedener Rater-Gruppen nicht ausgeschlossen werden. Dadurch, dass die UKPPT eine vollversorgende Akutklinik mit oft schweren Krankheitsfällen ist, ist es möglich, dass Patienten hier von Mitarbeitern milder beurteilt werden als von Untersuchern, die im Arbeitsalltag nicht mit schweren Krankheitsbildern konfrontiert sind.

Geschlechterunterschiede

Teilnehmende Frauen waren insgesamt signifikant zufriedener mit der Wohnsituation und wiesen einen signifikant höheren KK-Summenscore auf als teilnehmende Männer. Hohe Werte beim Gesamtscore bedeuten, dass die Überzeugung, „an einer ernstzunehmenden und ärztlich und medikamentös behandlungsbedürftigen Krankheit zu leiden“, stark ist (Linden und Seidel 1998). Zusätzlich zeigten signifikant mehr Männer höhere Werte in der KK-

Dimension Schuld, was auf ein stärkeres Empfinden schuldhafter Eigenverantwortung in Bezug auf die Krankheit hinweist. Dies kann negative Einstellungen gegenüber der Krankheit widerspiegeln und damit möglicherweise eine geringere Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme zur Folge haben. Signifikante Compliance-Unterschiede zwischen teilnehmenden Männern und Frauen bestanden jedoch nicht.

Die im Verlauf beobachteten signifikanten Unterschiede zeigen eine größere Zufriedenheit der Frauen mit dem Leben allgemein und mit der seelischen Gesundheit. Sie empfanden weniger schuldhafte Eigenverantwortung für ihre Erkrankung als Männer. In Bezug auf die Psychopathologie war bei den Teilnehmerinnen die Symptomatik geringer ausgeprägt (PANSS) und die Funktionsfähigkeit höher (GAF). Ähnliche Ergebnisse werden auch in der Literatur beschrieben (z.B. Salokangas et al. 2001, Habermüller 2002): Frauen sind demnach nicht nur nach eigener Einschätzung zufriedener, sondern haben zusätzlich aus Sicht der Rater eine weniger ausgeprägte Symptomatik und eine höhere Funktionsfähigkeit.

Als Ursache der unterschiedlichen Lebenszufriedenheit zwischen Männern und Frauen konnten Unterschiede der „objektiven“ Lebensbedingungen ausgeschlossen werden (Habermüller 2002). Ein möglicher Grund für die Differenzen sowohl bezüglich der Lebenszufriedenheit als auch des Krankheitskonzeptes und der Psychopathologie könnte der spätere Krankheitsbeginn bei Frauen sein, die zum Erkrankungszeitpunkt bereits besser sozial integriert sind und so leichter mit den Beeinträchtigungen durch die Erkrankung umgehen können.

3.2. Prüfung von Einflussfaktoren

Bei der Prüfung auf Korrelationen konnten signifikante Zusammenhänge in fünf von acht untersuchten Bereichen gefunden werden. Zwischen Variablen zur sozialen Situation und Compliance gab es keine Zusammenhänge. Entsprechend den Beobachtungen in der Literatur (s. Kap. I.4.2.) war auch die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer nicht mit ihrer Behandlungszufriedenheit

korreliert. Bemerkenswert ist, dass keine Variable zur Rehospitalisierung mit der Compliance korrelierte. Dies widerspricht geläufigen Annahmen, denen zufolge eine niedrige Compliance mit einer hohen Reshospitalisierungsrate einhergeht (Rössler et al. 1998, Verdoux et al. 2000). Die Autoren gehen davon aus, dass durch regelmäßige Medikamenteneinnahme und Facharztbetreuung die Rückfallrate gesenkt werden kann. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stehen dazu jedoch im Gegensatz: Trotz hoher Compliance war die Rehospitalisierungsrate hoch. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass es weitere wichtige Einflussfaktoren gibt, die die Rezidivhäufigkeit beeinflussen wie beispielsweise ein gutes und stabiles soziales Beziehungsnetz, familiäre Beziehungen, Partnerschaft, psychotherapeutische Betreuung und soziotherapeutische Maßnahmen.

Im Bereich Weiterbehandlung waren Patienten, die die Nervenarztkontakte als besonders hilfreich empfanden, signifikant compliantler als Patienten, die die Kontakte als nicht hilfreich beurteilten.

Bei der Untersuchung signifikanter Korrelationen von Lebenszufriedenheit und sozialer Situation weisen die Ergebnisse auf einen lediglich geringen Zusammenhang von objektiver und subjektiver Lebensqualität hin, der in der Literatur kontrovers diskutiert wird (s. Kap. I.3.4.): Die Beschäftigungssituation korrelierte mit der Zufriedenheit im Bereich Arbeit dahingehend, dass Patienten, die über 20 Stunden pro Woche arbeiteten, zufriedener mit dem Bereich Arbeit waren. Die Wohnsituation hing mit der Zufriedenheit mit dem Wohnen zusammen: Im betreuten Wohnen Lebende waren eher unzufrieden mit dem Wohnen. Hier sollte man jedoch bedenken, dass die Lebenszufriedenheit betreut Wohnender möglicherweise durch eine stärkere Ausprägung der Krankheitssymptome (mit) beeinflusst sein kann. Für eine genauere Aussage über die Beziehung von objektiver und subjektiver Lebensqualität sind weitere detaillierte Untersuchungen notwendig.

Mit dem Bereich Arbeit zufriedene Patienten der Tübinger Kohorte waren eher compliant als mit der Arbeit unzufriedene. Trotz dieses Zusammenhangs und der Korrelation der Zufriedenheit mit der Arbeit und der Beschäftigungssituation lässt sich ein Zusammenhang zwischen Beschäftigungssituation und

Compliance - wie er in der Literatur beschrieben wird (s. Kap. I.2.3.) - nicht herstellen.

Aus dem Tübinger Fragebogen zur ambulanten Behandlungszufriedenheit (TÜBB^A) korrelierte nur ein Item mit der Compliance: Die Zufriedenheit mit der Medikamentenaufklärung war bei complianten Patienten signifikant höher als bei non-complianten. Dies unterstreicht die Rolle des Arztes, der durch Eingehen auf seine Patienten und ausführliches Aufklären die Compliance stärken kann. Zudem hebt dieser Befund die zentrale Bedeutung des subjektiven Empfindens der Patienten für die Compliance hervor.

Die Beziehung von Krankheitskonzept und Compliance weist in die gleiche Richtung: Entsprechend bisherigen Beobachtungen in der Fachliteratur (s. Kap. I.5.2.) korrelierten hohe Werte der Dimension Medikamentenvertrauen sowie des Gesamtscores mit der Compliance. Ein hoher Gesamtscore bedeutet, dass die Überzeugung, „an einer ernstzunehmenden und ärztlich und medikamentös behandlungsbedürftigen Krankheit zu leiden“, stark ist (Linden und Seidel 1998). Patienten der Tübinger Kohorte, die diese Einstellung hatten, waren also – wie zu erwarten – eher compliant.

3.3. Gruppe der im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten

Die ausführliche Untersuchung der 22 im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten ergab keine Besonderheiten dieser Gruppe. Weder soziodemographische Variablen noch Daten zum bisherigen und aktuellen Krankheitsverlauf und zur Diagnose zeigten eine abweichende Ausprägung.

Die Gruppe der 22 Personen erwies sich als repräsentativ gegenüber V2. Geprüft auf Unterschiede über vier Jahre war lediglich der Verlauf fester Partnerschaften signifikant. Ähnlich wie bei der Untersuchung des zeitlichen Verlaufs von V2 liegt hier jedoch keine lineare Veränderung vor, so dass der wechselhafte Verlauf eher auf instabile Beziehungsmuster hinweist.

4. Schlussfolgerung

Eine der wichtigsten Beobachtungen dieser Studie ist die hohe Compliance, die auch über die Zeit nicht abfällt, sondern im Gegenteil leicht ansteigt. Auf der anderen Seite ist jedoch die Rehospitalisierungsrate sehr hoch. Zudem gibt es bei der Tübinger Kohorte zwischen Compliance und Rehospitalisierung keinen Zusammenhang. Dieses erstaunliche Ergebnis widerspricht Erkenntnissen der Fachliteratur, denen zufolge niedrige Compliance mit häufigeren Rehospitalisierungen einhergeht. Es zeigt, dass Medikamente allein nicht genügen, um einen Rückfall zu verhindern. Ein wichtiger nächster Schritt ist, zu untersuchen, welche weiteren Faktoren Einfluss auf einen Rückfall haben. Hier wäre beispielsweise an den protektiven Wert eines guten sozialen Beziehungsnetzes, an familiäre Beziehungen, Partnerschaft, spezielle psychotherapeutische Behandlungsmethoden und auch soziotherapeutische Maßnahmen zu denken.

Sowohl die ärztliche als auch die medikamentöse Behandlung genießen bei den untersuchten Patienten eine hohe Akzeptanz. Der Zusammenhang der Compliance mit subjektiven Variablen wie der Bewertung der Nervenarztkontakte, der Zufriedenheit mit dem Bereich Arbeit, der Zufriedenheit mit der Medikamentenaufklärung durch den Arzt und der Dimension Medikamentenvertrauen der Krankheitskonzept-Skala weist auf die Bedeutung subjektiver Parameter für den Behandlungsverlauf hin. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung des Bemühens psychiatrisch Tätiger, mit dem einzelnen Patienten ein individuelles Behandlungskonzept zu erarbeiten. Durch das Wahr- und Ernstnehmen der Empfindungen und Vorstellungen der Patienten kann ein vertrauensvoller und ehrlicher Kontakt aufgebaut werden, der sich wiederum positiv auf die Compliance auswirkt. Es wird also deutlich, dass subjektive Parameter sowohl in der Forschung als auch in der Praxis weiter an Bedeutung gewinnen müssen.

V. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Krankheits- und Behandlungsverlauf schizophrener Patienten über vier Jahre zu erfassen, darzustellen und auszuwerten. Dabei handelt es sich um eine unausgelesene Stichprobe von schizophrenen Patienten, die innerhalb eines Jahres aus stationärer Behandlung in der UKPPT entlassen wurden. Im Mittelpunkt dieser Arbeit standen neben der Entwicklung von Behandlungs- und Krankheitsverlauf besonders die Compliance sowie Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept der Patienten.

Zunächst wird in der Einleitung der aktuelle Kenntnisstand zur Erkrankung der Schizophrenie anhand der Fachliteratur dargestellt. Anschließend werden die Erkenntnisse der Literatur der für diese Arbeit relevanten Themen Compliance, Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept vorgestellt.

Aus dem bisherigen Aufbau der Studie und der Literaturrecherche ergaben sich folgende vier grundlegende Fragestellungen:

- Wie zeichnet sich der Vierjahresverlauf schizophrener Patienten nach Entlassung aus der UKPPT bezüglich der sozialen Integration, Weiterbehandlung, Behandlungcompliance und subjektiver Daten (Lebenszufriedenheit, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept) anhand der Daten der aktuellen Erhebung (Vierjahreskatamnese) ab?
- Wie entwickelt sich der Krankheitsverlauf der Teilnehmer über die vier Erhebungszeitpunkte hinweg in Bezug auf objektive (Therapiedaten, Rehospitalisierungsraten, Compliance) sowie subjektive Daten (Lebenszufriedenheit, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskonzept)?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen der aktuellen Behandlungcompliance und ausgewählten, im Verlauf untersuchten Variablen?
- Wie ist die Gruppe der im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten charakterisiert? Weist sie Besonderheiten auf?

Von den 169 Patienten der Gesamtstichprobe beteiligten sich 69 Patienten (41%) an der Vierjahreskatamnese. Der Verlauf über den gesamten

Erhebungszeitraum konnte anhand der Daten der 38 Teilnehmer an allen Messzeitpunkten (23% der Gesamtstichprobe) untersucht werden. In den Repräsentativitätsprüfungen wurde sowohl die Repräsentativität der 69 Teilnehmer an der aktuellen Befragung gegenüber der Gesamtstichprobe als auch die der 38 Teilnehmer an allen Befragungen gegenüber den 70 Teilnehmern an den ersten drei Untersuchungen nachgewiesen.

Bemerkenswert sind bei den Ergebnissen der Vierjahreskatamnese sowohl eine insgesamt sehr positive Einstellung zur ambulanten psychiatrischen Weiterbehandlung als auch konstante Kontakte zum Facharzt (92%) und deren positive Bewertung. Obwohl eine ambulante Psychotherapie ebenfalls sehr positiv bewertet wurde, nahm diese nur ein Drittel der Teilnehmer in Anspruch. 93% der Patienten nahmen wegen der psychiatrischen Erkrankung ein Medikament. Die Zufriedenheit mit der Medikation war mit über 60% relativ hoch. Somit sind ärztliche Behandlung und Medikamente in der untersuchten Gruppe gut akzeptiert. Entsprechend war die Compliance unter den untersuchten Tübinger Patienten auffallend hoch. Sie lag durchgehend bei mindestens 70% und war damit erheblich höher als meist in der Literatur berichtet. Fast 60% der Teilnehmer an allen Untersuchungen (N=38) waren eigenen Angaben zufolge durchweg compliant.

Ein Ergebnis von besonderer Bedeutung gerade angesichts der ausgesprochen hohen Compliance stellt die hohe Rehospitalisierungsrate von 70% innerhalb von drei Jahren dar. Fast drei Viertel der Teilnehmer an allen Untersuchungen mussten seit dem Index-Aufenthalt vor vier Jahren wiederaufgenommen werden.

Die Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit stimmen mit den in der Literatur gefundenen überein. In allen Bereichen waren die untersuchten Tübinger Patienten durchschnittlich „eher zufrieden“. Diese Bewertung blieb über die Zeit stabil.

Die insgesamt hohe Behandlungszufriedenheit zeichnet sich durch Unterschiede im Verlauf aus: Im Vergleich zur ambulanten Behandlung waren die Teilnehmer bei der stationären Behandlung erheblich unzufriedener mit der Arztaufklärung, der Arztkompetenz, der Medikamentenaufklärung, dem

Ernstgenommen werden durch den Arzt sowie ihrem Einfluss auf den Behandlungsplan. Im Verlauf der ambulanten Behandlung war lediglich die Beurteilung des Klimas in der Arztpraxis nach vier Jahren signifikant besser als zuvor.

Das Krankheitskonzept (KK-Skala) der Patienten war über die Zeit stabil und entspricht in seiner Ausprägung den bisherigen Ergebnissen der Literatur.

Teilnehmende Frauen unterschieden sich hinsichtlich des Krankheitskonzepts signifikant von teilnehmenden Männern durch eine höhere Krankheits- und Medikamentenakzeptanz. Im Verlauf waren zusätzlich die Lebenszufriedenheit sowie die Funktionsfähigkeit (GAF) von Frauen höher und ihre Symptomatik (PANSS) geringer ausgeprägt.

Die Compliance korrelierte positiv mit einer guten Bewertung der Facharztkontakte. Die mit dem Bereich Arbeit zufriedenen Patienten der Tübinger Kohorte waren signifikant complianter als die mit der Arbeit unzufriedenen. Weiterhin war die objektive Situation in den Bereichen Wohnen und Arbeit mit der jeweiligen subjektiven Zufriedenheit in diesem Bereich verknüpft. Die Zufriedenheit mit der Medikamentenaufklärung korrelierte signifikant mit der Compliance. Ebenso hingen die Dimension Medikamentenvertrauen sowie der Gesamtscore der KK-Skala mit der Compliance zusammen. Entgegen anderer Erwartungen standen Rehospitalisierung und Compliance nicht miteinander in Zusammenhang.

Die Gruppe der im gesamten Erhebungszeitraum complianten Patienten zeigt im Vergleich zur Gesamtstichprobe keine besonderen oder signifikant unterschiedlichen Charakteristika.

Der in dieser Studie gefundene fehlende Zusammenhang zwischen Compliance und Rehospitalisierung bei hoher Rehospitalisierungsrate sollte Anlass zur Erforschung weiterer Einflussfaktoren auf die Rückfallrate geben. Diese können im sozialen und familiären Umfeld sowie im therapeutischen Bereich liegen - beispielsweise in speziellen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden oder soziotherapeutischen Maßnahmen.

Weiterhin hebt die vorliegende Untersuchung die Wichtigkeit subjektiver Meinungen und Empfindungen der Patienten für ihre Compliance hervor. Ihre

Einstellung gerade zu Behandlung und Medikamenten hängt maßgeblich mit der Compliance zusammen. Dies stärkt den Trend in Forschung und Praxis, die Sichtweise der Patienten wahr- und ernst zu nehmen und auf diesem Weg die Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt durch einen vertrauensvollen Kontakt zu stärken.

VI. Anhang

1. Abkürzungen

4JK	Zeitpunkt der Vierjahreskatamnese
AN	Anfälligkeit
AV	Arztvertrauen
BeLP	Berliner Lebensqualitätsprofil
CC	Zufallskontrolle
df	degree of freedom, Freiheitsgrade
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM	Diagnostic and statistic manual of mental disorders
E	Zeitpunkt der Entlassuntersuchung
EPS	Extrapyramidal-motorische Bewegungsstörungen
et al.	und Mitarbeiter
F	F-Wert
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GKV	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung
IA	Idiosynkratische Annahmen
ICD	International Classification of Disease
K6	Zeitpunkt der 6-Monats-Katamnese
K12	Zeitpunkt der 12-Montas-Katamnese
Kap.	Kapitel
KK	Krankheitskonzept
Max	Maximaler Wert
Min	Minimaler Wert
MV	Medikamentenvertrauen
MW	Mittelwert
N	Anzahl der Patienten
NE	Negativerwartungen

NTN	Nichtteilnehmer
p	Wahrscheinlichkeit. Sterne hinter dem Wert bezeichnen signifikante Ergebnisse. Dabei steht ein Stern für $p < 0,05$, zwei Sterne für $p < 0,01$ und drei Sterne für $p < 0,001$
PANSS	Positive and Negative Syndrom Scale
s.	siehe
SD	Schuld
sd	Standard Deviation, Standardabweichung
TN	Teilnehmer
TÜBB	Tübinger Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit
TÜBB ^A	Tübinger Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit ambulant
TüFoS	Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie
UKPPT	Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
V1	Vergleichsstichprobe 1: Teilnehmer an den ersten drei Untersuchungszeitpunkten (N=70)
V2	Vergleichsstichprobe 2: Teilnehmer an allen vier Untersuchungszeitpunkten (N=38)
z.B.	zum Beispiel

2. Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1:	Teilnehmerzahlen der Untersuchungen
Tab. 2:	Repräsentativitätsprüfung der Teilnehmer an 4JK (N=69)
Tab. 3:	Repräsentativitätsprüfung der Vergleichsstichprobe 2 (N=38)
Tab. 4:	Die Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Messzeitpunkten
Tab. 5:	Operationalisierung der Variablen: Compliance im letzten halben Jahr
Tab. 6:	Operationalisierung der Variablen: Compliance in den letzten 3 Jahren
Tab. 7:	Einstellung zur begleitenden Betreuung durch ambulante Dienste 4JK (N=69)

- Tab. 8: Nervenarztkontakte der Teilnehmer an 4JK (N=69), Anzahl u. Prozent
- Tab. 9: Zufriedenheit der Teilnehmer an 4JK, Häufigkeiten, MW und sd
- Tab. 10: PANSS-Scores, MW, sd, Min und Max der Teilnehmer an 4JK (N=69)
- Tab. 11: Signifikante Geschlechterunterschiede 4JK, MW, sd u. Testergebnisse
- Tab. 12: Signifikante Geschlechterunterschiede 4JK, Prozent, (N) und p-Wert
- Tab. 13: Berufsausbildung im Verlauf (V2, N=38), Angaben in % (N)
- Tab. 14: Beschäftigungssituation im Verlauf (V2, N=38), Angaben in % (N)
- Tab. 15: Verlauf der Wohnsituation (V2, N=38), Angaben in % (N)
- Tab. 16: Verlauf der ambulanten Weiterbehandlung (V2, N=38), Prozent u. (N)
- Tab. 17: Ambulante Weiterbehandlung (V2, N=38), MW und sd
- Tab. 18: Neuroleptika im Verlauf (V2, N=38), Angaben in Prozent (N)
- Tab. 19: Rehospitalisierung im Verlauf (V2, N=38), Angaben in Prozent (N)
- Tab. 20: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (V2, N=38): MW und (sd)
- Tab. 21: Lebenszufriedenheit im Verlauf (V2; N=38), Angaben in Prozent
- Tab. 22: Zufriedenheit im Verlauf (V2; N=38), MW und sd
- Tab. 23: Liste der untersuchten Items des TüBB^{S/A}
- Tab. 24: gruppiert: Verlauf der Behandlungszufriedenheit (V2, N=38), Prozent
- Tab. 25: gruppiert: Verlauf d. Gesamtbehandlungszufriedenheit (V2; N= 38), %
- Tab. 26: Prüfung auf Unterschiede der Behandlungszufriedenheit E-K6 (N=95)
- Tab. 27: Prüfung des Verlaufs der amb. Behandlungszufriedenheit (V2; N=38)
- Tab. 28: Verlauf der KK-Skala (V2; N=38), Angaben in Prozent
- Tab. 29: ergänzende Items der KK-Skala im Verlauf (V2; N=38); MW, sd und p
- Tab. 30: Psychopathologie im Verlauf (V2; N=38), Mittelwert, sd und p
- Tab. 31: Signifikante Geschlechterunterschiede im Verlauf (V2; N=38)
- Tab. 32: Wichtige Ergebnisse d. Korrelationen mit d. Compliance (4JK; N=69)
- Tab. 33: Signifikante Korrelationen v. sozialer Situation u. Zufriedenheit (4JK)

3. Verzeichnis der Abbildungen

- Abb. 1: Wohnsituation der Teilnehmer an 4JK (N=69), Angaben in Prozent
- Abb. 2: Gesamtdauer der Rehospitalisierungen über drei Jahre, 4JK (N=69)
- Abb. 3: Compliance der Teilnehmer an 4JK (N=69): Angaben in Prozent

- Abb. 4: Behandlungszufriedenheit der Teilnehmer an 4JK (N=69), Mittelwerte
 Abb. 5: Dimensionen der KK-Skala, Mittelwerte d. Teilnehmer an 4JK (N=69)
 Abb. 6: Familienstand im Verlauf (V2, N=38), Angaben in Prozent (N)
 Abb. 7: Gesamtdauer der Klinikaufenthalte pro Person über 4 Jahre (N=38)
 Abb. 8: Compliance im Verlauf (V2; N= 38), Angaben in Prozent
 Abb. 9: Compliance zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten (V2); % (N)
 Abb. 10: Behandlungszufriedenheit im Verlauf (V2; N=38), Mittelwerte
 Abb. 11: Gesundheitszustand im Vergleich zu E (V2; N= 38), Angaben in %
 Abb. 12: Mittelwerte der KK-Skala im Verlauf (V2; N=38)
 Abb. 13: Partnerschaften im Verlauf; N=22, Angaben in Prozent

4. Ergänzende Tabellen

Teilnahme	Patientenzahl	Relative Häufigkeit (%)
nur an E, K6 und K12	32	19
nur an E, K6 und 4JK	10	6
nur an E, K12 und 4JK	4	2
nur an K6, K12 und 4JK	3	2
nur an E und K6	15	9
nur an E und K12	1	1
nur an E und 4JK	11	7
nur an K6 und K12	2	1
nur an K6 und 4JK	1	1
nur an K12 und 4JK	0	0

A-Tab. 1: Teilnehmerzahlen der Untersuchungen, und Prozent

Schulabschluss	Teiln. an 4JK		Nichtteiln. an 4JK		V1	
	N	(% der TN)	N	(% der NTN)	N	(% V1)
Hauptschule /kein Abschluss	10	(26)	13	(41)	23	(33)
Mittlere Reife	15	(40)	4	(13)	19	(27)
Abitur	13	(34)	15	(47)	28	(40)
Summen	38	(100)	32	(100)	70	(100)

A-Tab. 2: Schulabschluss der Teiln. u. Nichtteilnehmer an 4JK (N=69), N und %

Item	Test	N	df	p
Arztbehandlung: ja / nein	Cochran	38	3	1,0
Anzahl der Arztkontakte	Friedman	38	2	0,12
Hausarztbehandlung: ja / nein	Cochran	37	2	0,41
Anzahl der Hausarztkontakte	Friedman	37	2	0,64
Waren die Kontakte beim Hausarzt hilfreich?	Friedman	3	2	0,14
Facharztbehandlung: ja / nein	Cochran	38	2	0,61
Anzahl der Nervenarztkontakte	Friedman	38	2	0,10
Waren die Kontakte beim Facharzt hilfreich?	Friedman	29	2	0,52
Kontakte beim Psychotherapeuten hilfreich?	Friedman	2	2	0,14
Nervenarztwechsel	Cochran	33	2	0,87

A-Tab. 3: ambulante Weiterbehandlung im Verlauf (V2, N=38), Testergebnisse

Lebensbereich	Friedman-Test		
	N	χ^2	p
Leben allgemein	37	1,86	0,40
Seel. Gesundheit	38	0,22	0,90
Körperl. Gesundheit	38	1,73	0,42
Berufl. Tätigkeit	16	5,63	0,06
Arbeitslosigkeit	5	0,55	0,76
Partnerbeziehung	15	0,18	0,92
Kontakt zu anderen	38	0,84	0,66
Anzahl Freunde	37	4,06	0,13
Freizeit zu Hause	38	5,13	0,27
Freizeit außerhalb	37	2,60	0,08
Finanzielle Lage	38	4,71	0,10
Wohnsituation	38	2,79	0,25

A-Tab. 4: Lebenszufriedenheit im Verlauf (V2): Testergebnisse

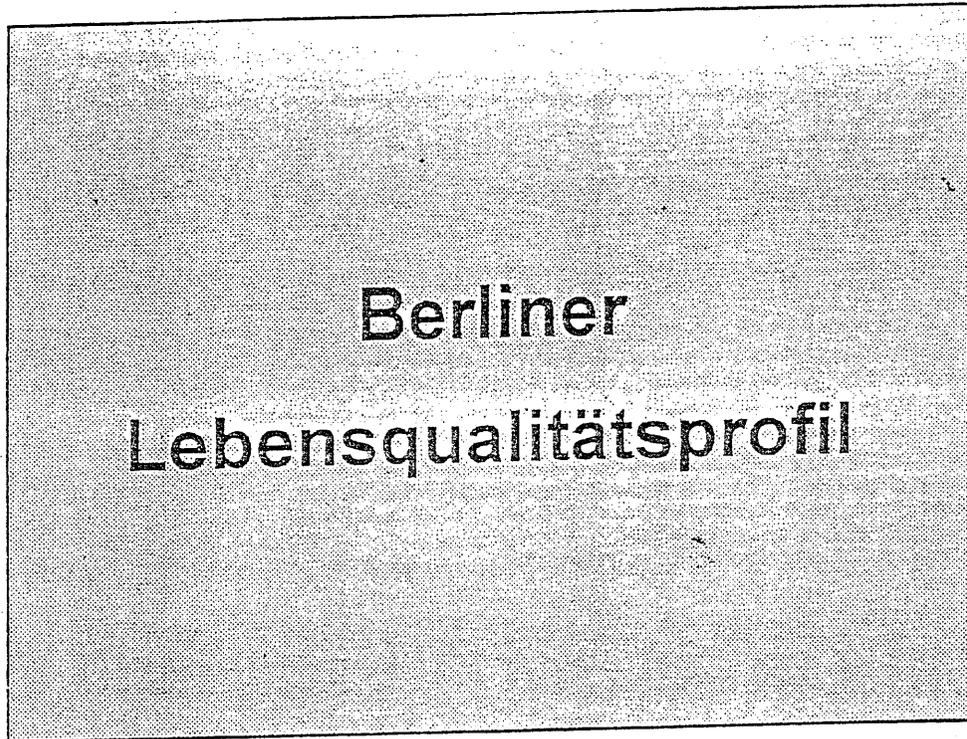
Dimension	Friedman-Test; df=3		
	N	χ^2	p
Medikamentenvertrauen	26	0,23	0,97
Arztvertrauen	29	2,44	0,49
Anfälligkeit	26	5,03	0,17
Idiosynkratische Annahmen	27	4,21	0,24
Zufallskontrolle	26	1,75	0,63
Schuld	30	0,45	0,93
Negativerwartungen	29	2,89	0,41
KK-Gesamtscore	18	0,20	0,98

A-Tab. 5: Krankheitskonzept im Verlauf (V2; N=38); Testergebnisse

5. Ausgewählte Erhebungsinstrumente

Es folgt die exemplarische Darstellung der drei Erhebungsinstrumente „Berliner Lebensqualitätsprofil“, „Tübinger Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit ambulant“ und „Krankheitskonzept-Skala“.

5.1. Berliner Lebensqualitätsprofil



Name des Klienten: _____

Code-Nummer:

Datum:

Interviewer: _____

2. korrigierte Version, Nov. 1996

Zur Benutzung des Berliner Lebensqualitätsprofils

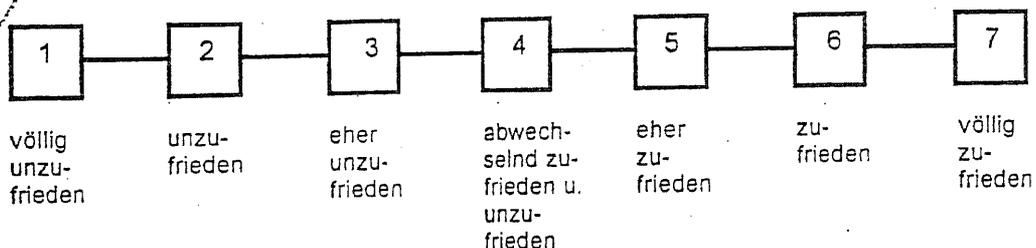
Das 'Berliner Lebensqualitätsprofil' ist durch Übersetzung und Modifikation des 'Lancashire Quality of Life Profile' von *J.P.J. Oliver et al.* entstanden. Es wurde in seiner deutschen Form von *Stefan Priebe* und *Christine Hoffmann* an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin erarbeitet und dient als strukturiertes Interview zur Beurteilung der Lebensqualität psychisch kranker Menschen. Die vorliegende, korrigierte Version wurde unter Mitarbeit von *Ute-Ulrike Röder-Wanner*, *Wolfgang Kaiser* und *Karin Hoffmann* erstellt.

Die Fragen des Bogens sind in 11 Bereiche gegliedert:

- Teil 1 - Persönliche Daten des Befragten
- Teil 2 - Allgemeine Lebenszufriedenheit
- Teil 3 - Arbeit - Aus(Bildung)
- Teil 4 - Freizeit
- Teil 5 - Religion
- Teil 6 - Finanzen
- Teil 7 - Wohnung
- Teil 8 - Gesetz und Sicherheit
- Teil 9 - Familie
- Teil 10 - Freunde und Bekannte
- Teil 11 - Gesundheit

Für die Zufriedenheitsfragen des Profils soll die nachfolgende Zufriedenheits-Skala (Z-Skala) verwendet werden. Sie steht auch noch einmal auf einem separaten Blatt zur Verfügung, so daß der/die Befragte sie immer vor Augen haben kann. Mit Hilfe der Skala soll der/die Befragte zu einer Selbsteinschätzung seiner/ihrer Zufriedenheit kommen (z.B. Frage 3.5: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Tätigkeit?).

Zufriedenheits-Skala (Z-Skala):



Teil 1 - Persönliche Daten des Befragten

- 1.1 Alter in Jahren: 1.2 Geschlecht: weiblich männlich
- 1.3 Der/die Befragte gehört zur Volksgruppe/Nation:
- 1.4 Erreichte schulische Bildung:
- a. kein Hauptschulabschluß b. Hauptschulabschluß
- c. Mittl. Reife oder vergl. Abschluß d. Abitur/Fachabitur
- e. andere, welche:
- 1.5 Erreichte Berufsausbildung *[Mehrfachantwort möglich]:*
- a. keine Berufsausbildung oder nur angelehrt
- Lehre/Fachschule (Höhere Handelsschule o.ä.):
- b. abgeschlossen c. abgebrochen d. noch in Ausbildung
- Fachhochschule/Hochschule:
- e. abgeschlossen f. abgebrochen g. noch in Ausbildung

Teil 2 - Allgemeine Lebenszufriedenheit

- 2.1 Wie zufrieden sind Sie zur Zeit allgemein mit Ihrem Leben ?
[Benutzen Sie die Z-Skala]

Teil 3 - Arbeit - Aus(Bildung)

- 3.1 Gehen Sie einer Arbeit/Tätigkeit (einschließl. Studium) nach? ja nein
- 3.2 Wenn ja, welcher?
- 3.3 Wieviel Stunden pro Woche arbeiten Sie?
- 3.4 Was verdienen Sie ungefähr netto im Monat?

Wie zufrieden sind Sie (mit) *[im folgenden die Z-Skala benutzen]:*

- 3.5 Ihrer (beruflichen) Tätigkeit (Arbeit, beschützter Arbeitsplatz, Studium etc.)?
- 3.6 Ihrer Bezahlung/Ihrem Entgelt?
- 3.7 damit, arbeitslos/berentet/ohne Beschäftigung zu sein?

Teil 4 - Freizeit

Betrachten Sie im folgenden die vergangenen vier Wochen:

- 4.1 Haben Sie in diesem Zeitraum Sport getrieben oder eine Sportveranstaltung besucht?
ja nein weiß nicht
- 4.2 Haben Sie ein Restaurant/Kneipe/Gaststätte besucht oder an einer Vereins-
veranstaltung teilgenommen? ja nein weiß nicht
- 4.3 Waren Sie im Kino, im Theater, im Museum oder auf einer Musikveranstaltung?
ja nein weiß nicht
- 4.4 Waren Sie einkaufen? ja nein weiß nicht
- 4.5 Sind Sie Bus, Auto oder Zug gefahren außer zur Arbeit und zurück?
ja nein weiß nicht
- 4.6 Haben Sie ferngesehen oder Radio gehört?
ja nein weiß nicht
- 4.7 Gab es in den letzten 12 Monaten Zeiten, in denen Sie gern mehr in Ihrer
Freizeit unternommen hätten, dies aber nicht möglich war?
ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

- 4.8 Ihren Freizeitaktivitäten zu Hause/im Krankenhaus/Heim ?
- 4.9 Ihren Freizeitaktivitäten außerhalb Ihrer Wohnung/außerhalb des
Krankenhauses/Heims ?

Teil 5 - Religion

- 5.1 Welcher Religion gehören Sie an?
a. evangelisch b. katholisch c. jüdisch d. islamisch
e. hinduistisch f. budistisch g. andere h. keiner
- 5.2 Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen einen Gottesdienst oder eine andere religiöse
Veranstaltung besucht? mal

Teil 6 - Finanzen

- 6.1 Wie hoch sind Ihre monatlichen Einkünfte
(netto ohne Steuern, bei Sozialhilfeempfängern incl. Miete)?
- 6.2 Haben Sie Vermögen über DM 50.000? ja nein weiß nicht
- 6.3 Welche Art von Einkünften haben Sie?
- a. Lohn/Gehalt b. selbständig c. Krankengeld d. Arbeitslosengeld, -hilfe
- e. Rente (EU-/Alters-/sonstige) f. Sozialhilfe g. Vermögenseinkünfte
- 6.3.1 Wie hoch ist das monatliche Einkommen aller in Ihrem Haushalt lebenden Personen
(Haushaltseinkommen) ?
- 6.3.2 Wieviele Personen werden von diesem Haushaltseinkommen unterhalten?
- a. Erwachsene b. Kinder über 18 Jahren c. Kinder unter 18 Jahren
- 6.4 Ist in den letzten 12 Monaten ein Antrag von Ihnen auf staatliche Unterstützung
(Sozialhilfe, Wohngeld, Ausbildungshilfe) abgelehnt worden?
ja nein weiß nicht
- 6.5 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten irgendwann zu wenig Geld, um im Alltag
zurecht zukommen? ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

- 6.6 Ihrer finanziellen Lage?

Teil 7 - Wohnung

- 7.1 Wo wohnen Sie zur Zeit?
- a. Wohnheim g. Mietwohnung
- b. Therapeutische WG h. Betreutes Einzelwohnen
- c. Krankenhaus (> 6 Monate durchgehend) i. in einer vom Sozialamt bezahlten Pension
- d. Privathaus (als Eigentümer) k. andere
- e. Privathaus (als Mieter) l. obdachlos/keine Wohnung
- f. Eigentumswohnung m. Kranken-, Pflegeheim

7.1.1 Bei institutioneller Versorgung:

Verfügen Sie daneben noch über eine eigene Wohnung? ja nein

7.2 Wie lange wohnen Sie schon dort? Jahre Monate

7.3 Wie viele Menschen wohnen dort im selben Haushalt noch außer Ihnen?

7.4 Mit wem wohnen Sie zusammen? [Mehrfachantwort möglich]:

a. lebt allein f. mit Geschwistern

b. mit (Ehe)Partner g. mit anderen Verwandten

c. mit Eltern(teil) h. im Betreuten Wohnen (TWG, Betr.

d. mit Kindern über 18 Jahren Einzelwohnen, Betreuungsgem.)

e. mit Kindern unter 18 Jahren i. mit anderen nichtverwandten
Personen

7.5 Hat es in den letzten 12 Monaten Zeiten gegeben, in denen Sie gern umgezogen wären (für stationäre Patienten: in denen Sie gern das Krankenhaus dauerhaft verlassen hätten), dies aber nicht möglich war?

ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

7.6 Ihrer gegenwärtigen Wohnsituation allgemein (bezogen auf 7.1)?

7.8 dem Zusammenleben mit den anderen Menschen dort?

7.9 der Privatsphäre, die Sie dort haben?

7.10 der Aussicht, dort lange Zeit zu leben?

Teil 9 - Familie

9.1 Wie ist Ihr Familienstand? :

- a. verh./fester Partner b. ledig c. verwitwet d. geschieden
 e. getrenntlebend f. sonstiges

9.1.1 Wie viele Kinder haben Sie?

9.2 Wie oft haben Sie Kontakt mit einem/einer Verwandten, die nicht in Ihrem Haushalt lebt?

- a. täglich b. mind. wöchentlich c. mind. monatlich
 d. mind. jährlich e. seltener als einmal f. keinen Kontakt
 g. es existieren keine pro Jahr
 Verwandten mehr

9.3 Gab es in den letzten 12 Monaten Situationen, in denen Sie gern engeren Kontakt zu diesen Verwandten gehabt hätten, dies aber nicht möglich war?

- ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

- 9.4 Ihrer Ehe/Partnerbeziehung
 9.5 der Beziehung zu Ihren Kindern
 9.6 der Beziehung zu Ihrer sonstigen Familie

Teil 10 - Freunde und Bekannte

10.1 Würden Sie sagen, Sie sind jemand, die/der ohne Freunde/Freundinnen auskommt?

- ja nein weiß nicht

10.2 Haben Sie einen guten, engen Freund /eine gute, enge Freundin (d.h. jemand der/die Sie gut kennt)?

- ja nein weiß nicht

10.3 Haben Sie einen Freund/eine Freundin, den/die Sie um Hilfe bitten können, wenn Sie Hilfe brauchen?

- ja nein weiß nicht

10.4 An wieviel Tagen hatten Sie in der vergangenen Woche persönlichen Kontakt mit Ihren Freunden/Bekanntem?

10.5 An wieviel Tagen hatten Sie in der vergangenen Woche persönlichen Kontakt (persönliche Gespräche) zu Menschen, die nichts mit der Psychiatrie zu tun haben (weder als Betreuer noch als Patienten)?

Wie zufrieden sind Sie [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

10.6 damit, wie Sie mit anderen Menschen zurechtkommen?

10.7 mit der Anzahl der Freunde/Bekanntem, die Sie haben?

Teil 11 - Gesundheit

Betrachten Sie im folgenden die letzten 12 Monate:

11.1 Waren Sie wegen eines körperlichen Leidens beim Arzt/im Krankenhaus?
ja nein weiß nicht

11.2 Haben Sie körperliche Probleme, die Ihre Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt haben?
ja nein weiß nicht

11.3 Waren Sie wegen seelischer Probleme beim Arzt?
ja nein weiß nicht

11.4 Waren Sie wegen seelischer Probleme im Krankenhaus?
ja nein weiß nicht

11.5 Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Krankenhausaufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus/auf einer psychiatrischen Station (falls zutreffend)? Jahre

11.6 Nehmen Sie wegen seelischer Probleme Medikamente?
ja nein weiß nicht

11.7 Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Gesundheit Hilfe von einem Arzt oder einer anderen medizinischen Einrichtung gewünscht, diese aber nicht bekommen?
ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

11.8 Ihrer körperlichen Gesundheit?

11.9 Ihrer seelischen Gesundheit?

5.2. Tübinger Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit ambulant

Die folgenden Aussagen sind durch Ankreuzen auf einer Skala zu beantworten.

Kreuzen Sie bitte die Zahl im Kästchen an, die für Sie am ehesten zutrifft.

- Setzen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage.
- Setzen Sie kein Kreuz zwischen die Kästchen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Beispiele:

Ich wünsche mir, daß es noch mehr Fernsehsender gibt.

trifft überhaupt nicht zu 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

Die Parkmöglichkeiten in der Innenstadt sollten verbessert werden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 1 Ich wünsche mir eine verbesserte **Aufklärung** über meine Krankheit und über die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten durch meinen behandelnden **Arzt**.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 2 Ich wünsche mir, daß mein mich behandelnder **Arzt** mich ernster nimmt.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 3 Die **Kompetenz** (das fachliche Können) meines behandelnden **Arztes** sollte höher sein.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 4 Ich wünsche mir in der **Arztpraxis** ein vertrauenserweckenderes **Klima**.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 5 Ich wünsche mir eine verbesserte **Aufklärung** über die angewandten **Untersuchungsmethoden** (Fragebogen, Tests, medizinische Untersuchungen,..).

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 6 Die **Kompetenz** (das fachliche Können) meines **Psychotherapeuten** sollte höher sein.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 7 Ich wünsche mir eine verbesserte **Aufklärung** über die **Wirkung** und **Nebenwirkungen** der mir verabreichten Medikamente.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 8 Ich wünsche mir eine erhöhte **Wirksamkeit** der mir verabreichten Medikamente.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 9 Die **Kompetenz** (das fachliche Können) der Mitarbeiter des **ambulanten Dienstes** sollte höher sein.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 10 Ich wünsche mir, daß das **Verhalten** der Mitarbeiter aus dem Bereich der **ambulanten Dienste** freundlicher ist (SPDI, PSD, Beratungsstelle).

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 11 Die **Zusammenarbeit** der **behandelnden Personen** (Ärzte, Psychologen, Mitarbeiter des Sozialdienstes, Hausarzt) bezogen auf meine Behandlung sollte verbessert werden.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 12 Ich wünsche mir, daß ich mehr **Einflußmöglichkeiten** auf meinen **gesamten Behandlungsplan** habe.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft vollkommen zu

- 13 Mit meiner Behandlung als Patient/Patientin in der ambulanten Versorgung bin ich **insgesamt**

sehr unzufrieden 1 2 3 4 5 6 7 sehr zufrieden

- 14 Bitte tragen Sie hier weitere Wünsche für Veränderungen in Bezug auf Ihre Behandlung ein:

5.3. Krankheitskonzept-Skala

Der folgenden Aussage stimme ich...	gar nicht	kaum	teilweise	überwiegend	voll
	zu	zu	zu	zu	zu
1. Wenn ich krank werde, ist es meist sehr ernsthaft.	<input type="checkbox"/>				
2. Medikamente unterstützen meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
3. Wenn ich zu einem Arzt gehe, weiß ich, daß mir dort geholfen wird.	<input type="checkbox"/>				
4. Gesund zu sein, ist zu einem großen Teil Glückssache.	<input type="checkbox"/>				
5. Medikamente nehmen heißt, daß ich zu schwach bin, um meine Probleme selbst zu lösen.	<input type="checkbox"/>				
6. Wenn ich krank bin, hilft mir gute medizinische Betreuung besser als alles andere, um wieder gesund zu werden.	<input type="checkbox"/>				
7. Bei psychischen Erkrankungen muß man auf die Wirksamkeit von Medikamenten vertrauen.	<input type="checkbox"/>				
8. Ob ich gesund werde oder nicht, hängt vom Zufall ab.	<input type="checkbox"/>				
9. Vor Krankheiten muß ich mich sehr in acht nehmen.	<input type="checkbox"/>				
10. Medikamente behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>				
11. Es gibt so viele Krankheiten, daß es ein Wunder ist, gesund zu sein	<input type="checkbox"/>				
12. Seelische Leiden kann man nicht mit chemischen Mitteln behandeln.	<input type="checkbox"/>				
13. Wenn in meinem Körper eine Krankheit steckt, werde ich auch krank, unabhängig davon, was ich dagegen unternehme.	<input type="checkbox"/>				
14. Ich habe die Befürchtung, daß Medikamente meine Persönlichkeit verändern können.	<input type="checkbox"/>				
15. Wenn ich krank werde, liegt es häufig an meiner eigenen Nachlässigkeit.	<input type="checkbox"/>				
16. Bei mir helfen Medikamente.	<input type="checkbox"/>				
17. Das Beste ist, den Anweisungen des Arztes zu folgen.	<input type="checkbox"/>				
18. Ich befürchte, daß meine Mitmenschen mich für schwach halten, wenn ich Medikamente nehme.	<input type="checkbox"/>				
19. Bei psychischen Erkrankungen sind Medikamente eine große Hilfe.	<input type="checkbox"/>				
20. Regelmäßige Besuche beim Arzt sind der beste Weg, um gesund zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				

Der folgenden Aussage stimme ich...	gar nicht zu	kaum zu	teilweise zu	überwiegend zu	voll zu
21. Unter Einfluß von Medikamenten verliert man den Blick für die Wirklichkeit.	<input type="checkbox"/>				
22. Wenn ich krank werde, habe ich meist etwas falsch gemacht.	<input type="checkbox"/>				
23. Medikamente müssen irgendwann einmal abgesetzt werden.	<input type="checkbox"/>				
24. Wenn ich krank bin, weiß ich, daß ich mich nicht genug körperlich betätigt oder nicht vernünftig ernährt habe.	<input type="checkbox"/>				
25. Wenn ich die richtigen Medikamente nehme, dann helfen sie.	<input type="checkbox"/>				
26. Ich muß sehr auf meine Gesundheit aufpassen.	<input type="checkbox"/>				
27. Menschen, die nicht krank werden, haben ganz einfach viel Glück.	<input type="checkbox"/>				
28. Medikamente zu schlucken, ist für mich ganz einfach lästig.	<input type="checkbox"/>				
29. Natürliche Heilung ist Medikamenten überlegen.	<input type="checkbox"/>				
30. Medikamente sind das zuverlässigste Mittel, um bei einer psychischen Erkrankung einen Rückfall zu verhindern.	<input type="checkbox"/>				
31. Medikamente sind gefährlich, weil sie so viele Nebenwirkungen haben.	<input type="checkbox"/>				
32. Medikamente geben mir ein gutes Lebensgefühl.	<input type="checkbox"/>				
33. Bei Medikamenten ist die Gefahr groß, daß man von ihnen abhängig wird.	<input type="checkbox"/>				
34. Mit Medikamenten kann man Patienten nur ruhig stellen.	<input type="checkbox"/>				
35. Mit Medikamenten bin ich selbstbewußter und traue mir zu, meinen Alltag zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>				
36. Wenn es mir besser geht, möchte ich die Medikamente so schnell wie möglich wieder reduzieren.	<input type="checkbox"/>				
37. Alkohol und Medikamente in Kombination eingenommen, halte ich für unproblematisch.	<input type="checkbox"/>				
38. Medikamente und Drogen in Kombination eingenommen, halte ich für unproblematisch.	<input type="checkbox"/>				

Der FB enthält die KK-Skala von M. Linden (Item 1-29), ergänzt um Item 30-38 der TüFoS-Gruppe.

VII. Literaturverzeichnis

1. Adams SG, Howe JT. Predicting Medication Compliance in a Psychotic Population. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 558-560
2. Albus M, Burjes S, Scherer J. Welche Faktoren beeinflussen die Medikamenten-Compliance? *Psychiatr Prax* 1995; 22: 228-230
3. Angermeyer MC. Compliance schizophrener Kranker mit Neuroleptika-Medikation. In: Möller HJ (Hrsg.). *Langzeiterfahrungen mit Glianimon*. Köln: Tropon 1991: 163-177
4. Angermeyer MC. Schizophrenie und Lebensqualität. *Fortschr Neurol Psychiat* 2000; 68 (Sonderheft 1): S2-S6
5. Angermeyer MC, Matschinger H. Neuroleptika und Lebensqualität. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 64-68
6. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Lebensqualität, das bedeutet für mich... Ergebnisse einer Umfrage bei schizophrenen Patienten. *Psychiatr Praxis* 1999; 26: 56-60
7. Angst J, Scharfetter C. Gedanken zum schizophrenen Spektrum aus epidemiologischer Sicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 2001; 69 (Sonderheft 2): S92-S94
8. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ, Hogan TP. Assessment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 (Suppl 2): 55-59
9. Bailer J. *Prognose und Verlauf der schizophrenen Psychosen: Ergebnisse einer fünfjährigen prospektiven Verlaufsstudie*. Peter Lang: Frankfurt 2000
10. Barker DA, Orrell MW. The Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire: a reliability and validity study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 111-116
11. Bebbington PE. The content and context of compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 9 (Suppl 5): 41-50
12. Bleuler E. *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. In: Aschaffenburg G (Hrsg.). *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Deuticke 1911
13. Bleuler M. *Die Schizophrenien: die langen Verläufe und ihre Formbarkeit*. In: Huber G (Hrsg.). *Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer 1973: 51-66
14. Bortz J. *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 1999
15. Bortz J, Lienert GA. *Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung*. Berlin, Heidelberg: Springer 1998
16. Bortz J, Lienert GA, Boehnke K. *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2000
17. Bosveld-van Haandel LJM, Sloof CJ, Bosch van den RJ. Reasoning about the optimal duration of prophylactic antipsychotic medication in schizophrenia: evidence and arguments. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 335-346

18. Bottlender R, Sato T, Jäger M, Wegener U, Wittmann J, Strauß A, Möller HJ. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003; 62: 37-44
19. Brown AS, Schaefer CA, Wyatt RJ, Begg MD, Goetz R, Bresnahan MA, Harkavy-Friedman J, Gorman JM, Malaspina D, Susser ES. Paternal Age and Risk of Schizophrenia in Adult Offspring. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1528-1533
20. Buchkremer G. Prävention bei schizophrenen Patienten: Konzepte und Ergebnisse. In: Rudolf GAE, Tölle R (Hrsg.). *Prävention in der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1984
21. Buchkremer G, van der Ven M, Schulze-Mönking H. Medikamentenmitbestimmung – ein psychotherapeutisches Ziel bei schizophrenen Patienten. In: Helmchen H et al. (Hrsg.). *Therapie mit Neuroleptika – Perazin*. Stuttgart, New York: Thieme 1988: 125-128
22. Büchner G, Schaub G (Hrsg.). *Lenz*. Stuttgart: Reclam 1987
23. Bullinger M, Ludwig M, von Steinbüchel N. *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe 1991
24. Carpenter W. The treatment of negative symptoms: pharmacological and methodical issues. *Br J Psychiatry* 1996; 168 (Suppl 29): 17-22
25. Carrière P, Bonhomme D, Lempérière T. Amisulpride has a superior benefit/risk profile to haloperidol in schizophrenia: results of a multicentre, double-blind study. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 321-329
26. Ciompi L, Müller C. *Lebensweg und Alter der Schizophrenen*. Berlin: Springer 1976
27. Cohen H, Loewenthal U, Matar M, Kotler M. Association of autonomic dysfunction and clozapine. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 167-171
28. Davis JM, Andriukaitis S. The Natural Course of Schizophrenia and Effective Maintenance Drug Treatment. *J Clin Psychopharmacol* 1986; 6: 2S-10S
29. de Haan L, Linszen DH, Lenior ME, Doderlein de Win E, Gorsira R. Duration of Untreated Psychosis and Outcome of Schizophrenia: Delay in Intensive Psychosocial Treatment Versus Delay in Treatment With Antipsychotic Medication. *Schizophr Bull* 2003; 29: 341-348
30. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 1. Darmstadt: Steinkopf 1998
31. Dilling H, Schulte-Markwort E. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 4. Auflage. Bern, Göttingen: Huber 2000
32. Donohoe G, Owens N, O'Donnell C, Burke T, Moore L, Tobin A, O'Callaghan E. Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminant function analysis. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 293-298

33. Droulot T, Liraud F, Verdoux H. Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale* 2003; 29: 430-437
34. Endicott JE, Spitzer J, Fleiss L, Cohen J. The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 766-771
35. Engel S. Der Einfluß des Krankheitskonzepts auf die Behandlungscompliance bei Patientinnen und Patienten mit schizophrener Störung (Diplomarbeit). Tübingen 1999: Eberhard-Karls-Universität
36. Fitzgerald PB, Williams CL, Corteling N, Filia SL, Brewer K, Adams A, de Castella RA, Rolfe T, Davey P, Kulkarni J. Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 387-392
37. Franz M, Mexer T, Gallhofer B. Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 306-310
38. Gaebel W. Schizophrenien und wahnhaftige Störungen. In: Freyberger H, Stieglitz RD (Hrsg.). *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie*. 10. Auflage. Basel: Karger 1996
39. Gaebel W. Strategien der pharmakologischen Langzeitbehandlung schizophrener Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69 (Sonderheft 2) S113-S119
40. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, Thornicroft G, Becker T, Ruggeri M, Herrán A, The Epsilon Study Group. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 283-292
41. Gerlach J, Larson EB. Subjective experience and mental side-effects of antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99 (Suppl 395): 113-117
42. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 833-843
43. Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende*. 3. Auflage. Braunschweig: Friedrich Wreden 1871
44. Gruyters T, Priebe S. Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1992; 60: 140-145
45. Gruyters T, Priebe S. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatr Prax* 1994; 21: 88-95
46. Habermüller MS. Aspekte subjektiver Lebensqualität schizophrener Patienten in der poststationären Behandlungsphase (Diplomarbeit). Tübingen 2002: Eberhard-Karls-Universität
47. Häfner H. Ist es einzig die Krankheit? In: Möller HJ, Müller N (Hrsg.). *Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien, New York: Springer 1998: 38-59

48. Häfner H. Epidemiology of schizophrenia. A thriving discipline at the turn of the century. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 271-273
49. Häfner H, Heiden an der W. Epidemiology of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 139-151
50. Häfner H, Heiden an der W. Methodische Probleme der Verlaufsforschung an der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 2000; 68: 193-205
51. Hamilton SH, Revicki DA, Genduso LA, Tollefson G, Edgell ET. Costs of Olanzapine Treatment Compared with Haloperidol for Schizophrenia: Results from a Randomized Clinical Trial. American Psychiatric Association, Annual Meeting., Toronto 1998
52. Hansson L, Middelboe T, Sørgaard KW, Bentsson-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
53. Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness : a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 506-517
54. Harrow M, Grossman LS, Herbener ES, Davies EW. Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 421-426
55. Hegarty JD, Ross J, Baldessarini MD, Tohen M, Wateraux C, Oepen G. One hundred Years of Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Outcome Literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1409-1416
56. Heiden an der W, Häfner H. The epidemiology of onset and course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 292-303
57. Heiden an der W, Krumm B, Müller S, Weber I, Biehl H, Schäfer M. Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie: Erste Ergebnisse zum Verlauf der Erkrankung über 14 Jahre nach stationärer Erstbehandlung. *Nervenarzt* 1995; 66: 820-827
58. Herbold M. International Guidelines on Post-authorisation Research and Surveillance. *Pharmacopsychiat* 1997; 30 (Suppl): 62-64
59. Hertling I, Philipp M, Dvorak A, Glaser T, Mast O, Beneke M, Ramskogler K, Saletu-Zyhlarz G, Walter H, Lesch OM. Flupenthixol versus risperidone: subjective quality of life as an important factor for compliance in chronic schizophrenic patients. *Neuropsychobiology* 2003; 47: 37-46
60. Hofer E, Wancata J, Amering M. „Ich bin ein unverstandenes Wesen auf Erden“ Krankheitskonzepte von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie vor und nach Psychoedukation. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 287-291
61. Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W, Priebe S. Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 183-188
62. Hoffmann-Richter U, Wick F, Alder B, Finzen A. Neuroleptika in der Zeitung. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 175-180

63. Holzinger A, Löffler W, Müller P, Priebe S, Angermeyer MC. Subjective Illness Theory and Antipsychotic Medication Compliance by Patients with Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 597-603
64. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia. In: Bebbington B, McGuffin P (Hrsg.). *Schizophrenia: The major issues*. London: Heinemann Medical Books 1988
65. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 274-285
66. Janssen B, Burgmann C, Habél U, Held T, Hoff P, Jänner M, Mecklenburg H, Prüter C, Ruth A, Saß H, Schneider F, Gaebel W. Externe Qualitätssicherung der stationären Behandlung schizophrener Patienten Ergebnisse einer multizentrischen Studie. *Nervenarzt* 2000; 71: 364-372
67. Kahlbaum KL. Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie. In: Volkmann R. *Sammlung Klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern*. Leipzig: Breitkopf und Härtel 1877
68. Kaiser W, Priebe S. Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten. *Nervenarzt* 1998; 69: 219-227
69. Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M. Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Nervenarzt* 1996; 67: 572-582
70. Kaiser W, Priebe S, Barr W, Hoffmann K, Isermann M, Röder-Wanner UU, Huxley P. Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. *Psychiatry Res* 1997; 66: 153-166
71. Kampman O, Lehtinen K. Compliance in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 167-175
72. Kampman O, Lehtinen K, Lassila V. The reliability of compliance assessments performed by doctors and patients during neuroleptic treatment: a comparison of compliance ratings. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 299-304
73. Kane JM. Compliance Issues in Outpatient Treatment. *J Clin Psychopharmacol* 1985; 5 (Suppl): 22S-27S
74. Karow A, Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology* 2002; 162: 3-10
75. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl): 33-37
76. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-276
77. Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 413-419
78. Kendler KS. Long-term care of an individual with schizophrenia: pharmacologic, psychological and social factors. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 124-128
79. Kissling W, Höffler J, Seemann U, Müller P, Rütger E, Trenckmann U, Uber A, Graf v.d. Schulenburg JM, Glaser P, Glaser T, Mast, O, Schmidt D. Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999; 67: 29-36

80. Koivumaa-Honkanen HT, Honkanen R, Antikainen R, Hintikka J, Viinamäki H. Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 377-384
81. Kraepelin E. *Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. 5. Auflage. Leipzig: Barth 1896
82. Längle G. *Behandlungcompliance schizophrener Patienten nach Entlassung aus der Klinik (Habilitationsschrift)*. Tübingen: Eberhard-Karls-Universität 2001
83. Längle G, Schwärzler F, Eschweiler GW, Renner G, Schramm K, Waschulewski H. Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TüBB 2000). Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in psychiatrischen Kliniken. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 83-89
84. Lauer G, Stegmüller-Koenemund U. Bereichsspezifische subjektive Lebensqualität und krankheitsbedingte Einschränkungen chronisch schizophrener Patienten. *Psychiatr Prax* 1994; 21: 70-73
85. Linden M. Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiatr Prax* 1985; 12: 8-12
86. Linden M. *KK-Manual. Vorläufige Arbeitsversion*. 1996
87. Linden M. Phase IV Research and Drug Utilization Observation Studies. *Pharmacopsychiat* 1997; 30 (Suppl): 1-3
88. Linden M, Nather J, Wilms HU. Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschr Neurol Psychiat* 1988; 56: 35-43
89. Linden M, Seidel K. Krankheitseinsicht und Krankheitskonzepte von Patienten in der Behandlung schizophrener Psychosen. In: Möller HJ, Müller N (Hrsg.). *Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien, New York: Springer 1998: 301-306
90. Lobana A, Mattoo Surendra K, Basu D, Gupta N. Quality of life in schizophrenia in India: comparison of three approaches. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 51-55
91. Mayring P. Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: Abele A, Becker P (Hrsg.). *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa 1991
92. Melamed Y, Szor H. The Therapist and the Patient: Coping With Noncompliance. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 391-395
93. Modestin J, Huber A, Satirli E. Long-Term Course of Schizophrenic Illness: Bleuler's Study Reconsidered. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2202-2208
94. Möller HJ. Review: Treatment of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996; 246: 229-234
95. 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
96. Müller P, Nerenz H, Schaefer E. Rehospitalisierungsrisiko unter atypischen Neuroleptika und typischen Depotneuroleptika – ein Beitrag zur Differenzialindikation. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 388-391

97. Navratil L. Schizophrenie und Dichtkunst. München: Deutscher Taschenbuch Verlag 1986
98. Nordentoft M. Drop-out and continuity of care for patients suffering from schizophrenia and schizophrenia-like psychosis evaluated by means of routine registration. Nord J Psychiatry 2002; 56: 175-179
99. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. Schizophr Bull 1984; 2: 300-312
100. O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. BMJ 2003; 327: 834
101. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. Acta Psychiatr Scand 2000; 102 (Suppl): 83-86
102. Ott, M. Die Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen Behandlungsangeboten durch schizophrene Patienten im Jahr nach Entlassung aus der Klinik (Diplomarbeit). Tübingen 2003: Eberhard-Karls-Universität.
103. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl 12): 25-30
104. Priebe S, Bröker M. Prediction of hospitalizations by schizophrenia patients` assessment of treatment: an expanded study. J Psychiatr Res 1999; 33: 113-119
105. Priebe S, Kaiser W, Huxley P. Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. Gesundheitswesen 1996; 58: 1-5
106. Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work and quality of life among people with schizophrenia in three countries. Schizophr Bull 1998; 24: 469-477
107. Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C, Jäkel A. Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. Psychiatr Prax 1995; 22: 140-144
108. Pukrop R, Möller HJ, Saß H, Sauer H, Klosterkötter J, Czernik A, Krausz M, Stieglitz RD, Lambert M, Matthies H, Schaub A, Woschnik M, Wulfinghoff F, Steinmeyer EM. Das Konstrukt Lebensqualität. Nervenarzt 1999; 70: 41-53
109. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal Behavior in Patients With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. Am J Psychiatry 1999; 156: 1590-1595
110. Ran MS, Xiang MZ, Li SH et al. Prevalence and outcome of schizophrenia in a Chinese rural area. Aust N Z J Psychiatry 2003; 37: 452-457
111. Ritsner M, Ponizovsky A, Endicott J, Nechamkin Y, Rauchverger B, Silver H, Modai, I. The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. Eur Neuropsychopharmacol 2002; 12: 31-38

112. Rosenheck R, Perlick D, Bingham S et al. Effectiveness and Cost of Olanzapine and Haloperidol in the Treatment of Schizophrenia. *JAMA* 2003; 290: 2693-2702
113. Rössler W. Psychiatrische Versorgungsforschung – ein Instrument der Bedarfsplanung. *Psychiatr Prax* 2000; 27 (Sonderheft 2): S44-S48
114. Rössler W, Salize HJ, Reinhard I. Treatment with antipsychotics: the impact on the patient in the community. *Eur Psychiatry* 1998; 13 (Suppl 1): 31s-36s
115. Rössler W, Salize J, Knapp M. Die Kosten der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 1998; 66: 496-504
116. Rössler W, Salize HJ, Cucchiari G, Reinhard I, Kernig C. Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 142-148
117. Salokangas RKR, Honkonen T, Stengård 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
118. Saß H. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision; DSM-IV-TR. Übersetzt nach der Textrevision der 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe 2003
119. Scheuermann MO. Die neuroleptische Medikation aus Sicht der Patienten (Dissertation). Tübingen 2002: Eberhard-Karls-Universität
120. Schmelling-Kludas C. Behandlungszufriedenheit und Kooperation im Krankenhaus und in der Praxis – Einstellungen bei einer Stichprobe internistischer Patienten und ihren behandelnden Ärzten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1995; 45: 193-201
121. Schneider K. Klinische Psychopathologie. 8. Auflage. Stuttgart: Thieme 1967
122. Schumacher J, Gunzelmann T, Bräher E. Lebenszufriedenheit im Alter – Differenzielle Aspekte und Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Gerontopsychiatrie und -psychologie* 1996;1: 1-17
123. Shipley K, Hilborn B, Hansell A, Tyrer J, Tyrer P. Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 330-333
124. Stamm R, Bühler KE. Vulnerabilitätskonzepte bei psychischen Störungen. *Fortschr Neurol Psychiat* 2001; 69: 300-309
125. Stark FM, Stolle R. Schizophrenie: Subjektive Krankheitstheorien – Eine explorative Studie Teil 1: Patienten. *Psychiatr Prax* 1994; 21: 74-78
126. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Datenreport 2002 Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. 2. Auflage. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung 2003
127. Tavcar R, Dernovsek MZ, Zvan V. Choosing Antipsychotic Maintenance Therapy – A Naturalistic Study. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 66-71
128. 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: 508-516

129. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, van Os J. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 203-210
130. Volavka J, Czobor P, Sheitman B, Lindenmayer JP, Citome L, McEvoy JP, Cooper TB, Chakos M, Liebermann JA. Clozapine, Olanzapine, Risperidone, and Haloperidol in the Treatment of Patients With Chronic Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 255-262
131. Zubin J, Spring B. Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86: 103-126
132. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1653-1664

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all den Menschen danken, die mich bei der Durchführung der Befragungen und dem Erstellen der Arbeit unterstützt haben:

Den Patientinnen und Patienten für ihre Bereitschaft und Mitarbeit.

Herrn PD Dr. Längle für seine hervorragende Betreuung, seine konstruktive Kritik und Anregungen.

Rita Kraemer für die gute und schöne Zusammenarbeit beim Rekrutieren und Untersuchen der Patienten und die inspirierenden Gespräche.

Monika Petrasch und Wiltrud Bayer für ihre unermüdliche Geduld und Hilfe beim statistischen Teil dieser Arbeit.

Judith Skell und Mirjam Volz für ihr Interesse am Thema und die kritische Korrektur.

Sebastian Keller für unzählige Diskussionen und seine große Geduld und Unterstützung in schwierigen Phasen.

Meinen Eltern, die mir mein Medizinstudium ermöglicht haben, für ihre Unterstützung und für die hilfreiche Korrektur.

Lebenslauf

Kerstin Kommer

Persönliche Angaben:

- 11.01.1979 in Würzburg geboren

Ausbildung:

- 1985-1989 Goethe-Grundschule in Würzburg
- 1989-1998 Matthias-Grünewald-Gymnasium in Würzburg, Abschluss mit Abitur
- 07/1998 Ausbildung zur Pflegehelferin bei der Johanniter-Unfallhilfe in Würzburg

Studium:

- 04/1999 – 09/2004 Studium der Humanmedizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- 23.03.2001 Physikum
- 21.03.2002 1. Staatsexamen
- 09.09.2004 2. Staatsexamen
- 10/2004 – 09/2005 Praktisches Jahr im Klinikum Aschaffenburg, Lehrkrankenhaus der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
- 04.11.2005 3. Staatsexamen

Famulaturen:

- 08/2001 – 09/2001 sechswöchige Famulatur in Neustadt (Holstein), Klinikum Neustadt: vier Wochen Innere Medizin und zwei Wochen Wirbelsäulen Chirurgie
- 08/2002 – 09/2002 zweimonatige Famulatur in Mexiko, San Cristóbal de las Casas (Chiapas), Hospital Rural San Felipe Ecatepec: ein Monat Allgemeinmedizin, ein Monat Gynäkologie
- 08/2003 – 09/2003 dreiwöchige Famulatur in Frankfurt, Universitätsklinik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 09/2003 zweiwöchige Famulatur in Filderstadt, Filderklinik in der Pädiatrie

Praktika und sonstige Tätigkeiten:

- 07/1998 - 01/1999 zweimonatiges Praktikum mit anschließender viermonatiger Tätigkeit als Pflegehelferin im Juliusspital Würzburg auf der Station Neurologie
- 03/2000 zwei zweiwöchige Praktika in Guinea (West-Afrika), Conakry; davon eines in einer kardiologischen Klinik und eines in einem Gesundheitszentrum in Conakry
- 05/2000 – 01/2001 Krankenpflege in Wochenend- und Nachtdienst in der Medizinischen Klinik der Uniklinik Tübingen