

Aus der
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und
Psychiatrie mit Poliklinik

**Inanspruchnahme von ambulanter Behandlung und
komplementären Angeboten durch Patienten mit
schizophrenen Erkrankungen im zeitlichen Verlauf und
regionalen Vergleich**
Ergebnisse der ELAN-Studie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Frei, Elisa Margret

2017

Dekan: Professor Dr. I.B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle
2. Berichterstatter: Professor Dr. C. Plewnia

Tag der Disputation 26.07.2017

Meinem Vater gewidmet

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	iii
1. Einleitung.....	1
1.1. Über das Krankheitsbild Schizophrenie.....	2
1.2. Organisation der Hilfsangebote.....	3
1.2.1. Gemeindepsychiatrischer Verbund.....	4
1.2.2. ICF und Rehabilitation	5
1.3. Regionale Hilfsangebote	6
1.3.1. Ambulante Behandlung	8
1.3.2. Tagesstrukturierende Angebote.....	9
1.3.3. Wohnen	11
1.4. Fragestellung	12
2. Methodik	14
2.1. Studienbeschreibung.....	14
2.2. Erhebungsinstrumente	16
2.3. Beschreibung der durchgeführten Analysen	20
2.3.1. Datenverwaltung.....	20
2.3.2. Statistische Auswertung	20
2.4. Stichprobenbeschreibung.....	22
3. Ergebnisse.....	24
3.1. Nähere Betrachtung der rekrutierten Patienten	24
3.1.1. Bildungsstand	24
3.1.2. Berufstätigkeit.....	25
3.1.3. Wohnsituation	27
3.1.4. Verlauf der GAF-Werte zeitlich und regional	28
3.2. Zeitliche Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsstrukturen.....	31
3.2.1. Ambulante Versorgung der Patienten vor und nach Indexhospitalisierung	31
3.2.2. Kontakt der Patienten zu ambulanten Versorgungseinrichtungen	32
3.2.3. Mehrfach-Kontaktierer und Nicht-Kontaktierer.....	34
3.2.4. Durchschnittliche Kontakthäufigkeit.....	37
3.2.5. Verlauf der ambulanten Behandlung	38
3.2.6. Wechsel des ambulant behandelnden Arztes.....	40

3.3.	Regionale Inanspruchnahme der ambulanten Behandlung.....	41
3.3.1.	Regionale Unterschiede der hauptsächlich ambulanten Behandlung	41
3.3.2.	Nähere Betrachtung der großen Zentren	42
3.4.	Patientenunterschiede in den Versorgungsstrukturen.....	46
3.4.1.	PANSS- und GAF-Score der jeweiligen Behandler	46
3.4.2.	Selbständige Wohnform und Behandler	49
3.4.3.	Altersgruppen und Kontakte	50
3.4.4.	Geschlecht und Kontakte.....	52
3.4.5.	Patienten mit Suizidgedanken	52
3.5.	Zufriedenheit	54
3.5.1.	Zufriedenheit mit der aktuellen psychiatrischen Behandlung.....	54
3.5.2.	Allgemeine Lebenszufriedenheit.....	54
3.5.3.	Zufriedenheit in den einzelnen Zentren	56
4.	Diskussion	59
4.1.	Rekrutierte Patienten.....	59
4.2.	Allgemeine Inanspruchnahme.....	63
4.3.	Inanspruchnahme im regionalen Vergleich	67
4.4.	Patientenunterschiede in Bezug auf Inanspruchnahme	70
4.5.	Zufriedenheit	72
4.6.	Studie.....	74
5.	Zusammenfassung	78
6.	Abbildungsverzeichnis	82
7.	Tabellenverzeichnis	83
8.	Literaturverzeichnis.....	85

Anhang:	Erklärung zum Eigenanteil
	Erhebungsinstrumente
	Danksagung

Abkürzungsverzeichnis

BeLP	Berliner Lebensqualitätsprofil
BKH	Bezirkskrankenhaus
Betr	Betreuung
CSSRI	Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory
df	Freiheitsgrad
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (4. Edition)
DSM-V	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (5. Edition)
E	Erstinterview zum Zeitpunkt der Entlassung
ELAN	Einflüsse der antipsychotischen Langzeitbehandlung mit atypischen Neuroleptika auf die funktionale Beeinträchtigung und die subjektive Lebensqualität von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen
F20.x	ICD-10 Diagnose Schizophrenie
F25.x	ICD-10 Diagnose Schizoaffektive Störung
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GKV	Gesetzliche Krankenversicherungen
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10 th Edition)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
k.A.	keine Angabe
K6, 12, 18, 24	Katamnesezeitpunkt nach 6, 12, 18 und 24 Monaten
Max	Maximum
Min	Minimum
N	Stichprobe
n	Anzahl der Fälle
p	Signifikanzniveau

PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PP.rt	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen
PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
SD	Standardabweichung
SGB IX	Sozialgesetzbuch neuntes Buch
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPSS	Statistik- und Analyse-Software der Marke IBM
stat	stationär
WfB	Werkstatt für Menschen mit Behinderung
WHO	World Health Organization
ZfP	Zentrum für Psychiatrie

1. Einleitung

Seit der Psychiatrie-Enquete 1975 (Bundesregierung, 1975) hat sich vieles an der Versorgungssituation für psychisch kranke Menschen in Deutschland geändert. Die letzten Jahrzehnte der Psychiatrie waren - und sind - geprägt von Umbruch, Neu- und Umstrukturierung, einem „Sich selbst neu finden“ und dem Ruf nach Gemeindenähe (Eikelmann, 1991) und Entstigmatisierung (Fritze et al., 2001) in der Gesellschaft. Es wurde viel geforscht über den Umgang und die Versorgung psychisch Kranker (Igoumenou et al., 2014). Auch wenn die Psychiatriereform noch nicht als abschließend implementiert gelten kann (Bramesfeld, 2003; Schmid et al., 2013), so zeigen sich doch deutliche Fortschritte: die Angebote in der psychiatrischen Landschaft haben sich in den letzten 40 Jahren vervielfacht und weiterentwickelt (Hambrecht, 2007; Freyberger, 2001), die Gesellschaft ist offener geworden (Angermeyer et al., 2013). Dennoch können oftmals vorhandene Strukturen dem komplexen Hilfebedarf Schizophrenie-Kranker nicht gerecht werden (Weinmann et al., 2009; Weinmann & Gaebel, 2005).

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit findet sich in eben diesem Spannungsfeld wieder. Es werden die Daten, die im Rahmen der ELAN Studie („Die Einflüsse der antipsychotischen Langzeitbehandlung mit atypischen Neuroleptika auf die funktionale Beeinträchtigung und die subjektive Lebensqualität von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen“ - Längle et al., 2010) - einer multizentrischen Studie der Zentren

- ZfP Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten
- ZfP Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau (Ravensburg)
- Bezirkskrankenhaus Günzburg
- Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
- Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen (PP.rt)
- ZfP Südwürttemberg, Klinik Bad Schussenried
- Bezirkskrankenhaus Augsburg

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus Heidenheim

erhoben wurden, im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Nachsorgeeinrichtungen nach stationärem Aufenthalt für Schizophrenie-Kranke untersucht.

1.1. Über das Krankheitsbild Schizophrenie

Das komplette Krankheitsbild der Schizophrenie zu beschreiben, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es wird an dieser Stelle deshalb nur auf Grundlagen, die für das Verständnis der vorliegenden Arbeit wichtig sind, eingegangen. Darüber hinaus gibt es umfangreiche Literatur und Lehrbücher, auf die hier für nähere Informationen verwiesen wird (u.a. Häfner, 2000; Gaebel & Wölwer, 2010; Hofer & Fleischhacker, 2012).

1911 wurde Kraepelins „Dementia praecox“ (Kraepelin, 1896) von dem Begriff „Schizophrenie“ (Bleuler, 1911) erstmals abgelöst. Während Kraepelin noch von einer einzelnen degenerativen, hirnorganischen Krankheit ausging, war es Bleulers Ziel, die vielen verschiedenen Symptome als Krankheitsgruppe zu kategorisieren und zu gewichten. Obwohl Bleuler den Begriff Schizophrenie prägte, spielen seine Kriterien und sein Krankheitskonzept in den heute gängigen Diagnosemanualen nur eine untergeordnete Rolle (Mirić et al., 2013). Es hat sich bei den Symptomen die Unterscheidung in Positiv- und Negativsymptomatik durchgesetzt. Die Positivsymptomatik beschreibt psychische Phänomene, die über den psychischen Normalzustand hinaus auftreten (z.B. Wahn, Halluzinationen, katatone Symptome), während die Negativsymptomatik die Reduktion der psychischen Fähigkeiten (z.B. Apathie, verflachte Affekte, Sprachverarmung) beschreibt (Möller, 2015). Die individuellen Symptome und deren Verlauf sind dabei sehr unterschiedlich und schwer vorhersagbar. Im neuesten Diagnosemanual DSM-V gilt als zentrales Diagnosekriterium auch eine deutliche Funktionseinschränkung in zentralen Bereichen wie Arbeit, zwischenmenschlichen Beziehungen oder Selbstfürsorge, die über einen

erheblichen Zeitraum besteht, und deutlich unter dem persönlichen, vor Krankheitsbeginn erreichten, Funktionsniveau liegt (American Psychiatric Association, 2015). Auch dies verdeutlicht nochmals den Einfluss der Krankheit auf die zentralsten Bereiche des Lebens der Patienten und des daraus resultierenden vielschichtigen Hilfebedarfs.

Die Ätiologie der Schizophrenie ist noch nicht hinreichend geklärt. Aktuell wird davon ausgegangen, dass es sich um eine multifaktoriell bedingte Entstehung handelt, die somatische, individualpsychologische und soziale Faktoren zur Grundlage hat (Machleidt, 2004). In Häfner (2000) „Das Rätsel der Schizophrenie“ werden diese verschiedenen Risikofaktoren detailliert dargestellt, eingeteilt und bewertet. Als derzeit vorrangig akzeptierte Ätiologiehypothese sei an dieser Stelle auch noch das „Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell“ (Zubin & Spring, 1977; Nuechterlein & Dawson, 1984; Liberman, 1986) genannt, welches von einem Krankheitsausbruch bei Prädisposition (Vulnerabilität), in Verbindung mit ausgeprägtem Stress und fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) ausgeht.

Die Lebenszeitprävalenz an Schizophrenie zu erkranken liegt im weltweiten Durchschnitt bei ca. 1% (Nickl-Jockschat & Schneider, 2016; Meyder et al., 2015) die Punktprävalenz liegt nach Häfner (2000) zwischen 1,4-1,6/1000. Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, wobei Männer tendenziell 3-4 Jahre früher erkranken als Frauen (Häfner et al., 1991). Dabei ist die Schizophrenie eines der kostenintensivsten psychiatrischen Krankheitsbilder (Kissling et al., 1999) - wenn nicht sogar das kostenintensivste überhaupt (Salize & Rössler, 2013) - und eine der zehn häufigsten zu Behinderung führenden Krankheiten (Längle, 2001). 30% der Behandlungskosten entstehen bereits im ersten Jahr (Gaebel & Falkai, 2006).

1.2. Organisation der Hilfsangebote

Mit der Verabschiedung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (Meyder et al., 2015) wurde 2015 in Baden-Württemberg ein wichtiger Beitrag zur

Verwirklichung der Grundsätze, nach denen eine Rehabilitation für psychisch kranke Menschen idealerweise erfolgen soll, geleistet. Auch Bayern steht gerade - als eines der letzten Bundesländer (Albers, 2011) - im Prozess, ein neues Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz auf den Weg zu bringen.

Die gemeindenahе und bedarfsgerechte Versorgung war und ist als Ideal angesehen und Gegenstand einiger Implementierungsversuche sowohl auf Landes- und Bundesebene (u.a. Bundesregierung, 1988; Sozialministerium, 2000; Schulte-Kemna et al., 2004) als auch international (Asher et al., 2016; Uribe-Restrepo et al., 2016).

1.2.1. Gemeindepsychiatrischer Verbund

Einer der Leitsätze für die Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen ist, dass die Hilfe möglichst im räumlichen Umfeld des Patienten, also gemeindenah, stattfinden soll (BMJFG, 1975; WHO, 2004). Dieser gemeindepsychiatrische Ansatz führte über den Psychiatrieplan 2000 in Baden-Württemberg (Sozialministerium, 2000) zur Definition und Entstehung und über das Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ (Schulte-Kemna et al., 2004) zu einem starken Zuwachs an gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV). Dabei stellt der GPV laut Psychiatrieplan 2000 (Sozialministerium, 2000, S. 91f) „[...] ein Netzwerk von Einrichtungen und Diensten für psychisch Kranke und seelisch Behinderte dar, die untereinander eng kooperieren und gemeinsam, in Abstimmung mit der Landesplanung, eine vertragliche Versorgungsverpflichtung für einen definierten Personenkreis in einem geographisch begrenzten Gebiet übernehmen.“ Für Betroffene ist das Angebot in ihrer Region oft unübersichtlich. Dieses Problem wird durch nicht-einheitliche Bezeichnung der Hilfsangebote oft noch verstärkt. Der Gesetzgeber hat darauf reagiert: der Gemeindepsychiatrische Verbund ist seit Verabschiedung des PsychKHGs 2015 auch gesetzlich die verbindliche zentrale Koordinationsstelle der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg. Dadurch sollen Abläufe zwischen einzelnen

Versorgungsstrukturen vereinfacht und Angebote bedarfsgerechter strukturiert werden. Im Sinne der gemeinsamen Versorgungsverantwortung aller Leistungserbringer soll das Angebot in der Form ausgebaut werden, dass auch Menschen mit komplexem Hilfebedarf innerhalb der zuständigen Region die für sie notwendige Hilfe finden (Bleher et al., 2009). Im Jahresbericht 2014 des GPV des Landkreises Ravensburg zeigt sich deutlich die Rolle der Schizophrenie-Kranken in der Inanspruchnahme an nachstationären Angeboten: Personen mit Schizophrenie (F20.x nach ICD-10) machten dort fast 50% der Klientel im GPV aus (Konrad & Steinert, 2015).

In Bayern obliegt die Verantwortung der psychiatrischen Versorgung den Bezirken. Sie sind für Strukturierung und Organisation der stationären, teilstationären und ambulanten Angebote zuständig und damit auch Koordinationsstelle der Gemeindepsychiatrischen Verbände.

1.2.2. ICF und Rehabilitation

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO, 2005) macht die interdisziplinäre und internationale Verständigung in Bezug auf Rehabilitation möglich. Dabei wird Rehabilitation als kontinuierlicher Prozess und nicht als einmalige Intervention betrachtet, wodurch die Verbesserung der funktionalen Gesundheit und nicht die Gesundheitsstörung an sich Rehabilitationsziel wird (Ewert et al., 2002). In ihrer Klassifikation orientiert sich die ICF am Biopsychosozial-Modell (White, 2005) und berücksichtigt folglich nicht nur die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sondern auch individuelle und strukturelle Gegebenheiten. Beurteilt werden die Kategorien „Körperfunktionen“, „Körperstrukturen“, „Aktivitäten und Partizipation“ und „Teilhabe“, welche wiederum in einzelne, detaillierte Aspekte unterteilt werden. Auch personenbezogene Faktoren werden genannt, aber nicht klassifiziert. Somit soll ein möglichst ganzheitliches Bild der zu beurteilenden Person erfasst werden. Die ICF bietet somit den Rahmen zur Planung und Durchführung adäquater, personenorientierter Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Rehabilitation selbst wird durch das neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) geregelt. Es wird dort zwischen „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“, „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“, „unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen“ und „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ unterschieden.

Die S3-Leitlinie Schizophrenie von 2006 (Gaebel & Falkai, 2006) sieht vor, dass Personen mit schwach ausgeprägten Krankheitssymptomen Rehabilitation durch niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten oder Institutsambulanzen erfahren. Die berufliche und soziale Wiedereingliederung bei chronisch Kranken mit stark ausgeprägter Symptomatik sollte hingegen in darin spezialisierten Einrichtungen stattfinden (DGPPN, 2012). Dabei ist zu beachten, dass es bei einer so individuell ausgeprägten und mit komplexem Hilfebedarf verbundenen Krankheit wie der Schizophrenie keine einheitliche Rehabilitation geben kann. Verschiedene Ansätze und Gedanken dazu finden sich in Albus et al. (2007).

1.3. Regionale Hilfsangebote

Damit die Ergebnisse dieser Arbeit im regionalen Vergleich besser eingeordnet werden können, ist eine zahlenbasierte Regionenbeschreibung erforderlich. Dafür wurden Versorgungszahlen zu den vier Regionen, die die meisten Patienten für die Studie stellten (Günzburg, Reutlingen, Tübingen, Weissenau bzw. Ravensburg), gesucht. Die Versorgungszahlen sollten repräsentativ für den Studienzeitraum sein. Es wurden daher der „Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg“ von 2006 des Ministeriums für Arbeit und Soziales (MFAUS, 2006), der „Anhang zum Versorgungsbericht 2009“ der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW, 2010), ein Auszug aus dem Register der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns von 2009 (KVB, persönliche Mitteilung) sowie „Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmemuster und Kooperation der Leistungserbringer“ (Ungewitter et al., 2010) als Grundlage verwendet.

Um die Daten vergleichbar zu machen, wurden die in den jeweiligen Quellen angegebenen Zahlen auf 100.000 Einwohner normiert.

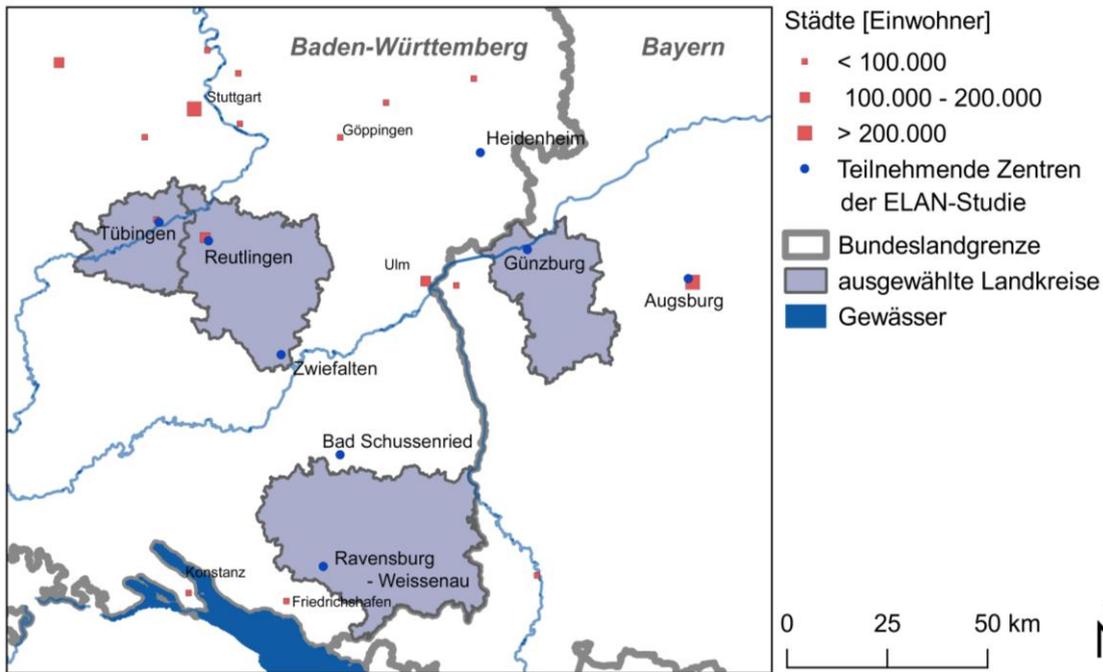


Tabelle 1: Überblick über die vier größten Versorgungsregionen: Einwohnerzahl, Fläche und Bevölkerungsdichte

	Günzburg	Ravensburg	Reutlingen	Tübingen
Einwohnerzahl	121.691 ¹	276.470 ²	281.580 ²	217.482 ²
Fläche in km ²	762,36 ¹	1631,81 ²	1094,05 ²	519,15 ²
Bevölkerungsdichte (Einwohner pro km ²)	159,62	169,43	257,37	418,92

Im Folgenden soll vor allem auf die Hilfsangebote eingegangen werden, die in der vorliegenden Arbeit untersucht wurden.

¹ Stand 2007, Bayerisches Landesamt für Statistik

² Stand 2007, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

1.3.1. Ambulante Behandlung

Die S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) fordert den Vorzug einer ambulanten Therapie vor einer stationären, wo möglich (Gaebel & Falkai, 2006). Dies verdeutlicht die Wichtigkeit eines gut ausgebauten ambulanten Netzwerkes. Gerade im Anschluss an stationäre Aufenthalte ist eine gute ambulante Betreuung zur Erhaltung und/oder Verbesserung der Gesundheit der Patienten zur Vermeidung von Rehospitalisierung von großer Bedeutung. Unter „ambulante Behandlungsangebote“ fallen in diesem Sinne alle unmittelbaren therapeutischen bzw. diagnostischen Angebote, die außerhalb der Wohn- und Tagesangebote bestehen: niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten, Hausärzte und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA). Dabei richtet sich das Angebot der PIAs an Patienten, die auf Grund der Schwere oder Art ihrer Erkrankung nicht von niedergelassenen Ärzten betreut werden können (Spengler, 2003). Dadurch können akute Krankheitszustände oder besonders komplexe Fälle ohne stationäre Aufnahme behandelt werden. Eine gleichzeitige Behandlung eines Patienten bei einem niedergelassenen Psychiater und in der PIA ist aber, gemäß der Bundesrahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, nicht möglich (Spengler & Lorenzen, 1996).

Der Vollständigkeit halber wurde in Tabelle 2 außerdem noch die Zahl der stationären Krankenhausbetten für psychisch Kranke in den jeweiligen Regionen mit aufgenommen. Dabei ist zu beachten, dass das Versorgungsgebiet der Einrichtungen nicht immer mit den Landkreisgrenzen übereinstimmt. Oftmals geht das Einzugsgebiet weit über die Kreisgrenze hinaus. Da die Versorgungsgebiete jedoch nicht genau abgegrenzt werden können, werden im Folgenden die absoluten Zahlen der Einrichtungen auf den jeweiligen Landkreis bezogen.

Tabelle 2: Ambulante Behandlungsangebote und Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner (n)

	Günzburg ³	Ravensburg ⁴	Reutlingen ⁴	Tübingen ⁴
Niedergel. Psychiater/ Nervenärzte/Neurologen	6,57 (8)	7,6 (21)	4,97 (14)	9,66 (21)
Hausärzte	65,74 (80)	68,36 (189)	66,41 (187)	66,67 (145)
Psychotherapeuten	13,97 (17)	27,49 (76)	21,66 (61)	71,71 (156)
Krankenhausbetten	285,97 (348) ⁵	162,04 (448) ⁶	96,60 (272) ⁶	85,98 (187) ⁶
Tagesklinik-Plätze	k.A.	10,13 (28)	7,10 (20)	35,87 (78)
Stellen der psychiatrischen Institutsambulanz	(2 ⁷)	(2)	(4)	(1)

1.3.2. Tagesstrukturierende Angebote

Während psychisch gesunde Menschen meist automatisch eine eigene Tagesstruktur entwickeln (beispielsweise durch Arbeit, Mahlzeiten oder Freizeitangebote), fällt dies psychisch Kranken und vor allem Schizophrenie-Kranken oftmals sehr schwer. Besonders ausgeprägte Negativsymptomatik macht die soziale Integration der Patienten zu einer Herausforderung (Hasan et al., 2013) und geht auf Grund stärkerer Nutzung von Unterstützungsangeboten oftmals mit höheren Versorgungskosten einher (Sicras-Mainar et al., 2014). In einer Umfrage von Angermeyer et al. (1999) unter schizophrenen Patienten wurde als wichtigster Aspekt der Lebensqualität soziale Integration und darin insbesondere Arbeit genannt. Tagesstrukturierende Maßnahmen sollen helfen, die Schwelle zu sozialer Interaktion niedrig zu halten und gleichzeitig den Patienten durch einen geregelten Ablauf Stabilität zu geben. Hierunter fallen Werkstätten und andere Arbeitsangebote, Tagesstätten und sonstige psychisch

³ Stand 2009, KVB-Arztregister

⁴ Stand 2009, Anhang zum Versorgungsbericht der KVBW

⁵ Stand 2010, Ungewitter et al., 2010

⁶ Stand 2006, Wegweiser Psychiatrie

⁷ Stand vor 2014: Die PIA-Außenstelle des BKH Günzburg in Ursberg wurde zum 01.07.2014 geschlossen.

und sozial unterstützende Gruppenangebote. Um in einer Werkstätte arbeiten zu können, muss laut SGB IX §136 „wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung“ erbracht werden. Unter die Gruppe „Tagesstätten“ fallen deshalb auch arbeits- und beschäftigungstherapeutische Angebote außerhalb der Werkstätten.

Der sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) ist ein Sonderfall dieser Kategorie: er ist sowohl erste Anlaufstelle für Patienten und eine Informationsquelle über das regionale Versorgungssystem als auch Leistungserbringer in Form von Soziotherapie und niederschwelliger sozialpsychiatrischer Grundversorgung (Friboes, 2003). Durch seine vermittelnde Tätigkeit spielt er besonders bei Patienten mit Schizophrenie eine große Rolle (Borchardt et al., 2006).

In Tabelle 3 wurden Plätze für psychisch kranke Menschen in den jeweiligen Einrichtungen der Landkreise beziehungsweise, wo eine genaue Angabe der Plätze nicht möglich war, die Anzahl der Einrichtungen erfasst.

Tabelle 3: Tagesstrukturierende Angebote pro 100.000 Einwohner (n)

	Günzburg	Ravensburg ⁸	Reutlingen ⁸	Tübingen ⁸
Plätze in beruflicher Reha/Werkstätten	149,56 ⁹	150,83 (417)	139,21 (392+X ¹⁰)	33,57 (73+X ⁹)
Tagesstätten	(2 ¹¹)	(5)	(3)	(1)
Selbsthilfe- und Kontaktclubs	k.A.	(3)	(6)	(7)
Sozialpsychiatrischer Dienst	Ja	Ja	Ja	Ja

⁸ Stand 2006, Wegweiser Psychiatrie

⁹ Fälle pro 100.000 Einwohner pro Monat. Vgl. dazu Ungewitter et al., 2010.

¹⁰ Die genaue Zahl ist hier nicht zu benennen, da einige Einrichtungen für geistig behinderte Menschen auch Plätze für psychisch kranke Menschen bieten in wechselnder Anzahl.

¹¹ Stand 2014, Sozialverwaltung Bezirk Schwaben, 2014.

1.3.3. Wohnen

Wohnen im eigenen Wohnraum wird in der Literatur sowohl als positiver Faktor in der subjektiven Einschätzung der Patienten in Bezug auf Lebensqualität (Browne & Courtney, 2004) als auch als positiver Prädiktionsfaktor im Hinblick auf Funktionalität der Patienten (Stergiopoulos et al., 2011) und Verminderung der Rehospitalisierungsrate (Browne et al., 2004) bewertet. Oft kann selbständiges Wohnen krankheits- oder strukturebedingt aber nicht realisiert werden. Komplementäre Wohnangebote schließen die Lücke zwischen stationärem Aufenthalt und komplett selbständiger Wohnform oder, im anderen Extrem, Obdachlosigkeit. Besonders zu erwähnen ist hierbei die in den Kreisen Ravensburg, Reutlingen und Tübingen vorhandene psychiatrische Familienpflege. Sie bietet psychisch kranken Menschen die Möglichkeit, in einer Gastfamilie individuell betreut zu werden.

Tabelle 4 zeigt die Plätze in verschiedenen Wohnangeboten in den Regionen. Dabei wurden nur die Plätze, welche speziell für psychisch kranke Menschen in den Einrichtungen bestehen, berücksichtigt. Nicht erfasst wurden gerontopsychiatrische Heimplätze.

Tabelle 4: Wohnangebote pro 100.000 Einwohner (n)

	Günzburg	Ravensburg¹²	Reutlingen¹²	Tübingen¹²
Wohnheim-Betten	184,07 ¹³	54,98 (152)	114,36 (322)	9,66 (21)
Plätze in ambulant betreutem Wohnen	s.o. ¹⁴	49,19 (136)	61,44 (173)	56,56 (123)
Pflegeheimbetten	k.A.	47,02 (130)	51,85 (146)	k.A.
Psychiatrische Familienpflege	-	70,53 (195) ¹⁵	12,43 (35)	4,60 (10)

¹² Stand 2006, Wegweiser Psychiatrie

¹³ Anzahl Bewohner an einem typischen Tag in allen von Ungewitter et al., 2010 erfassten Wohn-Einrichtungen (diese Zahl beinhaltet betreutes Wohnen, Krisenwohnungen, Wohngemeinschaften, Wohnstätten und ambulant betreute Wohnangebote)

¹⁴ Ambulant betreutes Wohnen wurde bereits in der bei Wohnheim-Betten genannten Zahl miterfasst.

¹⁵ 110 dieser Plätze sind spezifisch für junge Menschen.

1.4. Fragestellung

Durch die Deinstitutionalisierung-Bewegung ergab sich ein großer Zuwachs an ambulanten Behandlungs- und Betreuungsangeboten. Dass nicht nur die Patienten von einer gut ausgebauten ambulanten, gemeindenahen Behandlung profitieren, zeigen neuerliche Studien: initial höhere Behandlungskosten für ambulante Betreuung resultieren in niedrigeren Akut-Behandlungskosten und damit insgesamt niedrigeren Behandlungskosten (Liffick et al., 2017).

Da es aber keine einheitliche Entwicklung der regionalen Angebote gibt, sind in den letzten Jahren (vgl. 1.3) erhebliche Strukturunterschiede zwischen den Regionen entstanden. Es liegt die Vermutung nahe, dass diese Strukturunterschiede auch Unterschiede in der Inanspruchnahme der Patienten bewirken. Um eventuelle ambulante Versorgungsdefizite aufzudecken, ist deshalb eine andauernde Erfassung Schizophrenie-Kranker und deren Aufnahme ins regionale Versorgungssystem wünschenswert (Nasrallah et al., 2015). Darüber hinaus ergeben sich durch den individuellen, komplexen Hilfebedarf bei Patienten mit Schizophrenie keine einheitlichen Rehabilitations-Maßstäbe. Es bedarf neuer Langzeitstudien, um ein besseres Verständnis dafür zu bekommen, was nötig ist, um die funktionale Gesundheit schizophrener Patienten zu verbessern (Haro et al., 2015), gerade auch im Hinblick auf die Grundvoraussetzungen der Patienten, wie beispielsweise das Alter (Jin et al., 2003) oder die funktionale Gesundheit. Denn insbesondere bei niedrigerer funktionaler Gesundheit ist eine intensive Betreuung zur Defizitminimierung notwendig (McGurk et al., 2004).

Es werden 5 zentrale Fragenstellungen in dieser Arbeit näher beleuchtet.

1. Wie sind die individuellen Grundvoraussetzungen der rekrutierten Patienten hinsichtlich Bildung, Arbeit, Wohnsituation und funktionaler Gesundheit? Gibt es Unterschiede im zeitlichen Verlauf und zwischen den betrachteten Regionen?

2. Wann wurde welche Art der ambulanten außerklinischen Versorgung in Anspruch genommen? Wie sieht die ambulante außerklinische Versorgung im zeitlichen Verlauf aus?
3. Gibt es regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme?
4. Wie unterscheidet sich das Patientenlientel in den Versorgungsstrukturen? Hängt die Inanspruchnahme von funktionaler Gesundheit, Alter, Geschlecht oder Schwere der Erkrankung ab?
5. Wie zufrieden sind die Patienten mit ihrer Behandlung und ihrem Leben allgemein?

2. Methodik

Die vorliegenden Daten wurden im Rahmen der ELAN-Studie erhoben. Genaue Studienbeschreibungen finden sich bereits in zahlreichen Veröffentlichungen (beispielsweise Längle et al., 2010; Längle et al., 2012; Frasch et al., 2012; Kilian et al., 2012), auf die an dieser Stelle verwiesen wird. Im Folgenden wird der Studienaufbau deshalb nur ansatzweise beschrieben.

2.1. Studienbeschreibung

Die ELAN-Studie wurde als multizentrische, prospektive Verlaufsstudie mit fünf halbjährlichen Erhebungszeitpunkten durchgeführt. Es konnten zwischen dem 30.03.2005 und dem 21.11.2006 insgesamt 374 Patienten aus den psychiatrischen Forschungs- und Versorgungseinrichtungen

- ZfP Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zwiefalten
- ZfP Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau (Ravensburg)
- Bezirkskrankenhaus Günzburg
- Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
- Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen (PP.rt)
- ZfP Südwürttemberg, Klinik Bad Schussenried
- Bezirkskrankenhaus Augsburg
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus Heidenheim

rekrutiert werden. Die letzte Katamnese-Befragung fand am 11.11.2008 statt.

Eine Übersicht über die Zahl der zum Entlasszeitpunkt rekrutierten Patienten der Zentren gibt folgende Tabelle 5:

Tabelle 5: Anzahl und Anteil rekrutierter Patienten zum Entlasszeitpunkt

Zentrum	rekrutierte Patienten	Prozent
Günzburg	136	36,4
Weissenau	127	34
Reutlingen	35	9,4
Tübingen	25	6,7
Zwiefalten	22	5,9
Augsburg	18	4,8
Heidenheim	6	1,6
Bad Schussenried	4	1,1
Friedrichshafen	1	0,3
Gesamt	374	100

Alle in Betracht kommenden Patienten wurden, bevor sie ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme gaben, ausführlich über Untersuchungsablauf, Freiwilligkeit der Teilnahme, Vertraulichkeit der erhobenen Daten und das Recht auf jederzeitigen Widerruf ohne Nachteile für die Behandlung aufgeklärt.

Genehmigt wurde das Projekt von den Ethikkommissionen der Universitäten Tübingen und Ulm sowie der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Kriterien für den Einschluss der Patienten in die Studie waren neben Volljährigkeit die Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (F20.x und F25.x nach ICD-10 und DSM-IV, erfasst durch die Internationalen Diagnosen Checklisten IDCL für ICD-10 und DSM-IV), bei denen vom behandelnden Arzt aus eine Indikation zur nach Entlassung zumindest einjährigen antipsychotischen Behandlung mit Quetiapin, Risperidon oder Olanzapin bestand. Die Patienten sollten sich zudem während des Erhebungszeitraumes kurz vor Entlassung aus der stationären Behandlung befinden. Eine Kombinationstherapie der drei zu untersuchenden Neuroleptika stellte ein Ausschlusskriterium dar, nicht jedoch eine Begleittherapie mit anderen Medikamenten. Da es sich um eine naturalistische Studie handeln sollte, hatte die Studienteilnahme keinen Einfluss auf die medikamentöse Behandlung der Patienten, sie erhielten jeweils die nach Einschätzung des behandelnden Arztes für sie geeignetste Medikation.

Ausgeschlossen wurden nicht einwilligende oder nicht einwilligungsfähige Patienten sowie Patienten, die nur unzureichende Deutschkenntnisse besaßen. Auch eine diagnostizierte Minderbegabung, schwere organische Begleiterkrankungen oder eine begleitende Abhängigkeitserkrankung führten zum Ausschluss.

Bei Teilnahme der Patienten wurde eine Erstbefragung kurz vor Entlassung (Messzeitpunkt E) sowie im Verlauf von 2 Jahren vier weitere Befragungen in halbjährlichem Abstand nach 6, 12, 18, und 24 Monaten (Messzeitpunkte K6, K12, K18 und K24) durchgeführt. Die Datenerhebung fand im Allgemeinen durch eine persönliche Befragung statt, nur in Ausnahmefällen erfolgte sie durch telefonische oder schriftliche Befragung.

2.2. Erhebungsinstrumente

Im Folgenden sollen die für die Fragestellungen dieser Arbeit relevanten Messinstrumente näher beschrieben werden. Die folgende Tabelle 6 gibt dabei einen Überblick über alle Erhebungsinstrumente der Studie und wann sie erhoben wurden. Die in dieser Arbeit verwendeten Fragebögen wurden farbig unterlegt.

Tabelle 6: Erhebungsinstrumente der ELAN-Studie

Fragebogen	Messzeitpunkt				
	E	K6	K12	K18	K24
Information	X				
Einverständniserklärung	X				
Codierung	X				
Basisdaten E	X				
Basisdaten K		X	X	X	X
Krankheits- und Behandlungsanamnese E	X				
Krankheits- und Behandlungsanamnese K		X	X	X	X
Zahlen-Symbol-Test	X	X	X	X	X
CSSRI	X	X	X	X	X
Wirkungs-Checkliste	X	X	X	X	X

Nebenwirkungs-Checkliste	X	X	X	X	X
MARS	X	X	X	X	X
Compliance Selbst-Rating Instrument E	X				
Compliance Selbst-Rating Instrument K		X	X	X	X
Bundes-Gesundheitssurvey	X				
Bundes-Gesundheitssurvey K		X	X	X	X
PANSS	X	X	X	X	X
Medizinische Untersuchung	X	X	X	X	X
Lebensqualitätsfragebogen BeLP	X	X	X	X	X
AIMS	X	X	X	X	X
BAS	X	X	X	X	X
Simpson-Angus EPS	X	X	X	X	X
GAF	X	X	X	X	X
Münsteraner-Prognose-Score	X				

Katamnese- und Basisdaten Fragebögen

Die verwendeten Fragebögen zur Krankheits- und Behandlungskatamnese-E, Basisdaten-E und Basisdaten-K wurden vom Projektleiter und den regionalen Projektleitern der ELAN-Studie (Prof. Längle, Prof. Steinert, Prof. Becker und Prof. Kilian) erstellt. Mit Hilfe dieser Fragebögen wurden zum einen im Erstgespräch soziodemographische und krankheitsbezogene Daten und zum anderen zu den restlichen Erhebungszeitpunkten die Art der Teilnahme bzw. Dropouts erhoben.

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die GAF-Skala ist eine international anerkannte Skala (Jones et al., 1995), die im DSM-IV (Saß et al., 1996) als Achse V Anwendung fand und das globale Funktionsniveau eines Patienten erfasst. Im DSM-V findet sie seit 2013 keine Anwendung mehr. Sie besteht aus einer Skala von 1-100 mit 10 definierten Ankerpunkten (siehe Anhang), die ein hypothetisches Kontinuum von psychischer Krankheit bis Gesundheit darstellt. Dabei reicht sie von Gruppe 1-10 Punkte „Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten

ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht“ bis 91-100 Punkte „Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome“. Es werden die niedrigsten psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen zum jeweiligen Zeitpunkt vom Untersucher beurteilt, wobei körperliche oder umgebungsbedingte Einschränkungen nicht miteinbezogen werden sollen. Insbesondere für Schizophrenie-Kranke zeigt sich eine hohe Testgüte dieser Skala (Startup et al., 2002).

Positiv und Negativ Syndrom Skala PANSS

Die hier verwendete PANSS ist die deutsche Übersetzung der „Positive and Negative Syndrome Scale“ (Kay et al., 1987; Kay et al., 1989). Sie dient als Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung der psychopathologischen Symptomatik und beinhaltet die Brief Psychiatric Scale (Overall, 1962).

Die PANSS setzt sich aus insgesamt drei psychopathologischen Skalen zusammen: der Positiv- und Negativskala mit jeweils 7 Items und der Allgemeinpsychopathologie mit 16 Items (Darstellung der Items siehe Anhang). Die Bewertung der jeweiligen Items erfolgt wiederum basierend auf einer Skala von 1-7 je nach Schwere der Ausprägung, wobei 1 = nicht vorhanden und 7 = extrem entspricht. Gewertet wird jeweils die höchstmöglich zutreffende Bewertungszahl der vergangenen Woche.

Der in dieser Arbeit verwendete Gesamtwert wird aus der Summe der erreichten Werte der drei Subskalen gebildet und kann zwischen 30 und 210 liegen, wobei höhere Werte eine höhere Symptomlast darstellen.

Berliner Lebensqualitätsprofil BeLP

Das BeLP stellt die deutsche Übersetzung und Anpassung (Priebe et al., 1995) des Lancashire Quality of Life Profile LQOLP (Oliver, 1991; Oliver et al., 1997) dar. Der Patient wird zur Einschätzung seiner Zufriedenheit auf einer Skala von 1 = völlig unzufrieden bis 7 = völlig zufrieden (bei einzelnen Fragestellungen auch

9 = weiß nicht und/oder 98 = trifft nicht zu) in verschiedenen Lebensbereichen befragt: Allgemeines Lebensgefühl, Arbeit-Ausbildung, Freizeitgestaltung, Religion, Finanzen, Wohnung, Sicherheit und Recht, Familie, Freunde und Bekannte, Gesundheit. Darüber hinaus werden auch objektive Fragen zu diesen Bereichen gestellt (z.B. welche Arbeit, welche Religion, monatliches Einkommen etc.). Der Befragungszeitraum bezieht sich je nach Lebensbereich auf die Gegenwart oder die vergangene Woche, bis hin zu den letzten sechs Monaten. Der komplette Fragebogen ist im Anhang einsehbar. Für diese Arbeit wurden Fragen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit ausgewertet.

Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory CSSRI-D

Hierbei handelt es sich um eine deutsche Übersetzung (Roick et al., 2001) der europäischen Version des CSSRI (Chisholm et al., 2000), ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. Dabei wird zum einen die Wohnsituation (1), die Beschäftigung und das Einkommen (2), Art und Dauer der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (3) und deren abrechenbare Tage erfragt, aber auch Medikation (4) und Zuzahlungspflicht (5). In dieser Arbeit wurde hauptsächlich auf Teil 3 des CSSRI-D zurückgegriffen, der die Versorgungsleistungen nochmals in stationär, teilstationär, ambulant, komplementär und sonstige Kontakte unterteilt. Erfragt wurde hier jeweils die Art/Name des Versorgungsangebots, die Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten, die durchschnittliche Dauer der Kontakte sowie eine Einschätzung darüber, wie hilfreich die Kontakte waren. Außerdem wurden die Daten zur Wohnsituation und zur Beschäftigung diesem Fragebogen entnommen.

2.3. Beschreibung der durchgeführten Analysen

2.3.1. Datenverwaltung

Es wurden anonymisierte und mit einem vierstelligen Code versehene Patientendaten ausgewertet. Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS Statistics 22.0 und 23.0 für Windows durchgeführt, Tabellen und Schaubilder wurden mit Hilfe von Excel 2016 für Windows erstellt.

2.3.2. Statistische Auswertung

Da die zentrale Aufgabe dieser Arbeit eine Darstellung der Gegebenheiten ist, wurde die Mehrzahl der Daten deskriptiv ausgewertet. Je nach Fragestellung wurden dafür arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Median, Minimum und Maximum berechnet. Weiterhin wurde für nominalskalierte Daten die absolute und relative Häufigkeit angegeben, bezogen auf die Grundgesamtheit der jeweiligen Fragestellung ohne fehlende Werte.

Zur Darstellung signifikanter Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung wurde nach Überprüfung der Verteilungsvoraussetzungen bei nominalskalierten Daten das χ^2 -Verfahren nach Pearson angewendet (Pearson, 1900). Dabei war die Nullhypothese, dass kein Unterschied zwischen den Gruppen vorliegt. Bei einer Stichprobengröße < 20 und erwarteten Häufigkeiten < 5 wurde der exakte Test nach Fisher angewandt (Fisher, 1925). Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgesetzt.

Mittelwertvergleiche wurden mit Hilfe des t-Tests (Gosset, 1908) durchgeführt. Bei mehr als zwei unabhängigen Stichproben kam das Verfahren der einfaktoriellen Varianzanalyse zum Einsatz. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mit Hilfe des Levene-Tests (Levene, 1960) überprüft. Bei Verletzung dieser Voraussetzung wurde ein nicht-parametrisches Verfahren, der Kruskal-Wallis-Test, benutzt, um dennoch Aussagen über signifikante Mittelwertunterschiede treffen zu können (Kruskal & Wallis, 1952; Lix et al., 1996).

Um eine bessere Darstellung zu ermöglichen, wurden einige Patientenantworten gruppiert, zusammengefasst oder umcodiert. Es folgt daher eine genaue Darstellung dieser Veränderungen zu den jeweiligen Fragestellungen.

Messwiederholungen

Ein Patient generierte bei Teilnahme an allen Erhebungszeitpunkten 5 Fälle, je ein Fall pro Befragung. Ausgewertet wurden jeweils die Daten der Fälle. Dadurch bekamen Patienten, die über den kompletten Zeitraum der Studie teilgenommen hatten, etwas mehr Gewicht als Dropouts. Die angegebene Anzahl n bei den durchgeführten Analysen beschreibt also nicht die Anzahl an Patienten, sondern die Anzahl an Fällen. Lediglich bei der Betrachtung einzelner Messzeitpunkte entspricht die Anzahl der Fälle der tatsächlichen Anzahl an Patienten.

Kontakt der Patienten zu ambulanten Versorgungseinrichtungen (3.2.2)

Wie oben (2.2 CSSRI-D) beschrieben, wurde der jeweilige Arzt/Einrichtung und die Kontakthäufigkeit zu diesem Arzt/Einrichtung von den Patienten angegeben. Es wurde deshalb die Angabe der Zahl der Kontakte in überhaupt statt gefundenen „Kontakt: Ja oder Nein“ umcodiert. Dabei wurden in dem Feld: „Anderer Arzt“ angegebene Hausärzte und Praktische Ärzte als neue Hausarzt-Variable händisch ausgetragen. Danach wurde eine Häufigkeitstabelle mit Prozentangaben der Patienten, die in den jeweils vergangenen 3 Monaten überhaupt Kontakt zu den jeweiligen Hilfsangeboten hatten, erstellt. Eine Ausnahme bildet das betreute Wohnen. Hierunter wurden alle betreute Wohnformen, egal in welchem Umfang die Betreuung stattfand, zusammengefasst und über die Zeitpunkte ausgewertet. Abgefragt wurde die hauptsächliche Wohnform der letzten 6 Monate. Ausgewertet wurden jeweils alle Messzeitpunkte ohne den Entlasszeitpunkt.

Durchschnittliche Kontakthäufigkeit (3.2.4)

Um die Maximalwerte der durchschnittlichen Kontakthäufigkeit sinnvoll interpretieren zu können, waren wenige Änderungen am ursprünglichen

Datensatz notwendig. Der Ausreißer-Wert von 112 bei Anzahl der Kontakte mit Beratungsstellen in den letzten 3 Monaten wurde herausgenommen, da er nicht plausibel erklärbar ist. Dies entspräche einem mehr als täglichen Kontakt. Bei Werkstätten-Kontakten wurde der Ausreißer-Wert von 105 aus eben demselben Grund herausgenommen. Bei Selbsthilfegruppe-Kontakten wurde ein Wert von 120 auf 6 korrigiert, da man offensichtlich bei der Eingabe in der Zeile verrutscht war.

Mehrfach-Kontaktierer und Nicht-Kontaktierer (3.2.3)

Für die Tabelle wurde zunächst die Auswahl der Patienten nach stattgefundenem Kontakt zu jeweils PIA, Hausarzt oder niedergelassenem Psychiater getroffen und danach eine Häufigkeitstabelle zu Kontakten der anderen Hilfsangebote ohne Entlasszeitpunkt angefertigt. In Tabelle 13 findet sich wiederum die angegebene ambulante Behandlung und die dort stattgefundenen Kontakte.

Selbständige Wohnform und Behandler (3.4.2)

Als selbständige Wohnform wurden Eigentumswohnung, eigenes Haus, Mietwohnung und Gemeinschaftswohnung ohne therapeutisches Anliegen gezählt, nicht jedoch die Wohnung der Eltern.

2.4. Stichprobenbeschreibung

Von den 530 Patienten, die während des Rekrutierungszeitraumes die Einschlusskriterien erfüllten, stimmten 374 Patienten der Teilnahme an der Studie zu und nahmen an der Entlassuntersuchung teil. Zu Messzeitpunkt K6 nach 6 Monaten nahmen noch 323 ($\triangleq 86\%$), zu K12 314 ($\triangleq 84\%$), zu K18 302 ($\triangleq 81\%$) und zu K24 300 ($\triangleq 80\%$) der Patienten teil. An allen fünf Messzeitpunkten nahmen 257 Patienten, 29 (8%) nahmen nur an der ersten Befragung teil. 156 Patienten lehnten eine Studienteilnahme ab. Basisauswertungen ergaben, dass Ablehner jünger waren als Teilnehmer, eine geringere Zahl an stationären Voraufnahmen und deutlich seltener eine schizoaffektive Störung hatten.

48% der Patienten waren weiblich und durchschnittlich 43,2 Jahre alt, 52% waren männlich und durchschnittlich 37,1 Jahre alt. Der Gesamaltersdurchschnitt betrug 40,0 Jahre (SD = 12,6 Jahre), der jüngste Patient war 18, der älteste 82 Jahre alt.

Eine nach ICD-10 diagnostizierte schizophrene Erkrankung (F20.x) hatten 72% der Patienten, 28% litten an einer schizoaffektiven Psychose (F25.x). Dabei war die paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit 62% die häufigste Ausprägung.

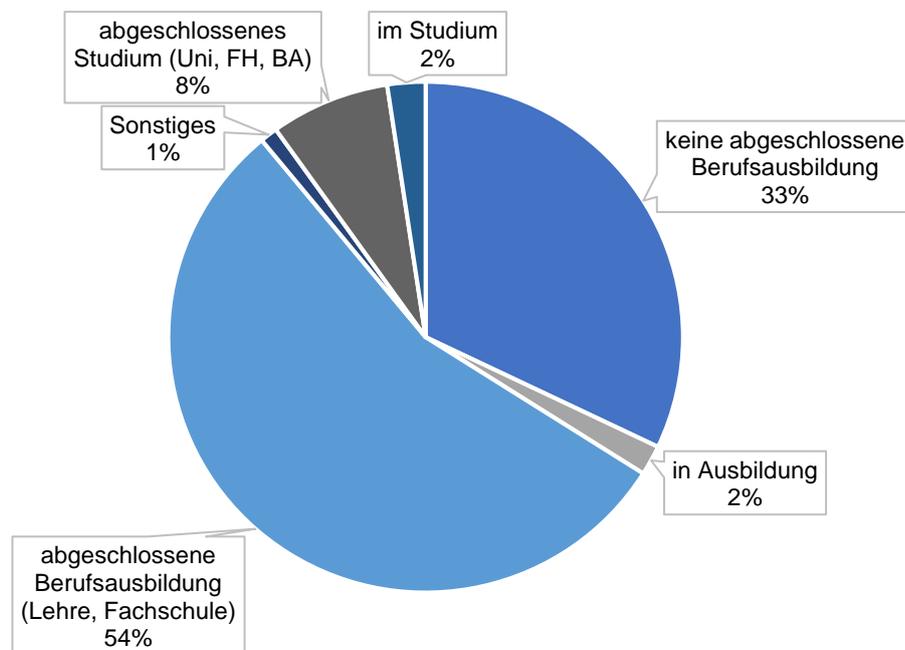
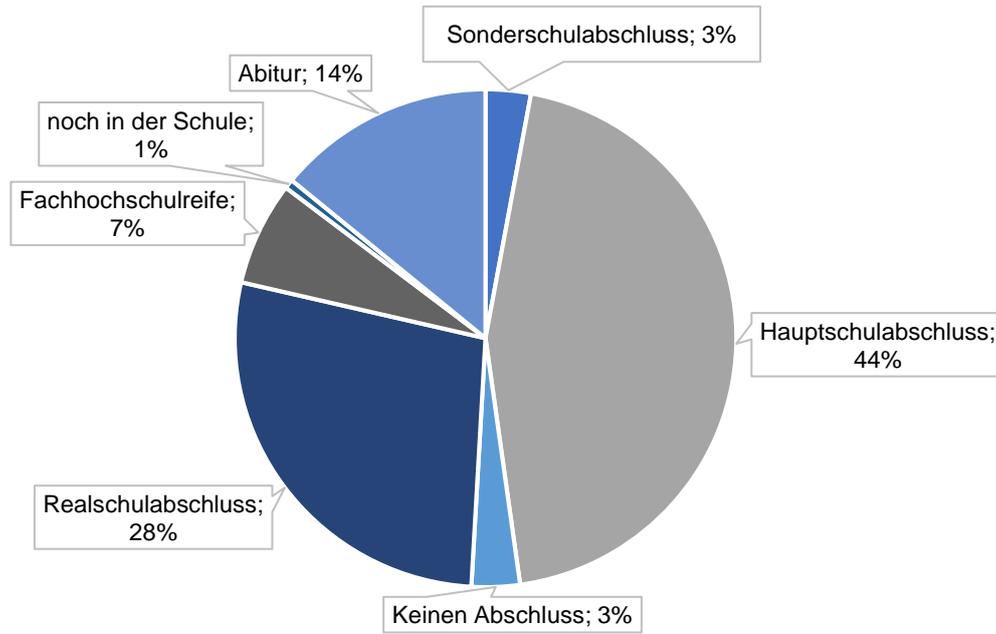
Die Indexhospitalisierung war durchschnittlich der siebte stationäre Aufenthalt der Patienten, als chronisch krank (= mehr als 2 schizophrene Episoden mit stationärer Aufnahme) konnten 68% der Patienten klassifiziert werden. Die erste stationäre Aufnahme lag im Durchschnitt zum Entlasszeitpunkt 10,8 Jahre (SD= 10,2 Jahre) zurück, die erste psychiatrische Behandlung 12,5 Jahre (SD = 10,8 Jahre).

Genauere Stichprobenbeschreibungen finden sich auch in bereits veröffentlichten Ergebnissen der Studie (Längle et al., 2012; Kilian et al., 2012; Frasch et al., 2012). Um Redundanzen zu vermeiden, werden Stichprobenbeschreibungen zu Bildung, Arbeit, Wohnen und GAF hier nicht gesondert dargestellt, sondern in 3.1 im Verlauf beschrieben.

3. Ergebnisse

3.1. Nähere Betrachtung der rekrutierten Patienten

3.1.1. Bildungsstand



Bei Entlassung nach Indexhospitalisierung wiesen 96% der Patienten einen Schulabschluss auf. 45% besaßen einen Hauptschulabschluss, 28% einen Realschulabschluss, 7% Fachhochschulreife und 14% Abitur. Nur 1 Person gab „Sonstiges“ an und wurde deshalb nicht mit in die Grafik aufgenommen. Je 3% der Patienten hatten gar keinen oder einen Sonderschulabschluss.

62% hatten zudem eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein abgeschlossenes Studium. 4% befanden sich noch in Ausbildung bzw. Studium, 33% hatten keine abgeschlossene Ausbildung.

Ein großer Anteil der Patienten hatte bei Entlassung trotz Schulabschlusses (96% der Patienten) keine abgeschlossene Berufsausbildung (33% der Patienten), bei einem Gesamt-Altersdurchschnitt von 40 Jahren.

3.1.2. Berufstätigkeit

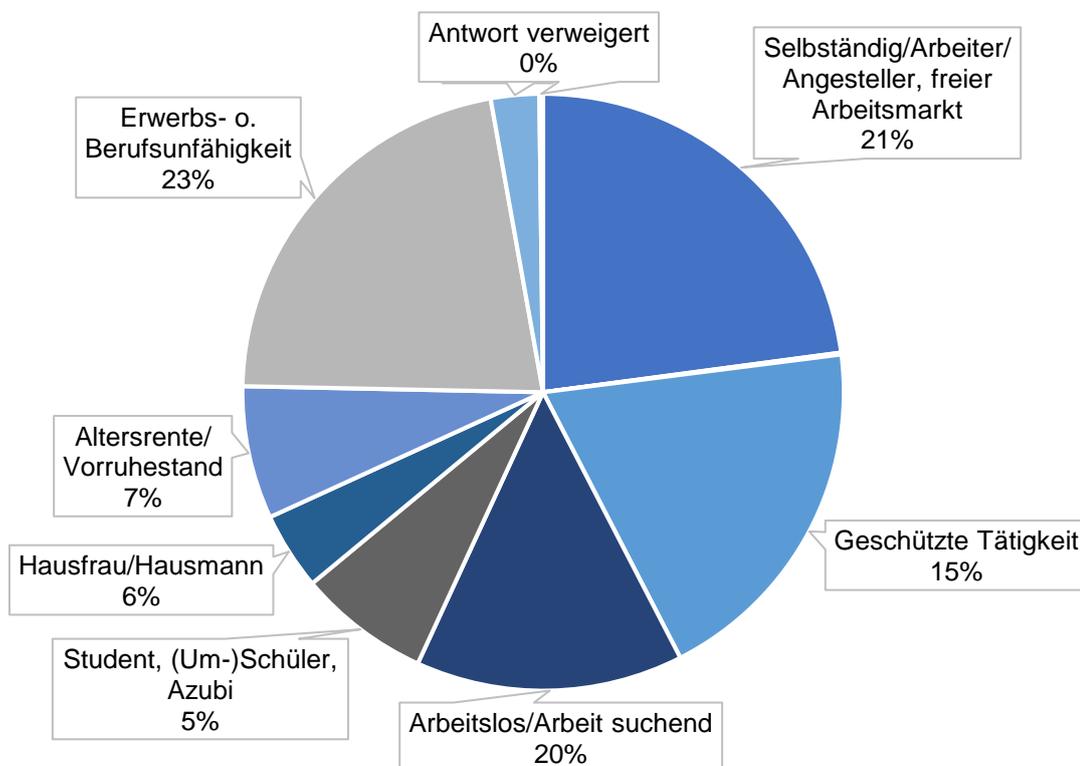


Abbildung 4: Arbeitsstand bei Entlassung in Prozent, n=372

43% der Patienten waren arbeitslos oder erwerbs-/berufsunfähig. Nur 21% waren auf dem freien Arbeitsmarkt beschäftigt, etwas weniger (15%) gingen einer geschützten Tätigkeit nach.

Betrachtet man die Arbeitsverhältnisse über den Messzeitraum hinweg, so lässt sich feststellen, dass sowohl die Zahl der Angestellten/Arbeiter auf dem freien Arbeitsmarkt als auch in geschützten Tätigkeiten ansteigt (siehe Tabelle 7).

Dahingegen sank die Quote der Arbeitslosen um mehr als die Hälfte bis auf 9,7% zuletzt bei K24.

Tabelle 7: Berufsstand der Patienten im zeitlichen Verlauf

		Messzeitpunkt					Gesamt
		Entlassung	K6	K12	K18	K24	
Selbständig/Arbeiter/Angestellter, freier Arbeitsmarkt	n	77	67	68	79	77	368
	%	20,7%	20,7%	21,7%	26,3%	25,8%	22,9%
Freiwillig (unentgeltlich) beschäftigt	n	0	0	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%
Geschützte Tätigkeit	n	55	61	67	65	66	314
	%	14,8%	18,9%	21,4%	21,7%	22,1%	19,5%
Arbeitslos/Arbeit suchend	n	76	50	48	29	29	232
	%	20,4%	15,5%	15,3%	9,7%	9,7%	14,4%
Student, (Um-)Schüler, Azubi	n	19	22	29	21	23	114
	%	5,1%	6,8%	9,3%	7,0%	7,7%	7,1%
Hausfrau/Hausmann	n	22	12	10	10	13	67
	%	5,9%	3,7%	3,2%	3,3%	4,3%	4,2%
Altersrente/Pension/Vorruhestand	n	24	24	23	24	20	115
	%	6,5%	7,4%	7,3%	8,0%	6,7%	7,2%
Erwerbs- o. Berufsunfähigkeit	n	85	76	63	63	65	352
	%	22,8%	23,5%	20,1%	21,0%	21,7%	21,9%
Andere	n	11	11	5	9	5	41
	%	3,0%	3,4%	1,6%	3,0%	1,7%	2,6%
Antwort verweigert	n	3	0	0	0	0	3
	%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	N	372	323	313	300	299	1607

3.1.3. Wohnsituation

Der Anteil der Patienten, die in der Wohnung der Eltern wohnen, ist über den Messzeitraum rückläufig. Den stärksten Zuwachs gibt es unter Patienten in einer privaten Mietwohnung oder im ambulant betreuten Wohnen.

Tabelle 8: Wohnsituation der Patienten im zeitlichen Verlauf

	Messzeitpunkt						Ges.
	Entlassung	K6	K12	K18	K24		
Eigentumswohnung, eigenes Haus	n	75	63	60	56	52	306
	%	20,1%	19,6%	19,1%	18,5%	17,3%	19,0%
Mietwohnung/ Haus von privatem Vermieter	n	100	81	95	121	121	518
	%	26,7%	25,2%	30,3%	40,1%	40,3%	32,1%
Mietwohnung von Wohnungsgesellschaft	n	65	57	37	16	14	189
	%	17,4%	17,7%	11,8%	5,3%	4,7%	11,7%
Wohnung der Eltern	n	73	51	47	35	33	239
	%	19,5%	15,8%	15,0%	11,6%	11,0%	14,8%
Gemeinschaftswohnung/ Wohnheim ohne therapeutisches Anliegen	n	11	11	10	10	11	53
	%	2,9%	3,4%	3,2%	3,3%	3,7%	3,3%
Übernachtungseinrichtung mit 24 Std. Betreuung/ Heim	n	15	19	19	16	20	89
	%	4,0%	5,9%	6,1%	5,3%	6,7%	5,5%
Übernachtungseinrichtung mit weniger als 24 Std. Betr.	n	9	13	16	13	15	66
	%	2,4%	4,0%	5,1%	4,3%	5,0%	4,1%
Übernachtungseinrichtung mit Betr. weniger als täglich	n	1	0	0	2	0	3
	%	0,3%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,2%
Ambulant betreutes Wohnen	n	16	21	24	28	31	120
	%	4,3%	6,5%	7,6%	9,3%	10,3%	7,4%
Psychiatrische Station	n	2	2	3	2	1	10
	%	0,5%	0,6%	1,0%	0,7%	0,3%	0,6%
Obdachlosenheim	n	0	0	2	1	0	3
	%	0,0%	0,0%	0,6%	0,3%	0,0%	0,2%
Obdachlos, auf der Straße lebend	n	3	0	0	0	0	3
	%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Andere	n	4	4	1	2	2	13
	%	1,1%	1,2%	0,3%	0,7%	0,7%	0,8%
	N	374	322	314	302	300	1612

3.1.4. Verlauf der GAF-Werte zeitlich und regional

Um eine Aussage über die Krankheitsschwere zu treffen, sind GAF- und PANSS-Wert gute Parameter. Es soll deshalb repräsentativ der Verlauf des Durchschnitts GAF-Wertes über die Zeit und über die verschiedenen Zentren gezeigt werden.

Tabelle 9: GAF-Werte der Patienten im zeitlichen Verlauf

GAF zu Messzeitpunkten					
	n	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum
Entlassung	374	55,54	55	21	85
K6	309	58,71	60	15	90
K12	296	59,79	60	22	90
K18	288	60,65	60,5	20	90
K24	289	60,71	60	24	91
Insgesamt	1556	58,89	60	15	91

Tabelle 10: GAF-Werte der Fälle in den Zentren über den gesamten Messzeitraum

GAF in Zentren					
	n	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum
Günzburg	605	60,49	60	30	90
Reutlingen	147	61,14	64	32	80
Tübingen	90	59,57	60	30	89
Weissenau	530	55,56	55	15	91
Zwiefalten	77	57,77	62	22	78
Bad Schussenried	12	57,58	64	29	74
Augsburg	69	68,51	70	33	90
Heidenheim	25	53,04	50	33	80
Insgesamt	1555	58,89	60	15	91

Es zeigt sich, dass der Median des GAFs nach Entlassung über die Zeit hinweg stabil bei 60 bleibt und auch der Mittelwert steigt nur um 2 Punkte an. Ausnahme bildet der GAF bei Entlassung, der mit 55,54 im Durchschnitt am tiefsten liegt.

Die Verteilung des GAFs in den Zentren unterscheidet sich signifikant (vgl. Tabelle 11) voneinander, wobei die Mittelwerte der Zentren mit großer

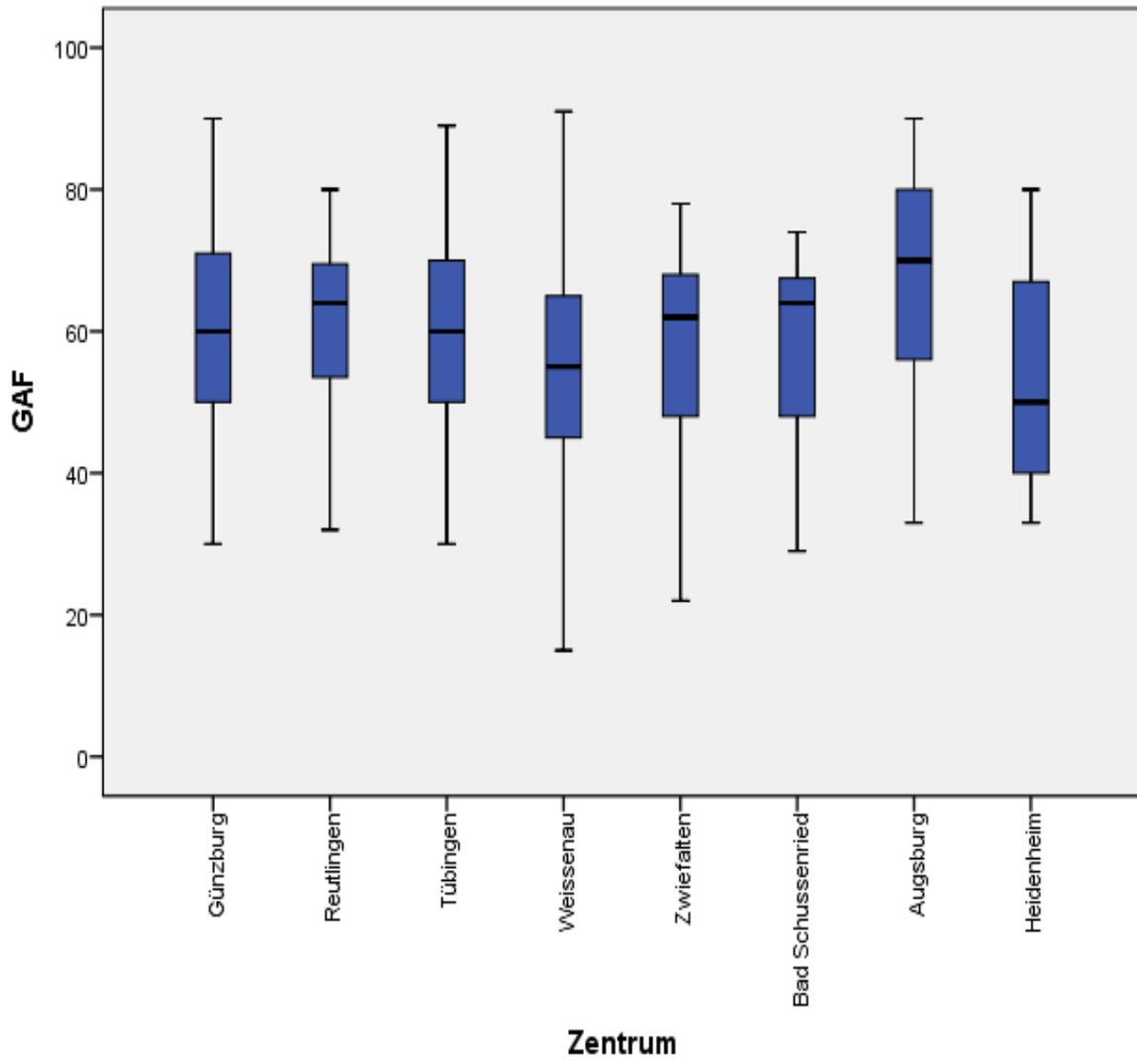
Teilnehmerzahl (Günzburg, Reutlingen und Weissenau) nur einen Unterschied von sechs Punkten aufweisen.

Tabelle 11: Kruskal-Wallis-Test zur Verteilung des GAFs in den Zentren

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	61,891 ^a	3	,000
Likelihood-Quotient	60,269	3	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	51,053	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	1236		
a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9,13.			

Betrachtet man aber die Streubreite, so lässt sich beobachten, dass Patienten aus Weissenau unter den größeren Zentren sowohl den niedrigsten als auch den höchsten GAF Wert aufwiesen. Nur Heidenheim weist einen niedrigeren Mittelwert auf.

In Abbildung 5 findet sich die Darstellung der Verteilung der GAF-Werte der Patienten in den Zentren.



3.2. Zeitliche Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsstrukturen

3.2.1. Ambulante Versorgung der Patienten vor und nach Indexhospitalisierung

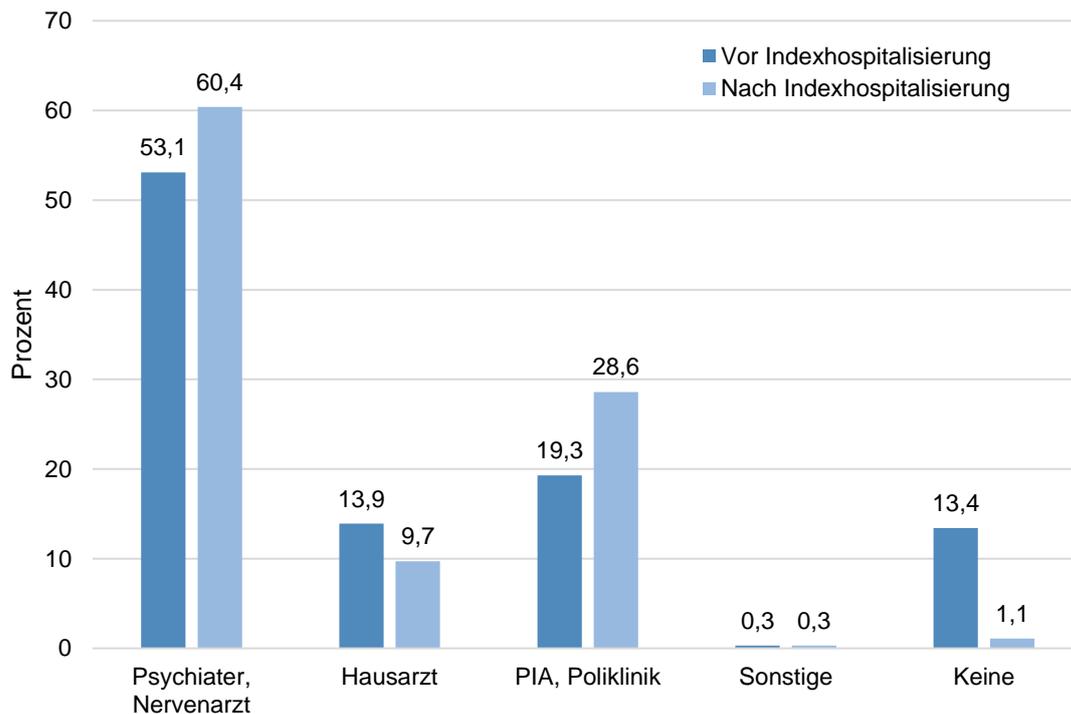


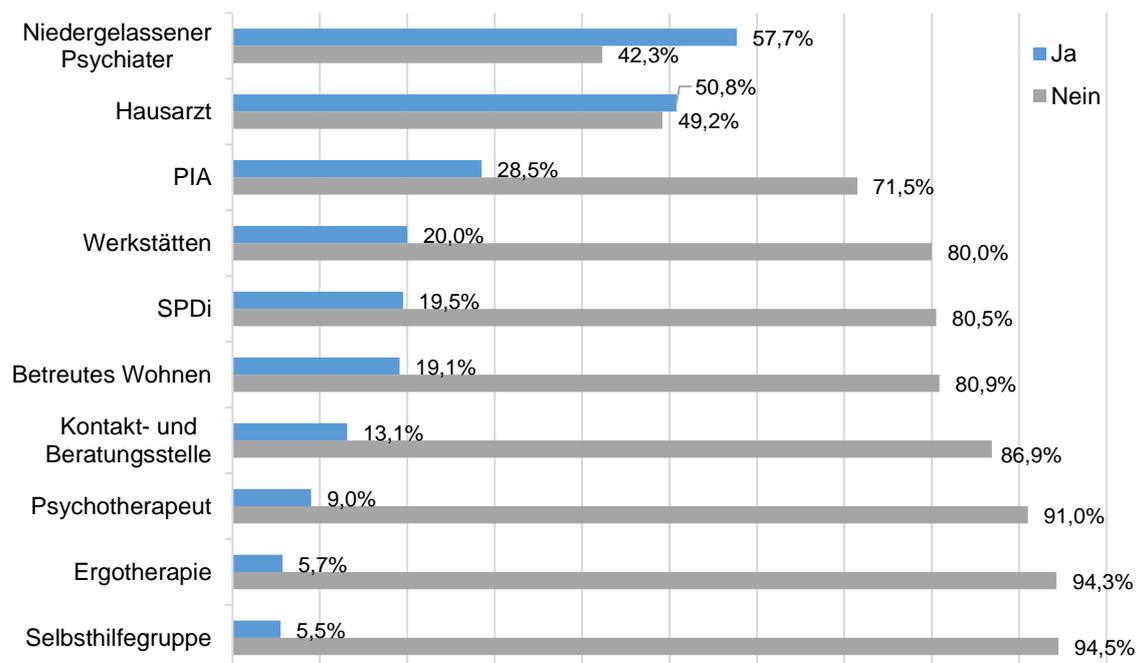
Abbildung 6: Ambulante Versorgung vor und nach Indexhospitalisierung in Prozenten, N=374

Der Anteil der Patienten, die ambulant vom niedergelassenen Psychiater behandelt wurden, stieg nach der Indexhospitalisierung um ungefähr 7%. Ebenso stieg der Anteil der Patienten, in der PIA oder Poliklinik versorgt wurden um 9,3%. Dahingegen sank der Anteil der beim Hausarzt behandelten von 13,9% auf 9,7%. Der größte Unterschied zeigt sich bei den Patienten, die keine ambulante Behandlung erhielten. Während vor der Indexhospitalisierung noch 13,4% der Patienten ohne ambulante Behandlung waren, wurden danach nur noch 1,1% überhaupt nicht ambulant behandelt.

3.2.2. Kontakt der Patienten zu ambulanten Versorgungseinrichtungen

Um die ambulanten Versorgungseinrichtungen in ihrem Stellenwert besser einordnen zu können, ist es von Vorteil zu wissen, wie viele der Patienten überhaupt Kontakt zu den jeweiligen Angeboten hatten. Aufschluss darüber gibt Abbildung 7. Ausgewertet wurden die Fallzahlen kumuliert über die Messzeitpunkte K6-24.

Über die Hälfte der Fälle hatte während des Messzeitraumes Kontakt zu einem niedergelassenen Psychiater. Auch Hausärzte wurden von der Hälfte der Fälle kontaktiert, 28,5% der Fälle hatten Kontakt zur PIA. Am wenigsten wurden Selbsthilfegruppen kontaktiert. Zu keinem der Messzeitpunkte hatten mehr als 20 der jeweils rund 300 befragten Patienten eine Selbsthilfegruppe besucht.



Da vermutet wurde, dass das Hilfebedürfnis der Patienten über die Zeit nicht konstant blieb, wurde der Verlauf der Kontakte über den Messzeitraum näher untersucht.

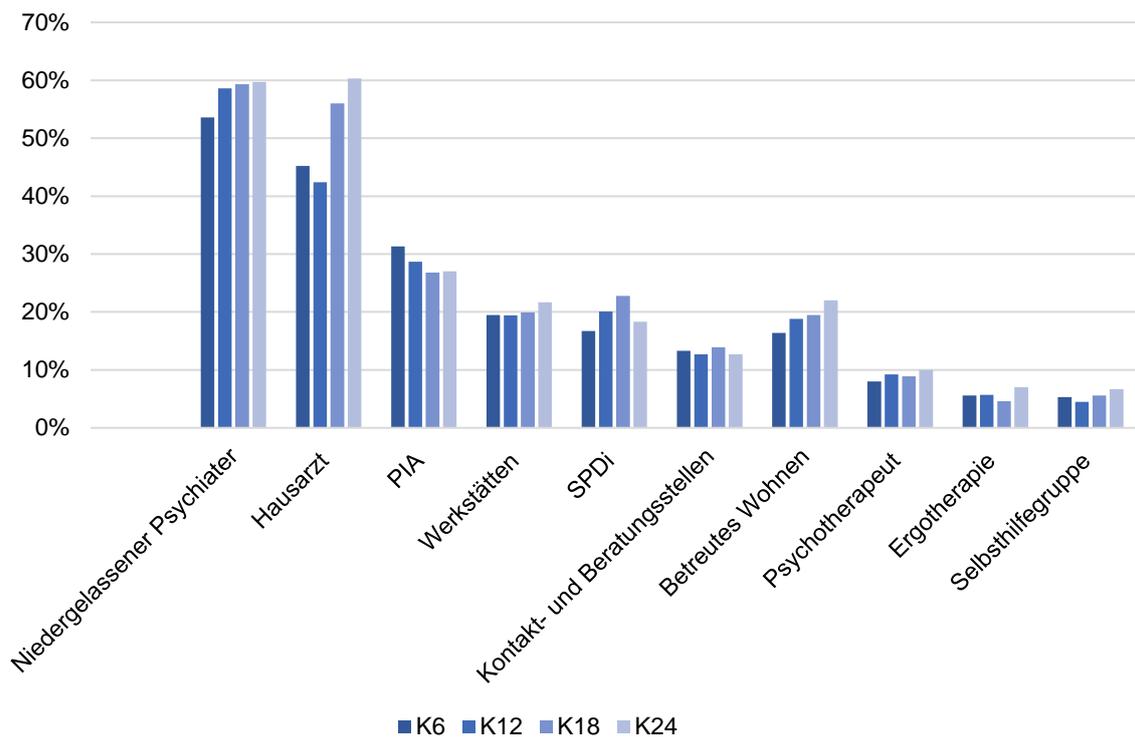


Abbildung 8: Kontakte im Verlauf ohne Entlasszeitpunkt in Prozenten, n=1239

Während zu K6 nur 53,5% in den letzten 3 Monaten einen niedergelassenen Psychiater gesehen hatten, waren es zu K24 schon fast 60%. Parallel dazu sinkt die Prozentzahl bei Kontakt zur PIA im Verlauf.

Innerhalb des gesamten Messzeitraumes hatte die Hälfte der Patienten Kontakt zu einem Hausarzt. Zu K24 hatte fast 2/3 der Patienten in den letzten 3 Monaten einen Hausarzt kontaktiert. Zu beachten ist aber, dass bei dieser Frage nicht nach der psychiatrischen Versorgung gefragt wurde, sondern allgemein nach Kontakten zu Hausärzten.

Zudem ist es wichtig anzumerken, dass der Fragebogen jeweils nur die Kontakthäufigkeit der letzten 3 Monate erfragte, die Messungen aber im Halbjahresrhythmus durchgeführt wurden. Somit ergibt sich ein Zeitraum von je 3 Monaten je Messintervall, in dem Kontakte stattgefunden haben könnten, die sich nicht in den Ergebnissen widerspiegeln.

3.2.3. Mehrfach-Kontaktierer und Nicht-Kontaktierer

Zur Klärung, ob es auch Patienten gab, die entweder keine oder mehrere Angebote gleichzeitig besuchten, dienen folgende Tabellen:

Tabelle 12: Patienten ohne Kontakte in den vorhergegangenen 3 Monaten im zeitlichen Verlauf

Patienten ohne Kontakt zu Hilfsangeboten		
Zeitpunkt	N	Prozent in Patienten insgesamt
K6	26	8,05 %
K12	27	8,60 %
K18	20	6,62 %
K24	22	7,33 %
Gesamt	95	7,67 %

Obwohl zu allen Messzeitpunkten im Schnitt 7,67% der Patienten gar keine Kontakte zu den angegebenen Hilfsangeboten angaben, waren es im Verlauf nur 2 Patienten, die tatsächlich über alle Messzeitpunkte nie Kontakt zu irgendeiner Form von ambulanter Behandlung oder Hilfsangebot hatten. Allerdings wurde nicht zwischen fehlenden Werten und 0 Kontakten bei der Eingabe unterschieden. Es lässt sich daher nicht eindeutig unterscheiden zwischen Patienten, bei denen diese Frage offengelassen wurde, da sie nicht eindeutig zu beantworten war und jenen, die tatsächlich keinen Kontakt hatten.

Tabelle 13 zeigt, dass Angebote oft gleichzeitig in Anspruch genommen wurden. Ein Patient hatte zu allen Messzeitpunkten nach Entlassung zu allen unter Abbildung 7 aufgelisteten Hilfsangeboten Kontakt bis auf PIA und Werkstätte. Da dies aber ein Ausnahmefall ist, werden in Tabelle 13 jeweils die Fälle dargestellt, die sowohl zu einer der drei großen Gruppen des niedergelassenen Psychiaters, Hausarztes oder PIA und darüber hinaus noch zu Hilfsangeboten Kontakt hatten. Dazu wurde, wie in 2.3.2 beschrieben, aus der jeweiligen Gruppe eine Stichprobe erstellt und diese kumulativ in einer Häufigkeitstabelle zu Kontakten der anderen Hilfsangebote über alle Messzeitpunkte dargestellt.

Tabelle 13: Kontakt zu jeweils niedergelassenem Psychiater, Hausarzt oder PIA und anderen Hilfsangeboten in den vorangegangenen 3 Monaten K6-24

Kontakt zu	Niedergelassener Psychiater	Hausarzt	PIA
und	n = 715	n = 629	n = 353
Hausarzt	53,3%	(100,0%)	48,7%
Niedergelassener Psychiater	(100,0%)	60,6%	6,2%
PIA	3,1%	27,3%	(100,0%)
Werkstätten	18,1%	23,4%	32,9%
Ergotherapie	5,2%	6,8%	9,9%
Selbsthilfegruppe	6,6%	7,8%	4,0%
Kontakt-Beratungsstellen	13,2%	14,6%	17,6%
Psychotherapeut	12,0%	9,7%	5,4%
SPDi	21,8%	21,0%	23,2%
Betreutes Wohnen	13,8%	21,5%	34,0%

Jeweils ungefähr die Hälfte der Patienten, die Kontakt zu PIA oder niedergelassenem Psychiater hatten, hatte auch Kontakt zum Hausarzt. Dahingegen hatten 60,6% der Patienten mit Kontakt zum Hausarzt auch Kontakt zum niedergelassenen Psychiater, aber nur 27,3% auch zur PIA.

Zur Klärung der Frage, ob ein statt gefundener Kontakt von den Patienten auch als hauptsächliche ambulante Behandlung angegeben wurde, ist folgende Tabelle notwendig:

Tabelle 14: Angabe der ambulanten Behandlung und tatsächlicher Kontakt zu ambulanten Hilfsangeboten K6-24

Angegebene ambulante Behandlung	Niedergelassener Psychiater	Hausarzt	PIA/Poliklinik	Keine
Kontakt zu:	n = 777	n = 86	n = 346	n = 27
Hausarzt	50,8%	(73,3%)	47,7%	18,5%
Niedergelassener Psychiater	(90,1%)	2,3%	3,5%	0,0%
PIA	3,1%	7,0%	(93,1%)	0,0%
Werkstätten	16,8%	2,3%	33,2%	0,0%
Ergotherapie	4,6%	0,0%	9,8%	0,0%
Selbsthilfegruppe	6,2%	8,1%	3,8%	0,0%
Kontakt-Beratungsstellen	12,4%	7,0%	17,3%	0,0%
Psychotherapeut	11,6%	5,8%	4,9%	0,0%
SPDi	19,9%	9,3%	22,0%	7,4%
Betreutes Wohnen	14,4%	3,5%	34,7%	3,7%

Nur 73,3% der Fälle, die angaben, vor allem von ihrem Hausarzt ambulant wegen ihrer psychischen Probleme behandelt zu werden, standen in den vergangenen 3 Monaten auch tatsächlich in Kontakt zu ihrem Hausarzt. Allerdings ist hier zu beachten, dass sich (wie schon in 3.2.2 erwähnt) durch die Abstände der Befragung immer eine 3-monatige Lücke ergibt. Darüber hinaus wird bei dieser Darstellung deutlich, dass große Unterschiede in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten je nach Hauptbehandler bestehen. 33,2% der Fälle, die hauptsächlich in der PIA behandelt wurden, haben Anschluss an eine Werkstatt. Dahingegen stehen nur 2,3% der Fälle, die sich in hausärztlicher Behandlung befanden, in Kontakt zu einer Werkstatt. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich bei den Selbsthilfegruppen. Während 8,1% der Hausarztpatienten in Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe stehen, sind es in der PIA hingegen nur 3,8%. Die Fälle, die vom niedergelassenen Psychiater versorgt werden, haben zu 11,6% zusätzlich Kontakt zu einem Psychotherapeuten.

3.2.4. Durchschnittliche Kontakthäufigkeit

Da nicht nur der Kontakt überhaupt, sondern auch die Frequenz der Kontakte eine Rolle spielt, wurde die durchschnittliche Kontakthäufigkeit der einzelnen Angebote untersucht.

Tabelle 15: Durchschnittliche Kontakthäufigkeit in den vorangegangenen 3 Monaten im zeitlichen Verlauf

	Haus- arzt	Psych- iater	PIA	SPDi	Psycho- -ther.	Werk- stätten	Kontakt- stellen	Selbst- hilfe- gruppen	Ergo- therapie
K6									
Gültig	167	173	101	54	27	62	43	17	18
Fehlend	156	150	222	269	296	261	280	306	305
Mittelwert	3,05	3,02	3,62	6,96	5,41	42,82	19,21	5,59	11,17
Median	2	3	3	6	6	50	12	6	12
Maximum	25	13	12	60	12	65	60	12	24
K12									
Gültig	168	184	90	63	29	61	40	14	18
Fehlend	146	130	224	251	285	253	274	300	296
Mittelwert	3,09	2,86	3,52	8,32	6,55	45,93	19,00	5,21	11,89
Median	2	2	3	6	6	50	10	5,5	11
Maximum	21	6	13	60	26	70	84	13	36
K18									
Gültig	196	179	81	69	27	60	42	17	14
Fehlend	106	123	221	233	275	242	260	285	288
Mittelwert	3,13	2,89	3,79	6,39	4,74	40,20	19,50	5,94	11,50
Median	3	2	4	4	4	39,5	10,5	5	10
Maximum	17	9	10	28	13	65	70	12	40
K24									
Gültig	212	179	81	55	30	65	37	20	21
Fehlend	88	121	219	245	270	235	263	280	279
Mittelwert	3,21	3,17	3,79	5,16	5,90	44,57	17,38	5,90	12,62
Median	2	3	3	4	4,5	49	9	6	12
Maximum	17	12	12	13	26	65	65	10	40
Gesamt									
Gültig	630	715	353	241	113	248	162	68	71
Fehlend	609	524	886	998	1126	991	1077	1171	1168
Mittelwert	2,39	2,99	3,67	6,74	5,67	43,41	18,81	5,69	11,85
Median	2	3	3	5	6	49,5	10	6	12
Maximum	25	13	13	60	26	70	84	13	40

Insgesamt zeigen sich keine großen Schwankungen im Verlauf der Messungen. Die höchste Kontakthäufigkeit fand sich bei den Werkstätten. Mit einem Gesamtdurchschnitt von 43,4 Kontakten in 3 Monaten bedeutet dies, dass 14,5 Kontakte pro Monat, also aufgerundet 4 Kontakte pro Woche stattgefunden hatten. Die (wie in 3.2.2 dargestellt) 20% der Patienten, die in einer Werkstätte arbeiteten, besuchten diese also (was eine Voraussetzung für die Aufnahme in eine Werkstätte darstellt, vgl. 1.3.2) fast täglich.

Mit 1,6 Kontakten pro Woche hatten die Patienten eine geringere Kontakthäufigkeit zu Kontakt- und Beratungsstellen als zu Werkstätten.

Der Kontakt-Maximalwert von 26, was zwei Besuchen eines Psychotherapeuten pro Woche entspricht, wurde insgesamt nur von zwei Personen erreicht. In einem Fall kam er durch Besuche bei einer psychotherapeutisch tätigen Heilpraktikerin zustande, im anderen durch Selbstzahlung bei zwei verschiedenen Psychotherapeuten. Der Mittelwert aller Patienten, die einen Psychotherapeuten aufsuchten, liegt mit ca. zwei Mal pro Monat deutlich darunter.

Auch zu SPDi und Selbsthilfegruppen gab es im Schnitt 2 Kontakte pro Monat.

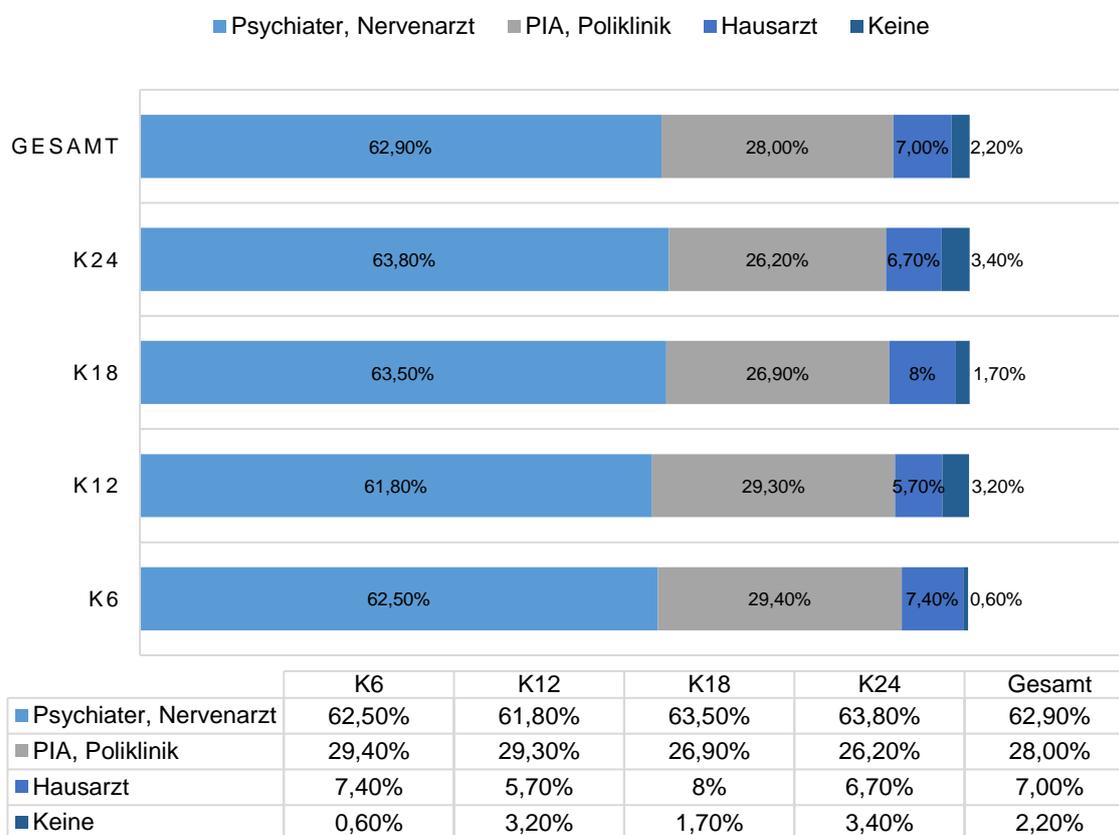
PIA, niedergelassener Psychiater und Hausarzt bewegen sich mit Medianen zwischen 2 und 4 in ähnlichen Häufigkeiten mit rund einem Kontakt pro Monat.

Die hohen fehlenden Werte ergeben sich aus der oben beschriebenen Problematik, dass 0 als kein Kontakt sich nicht in den Daten widerspiegelt. Es wurde daher nur der Mittelwert der tatsächlich stattgefundenen Kontakte berechnet.

3.2.5. Verlauf der ambulanten Behandlung

Der Katamnese Fragebogen beinhaltet Fragen zur ambulanten Behandlung im letzten halben Jahr, wobei nur „Psychiater/Nervenarzt“, „Hausarzt“, „PIA/Poliklinik“, „Sonstige“ und „Keine“ ausgewählt werden konnten. Im Gegensatz zu 3.2.2. „Kontakt der Patienten zu ambulanten Versorgungseinrichtungen“, wo nach der allgemeinen Nutzung bzw. Kontakte zu

den Ärzten und Hilfsangeboten gefragt wurde, ist dies eine kategoriale Frage und erfasst die vorrangige ambulante (psychiatrische) Behandlung.



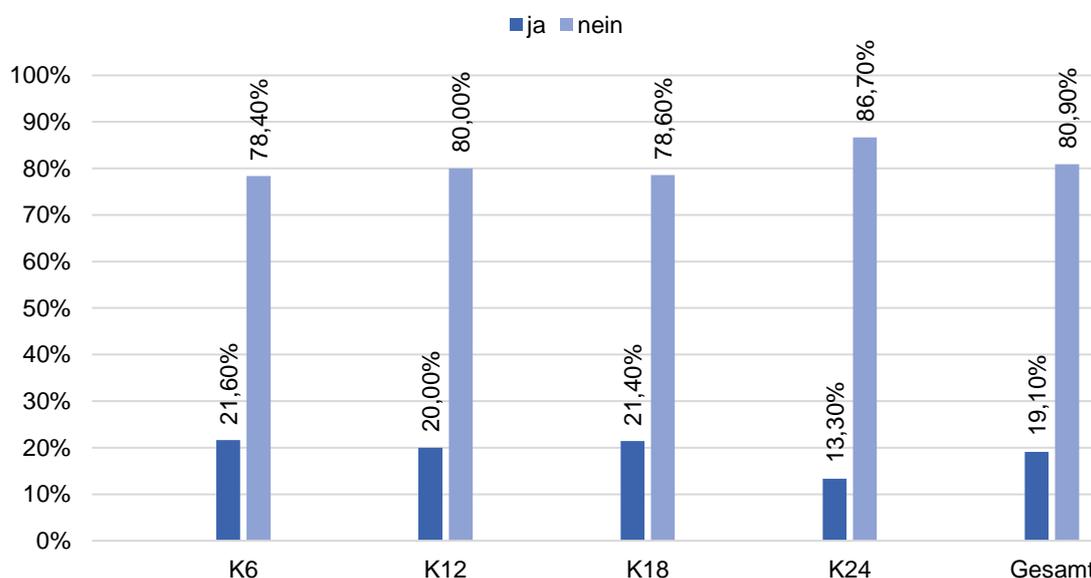
Wie schon bei den absoluten Kontakten zeigt sich auch hier bei der nur eingeschränkten Auswahlmöglichkeit zwischen den vier angegebenen Gruppen keine große Veränderung über die verschiedenen Messzeitpunkte. Auffallend ist, dass der Anteil der überhaupt nicht ambulant Behandelten direkt in den 6 Monaten nach Indexhospitalisierung bei nur 0,6% liegt.

Verglichen mit den Zahlen über die geplante Behandlung nach Entlassung (vgl. 3.2.1) zum Entlassungszeitpunkt, fällt dieser Wert im Laufe der ersten 6 Monate bis Messzeitpunkt K6 sogar nochmals etwas ab und steigt bis zum abschließenden Messzeitpunkt nach zwei Jahren wieder auf 3,4% an.

Die Kategorie „Sonstige“ wurde hier nicht genannt und aus Übersichtsgründen weggelassen.

Beim Vergleich der übrigen Zahlen von K6 mit den bei Entlassung genannten Zahlen aus 3.2.1 zeigt sich ein durchaus ähnliches Bild. Die vorgenommene Behandlung wurde also überwiegend umgesetzt und in Anspruch genommen.

3.2.6. Wechsel des ambulant behandelnden Arztes



Im Durchschnitt wechseln 19,1% der Patienten im Laufe eines halben Jahres bis zum nächsten Messzeitpunkt ihren behandelnden Arzt. Lediglich zu K24 zeigt sich eine geringere Wechselhäufigkeit von 13,3%. Pro Halbjahr war also bei einem Fünftel der Patienten jeweils mit einem Arztwechsel zu rechnen. Ein Patient hatte bei jeder Befragung den behandelnden Arzt gewechselt. Weitere Auswertungen ergaben, dass 129 Patienten während des gesamten Messzeitraumes nach Entlassung nie ihren behandelnden Arzt wechselten.

3.3. Regionale Inanspruchnahme der ambulanten Behandlung

Eine der zentralen Fragen dieser Arbeit beschäftigt sich mit den regionalen Unterschieden der Inanspruchnahme der Patienten. Während zunächst noch auf alle beitragenden Regionen eingegangen wird, beschränkt sich diese Arbeit dann hauptsächlich auf die Regionen mit den meisten rekrutierten Patienten (vgl. 2.1).

3.3.1. Regionale Unterschiede der hauptsächlich ambulanten Behandlung

Es zeigt sich über alle Zentren hinweg, dass die meisten Fälle von niedergelassenen Psychiatern behandelt werden. Allerdings gibt es auch sehr starke Inanspruchnahme der PIA vor allem in Weissenau und Zwiefalten.

Tabelle 16: Ambulante Behandlung im letzten halben Jahr in den Zentren zu den Messzeitpunkten K6-24

		Ambulante Behandlung im letzten halben Jahr					
		Psychiater, Nervenarzt	Hausarzt	PIA, Poliklinik	Keine	Gesamt	
Zentrum	Günzburg	n	338	43	98	9	488
		%	69,3%	8,8%	20,1%	1,8%	100,0%
	Reutlingen	n	80	7	28	0	115
		%	69,6%	6,1%	24,3%	0,0%	100,0%
	Tübingen	n	45	9	12	2	68
		%	66,2%	13,2%	17,6%	2,9%	100,0%
	Weissenau	n	208	24	174	12	418
		%	49,8%	5,7%	41,6%	2,9%	100,0%
	Zwiefalten	n	33	2	26	1	62
		%	53,2%	3,2%	41,9%	1,6%	100,0%
	Bad Schussenried	n	7	0	4	0	11
		%	63,6%	0,0%	36,4%	0,0%	100,0%
	Augsburg	n	51	1	0	2	54
		%	94,4%	1,9%	0,0%	3,7%	100,0%
	Heidenheim	n	15	0	4	1	20
		%	75,0%	0,0%	20,0%	5,0%	100,0%
Gesamt		n	777	86	346	27	1236
		%	62,9%	7,0%	28,0%	2,2%	100,0%

Überhaupt weisen die Zentren des ZfP Südwürttemberg (Weissenau, Zwiefalten und Bad Schussenried) einen hohen Anteil an PIA Patienten auf (zwischen 36,4 und 41,9%). Lediglich bei Reutlingen war als ZfP Tochter der Anteil mit 24,3%

etwas niedriger. Reutlingen weist mit 69,6% die höchste Anzahl der beim niedergelassenen Psychiater Behandelten auf. In Weissenau sind es dahingegen nur 49,8%.

In Tübingen ist der Anteil der Hausarztpatienten recht hoch. Die absolute Fallzahl von 9 ist aber zu klein, um gültige Schlüsse daraus ziehen zu können. Auch die nähere statistische Betrachtung gegenüber den anderen Zentren mit einem exakten Fisher Test zeigte kein signifikantes Ergebnis ($p=0,054$).

3.3.2. Nähere Betrachtung der großen Zentren

Es zeigen sich große Unterschiede zwischen den Zentren, was den Kontakt zu Hilfsangeboten betrifft. In Weissenau haben 35% der Fälle Kontakt zu einer geschützten Werkstätte, in Günzburg 9%. Auch Reutlingen liegt mit 21% deutlich unter der Kontaktrate der Patienten aus Weissenau.

Hier zeigt sich, dass Weissenau, was den Kontakt zur PIA betrifft, mit 40,9% die höchsten Werte aufweist. Reutlingen hingegen hat die höchsten Werte in der Inanspruchnahme von niedergelassenen Psychiatern (70,7%) und SPD_i (31%).

In Reutlingen und Tübingen wurden Kontakt- und Beratungsstellen wesentlich häufiger genutzt als in den anderen Zentren. In Zusammenschau mit den Zahlen der Werkstätten liegt Reutlingen in Hinblick auf Kontakt zu tagesstrukturierenden Angeboten prozentual am höchsten, Günzburg am niedrigsten.

Sehr wenig Kontakt zu Selbsthilfegruppen haben Patienten in Weissenau. Dafür liegen sie mit fast 10 Prozentpunkten, was die Inanspruchnahme von betreutem Wohnen angeht, über den anderen Zentren.

Lediglich bei der Hausarzt-Frequentierung finden sich keine großen Unterschiede.

Tabelle 17: Kontakt zu ambulanten Hilfsangeboten K6-24 in den großen Zentren

		Günzburg		Reutlingen		Tübingen		Weissenau	
		n	%	n	%	n	%	n	%
PIA	nein	379	77,5%	88	75,9%	56	81,2%	247	59,1%
	ja	110	22,5%	28	24,1%	13	18,8%	171	40,9%
Niedergelassener Psychiater	nein	165	33,7%	34	29,3%	28	40,6%	246	58,9%
	ja	324	66,3%	82	70,7%	41	59,4%	172	41,1%
Hausarzt Kontakt	nein	257	52,6%	52	44,8%	40	58,0%	186	44,5%
	ja	232	47,4%	64	55,2%	29	42,0%	232	55,5%
SPDi	nein	420	85,9%	80	69,0%	64	92,8%	327	78,2%
	ja	69	14,1%	36	31,0%	5	7,2%	91	21,8%
Psychotherapeut	nein	450	92,0%	101	87,1%	55	79,7%	393	94,0%
	ja	39	8,0%	15	12,9%	14	20,3%	25	6,0%
Werkstätten	nein	446	91,2%	92	79,3%	61	89,7%	271	64,8%
	ja	43	8,8%	24	20,7%	7	10,3%	147	35,2%
Kontakt- und Beratungsstellen	nein	464	95,1%	73	62,9%	47	68,1%	369	88,3%
	ja	24	4,9%	43	37,1%	22	31,9%	49	11,7%
Selbsthilfegruppe	nein	459	93,9%	109	94,0%	64	92,8%	403	96,4%
	ja	30	6,1%	7	6,0%	5	7,2%	15	3,6%
Ergotherapie Kontakt	nein	478	97,8%	104	89,7%	69	100,0%	375	89,7%
	ja	11	2,2%	12	10,3%	0	0,0%	43	10,3%
Betreutes Wohnen	nein	412	84,3%	96	82,8%	63	91,3%	308	73,7%
	ja	77	15,7%	20	17,2%	6	8,7%	110	26,3%

Um noch spezifischer auf regionale und zeitliche Unterschiede eingehen zu können, folgt die Betrachtung der ambulanten Behandler in den drei Zentren mit den meisten rekrutierten Patienten: Günzburg, Weissenau und Reutlingen.

Günzburg

Während zu K6 noch 27,6% der Patienten in Günzburg in der PIA behandelt werden, sind es zu K24 nur noch 14,2%. Gegengleich steigt der Anteil der beim niedergelassenen Psychiater behandelten von 61% auf 75%.

Tabelle 18: Ambulante Behandlung im zeitlichen Verlauf in Günzburg

Günzburg			K6	K12	K18	K24	Gesamt
Psychiater	n		75	85	88	90	338
	%		61,0%	68,5%	72,7%	75,0%	69,3%
Hausarzt	n		14	9	10	10	43
	%		11,4%	7,3%	8,3%	8,3%	8,8%
PIA, Poliklinik	n		34	26	21	17	98
	%		27,6%	21,0%	17,4%	14,2%	20,1%
Keine	n		0	4	2	3	9
	%		0,0%	3,2%	1,7%	2,5%	1,8%
Gesamt	N		123	124	121	120	488

Reutlingen

In Reutlingen liegt der prozentuale höchste Anteil der Behandlung beim niedergelassenen Psychiater in K18. Der prozentual niedrigste Anteil der Behandlung in der PIA liegt ebenfalls in K18. Kein Patient in Reutlingen hatte keine ambulante Behandlung. Insgesamt ist aber auch die Tendenz der PIA abwärts und des Psychiaters aufwärts.

Tabelle 19: Ambulante Behandlung K6-24 im zeitlichen Verlauf in Reutlingen

Reutlingen			K6	K12	K18	K24	Gesamt
Psychiater	n		23	18	20	19	80
	%		67,6%	66,7%	74,1%	70,4%	69,6%
Hausarzt	n		1	2	2	2	7
	%		2,9%	7,4%	7,4%	7,4%	6,1%
PIA, Poliklinik	n		10	7	5	6	28
	%		29,4%	25,9%	18,5%	22,2%	24,3%
Keine	n		0	0	0	0	0
	%		0%	0%	0%	0%	0%
Gesamt	N		34	27	27	27	115

Weissenau

In Weissenau zeigt sich ein konträres Bild zu Reutlingen und Günzburg. Hier nimmt der Anteil der in der PIA Behandelten von K6 37% auf K24 45% zu, während der Anteil der Patienten, die ambulant von niedergelassenen Psychiatern/Nervenärzten behandelt werden, von 56,5% auf 45% sinkt. Von den

drei näher betrachteten Zentren gibt es in Weissenau auch die meisten Patienten ohne ambulante psychiatrische Behandlung. Weissenau unterscheidet sich statistisch gegenüber den anderen Zentren signifikant (χ^2 , $p < 0,001$).

Tabelle 20: χ^2 -Test Weissenau gegenüber anderen Zentren

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	61,891 ^a	3	,000
Likelihood-Quotient	60,269	3	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	51,053	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	1236		
a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9,13.			

Tabelle 21: Ambulante Behandlung im zeitlichen Verlauf in Weissenau

Weissenau		K6	K12	K18	K24	Gesamt
Psychiater	n	61	55	47	45	208
	%	56,5%	50,5%	46,5%	45,0%	49,8%
Hausarzt	n	6	4	9	5	24
	%	5,6%	3,7%	8,9%	5,0%	5,7%
PIA, Poliklinik	n	40	46	43	45	174
	%	37,0%	42,2%	42,6%	45,0%	41,6%
Keine	n	1	4	2	5	12
	%	0,9%	3,7%	2,0%	5,0%	2,9%
Gesamt	N	108	109	101	100	418

3.4. Patientenunterschiede in den Versorgungsstrukturen

3.4.1. PANSS- und GAF-Score der jeweiligen Behandler

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl der höchste PANSS- als auch der niedrigste GAF-Durchschnitt bei Patienten der Psychiatrischen Institutsambulanzen liegt und sich die PANSS und GAF Mittelwerte innerhalb der Gruppen signifikant voneinander unterscheiden (PANSS: Kruskal Wallis $p < 0,001$; GAF: ANOVA $p < 0,001$).

Den niedrigsten PANSS- und den höchsten GAF-Durchschnitt und Median weisen Patienten ohne ambulante Betreuung auf.

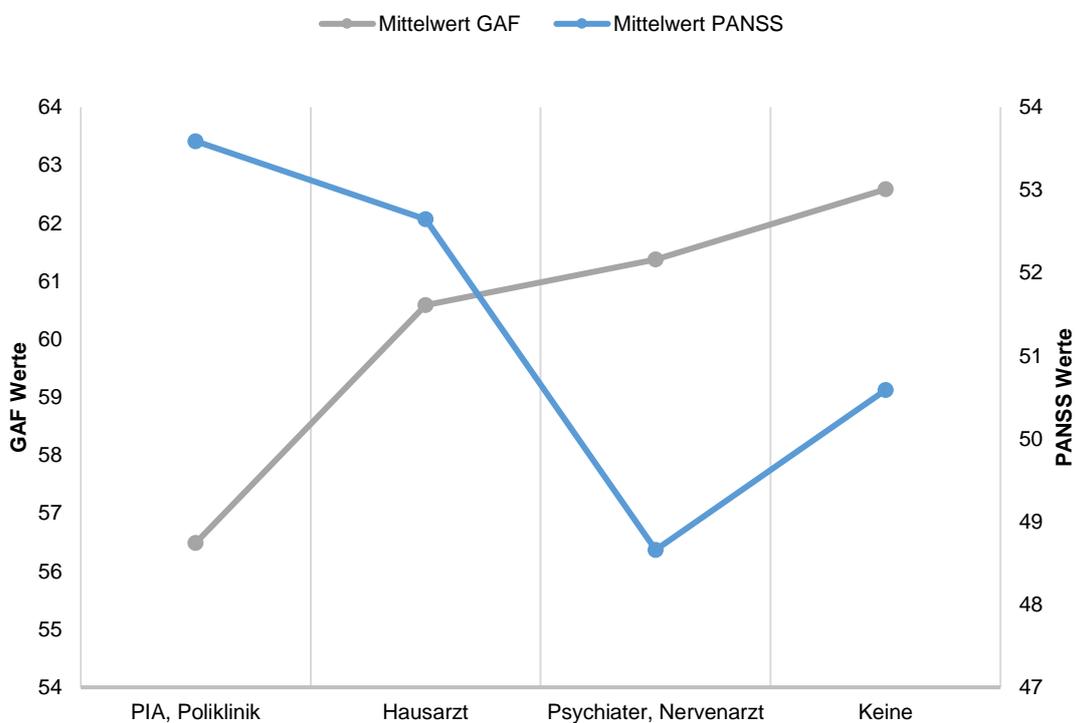
Tabelle 22: Durchschnittlicher PANSS-Wert der Patienten der jeweiligen Behandler K6-24

PANSS	n	Mittelwert	Standard-abweichung	Median	Minimum	Maximum
PIA, Poliklinik	336	53,59	15,27	52	30	91
Hausarzt	77	52,65	19,10	49	30	103
Psychiater, Nervenarzt	745	48,66	15,09	45	30	132
Keine	23	50,58	17,34	47	30	98
Gesamt	1181	50,36	15,62	48	30	132

Tabelle 23: Durchschnittlicher GAF-Wert der Patienten der jeweiligen Behandler K6-24

GAF	n	Mittelwert	Standard-abweichung	Median	Minimum	Maximum
PIA, Poliklinik	336	56,49	15,08	55	20	91
Hausarzt	77	60,58	17,77	60	15	90
Psychiater, Nervenarzt	744	61,37	14,61	62	21	90
Keine	24	62,58	19,52	69	24	85
Gesamt	1181	59,96	15,22	60	15	91

Patienten, die beim niedergelassenen Psychiater betreut wurden, hatten einen durchschnittlich niedrigeren PANSS und höheren GAF als jene, die von ihrem Hausarzt psychiatrisch betreut wurden. Der Vergleich der Mediane verstärkt diese Annahme. Zu berücksichtigen sind aber die wesentlich kleineren Fallzahlen in der Hausarztbetreuung, wodurch einzelne Extremfälle mehr Gewicht bekommen in der Mittelwertbetrachtung. Die Hausarztpatienten liegen vom Schweregrad der Erkrankung zwischen den Patienten der PIA und den Patienten der niedergelassenen Psychiater.



Um auch einen Vergleich unter den Hilfsangeboten zu ziehen, wurde beispielhaft für Messzeitpunkt K12 eine Mittelwerttabelle der GAF und PANSS Scores der Patienten, die jeweils Kontakt zu den Hilfsangeboten hatten, erstellt. Es ist zu beachten, dass anders als bei den vorrangigen Behandlern hier eine Mehrfachnennung möglich war und wie bereits oben beschrieben auch stattfand.

Tabelle 24: Durchschnittliche PANSS-Werte der Patienten der ambulanten Hilfsangebote zu K12

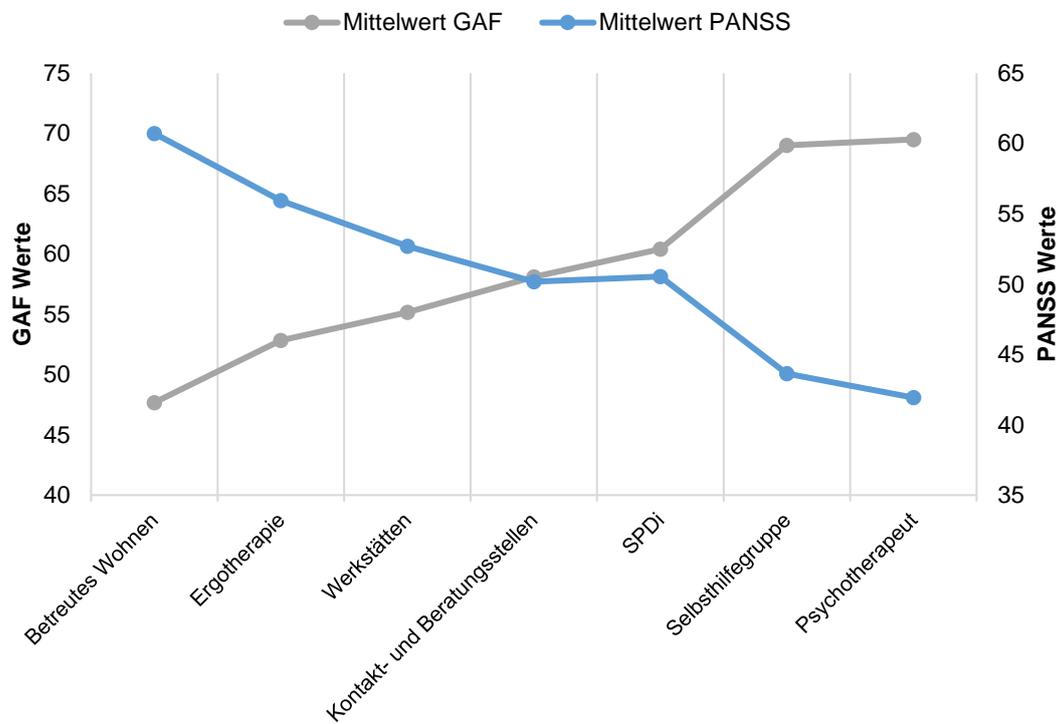
PANSS	n	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Minimum	Maximum
SPDi	62	50,53	14,49	48	30	82
Betreutes Wohnen	59	60,71	12,18	63	31	89
Psychotherapeut	28	41,93	12,68	39	30	78
Kontakt- und Beratungsstellen	40	50,18	15,73	49	30	103
Ergotherapie	18	55,94	15,18	59,5	32	77
Selbsthilfegruppe	14	43,64	15,15	38,5	30	103
Werkstätten	60	52,68	12,04	51,5	30	79

Tabelle 25: Durchschnittliche GAF-Werte der Patienten der ambulanten Hilfsangebote zu K12

GAF	n	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Minimum	Maximum
SPDi	62	60,41	15,39	60	22	90
Betreutes Wohnen	59	47,68	11,47	48	22	78
Psychotherapeut	28	69,50	13,89	74	35	89
Kontakt- und Beratungsstellen	40	58,10	14,04	59	30	82
Ergotherapie	18	52,83	11,92	51,5	30	70
Selbsthilfegruppe	14	69,00	15,53	70	45	88
Werkstätten	60	55,15	10,58	54,5	32	75

Der höchste PANSS- und niedrigste GAF-Durchschnitt findet sich bei den Fällen, die betreutes Wohnen in Anspruch nehmen.

Den niedrigsten PANSS- und höchsten GAF-Durchschnitt findet man zu K12 bei den Patienten, die Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatten. Einen Überblick über die Verhältnisse von PANSS- und GAF-Mittelwerten der Hilfsangebote zu Messzeitpunkt 3 gibt Abbildung 12.



3.4.2. Selbständige Wohnform und Behandler

Im Folgenden soll nun die Gruppe der Fälle betrachtet werden, die selbständig wohnt. Wie bereits in 2.3.2 beschrieben, zählen hierunter Eigentumswohnung, eigenes Haus, Mietwohnung und Gemeinschaftswohnung ohne therapeutisches Anliegen.

Tabelle 26: Ambulante Behandlung selbständig wohnender Patienten

Ambulante Behandlung		
Psychiater, Nervenarzt	n	554
	%	68,1%
Hausarzt	n	77
	%	9,5%
PIA, Poliklinik	n	161
	%	19,7%
Keine	n	22
	%	2,7%
Gesamt	n	814
	%	100%

Es zeigt sich, dass Patienten, die selbständig leben, im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt, der bei 62,9% „Psychiater/Nervenarzt“, 28% „PIA“, 7% „Hausarzt“ und 2,2% „Keine“ lag (vgl. Abbildung 9), weniger zur PIA und mehr zu Psychiater und Hausarzt in Behandlung gehen. Auch die prozentuale Anzahl derer, die keine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen, ist bei der Gruppe der selbständig Wohnenden geringer.

3.4.3. Altersgruppen und Kontakte

Um die These, dass das Alter die Inanspruchnahme der ambulanten Hilfsangebote beeinflusst zu prüfen, wurde die Inanspruchnahme in 3 Altersgruppen analysiert.

In Tabelle 27 zeigen sich altersspezifische Unterschiede: mit dem Alter steigt sowohl die Kontaktierung des Hausarztes als auch der Kontakt- und Beratungsstellen. Psychotherapeut und betreutes Wohnen werden hingegen von den unter 30-jährigen am häufigsten in Anspruch genommen. Im mittleren Lebensabschnitt stehen niedergelassene Psychiater, Selbsthilfegruppen, Ergotherapie, SPD i und Werkstätten im Vordergrund.

Über die Klassengrenzen der Altersgruppen hinweg kontaktierten 28% eine PIA.

Tabelle 27: Altersgruppen und durchschnittlicher Kontakt zu ambulanten Hilfsangeboten K6-24

Kontakt zu		Altersgruppen in Jahren					
		18-30		31-60		61-100	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hausarzt	nein	201	57,4%	378	46,8%	31	38,3%
	ja	149	42,6%	430	53,2%	50	61,7%
Niedergelassener Psychiater	nein	167	47,7%	319	39,5%	38	46,9%
	ja	183	52,3%	489	60,5%	43	53,1%
PIA	nein	251	71,7%	577	71,4%	58	71,6%
	ja	99	28,3%	231	28,6%	23	28,4%
Werkstätten	nein	290	83,1%	620	76,7%	80	98,8%
	ja	59	16,9%	188	23,3%	1	1,2%
Selbsthilfegruppe	nein	339	96,9%	752	93,1%	80	98,8%
	ja	11	3,1%	56	6,9%	1	1,2%
Ergotherapie	nein	343	98,0%	745	92,2%	80	98,8%
	ja	7	2,0%	63	7,8%	1	1,2%
Kontakt- und Beratungsstellen	nein	318	91,1%	695	86,0%	63	77,8%
	ja	31	8,9%	113	14,0%	18	22,2%
Psychotherapeut	nein	308	88,0%	742	91,8%	77	95,1%
	ja	42	12,0%	66	8,2%	4	4,9%
SPDi	nein	302	86,3%	631	78,1%	65	80,2%
	ja	48	13,7%	177	21,9%	16	19,8%
Betreutes Wohnen	nein	278	79,4%	656	81,2%	68	84,0%
	ja	72	20,6%	152	18,8%	13	16,0%

3.4.4. Geschlecht und Kontakte

Auch bei der geschlechterspezifischen Betrachtung zeigen sich Unterschiede.

So war der Anteil der Frauen, die Selbsthilfegruppen, Psychotherapeut und Hausarzt kontaktiert hatten höher als der der Männer. Diese wiederum kontaktierten mehr PIA, Werkstätten und betreutes Wohnen.

Tabelle 28: Geschlecht und durchschnittlicher Kontakt zu ambulanten Hilfsangeboten K6-24

Kontakt zu		Geschlecht			
		männlich		weiblich	
		n	(%)	n	(%)
Hausarzt	nein	335	51,2%	275	47,0%
	ja	319	48,8%	310	53,0%
Niedergelassener Psychiater	nein	277	42,4%	247	42,2%
	ja	377	57,6%	338	57,8%
PIA	nein	458	70,0%	428	73,2%
	ja	196	30,0%	157	26,8%
Werkstätten	nein	485	74,2%	505	86,5%
	ja	169	25,8%	79	13,5%
Selbsthilfegruppe	nein	630	96,3%	541	92,5%
	ja	24	3,7%	44	7,5%
Ergotherapie	nein	613	93,7%	555	94,9%
	ja	41	6,3%	30	5,1%
Kontakt- und Beratungsstellen	nein	569	87,1%	507	86,7%
	ja	84	12,9%	78	13,3%
Psychotherapeut	nein	620	94,8%	507	86,7%
	ja	34	5,2%	78	13,3%
SPDi	nein	523	80,0%	475	81,2%
	ja	131	20,0%	110	18,8%
Betreutes Wohnen	nein	500	76,5%	502	85,8%
	ja	154	23,5%	83	14,2%

Keine bemerkenswerten Unterschiede gab es bei der Kontaktierung der niedergelassenen Psychiater, Kontakt- und Beratungsstellen, SPDi und Ergotherapie.

3.4.5. Patienten mit Suizidgedanken

7,6% der untersuchten Patienten hatten häufig Suizidgedanken. 48% davon wurden in der PIA und 43% von niedergelassenen Psychiatern behandelt.

Dahingegen fanden nur 25% der Patienten, die keine Suizidgedanken hatten, Behandlung in der PIA. Zwei Drittel dieser Patienten wurden von niedergelassenen Psychiatern versorgt.

Tabelle 29: Durchschnittliche Aufteilung der Fälle mit Suizidgedanken auf die Behandler K6-24

		Ambulante Behandlung					
		Psychiater, Nervenarzt	Hausarzt	PIA, Poliklinik	Keine	Gesamt	
Suizidgedanken	n						
	Gar nicht	894	65,7%	7,0%	24,8%	2,5%	100%
	Selten	246	60,2%	6,5%	32,1%	1,2%	100%
	Häufig	94	42,6%	7,4%	47,9%	2,1%	100%
	Gesamt	1234					

Tabelle 30: Durchschnittliche Häufigkeit der Suizidgedanken im letzten halben Jahr der Fälle der jeweiligen Behandler K6-24

		Ambulante Behandlung				
		Psychiater, Nervenarzt	Hausarzt	PIA, Poliklinik	Keine	Gesamt
Suizidgedanken	n	775	86	346	27	1234
	Gar nicht	75,7%	73,3%	64,2%	81,5%	
	Selten	19,1%	18,6%	22,8%	11,1%	
	Häufig	5,2%	8,1%	13,0%	7,4%	
		100%	100%	100%	100%	

Es zeigt sich erneut, dass beim Hausarzt Patienten jeglicher Krankheitsschwere behandelt werden. Zwar hatte wiederum der Großteil der Patienten gar keine Suizidgedanken gehabt, aber mit 8,1% ist der Anteil der Patienten mit häufigen Suizidgedanken aller beim Hausarzt behandelten Patienten doch recht hoch und wird nur durch die Patienten der PIA mit 13% übertroffen. Die Unterschiede zwischen den Patientengruppen der Behandler waren statistisch signifikant (Chi²-Test, zweiseitige Signifikanz $p < 0,001$). Insgesamt bleibt der Anteil der behandelten Patienten bei den Hausärzten konstant, ungeachtet der Häufigkeit von Suizidgedanken (ca. 7%). Auch der Anteil der Patienten ohne ambulante Versorgung (ca. 2%) ändert sich mit der Häufigkeit der Suizidgedanken nicht.

3.5. Zufriedenheit

Die Zufriedenheit mit der aktuellen psychiatrischen Behandlung wurde durch die Krankheits- und Behandlungskanamnese sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit im Rahmen des BeLP abgefragt. Dabei konnte die Zufriedenheit auf einer Skala von 1=völlig unzufrieden bis 7=völlig zufrieden angegeben werden. Beides wird im Folgenden in Verbindung mit der ambulanten psychiatrischen Behandlung zu dem jeweiligen Zeitpunkt, den Behandlern und den einzelnen Zentren in Verbindung gebracht.

3.5.1. Zufriedenheit mit der aktuellen psychiatrischen Behandlung

Tabelle 31: Durchschnittliche Behandlungszufriedenheit K6-24

	n	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum
Psychiater, Nervenarzt	763	5,71	6	1	7
PIA, Poliklinik	343	5,35	6	1	7
Hausarzt	58	5,05	6	1	7
Keine	6	4,33	4,5	2	6
Gesamt	1170	5,57	6	1	7

Zwischen den anderen ambulanten Behandlergruppen zeigen sich keine auffälligen Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungszufriedenheit: mit Mittelwerten zwischen 5,05 „Hausarzt“ und 5,71 „Psychiater, Nervenarzt“ liegen sie in der positiveren Hälfte der Skala dicht beieinander. Dies wird durch den Median, der bei allen drei Behandlern bei 6 liegt, weiter bestätigt. Die größte Behandlungszufriedenheit findet sich bei Patienten, die vom niedergelassenen Psychiater versorgt werden.

3.5.2. Allgemeine Lebenszufriedenheit

Es wurde zum einen die durchschnittliche allgemeine Lebenszufriedenheit der Patientengruppen nach Behandler betrachtet und zum anderen die

durchschnittliche allgemeine Lebenszufriedenheit zu den einzelnen Messzeitpunkten.

Betrachtet man die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Patienten der verschiedenen Behandler, so finden sich auch hier keine auffälligen Unterschiede innerhalb der Behandlergruppen.

Eine kleine Ausnahme bilden die Patienten ohne ambulante Behandlung: ihr Median ist zwar mit 6 um einen Punkt höher als der der Patienten mit ambulanter Behandlung (dieser liegt bei 5), dafür liegt der Maximalwert der Patienten ohne ambulante Behandlung nur bei 6 (mit Behandlung bei 7). Statistisch gesehen unterscheiden sich die Behandlergruppen untereinander aber nicht (vgl. Tabelle 32).

Tabelle 32: Kruskal-Wallis-Test Lebenszufriedenheit und Behandlergruppen

Zufriedenheit mit Leben insgesamt	
Chi-Quadrat	4,166
df	3
Asymptotische Signifikanz	,244
a. Kruskal-Wallis-Test	
b. Gruppenvariable: ambulante Behandlung im letzten halben Jahr	

Tabelle 33: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Fälle der Behandler K6-24

	N	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum
Psychiater, Nervenarzt	773	4,72	5	1	7
Hausarzt	82	4,94	5	1	7
PIA, Poliklinik	340	4,61	5	1	7
Keine	27	4,93	6	1	6
Gesamt	1222	4,71	6	1	7

Betrachtet man den zeitlichen Verlauf der allgemeinen Lebenszufriedenheit, so ergeben sich wenig Unterschiede. Einzig der Median der Entlassung liegt mit 4 einen Punkt unter den anderen Messzeitpunkten. Der Mittelwert liegt mit 4,42 zwar auch am niedrigsten, die Spanne der Mittelwerte ist aber zwischen 4,42 und

4,74 insgesamt sehr klein. Minimum und Maximum lagen zu allen Messzeitpunkten bei 1 bzw. 7 und werden deshalb in Tabelle 34 nicht dargestellt.

Alle Mittelwerte liegen, egal zu welchem Messzeitpunkt, in der positiveren Hälfte der Skala. Im Verlauf nimmt die Zufriedenheit eher noch zu, lediglich zu K24 ist eine minimale Abwärtsbewegung zu beobachten.

Tabelle 34: Zeitlicher Verlauf der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit

	n	Mittelwert	Median	Standardabweichung
Entlassung	366	4,42	4	1,38
K6	319	4,67	5	1,55
K12	310	4,72	5	1,58
K18	298	4,74	5	1,58
K24	297	4,69	5	1,59
Gesamt	1590	4,64	5	1,54

3.5.3. Zufriedenheit in den einzelnen Zentren

Um statistische Unterschiede in der Lebenszufriedenheit der Patienten in den Zentren herauszufinden, wurde ein Kruskal-Wallis-Test durchgeführt.

Tabelle 35: Kruskal-Wallis-Test über Unterschiede in der Lebenszufriedenheit der Fälle in den Zentren

Zufriedenheit mit Leben insgesamt	
Chi-Quadrat	108,497
df	7
Asymptotische Signifikanz	,000
a. Kruskal-Wallis-Test	
b. Gruppenvariable: Zentrum	

Es zeigt sich, dass signifikante Unterschiede vorhanden sind. Günzburg, Bad Schussenried und Heidenheim liegen sowohl mit ihren Medianen einen Punkt unter den anderen Zentren als auch mit ihren Mittelwerten unter dem Gesamtdurchschnitt der Lebenszufriedenheit. In Bad Schussenried und

Heidenheim wurde zusätzlich niemals eine maximale Lebenszufriedenheit angegeben.

Tabelle 36: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Fälle in den Zentren über den gesamten Messzeitraum

Zufriedenheit mit Leben insgesamt						
	n	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Min.	Max.
Günzburg	618	4,18	1,61	4	1	7
Reutlingen	150	4,77	1,50	5	1	7
Tübingen	89	4,81	1,18	5	2	7
Weissenau	538	5,07	1,39	5	1	7
Zwiefalten	82	5,20	1,29	5	2	7
Bad Schussenried	15	4,20	1,21	4	2	6
Augsburg	72	4,68	1,51	5	2	7
Heidenheim	26	3,81	1,44	4	2	6
Gesamt	1590	4,64	1,54	5	1	7

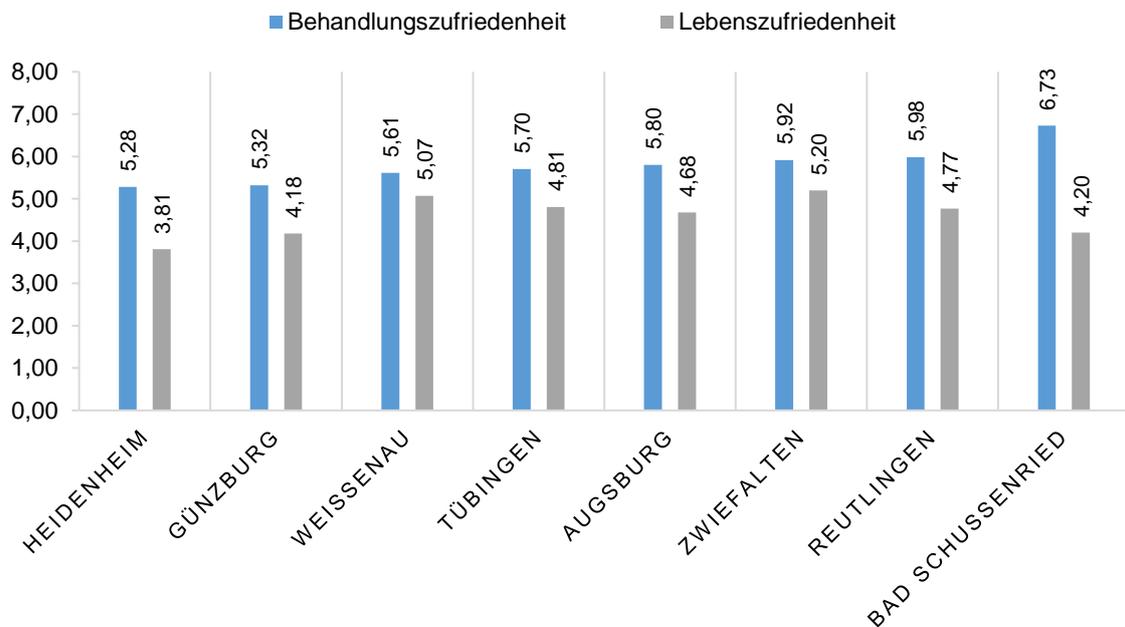
Betrachtet man die Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung in den Zentren, so erhält man ein gegensätzliches Ergebnis. In Bad Schussenried zeigt sich mit einem Median von 7 und einem Mittelwert von 6,73 eine große Zufriedenheit. Bei den Zentren mit mehr Fallzahlen hat Reutlingen mit einem Mittelwert von 5,98 und einem Minimalwert von 3 die höchsten Werte. Die unterschiedliche Behandlungszufriedenheit in den Zentren ist statistisch signifikant (Kruskal-Wallis, $p < 0,001$).

Tabelle 37: Durchschnittliche Behandlungszufriedenheit der Fälle in den Zentren K6-24

Zufriedenheit mit psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung						
	n	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Min.	Max.
Günzburg	472	5,32	1,58	6	1	7
Reutlingen	110	5,98	1,15	6	3	7
Tübingen	60	5,70	1,37	6	2	7
Weissenau	391	5,61	1,46	6	1	7
Zwiefalten	60	5,92	1,28	6	1	7
Bad Schussenried	11	6,73	0,47	7	6	7
Augsburg	50	5,80	1,34	6	2	7
Heidenheim	18	5,28	1,84	6	1	7
Gesamt	1172	5,56	1,48	6	1	7

Eine mittlere Zufriedenheit von >5 bestand in allen Zentren.

Einen Überblick über die jeweilige Lebenszufriedenheit und Behandlungszufriedenheit gibt Abbildung 13.



4. Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es, die Inanspruchnahme ambulanter Hilfsangebote schizophrener Patienten nach Entlassung aus der stationären Therapie zu untersuchen und unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme darzustellen. Dazu wurden fünf zentrale Fragestellungen entwickelt und detailliert betrachtet.

4.1. Rekrutierte Patienten

Zur Kernsymptomatik der Schizophrenie zählen im Allgemeinen auch kognitive Defizite im Sinne von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (Elvevag & Goldberg, 2000). Oftmals machen sich diese bereits Jahre vor Ausbruch der Positivsymptomatik bemerkbar (Kristen A. Woodberry et al., 2008). Der negative Einfluss dieser Defizite auf die schulische Ausbildung und damit auch auf den beruflichen Werdegang konnte in zahlreichen Studien international belegt werden (Aribi et al., 2014; Burgess et al., 2013; Wu et al., 2014; Vreeker et al., 2016).

Die Defizite zeigen sich auch in der Übersicht über den Bildungsstand der rekrutierten Patienten. Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt (kein Abschluss 3,6%, Hauptschulabschluss 36,6%, Realschulabschluss 24,5%, Fachhochschulreife/ Abitur 31,1% - Statistisches Bundesamt, 2015), ist der Bildungsstand der Studienteilnehmer wesentlich niedriger (vgl. 3.1.1). Dennoch konnten 96% der Patienten einen Schulabschluss vorweisen. Der niedrigere Bildungsstand spiegelt sich auch im Beruf wieder. Hier liegt der Anteil der Patienten ohne abgeschlossene Berufsausbildung (inklusive derer, die sich noch in Ausbildung/Studium befinden) mit 37% weit über dem Bundesdurchschnitt von 25,8% (Statistisches Bundesamt, 2015). Auch dies deckt sich mit den Ergebnissen früherer Studien, die einen Zusammenhang zwischen schlechterer Schulbildung in Verbindung mit vielen Krankenhausaufenthalten und reduzierter Berufsausbildung bei Schizophrenie-Kranken zeigen konnten (Lay et al., 2000;

Kiejna et al., 2015). In diesem Kontext verwundert es also nicht, dass viele Patienten trotz eines Schulabschlusses keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen konnten.

Außerdem beginnt die Krankheit oftmals in der Zeit des Schul- oder Ausbildungsabschlusses und damit in einer vulnerablen Phase der Lebensfindung. Dies hat natürlich einen direkten Einfluss auf die Berufstätigkeit. Das Stigma, das Psychisch/Schizophrenie kranken Menschen immer noch anhaftet, hat zusätzlich Einfluss auf die soziale Integration der Betroffenen und damit auch auf deren Berufstätigkeit (Rössler et al., 2005). Dabei ist gerade Arbeit - wie in 1.3.2 bereits erwähnt - oftmals ein Wunsch der Patienten (Mueser et al., 2001), der mit Lebensqualität assoziiert wird (Luciano et al., 2014).

Bezüglich des Berufsstandes der Patienten im zeitlichen Verlauf (3.1.2) fällt auf, dass sowohl die Zahl der Angestellten/Arbeiter auf dem freien Arbeitsmarkt als auch in geschützten Tätigkeiten über den Messzeitraum hinweg anstieg. Gleichzeitig sank die Quote der Arbeitslosen von 20,5 auf 9,7% (Tabelle 7). Denkbar wären hier entweder eine Stabilisierung der Patienten und ein „therapeutisches Weiterdenken“ über den untersuchten Zeitraum oder aber ein Dropout der schwerer Erkrankten. Die Gründe für den Dropout waren zu allen Zeitpunkten hauptsächlich „nicht erreicht“ oder „abgelehnt“ (vgl. auch Weiser, 2011). Da sich dahinter schwere Krankheitsverläufe vermuten lassen, ist von einem Dropout schwerer erkrankter Patienten durchaus auszugehen. Allerdings war die Dropout-Rate sehr niedrig und nur 8% der eingeschlossenen Patienten schieden komplett aus der Studie aus, weshalb sich der starke Rückgang der Arbeitslosenquote alleine dadurch nicht erklären lässt.

Ziel des „therapeutischen Weiterdenkens“ ist, eine leistungsangepasste Tätigkeit für die Patienten innerhalb des psychiatrischen Hilfsnetzwerkes oder auch auf dem freien Arbeitsmarkt zu finden. Durch Berücksichtigung der individuellen Leistungen kann eine Über- bzw. Unterforderung der Patienten im Sinne des Vulnerabilität-Stress-Modells vermieden und somit der Krankheitsverlauf moderat positiv beeinflusst werden (Bailer & Rey, 2001). Die Abnahme der Zahl der Arbeitslosen bei gleichzeitigem Anstieg der Berufstätigen und

Studenten/(Um-)Schüler/Azubis verdeutlicht die erfolgreiche Aufnahme der Patienten ins psychiatrische Hilfsnetzwerk und die anschließende Zuweisung an Arbeitgeber bzw. Aus- und Weiterbildungsstätten.

Bei Betrachtung der Wohnsituation der Patienten ist anzumerken, dass die niedrige Zahl der Obdachlosen zwischen 0 und 0,8% im Verlauf mitnichten repräsentativ für die Allgemeinheit der Schizophrenie-Kranken ist. Ein möglicher Erklärungsansatz für diese geringe Zahl liegt in der Stichprobenrekrutierung, die post-stationär erfolgte. Allgemein werden stationäre psychiatrische Angebote von Obdachlosen wenig in Anspruch genommen (Fichter & Quadflieg, 2005), weshalb sie folglich für diese Studie nicht rekrutiert werden konnten. Zum anderen besteht bei Obdachlosen eine hohe Sucht-Prävalenz von bis zu 90% (Meller et al., 2000), was ein Ausschlusskriterium der ELAN-Studie darstellte. Tatsächlich ist Obdachlosigkeit bei Schizophrenie aber ein großes Problem (Folsom & Jeste, 2002) mit hoher Dunkelziffer. Bei einer Vollerhebung unter Tübinger Obdachlosen hatten 8% der Männer eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, bei den Frauen waren es 12% (Längle et al., 2006; Torchalla et al., 2004).

Im Verlauf des Messzeitraumes nahm die Zahl der Patienten, die in der Wohnung der Eltern wohnten, von 19,5% auf 11% ab. Dies könnte ein Hinweis auf die Verselbständigung der Patienten weg vom Elternhaus hin zu eigenständigen Wohnformen, oder im Sinne einer Verschlechterung bzw. Chronifizierung der Krankheit zum betreuten Wohnen hin sein. Hier findet sich ein deutlicher Unterschied zu südeuropäischen Ländern, wo die Unterbringung innerhalb der eigenen Familie eine wesentlich größere Rolle spielt als in Deutschland bzw. Mitteleuropa (Karagianis et al., 2009).

Um den Krankheitsverlauf der Patienten abzubilden, wurde der Verlauf des GAF über die Zeit beschrieben. Die gezeigte minimale Verbesserung des GAF nach Entlassung deckt sich im Allgemeinen mit bereits beschriebenen Verläufen (vgl. Spellmann et al., 2012). Hierbei muss beachtet werden, dass es sich um gruppenstatistische Auswertungen handelt, die keine Rückschlüsse auf individuelle Verläufe zu lassen. Um die persönlich-individuellen Verläufe zu

beschreiben, wären patientenspezifische Auswertungen zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten nötig. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund des episodischen Verlaufes der Schizophrenie mehr Dynamik in der individuellen funktionalen Gesundheit besteht als die relativ stabilen Mittelwerte abbilden.

Signifikante Unterschiede zeigen sich zwischen den Patientenstichproben der Zentren. Weissenau weist eine extrem große Streubreite des GAF der Patienten auf und liegt auch mit einem Median von 55 an zweit unterster Stelle. Nur in Heidenheim wurden noch geringere Werte erzielt. Die Fallzahl von 25 bei Heidenheim, die von 6 Patienten erhoben wurde, ist aber zu klein, um gültige Schlüsse daraus ziehen zu können. Alleine anhand der regionalen Angebotsdarstellung - wie unter 1.3 beschrieben - lässt sich die weite Streubreite und der geringe Durchschnittswert des GAF in Weissenau nicht erklären. Es ist zu beachten, dass Weissenau auf Grund seines gut ausgebauten Netzwerkes an betreuten Wohnformen eine enorme Zuweisung von Patienten außerhalb des Landkreises erfährt. Patienten, die betreute Wohnformen in Anspruch nehmen, haben meist einen schwereren Krankheitsverlauf als selbständig Wohnende. Dass dies auch bei den rekrutierten Patienten so war, zeigt Abbildung 12: Patienten mit dem geringsten GAF und dem höchsten PANSS fanden sich in den Kontakten zum betreuten Wohnen. Die überdurchschnittlich hohe Krankheitsschwere der Patienten in Weissenau ließe sich dadurch erklären. Eine detailliertere Betrachtung der regionalen Strukturen und vor allem des Einzugsgebietes der Patienten sollte in weiteren Studien untersucht werden. Eine weitere denkbare Erklärung für die große Streubreite des GAF-Werts der Patienten in Weissenau ist eine besondere Motivation der Rekrutierenden, die so auch Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf zur Teilnahme bewegen konnten. Andererseits kann dies auch auf eine mögliche regional unterschiedliche Streuung der Patienten hinweisen, wie bereits im Vergleich der neuen und alten Bundesländer für psychische Störungen allgemein gezeigt werden konnte (Jacobi et al., 2004).

4.2. Allgemeine Inanspruchnahme

In einer umfangreichen Auswertung von Sekundärdaten zeigten Gaebel et al. (2013), dass deutschlandweit 11,8% der Patienten mit F2-Diagnosen ausschließlich durch Fachdisziplinen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 59,8% ausschließlich von Allgemeinmediziner/Fachärzten für somatische Medizin und 28,4% von beiden behandelt wurden (ambulant und stationär). Allerdings ergibt sich bereits innerhalb Deutschlands ein Gefälle der Versorgungsanteile. Wittchen & Jacobi (2001) berichten im Hinblick auf alle psychischen Erkrankungen, dass in den neuen Bundesländern der Anteil an hausärztlich Behandelten höher, und in Bezug auf andere Dienste eher niedriger ausfällt. In den alten Bundesländern wiederum zeigte sich der Anteil nervenärztlich Versorgter wesentlich höher. Es sind also regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme zu erwarten.

Weiterhin bestehen strukturelle Einschränkungen in der Inanspruchnahme. Beispielsweise gestaltet sich der Weg zur kostenertstatteten Psychotherapie auf Grund langer Wartezeiten von durchschnittlich 5 Monaten (Zepf et al., 2001) oft schwierig. Ergotherapie hingegen muss verordnet werden und bedarf somit notwendigerweise eines vorherigen Arztbesuches. In Baden-Württemberg schließen sich außerdem eine gleichzeitige Nutzung von PIA und ambulanter Psychotherapie aus.

Die Versorgungsverhältnisse in Deutschland sind nicht uneingeschränkt mit anderen Ländern zu vergleichen. Es bestehen erhebliche strukturelle Unterschiede in den Gesundheitssystemen. Patienten in Deutschland können direkt fachärztliche Hilfe suchen. Darüber hinaus bestehen hier informierende Dienste wie beispielsweise der SPDi, die die Zugriffsfähigkeit verbessern. Weiterhin gibt es in Deutschland - wie auch in Belgien und Frankreich - eine recht hohe Rate an niedergelassenen Psychiatern (Kovess-Masfety et al., 2007). In ihrem Effekt nicht zu unterschätzen sind die in anderen Ländern von Deutschland abweichenden gesellschaftlichen Normen und die ökonomischen Grundvoraussetzungen, die eine unterschiedliche Versorgung der psychisch Kranken bedingen (Salize et al., 1999), wie beispielsweise die bereits erwähnte

familiäre Unterbringung in südeuropäischen Ländern. Dies erschwert einen direkten Vergleich.

Der im Studienverlauf beobachtete Anstieg der von Psychiater oder PIA Behandelten nach Entlassung bei gleichzeitiger Verringerung der Patienten, die nur hausärztliche psychiatrische Behandlung oder gar keine erhalten hatten, legt die Vermutung nahe, dass Patienten, die vorher nicht ambulant behandelt wurden, nach der Indexhospitalisierung vermehrt in die Behandlung der PIA und der niedergelassenen Psychiater entlassen wurden. Es scheint, dass durch den Klinikaufenthalt die Aufnahme der Patienten in das Versorgungssystem und eine fachspezifische klinische Nachversorgung gesichert wird.

Wie Rogausch et al. (2008) bereits treffend beschrieben, bietet die „hausärztliche Versorgung [bietet] ein niederschwelliges medizinisches Kontaktangebot für schizophrene Patienten“. Betrachtet man die statt gefundenen Kontakte der Patienten zu ambulanten Versorgungseinrichtungen, so spiegelt sich das deutlich wider: über die Hälfte der Patienten (50,8% vgl. Abbildung 7) hatte innerhalb des Messzeitraumes Kontakt zu ihrem Hausarzt. Diese hohe Kontaktierungsrate findet sich auch in internationalen Ergebnissen wieder. In einer norwegischen Studie von Hetlevik et al. (2015) hatten von 10.112 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nur 17% im Zeitraum eines Jahres keinen Kontakt zu ihrem Hausarzt gehabt.

Es wurde hier explizit nicht nach der psychiatrischen Behandlung, sondern allgemein nach Kontakt zu den jeweiligen Angeboten gefragt. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass alle Kontakte auf Grund der psychischen Erkrankung zustande kamen. Die hohe Kontaktierungsrate spricht auch für häufige somatische Beschwerden und damit die Multimorbidität (Hewer, 2004) schizophrener Patienten.

Bei Betrachtung der Kontakte zu den einzelnen Angeboten fällt auf, dass nur 5,5% der Fälle während der erfragten Zeiträume Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hatten. Dies reiht sich ein in die Angaben der Literatur, wo sich Schätzwerte über den Kontakt zu Selbsthilfegruppen verschiedener

Erkrankungen bzw. für die Gesamtbevölkerung zwischen 1% (Hessel et al., 2000) und 9% (Gaber & Hundertmark-Mayser, 2005) belaufen. 9% der Fälle hatten Kontakt zu einem Psychotherapeuten. Auch dies deckt sich mit den Ergebnissen von Uhlmann et al., (2016), die zeigen konnten, dass im Anschluss an einen psychiatrischen Aufenthalt - über alle Diagnosen - bei unter 10% der Patienten eine Psychotherapieempfehlung ausgesprochen wird.

Wie hoch die Nutzung komplementärer Angebote ist, zeigt Tabelle 12: nur 2 Patienten hatten innerhalb des erfragten Zeitraumes nie Kontakt zu ambulanten Behandlern oder Komplementärangeboten gehabt, wobei sich zwischen den halbjährlichen Messzeitpunkten immer eine Messlücke von 3 Monaten ergibt. Um Verzerrung durch Erinnerungsfehler zu vermeiden, wurde in den Interviews bewusst nur nach stattgefundenen Kontakten in den 3 vergangenen Monaten gefragt. Es kann also auf Grund der Erhebungslücke nicht mit abschließender Sicherheit gesagt werden, dass diese Patienten tatsächlich nie Kontakt hatten.

Die meisten Patienten nutzten mehrere Angebote (vgl. Tabelle 13), was den komplexen Hilfebedarf dieser Patienten verdeutlicht. Weiterhin zeichnet sich ab, dass mit steigendem Schweregrad der Krankheit auch die Komplexität der Hilfen zunimmt. Die PIA stellt ein Angebot für nicht wartezimmerfähige (Martinson-Schittkowski & Tolzin, 2008) bzw. schwer erkrankte Patienten dar (u.a. Valdes-Stauber & Kilian, 2013; Wedegärtner et al., 2009). Patienten, die Kontakt zur PIA hatten (und damit definitionsgemäß einen schwereren Krankheitsverlauf), hatten auch den größten Anteil an Kontakten zu Werkstätten, Ergotherapie, Kontakt- und Beratungsstellen, SPD i und betreutem Wohnen (vgl. Tabelle 13). Außerdem wurde die Mehrfachnutzung nicht nur nach Kontakten, sondern nach Angabe der vorrangigen ambulanten Behandlung dargestellt (vgl. Tabelle 14). Patienten, die angaben, vorrangig beim niedergelassenen Psychiater behandelt zu werden, hatten in 90,1% der Fälle in den vergangenen drei Monaten auch tatsächlich Kontakt zu ihrem Psychiater gehabt. Wesentlich niedriger fiel das Ergebnis bezüglich der Frequentierung des Hausarztes mit nur 73,3% der Fälle mit tatsächlichem Kontakt aus. Dies bedeutet, dass etwas weniger als ein Drittel der Patienten, die zwar anamnestisch, mittels einer geschlossenen Fragestellung,

hauptsächlich von ihrem Hausarzt betreut wurden, diesen, offen befragt, in den letzten drei Monaten nicht aufgesucht hatte. Diese Diskrepanz zwischen angegebener Nutzung und tatsächlicher Umsetzung des Kontaktes wurde bereits vorbeschrieben (vgl. Längle, 2001).

Der zeitliche Verlauf der Kontakte zeigte wenig Schwankungen. Zu keinem Zeitpunkt gab es Ausreißer in der Kontakthäufigkeit zu einzelnen Diensten. Bemerkenswert ist die insgesamt hohe Kontaktrate zum Psychotherapeuten im Vergleich zu den fachärztlichen Angeboten. Diese lag beim Psychotherapeuten zwischen 5-7-mal, bei den Fachärzten bei rund 3-mal im Quartal. Innerhalb der fachärztlichen Angebote lag die Kontakthäufigkeit zur PIA mit durchschnittlich 3,7 Kontakten im Quartal etwas darüber (vgl. Tabelle 15). Allerdings nahmen nur rund 9% der Patienten Psychotherapie in Anspruch, weswegen die hohe Kontaktfrequenz einzelner Personen hier wesentlich mehr Gewicht bekam. Die maximale Kontakthäufigkeit von zwei Mal pro Woche bei den Psychotherapeuten wurde insgesamt nur von zwei Personen durch Selbstzahlung erreicht.

Die Aufschlüsselung der Hauptbehandler über den Messzeitraum zeigte eine konstante Nutzung des fachärztlichen Angebotes, wobei die Mehrheit der Patienten (durchschnittlich 62,9%) primär von niedergelassenen Psychiatern behandelt wurde. Dies deckt sich in etwa mit Ergebnissen von Besthehorn et al. (1999), wo von Hochrechnungen der Gesamtsumme der fachärztlich versorgten Schizophreniepatienten 75,4% bei niedergelassenen Fachärzten und 21,3% bei der PIA ergaben. In der Studie von Besthehorn et al. konnten „Hausarzt“ und „Keine“ jedoch nicht gewählt werden. Die Inanspruchnahme dieser Behandlergruppen bei Patienten aller psychischen Erkrankungen und nicht speziell der Schizophrenie gliedert sich laut Wittchen & Jacobi (2001) wie folgt: 42,3% hatten Kontakt zu Hausarzt, 14,5% gaben an, ausschließlich hausärztlich betreut zu werden, 31,7% wurden von Nervenärzten und Psychiatern behandelt, 43,7% von Psychotherapeuten, 7,7% in psychiatrischen/psychotherapeutischen Ambulanzen. Die Studienteilnehmer der in der vorliegenden Arbeit untersuchten ELAN-Studie wurden also mehr von niedergelassenen Psychiatern und Institutsambulanzen behandelt als die Allgemeinheit der psychisch Kranken. Dies

lässt sich sowohl durch die Komplexität der Krankheit, als auch mit der geographischen Lage der Untersuchungsregionen in den alten Bundesländern, wie am Anfang dieses Kapitels beschrieben, erklären.

Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist noch, dass bei Entlassung nur 0,6% der Patienten keine ambulante außerklinische Behandlung hatten. Die poststationäre Einbindung in das Versorgungsnetzwerk wurde also zufriedenstellend umgesetzt.

Da aus den Zahlen nicht ersichtlich wird, ob die Behandlung während des Messzeitraumes jeweils bei derselben Einrichtung stattgefunden hatte, wurde untersucht, wie viele Patienten im letzten halben Jahr den Arzt gewechselt hatten. Hier zeigte sich eine wesentlich deutlichere Dynamik als die über den Messzeitraum stabilen relativen Versorgungsanteile erscheinen lassen: pro Halbjahr war bei circa einem Fünftel der Patienten mit einem Arztwechsel zu rechnen. Dabei ist zu beachten, dass 129 Patienten (also rund ein Drittel) während des gesamten Messzeitraumes ihren behandelnden Arzt nie wechselten. Die hohe Wechselfrequenz für ein Fünftel der Patienten bekommt dadurch noch mehr Gewicht. Auf Grund der stabilen zeitlichen Verläufe liegt die Vermutung nahe, dass die Wechsel hauptsächlich innerhalb einer Behandlergruppe stattgefunden hatten. Wobei gleiche Anteile an Wechseln zwischen den einzelnen Behandlungsformen durch die gruppenstatistische Auswertung maskiert werden. Da nicht erfragt wurde, wohin die Patienten jeweils wechselten, ob zwischen den verschiedenen Behandlungsformen oder nur personell innerhalb einer Behandlergruppe, ist eine abschließende Beurteilung nicht möglich.

4.3. Inanspruchnahme im regionalen Vergleich

In der Literatur findet sich die Kritik, dass die Behandlung psychisch kranker Menschen mehr von örtlichen Gegebenheiten abhängt als von Schwere und Art der Erkrankung (Melchinger, 2009). Für Deutschland wurde gezeigt, dass sich

die Versorgungsstrukturen qualitativ und quantitativ regional unterscheiden (Wittchen & Jacobi, 2001).

Inwiefern sich die hier näher untersuchten Regionen im Versorgungsangebot unterscheiden, wurde in 1.3. beschrieben. Dass sich die Inanspruchnahme der Angebote bei Patienten der unterschiedlichen Zentren unterscheidet, zeigt Tabelle 16: auffällig ist die starke PIA Nutzung in den Zentren des ZfP Südwürttemberg (Weissenau, Zwiefalten, Bad Schussenried und minimal auch Reutlingen). Dies könnte darauf zurück zu führen sein, dass es an diesen ZfP Standorten auch Satellitenstellen bzw. mehrere Standorte der PIA gibt (vgl. auch Tabelle 2, wo Reutlingen mit 4 PIA Stellen eine höhere Anzahl als die anderen Zentren aufweist). Es zeigt sich außerdem ein Stadt-Land-Gefälle in der Versorgung durch niedergelassene Psychiater: die drei niedrigsten Versorgungswerte ergeben sich in den eher kleinstädtisch/ländlichen Regionen Weissenau, Zwiefalten und Bad Schussenried.

Differenzierter betrachtet wurden die Zentren Günzburg, Weissenau, Reutlingen und Tübingen. Hierbei zeigten sich Übereinstimmungen zwischen Angebot bzw. Angebotsstrukturen in den Regionen und Inanspruchnahme. Die Stadt bzw. der Kreis Tübingen lag in Bezug auf Psychotherapeuten sowohl in Zahlen als auch in Kontakten vorne: im Jahr 2009 gab es dort 156 ambulante Psychotherapeuten, die auch von 16% der Patienten kontaktiert wurden. Zum Vergleich: im benachbarten Kreis Reutlingen waren es 61 ambulante Psychotherapeuten (Kassenärztliche Vereinigung, 2010).

Bei den komplementären Angeboten zeigten sich die meisten Kontakte zu Werkstätten in Reutlingen und Weissenau. Diese haben zwar nicht die höchste Anzahl an Plätzen in beruflichen Werkstätten (vgl. Tabelle 3), aber einen direkten Anschluss der Klinik an eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Es ist anzunehmen, dass sich die strukturell einfachere Eingliederung in die Werkstätten auch in einer höheren Inanspruchnahme niederschlägt.

In Reutlingen und Tübingen gab es sowohl die höchste Anzahl an Selbsthilfe- und Kontaktclubs als auch deren höchste Inanspruchnahme. Die Begründung

hierfür liegt in der Struktur der Selbsthilfe: die Gruppen werden aus Eigeninitiative von Patienten gebildet, die diese dann auch nutzen. Der Bedarf wird somit selbstreguliert.

In Bezug auf das betreute Wohnen zeigt Weissenau eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme. Dahinter steht eine unternehmerische Entscheidung des ZfPs, da großer Wert auf psychiatrische Familienpflege gelegt wird (Konrad, 2016). Heimplätze wurden zugunsten des ambulant betreuten Wohnens abgebaut, was auch in der Angebotsauflistung deutlich wird: Ravensburg hat weniger Wohnheim- und Pflegeheimbetten als Reutlingen, dafür mehr als fünfmal so viele Plätze in der psychiatrischen Familienpflege. Damit ist der Kreis Ravensburg einer der bisher noch wenigen Kreise in Deutschland mit gut ausgebauter psychiatrischer Familienpflege, da diese Wohnform bisher nicht flächendeckend realisiert werden konnte (Steinhart & Wienberg, 2016).

Bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Inanspruchnahme in den Zentren Günzburg, Weissenau und Reutlingen zeigen sich regionale Unterschiede. In Günzburg sowie in Reutlingen nimmt im Verlauf die Anzahl der beim niedergelassenen Psychiater Behandelten zu und die der in der PIA Behandelten ab. Das kann für eine Stabilisierung der Patienten im Laufe des Messzeitraumes sprechen, die folglich vermehrt vom niedergelassenen Psychiater betreut wurden. Diese These wird durch den minimal steigenden GAF im Verlauf der Erhebungen unterstützt, wobei auf die bereits beschriebene Problematik der Gruppenstatistik hinzuweisen ist.

In Weissenau zeigt sich ein konträres Bild. Dort nimmt die Zahl der in der PIA Behandelten im Verlauf zu und bei niedergelassenen Psychiatern ab, obwohl der Kreis Ravensburg mehr niedergelassene Psychiater aufwies als beispielsweise Reutlingen. Hier wäre konträr zur Stichprobe von Günzburg und Reutlingen eine Krankheitsverschlechterung denkbar. Eine Detailbetrachtung der strukturellen Entwicklung dieser Regionen könnte aufschlussreich sein. Oft bringen bereits kleine personelle Veränderungen im niedergelassenen Bereich durch verschiedene Schwerpunktlegungen der Ärzte große Änderungen der Patientenverteilung mit sich, genauso wie es durch Ärztemangel an Kliniken zu

einer stärkeren Verschiebung der Behandlung in den ambulanten Bereich kommen kann.

4.4. Patientenunterschiede in Bezug auf Inanspruchnahme

GAF und PANSS korrelieren bei Schizophrenie-Kranken als Messinstrumente mit der Schwere der Krankheit (Schwartz, 2007; Leucht et al., 2005). Der durchschnittliche PANSS der Patienten lag bei 50,36 (SD 15,62), der durchschnittliche GAF bei 59,96 (SD 15,22). Dass Patienten mit dem höchsten PANSS und dem niedrigsten GAF in der PIA behandelt werden, war anzunehmen. Erstaunlich ist aber, dass hausärztlich behandelte Patienten vom Schweregrad der Krankheit zwischen denen der PIA und der niedergelassenen Psychiater stehen (vgl. 3.4.1). Dies unterstreicht umso mehr die bereits beschriebene wichtige Funktion des Hausarztes auch in der langfristigen Betreuung und teilweise auch der Behandlung psychisch kranker Menschen.

Im Hinblick auf die Komplementärangebote zeigte sich, dass Patienten mit Kontakt zur Ergotherapie relativ schwer erkrankt waren bei insgesamt aber sehr kleinen Fallzahlen. Es sei an dieser Stelle nochmals auf 3.2.2 hingewiesen: nur 5,7% der Fälle hatten im Verlauf überhaupt Kontakt zur ambulanten Ergotherapie. Patienten mit den schwersten Krankheitsverläufen fanden sich bei den Kontakten zum betreuten Wohnen, die weniger schwerwiegend Erkrankten bei den Kontakten zum Psychotherapeuten. Auch hier zeigt sich eine Umsetzung der passgenauen Behandlung und Betreuung der Patienten: bei hoher Symptomlast ist Unterstützung in vielen Lebensbereichen und vor allem im Wohnen notwendig; für eine Behandlung beim Psychotherapeuten ist ein hohes Maß an funktioneller Gesundheit Voraussetzung. Zu beachten ist aber, dass diese Werte nur beispielsweise für Messzeitpunkt 3 errechnet wurden und nicht notwendigerweise repräsentativ für den gesamten Messzeitraum anzusehen sind.

Patienten, die selbständig wohnten, wurden vorrangig von niedergelassenen Psychiatern behandelt. Die Zahl der nicht ambulant Behandelten war marginal

höher als der Durchschnitt. Insgesamt kann in Zusammenschau mit bereits beschriebenen Ergebnissen hier also davon ausgegangen werden, dass selbständig lebende Patienten eine weniger schwerwiegende Krankheitsausprägung haben.

Im Vergleich der Altersgruppen zeigte sich, dass der Kontakt zum Hausarzt in der Gruppe der über 60-jährigen am höchsten war – vermutlich auch mitbedingt von altersbedingten somatischen Komorbiditäten. Doch auch psychische Komorbiditäten wie Depression oder Panikstörung führen zu einem höheren Betreuungsbedarf (Birgenheir et al., 2014).

Alte Menschen sind eher nicht mehr in Werkstätten integriert und brauchen deshalb häufig andere tagesstrukturierende Maßnahmen. Gerade ältere Patienten mit vielen somatischen und psychischen Komorbiditäten benötigen ein enges Kontaktnetzwerk (Hendrie et al., 2014), vor allem, da Vereinsamung im Alter ein großes Problem darstellt (Hautzinger & Reimer, 2007). Dass die größte Inanspruchnahme von Kontakt- und Beratungsstellen sich in der Altersgruppe der über 60-jährigen findet, ist ein erfreuliches Ergebnis.

Die Inanspruchnahme im Geschlechtervergleich spiegelt viele epidemiologische Ausprägungen der Schizophrenie wieder. So hatten Männer häufiger Kontakt zur PIA, sie haben im Allgemeinen aber auch die schwereren Krankheitsverläufe (Angermeyer et al., 1990; Häfner, 2003; Vaskinn et al., 2011). Die Gruppe der jungen Männer ist auch bezüglich der Suizidrate bei Schizophrenie-Kranken überrepräsentiert (Schüttler et al., 1976; Sinyor et al., 2015; Balhara & Verma, 2012). Im Kontakt zu niedergelassenem Psychiater und Hausarzt ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Ergotherapie wurde eher von Männern favorisiert, Selbsthilfegruppen, Kontakt- und Beratungsstellen sowie Psychotherapeuten eher von Frauen. Dabei ist zu beachten, dass Psychotherapie besonders von Frauen akzeptiert wird (Schneider et al., 1990) und diese oft auch besser über das Angebot allgemein informiert sind (Kobelt et al., 2004). Außerdem haben Frauen weniger schwere Krankheitsverläufe mit besserer funktioneller Gesundheit und erfüllen so eher die Voraussetzungen für eine ambulante Psychotherapie.

7,6% der untersuchten Patienten hatten häufig Suizidgedanken, was im Vergleich zur Literatur, wo die Suizidversuchsrate für Schizophreniepatienten zwischen 20-40% angegeben wird (Breier et al., 1991; Roy, 1986), relativ gering ist. Suizidalität ist auch als Ausdruck der Schwere der Krankheit zu werten. Deshalb ist es nicht erstaunlich, dass Patienten mit häufigen Suizidgedanken hauptsächlich in der PIA oder vom niedergelassenen Psychiater behandelt wurden. Unerwartet ist hingegen die signifikant unterschiedliche Verteilung der Patientengruppen: der Anteil der Patienten mit häufigen Suizidgedanken war beim Hausarzt höher als beim niedergelassenen Psychiater, gleich gefolgt von der Gruppe der Patienten, die gar keine psychiatrische Behandlung erhielt (vgl. Tabelle 30). Allerdings war die Anzahl der beim Hausarzt bzw. gar nicht Behandelten insgesamt, wie schon beschrieben, wesentlich geringer. Hausärzte behandeln also insgesamt zwar nur einen geringen Anteil der Patienten psychiatrisch, decken aber innerhalb dieser kleinen Gruppe alle Schweregrade der Erkrankung mit ab. Möglicherweise handelt es sich hierbei um eine Gruppe von Personen, die das Versorgungssystem meiden und trotz starker Ausprägung der Krankheit entweder gar keine Behandlung oder die Behandlung beim Hausarzt vor fachspezifischer psychiatrischer Behandlung vorziehen.

4.5. Zufriedenheit

Zufriedenheit und Lebensqualität sind als individuell verschieden ausgeprägte und interpretierte Größen komplexe Konstrukte, auf deren Theorie hier nicht näher eingegangen werden kann. Ausführliche Informationen hierzu finden sich bei Glatzer (1984), Bullinger (1997), Zapf (1979) und in Bezug auf Schizophrenie in Katschnig & König (2013), Meyer & Franz (2006). Die Untersuchung der Zufriedenheit ist deshalb wichtig, da sich nicht zuletzt der Erfolg einer psychischen Behandlung in der Verbesserung der subjektiven Lebenszufriedenheit misst (Tims, 2002).

Die Lebenszufriedenheit unterschied sich zwischen den Patientengruppen der Behandler nicht und im zeitlichen Verlauf zeigten sich nur minimale

Schwankungen. Der leichte Abfall der Zufriedenheit zu K24 könnte ein Hinweis auf den größtenteils schubförmigen Verlauf der Schizophrenie sein (Huber et al., 2013). Dafür sprechen auch nicht veröffentlichte interne Basisauswertungen, die einen Anstieg der Suizidversuchsrate zu K24 zeigten. Insgesamt lag die Lebenszufriedenheit der Patienten aber mit durchschnittlich 4,64 aus einer Skala von 1-7 im mittleren bis hohen Bereich (vgl. Tabelle 34). Dieses kontraintuitive Ergebnis, dass bei Patienten die erwartete Minderung der Lebenszufriedenheit aufgrund von außen ersichtlicher schwerer Krankheitsbeeinträchtigung sich in der subjektiv erhobenen Lebenszufriedenheit nicht widerspiegelt (Herschbach, 2002), ist in der Literatur auch als „Zufriedenheitsparadox“ bekannt (Krischke, 1996). Außerdem wurde gezeigt, dass der GAF-Score mit der Zufriedenheit der Patienten korreliert (Hosseini & Karkhaneh Yousefi, 2011). Patienten mit niedrigem GAF sind auch unzufriedener (Suzuki et al., 2015) und parallel dazu sinkt die Zufriedenheit bei höherem PANSS (Leißle & Kallert, 2001). Dies konnte in den hier analysierten Daten nicht uneingeschränkt bestätigt werden. Die Ergebnisse aus Heidenheim und Bad Schussenried folgen noch der Annahme, da diese Patienten sowohl einen niedrigen GAF aufwiesen als auch unzufriedener mit ihrem Leben waren als Patienten aus den anderen Zentren. Patienten aus Weissenau hatten zwar den durchschnittlich zweitniedrigsten GAF, gaben aber trotzdem eine überdurchschnittlich hohe Lebenszufriedenheit an. Patienten aus Günzburg waren trotz eines überdurchschnittlich hohen GAF hingegen unzufriedener mit ihrem Leben. Dies bestätigt, dass subjektive Lebensqualität ein komplexes Zusammenspiel aus individuellen Faktoren ist und nicht uneingeschränkt auf lineare Zusammenhänge vereinfacht werden kann (Franz, 2006).

Auch die Behandlungszufriedenheit der Patienten lag für alle Behandler in der positiveren Hälfte der Skala (vgl. Tabelle 37). Da dies eine durchschnittlich hohe Zufriedenheit bedeutet, ergeben sich zwei Thesen: entweder ist die Zufriedenheit weniger von der Art der ambulanten Betreuung als von der Tatsache einer Betreuung überhaupt abhängig oder (was der erwünschte Effekt wäre) die Versorgung der Patienten ist passgenau auf sie abgestimmt, was sie dadurch zufriedener macht.

Die extrem hohe Behandlungszufriedenheit in Bad Schussenried von 6,73 kann nicht verallgemeinert werden, da, wie in Tabelle 5 beschrieben, die Fallzahl in diesem Zentrum sehr klein ist. Unter den Zentren mit den meisten Fallzahlen sind Patienten aus Reutlingen mit ihrer psychiatrischen Behandlung am zufriedensten. Reutlingen ist auch das einzige der näher betrachteten Zentren, in dem nie ein Patient über alle Messzeitpunkte hinweg keine ambulante Behandlung erhalten hatte. Jeder Patient aus Reutlingen war also in das ambulante Versorgungssystem integriert (vgl. Tabelle 19). Die hohe Behandlungszufriedenheit in Reutlingen kann mit der hohen Umsetzungsrate der Eingliederung der Patienten in die Versorgungsstrukturen zusammenhängen. Bei einer stationären Querschnittstudie mit allgemeinspsychiatrischen Patienten konnte gezeigt werden, dass die Behandlungszufriedenheit bei Patienten mit subjektiver Besserung der Krankheit, weniger psychopathologischen Auffälligkeiten, kürzerer Krankheitsdauer und höheren Erwartungen signifikant höher ausfiel (Spießl et al., 2009). Die signifikanten Unterschiede zwischen den Zentren können also sowohl durch individuelle Krankheitsverläufe, als auch durch passgenaue Eingliederung in das psychiatrische Versorgungssystem bedingt sein.

4.6. Studie

Das Studiendesign zeichnet sich vor allem durch den umfangreichen, prospektiven Zeitrahmen der Erhebungen aus. Rekrutierte Patienten mussten eine dementsprechend große Teilnahme-Motivation besitzen. Bei einer durchschnittlichen Dauer von 1,5-2,5 Stunden pro Befragung war die Belastung für die Patienten nicht unerheblich. Trotzdem schieden von allen eingeschlossenen Patienten im Verlauf des Studienzeitraumes nur 8% komplett aus der Studie aus, was für die hohe Motivation der Interviewer, deren intensive Betreuung der Patienten und damit die Qualität der vorliegenden Daten spricht. Weiterhin hielten sich die ausgewerteten Daten über den gesamten Zeitraum relativ stabil und logische Zusammenhänge wurden abgebildet. Patienten, die die Teilnahme ablehnten, waren im Schnitt jünger, hatten eine geringere Zahl an

stationären Voraufnahmen und deutlich seltener eine schizoaffektive Störung (Längle et al., 2012). Denkbar wäre eine größere Skepsis dieser Patienten gegenüber psychiatrischen Institutionen, oder auch größeres Misstrauen gegenüber wissenschaftlichen Erhebungen, verstärkt durch die geringere Zahl stationärer Behandlungen. Da aus datenschutzrechtlichen Gründen aber keine weiteren Daten der Ablehner erhoben werden konnten, bleibt jede Erklärung unsicher.

Die verwendeten Daten wurden im Rahmen der ELAN-Studie erhoben. Es handelt sich zu einem beträchtlichen Teil um subjektive Angaben der Patienten, wodurch allgemeingültige Aussagen erschwert sind. Darüber hinaus können zwar statistische Korrelationen dargestellt, kausale Zusammenhänge aber nur vermutet, nicht belegt werden. Die statistische Auswertung fand deshalb hauptsächlich auf deskriptiver Ebene statt. Eines der Einschlusskriterien für Patienten in die ELAN-Studie war die Indikation zur zumindest einjährigen antipsychotischen Behandlung mit Quetiapin, Risperidon oder Olanzapin. Dadurch ergibt sich eine gewisse Vorselektion der Patienten, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. In anderen Analysen der Daten der ELAN-Studie wurde deshalb versucht, diese Vorselektion durch Anwendung eines multinominalen logistischen Regressionsmodells zu minimieren (Kilian et al., 2012). Die für die Fragestellungen dieser Arbeit essentiellen Daten in Bezug auf Krankheitsschwere, soziale Situation, funktionelle Gesundheit und auch soziodemographische Daten zeigten in nichtveröffentlichten, internen Basisauswertungen keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung innerhalb der Stichproben über die Zeit. Durch die vorausgehende Hospitalisierung ergibt sich wiederum eine Selektion, da Patienten, die sich während des Rekrutierungszeitraumes nicht in stationärer Behandlung befanden, nicht miteingeschlossen werden konnten. Da die Indexhospitalisierung im Schnitt aber der siebte stationäre Aufenthalt der Patienten war, ist der Effekt dieser Selektion als eher gering einzuschätzen. Diese Arbeit gibt auf Grund der naturalistischen Datenerhebung der Studie dennoch einen wichtigen Einblick in die Versorgungsrealität der untersuchten

Regionen, vor allem im Hinblick auf die weitere ambulante Versorgung chronisch kranker Patienten (68% der Stichprobe) nach stationärem Klinikaufenthalt.

Die hier verwendeten standardisierten Erhebungsinstrumente CSSRI, GAF, PANSS dienten zur Einschätzung ökonomischer und klinischer Parameter und damit indirekt der Schwere der Krankheit. Sie werden international anerkannt und verwendet (Kilian et al., 2001; Lançon et al., 2000; Piersma & Boes, 1997; Kay et al., 1989).

Trotz halbjährlichen Messzeitpunkten entstand in manchen Fragestellungen eine 3-Monats-Lücke. Der erfragte Zeitraum entspricht somit nicht dem kompletten Messzeitraum. Dies ist zum einen der Erinnerungsfähigkeit geschuldet, da bei retrospektiven Fragen über einen Zeitraum von einem halben Jahr die Fehlerquote auf Grund mangelnder Erinnerung stark ansteigt. Andererseits wäre bei 3-monatigen Erhebungen geringere Compliance und eine höhere Dropout-Rate zu erwarten gewesen. Die halbjährlichen Messzeitpunkte haben sich in dieser Studie aber angesichts der niedrigen Dropout-Rate bewährt, auch wenn dadurch die Befragungslücke unvermeidbar wurde.

Bezüglich der Versorgungsdaten sei nochmals auf die Unterschiedlichkeit der Landkreise hingewiesen. Die Tatsache, dass sich die Untersuchungsregionen in verschiedenen Bundesländern befinden, ergibt einen strukturellen Unterschied. Näher betrachtet wurden Weissenau, Günzburg, Reutlingen und Tübingen. Weissenau, Günzburg und Reutlingen wurden auf Grund der hohen Fallzahlen ausgewählt, Tübingen wurde ausgewählt, um die Regionen noch um ein vorrangig städtisches Universitätsgebiet zu ergänzen.

Die recherchierten Daten stammen teilweise aus unterschiedlichen Jahren, was die Vergleichbarkeit etwas einschränkt. Vergleicht man die verwendeten Daten aber mit aktuelleren, so lassen sich zumindest in den Regionen Baden-Württembergs keine großen Schwankungen im Hinblick auf das Angebot erkennen (vgl. MFAUS, 2013; MFAUS, 2016). Für die Regionenbeschreibung wurde auf den Wegweiser 2006 zurückgegriffen (MFAUS, 2006), da er im

Untersuchungszeitraum der Studie aktuell war. Gelistet wurden außerdem alle Angebote für psychisch Kranke, nicht für Schizophrenie-Kranke im Speziellen.

Eine Besonderheit stellt Günzburg dar: die hier zugrundeliegende Arbeit Ungewitter et al. (2010) untersuchte mittels des European Service Mapping Schedules (Johnson et al., 2000) Versorgungsstrukturen sowie deren Nutzung mit dem Ziel, alle relevanten Angebote in den Untersuchungsregionen zu erfassen. Dadurch erfolgte eine Kategorisierung der Angebote, die sich von der des Wegweisers Psychiatrie des Landes Baden-Württemberg 2006 (MFAUS, 2006) unterscheidet. So ist die teilweise unterschiedliche Einteilung und Benennung der Angebote in 1.3. zu erklären. Außerdem war bei Ungewitter et al. (2010) die Erfassung von der Teilnahme der Einrichtungen abhängig. In Günzburg konnten 30 von 33 Einrichtungen ausgewertet werden. Durch die hohe Erfassungsrate wurde so der Kreis Günzburg zahlenbasiert vergleichbar mit den Regionen Baden-Württembergs.

Das Problem der Erfassung ambulanter Einrichtungen besteht darin, dass die Einzugsgebiete der Einrichtungen sich nicht auf die Kreisgrenzen beschränken (vgl. 1.3.). Als Beispiel sei hier nochmals Günzburg angeführt: das Bezirkskrankenhaus Günzburg hat einen Lehrauftrag der Universität Ulm und versorgt auch die Landkreise Neu-Ulm, Dillingen, Donau-Ries, Augsburg (ohne Stadtgebiet), Gersthofen, Aichach-Friedberg und Neusäß und Stadtbergen. Da die Einzugsgebiete der einzelnen Angebote aber nicht konkret abgegrenzt werden können, musste auf den Landkreis als Bezugsgröße zurückgegriffen werden. Daraus ergeben sich weitere Ungenauigkeiten, da innerhalb des Landkreises Reutlingen sowohl das Zentrum Reutlingen als auch die Klinik Zwiefalten liegen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde im Regionenvergleich trotzdem das Zentrum Reutlingen einzeln und nicht gemeinsam mit Zwiefalten ausgewertet.

5. Zusammenfassung

Schizophrenie ist eine Krankheit, die bei den Betroffenen oft zu einem komplexen Hilfebedarf führt. Bisher gibt es wenig prospektive Studien über die Inanspruchnahme von ambulant vorhandenen Hilfsangeboten Schizophrenie-Kranker. Ziel dieser Arbeit war es deshalb, die poststationäre, außerklinische Versorgung dieser Patienten im zeitlichen Verlauf und regionalen Vergleich näher zu beleuchten. Dazu wurden fünf zentrale Fragestellungen formuliert.

Als Datengrundlage diente eine prospektive, multizentrische Studie mit einem Erhebungszeitraum von zwei Jahren (ELAN-Studie). Es wurden die Daten von 374 erwachsenen Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (F20.x und F25.x nach ICD-10 und DSM-IV) ausgewertet. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte in acht Zentren. Die erste Befragung erfolgte bei Entlassung nach stationärem Aufenthalt, danach wurden die Patienten zu fünf halbjährlichen Messzeitpunkten zwischen März 2006 und November 2008 befragt. In dieser Arbeit wurden die Antworten und Messwerte aus den Basisfragebögen, Krankheits- und Behandlungsanamnesebögen, CSSRI-D, PANSS, BeLP und GAF analysiert.

Über die vorhandenen Angebote für psychisch kranke Menschen in den Regionen der vier größten Zentren Günzburg, Ravensburg, Reutlingen und Tübingen wurde eine Übersicht erstellt. Als Grundlage hierfür dienten der „Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg“ von 2006 des Ministeriums für Arbeit und Soziales (MFAUS, 2006), der „Anhang zum Versorgungsbericht 2009“ der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW, 2010), ein Auszug aus dem Register der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns von 2009 sowie „Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmemuster und Kooperation der Leistungserbringer“ (Ungewitter et al., 2010).

Die Beantwortung der Fragestellungen ergab folgende Ergebnisse:

1. Die in der Literatur bereits bekannte benötigte Unterstützung Schizophrenie-Kranker in Hinblick auf Ausbildung, Arbeit, Wohnen und funktionaler

Gesundheit spiegeln sich auch in der untersuchten Patientengruppe wieder. Der höchste erreichte Schulabschluss, der Berufsabschluss und die Zahl der Beschäftigten lag weit unter dem bundesweiten Durchschnitt. Im zeitlichen Verlauf sank die Anzahl an arbeitslosen Patienten, während die Anzahl der Beschäftigten auf dem freien Arbeitsmarkt und besonders in geschützten Einrichtungen anstieg. Der Parameter der funktionalen Gesundheit (GAF) hielt sich im gruppenstatistischen Vergleich im zeitlichen Verlauf stabil, der durchschnittlich niedrigste Wert wurde bei Entlassung erreicht. Zwischen den untersuchten Zentren unterschieden sich die GAF-Werte signifikant, wobei Patienten aus Heidenheim und Weissenau die niedrigsten Werte zeigten. Es lagen also innerhalb der Patientengruppen regional unterschiedliche Grundvoraussetzungen vor.

2. In Bezug auf die ambulante, psychiatrische Behandlung der Patienten zeigte sich, dass nach der Entlassung aus der stationären Behandlung die Fachspezifität der Behandlung stieg und die Zahl der gar nicht Behandelten stark abfiel. Es gab also eine gute Eingliederung der Patienten in das psychiatrische Versorgungssystem. Innerhalb der erhobenen Zeiträume von jeweils 3 Monaten vor Befragung hatte über die Hälfte der Patienten Kontakt zu einem niedergelassenen Psychiater oder Hausarzt. Zu Komplementärangeboten wie Ergotherapie oder Selbsthilfegruppen waren es unter 6%, zum Psychotherapeuten 9%. Der Großteil der Patienten kontaktierte mehr als ein Angebot, dabei überschritten sich hauptsächlich Kontakte zu niedergelassenem Psychiater oder PIA mit Kontakt zum Hausarzt. Schwerer Erkrankte nahmen mehr und komplexere Hilfeleistungen in Anspruch.
3. Die Regionen unterschieden sich sowohl in den Möglichkeiten der ambulanten Behandlung als auch in der Inanspruchnahme der Hilfsangebote durch die Patienten. Zwischen Angebot und Nachfrage waren nur eingeschränkt Zusammenhänge zu erkennen. Die nähere Betrachtung der vier großen Zentren ergab ein Stadt-Land-Gefälle in Bezug auf die

Behandlung beim niedergelassenen Psychiater und in geringerem Maße auch auf Psychotherapie. Die höchste Inanspruchnahme geschützter Werkstätten gab es in Zentren mit direkter struktureller Verbindung zu einer WfB.

4. Schwer erkrankte Patienten wurden hauptsächlich in der PIA behandelt. Patienten, die beim Hausarzt psychiatrisch behandelt wurden, waren durchschnittlich schwerer erkrankt als Patienten von niedergelassenen Psychiatern, bei hausärztlich wesentlich kleineren Fallzahlen. Menschen über 60 Jahren hatten häufiger Kontakt zum Hausarzt, jüngere eher zum Psychotherapeuten. Im Geschlechtervergleich konnten bereits bekannte epidemiologische Ausprägungen der Schizophrenie bestätigt werden.
5. Die Lebenszufriedenheit der Patienten lag allgemein im mittleren bis hohen Bereich. Es zeigten sich signifikante regionale Unterschiede in der Lebenszufriedenheit der Patienten. Die Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung lag ebenfalls im mittleren bis hohen Bereich, unabhängig vom Behandler. Bei den Zentren waren Patienten aus Reutlingen und Bad Schussenried überdurchschnittlich zufrieden mit ihrer Behandlung.

Die Inanspruchnahme ambulanter, außerklinischer Angebote hängt entsprechend den Ergebnissen und Schlussfolgerungen dieser Arbeit sowohl von den regionalen Begebenheiten als auch von den individuellen Grundvoraussetzungen ab. Die unterschiedliche Inanspruchnahme in den Regionen lässt sich allerdings nicht nur auf die vorgegebenen Strukturen reduzieren. Weitere Studien mit breiterer Betrachtung der Angebote über den ambulanten Bereich hinaus sind notwendig, um Versorgungsdefizite aufzudecken. Insgesamt zeigt sich aber eine gute, größtenteils passgenaue Einbindung der Patienten in das psychiatrische Versorgungssystem, was sich in der Zufriedenheit der Patienten widerspiegelt. Viele Komplementärangebote werden nur von einem geringen Teil der Patienten in Anspruch genommen. Die

Bedeutung des Hausarztes nicht nur als niederschwellige Kontaktmöglichkeit, sondern auch als Behandler, konnte bestätigt werden.

Es bedarf weiterer Langzeitbeobachtungen an schizophrenen Patienten, um den Versorgungsbedarf klarer erfassen und eventuelle Defizite aufdecken zu können. Weiterhin sollte eine klare und niederschwellige Strukturierung der jeweils in den Regionen vorhandenen Angebote und eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit angestrebt werden, um die passgenaue Zuweisung der Patienten zu optimieren. So könnten Versorgungsdefizite schizophrener Patienten mit dem vorhandenen, teilweise bereits gut ausgebauten Versorgungssystem flächendeckend reduziert werden.

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geographische Übersicht über teilnehmende Zentren und ausgewählte Landkreise, Frei/Warth (2016).....	7
Abbildung 2: Schulbildung bei Entlassung in Prozent, N=374, „Sonstige“ nicht abgebildet.....	24
Abbildung 3: Berufsausbildung bei Entlassung in Prozent, N=374.....	24
Abbildung 4: Arbeitsstand bei Entlassung in Prozent, n=372.....	25
Abbildung 5: Streubreite des GAF-Wertes der Zentren über den gesamten Messzeitraum.....	30
Abbildung 6: Ambulante Versorgung vor und nach Indexhospitalisierung in Prozenten, N=374.....	31
Abbildung 7: Kontakt zu ambulanten Angeboten in den vergangenen 3 Monaten K6-24, n=1239.....	32
Abbildung 8: Kontakte im Verlauf ohne Entlasszeitpunkt in Prozenten, n=1239.....	33
Abbildung 9: Ambulante Behandlung im letzten halben Jahr der einzelnen Messzeitpunkte, n=1239.....	39
Abbildung 10: Wechsel des ambulant behandelnden Arztes zu den Messzeitpunkten K6-24, n=1222.....	40
Abbildung 11: Mittelwerte der GAF- und PANSS-Scores der Fälle der jeweiligen Behandler, n=1181.....	47
Abbildung 12: Mittelwerte der GAF und PANSS-Scores der Fälle der ambulanten Hilfsangebote zu K12, N=281.....	49
Abbildung 13: Zufriedenheit mit der ambulanten Behandlung, n=1172, und mit dem Leben insgesamt in den Zentren, n=1590.....	58

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Überblick über die vier größten Versorgungsregionen: Einwohnerzahl, Fläche und Bevölkerungsdichte.....	7
Tabelle 2:	Ambulante Behandlungsangebote und Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner (n).....	9
Tabelle 3:	Tagesstrukturierende Angebote pro 100.000 Einwohner (n).....	10
Tabelle 4:	Wohnangebote pro 100.000 Einwohner (n).....	11
Tabelle 5:	Anzahl und Anteil rekrutierter Patienten zum Entlasszeitpunkt...	15
Tabelle 6:	Erhebungsinstrumente der ELAN-Studie	16
Tabelle 7:	Berufsstand der Patienten im zeitlichen Verlauf.....	26
Tabelle 8:	Wohnsituation der Patienten im zeitlichen Verlauf	27
Tabelle 9:	GAF-Werte der Patienten im zeitlichen Verlauf.....	28
Tabelle 10:	GAF-Werte der Fälle in den Zentren über den gesamten Messzeitraum.....	28
Tabelle 11:	Kruskal-Wallis-Test zur Verteilung des GAFs in den Zentren ...	29
Tabelle 12:	Patienten ohne Kontakte in den vorhergegangenen 3 Monaten im zeitlichen Verlauf.....	34
Tabelle 13:	Kontakt zu jeweils niedergelassenem Psychiater, Hausarzt oder PIA und anderen Hilfsangeboten in den vorangegangenen 3 Monaten K6-24.....	35
Tabelle 14:	Angabe der ambulanten Behandlung und tatsächlicher Kontakt zu ambulanten Hilfsangeboten K6-24.....	36
Tabelle 15:	Durchschnittliche Kontakthäufigkeit in den vorangegangenen 3 Monaten im zeitlichen Verlauf	37
Tabelle 16:	Ambulante Behandlung im letzten halben Jahr in den Zentren zu den Messzeitpunkten K6-24.....	41
Tabelle 17:	Kontakt zu ambulanten Hilfsangeboten K6-24 in den großen Zentren.....	43
Tabelle 18:	Ambulante Behandlung im zeitlichen Verlauf in Günzburg	44
Tabelle 19:	Ambulante Behandlung im zeitlichen Verlauf in Reutlingen	44

Tabelle 20:	chi ² -Test Weissenau gegenüber anderen Zentren	45
Tabelle 21:	Ambulante Behandlung im zeitlichen Verlauf in Weissenau	45
Tabelle 22:	Durchschnittlicher PANSS-Wert der Patienten der jeweiligen Behandler K6-24	46
Tabelle 23:	Durchschnittlicher GAF-Wert der Patienten der jeweiligen Behandler K6-24	46
Tabelle 24:	Durchschnittliche PANSS-Werte der Patienten der ambulanten Hilfsangebote zu K12	48
Tabelle 25:	Durchschnittliche GAF-Werte der Patienten der ambulanten Hilfsangebote zu K12	48
Tabelle 26:	Ambulante Behandlung selbständig wohnender Patienten	50
Tabelle 27:	Altersgruppen und durchschnittlicher Kontakt zu ambulanten Hilfsangeboten K6-24.....	51
Tabelle 28:	Geschlecht und durchschnittlicher Kontakt zu ambulanten Hilfsangeboten K6-24.....	52
Tabelle 29:	Durchschnittliche Aufteilung der Fälle mit Suizidgedanken auf die Behandler K6-24	53
Tabelle 30:	Durchschnittliche Häufigkeit der Suizidgedanken im letzten halben Jahr der Fälle der jeweiligen Behandler K6-24.....	53
Tabelle 31:	Durchschnittliche Behandlungszufriedenheit K6-24	54
Tabelle 32:	Kruskal-Wallis-Test Lebenszufriedenheit und	55
Tabelle 33:	Durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Fälle der Behandler K6-24	55
Tabelle 34:	Zeitlicher Verlauf der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit...	56
Tabelle 35:	Kruskal-Wallis-Test über Unterschiede in der Lebenszufriedenheit der Fälle in den Zentren	56
Tabelle 36:	Durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Fälle in den Zentren über den gesamten Messzeitraum	57
Tabelle 37:	Durchschnittliche Behandlungszufriedenheit der Fälle in den Zentren K6-24	58

8. Literaturverzeichnis

- ALBERS, M. 2011. ÖGDG und PsychKG als Arbeitsgrundlage der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 73, 761-766.
- ALBUS, M., BECKER, T., BÄUML, J., PITSCHEL-WALZ, G. & WEIG, W. 2007. Symptomatik und Verlauf schizophrener Erkrankungen. Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. *Deutscher Ärzte-Verlag Köln*.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2015. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-5®). *Deutsche Ausgabe*. FALKAI, P. & WITTCHEN, H.-U. (eds.). Göttingen: Hogrefe.
- ANGERMEYER, M. C., KÜHN, L. & GOLDSTEIN, J. M. 1990. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 293-307.
- ANGERMEYER, M. C., MATSCHINGER, H. & SCHOMERUS, G. 2013. Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1629-35.
- ARIBI, L., BAATI, I. & AMAMI, O. 2014. Schizophrenia and education: about 32 Tunisian students suffering from schizophrenia. *Tunis Med*, 92, 536-41.
- ASHER, L., DE SILVA, M., HANLON, C., WEISS, H. A., BIRHANE, R., EJIGU, D. A., MEDHIN, G., PATEL, V. & FEKADU, A. 2016. Community-based Rehabilitation Intervention for people with Schizophrenia in Ethiopia (RISE): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 17, 299.
- BAILER, J. & REY, E.-R. 2001. Prospektive Studie zum Krankheitsverlauf schizophrener Psychosen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 229-240.
- BALHARA, Y. P. & VERMA, R. 2012. Schizophrenia and suicide. *East Asian Arch Psychiatry*, 22, 126-33.
- BESTHEHORN, M., TISCHER, B., GLASER, P., MAST, O. & SCHMIDT, D. 1999. Repräsentative Studie zur Verteilung schizophrener Patienten auf medizinische Versorgungseinrichtungen in Deutschland. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67, 487-492.
- BIRGENHEIR, D. G., GANOCZY, D. & BOWERSOX, N. W. 2014. Service utilization among veterans with schizophrenia and a comorbid anxiety disorder. *Psychiatric Services*, 65, 1354-9.
- BLEHER, W., DECKER, K., EISENHUT, R., KÖPPEN, U., WOLFGANG, T. & SCHULTE-KEMNA, G. 2009. Bericht über die Tätigkeit des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Reutlingen im

Zeitraum 2007/2008. In: STEUERUNGSGREMIUM GPV, SOZIALDEZERNAT LANDRATSAMT REUTLINGEN (ed.). Reutlingen.

- BLEULER, E. 1911. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. *Handbuch der psychiatrie*.
- BORCHARDT, D., HILPISCH, P., KERN, R., RIESTERER, A. & HERMLE, L. 2006. Leistungen und Strukturen der personenbezogenen ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg. *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 31-39.
- BRAMESFELD, A. 2003. Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? *Psychiatrische Praxis*, 30, 256-265.
- BREIER, A., SCHREIBER, J. L., DYER, J. & PICKAR, D. 1991. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 48, 239-46.
- BROWNE, G. & COURTNEY, M. 2004. Measuring the impact of housing on people with schizophrenia. *Nursing & Health Sciences*, 6, 37-44.
- BROWNE, G., COURTNEY, M. & MEEHAN, T. 2004. Type of housing predicts rate of readmission to hospital but not length of stay in people with schizophrenia on the Gold Coast in Queensland. *Australian Health Review*, 27, 65-72.
- BULLINGER, M. 1997. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit, na.
- BUNDESREGIERUNG, SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSION. 1975. Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission. *Bundestagdrucksache*.
- BUNDESREGIERUNG, EXPERTENKOMMISSION. 1988. Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn.
- BURGESS, B., CURTIS-DOWNES, D. & GIBSON, R. C. 2013. Education and employment levels among Jamaican patients newly diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 247-53.
- CHISHOLM, D., KNAPP, M. R. J., KNUDSEN, H. C., AMADDEO, F., GAITE, L. & VAN WIJNGAARDEN, B. 2000. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory-European Version: development of an instrument for international research. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 28-33.
- DGPPN 2012. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin/Heidelberg: Springer.

- EIKELMANN, B. 1991. Gemeindenahe Psychiatrie. Tagesklinik und komplementäre Einrichtungen. München: Urban und Schwarzenberg.
- ELVEVAG, B. & GOLDBERG, T. E. 2000. Cognitive Impairment in Schizophrenia Is the Core of the Disorder. *Neurobiology*, 14, 21.
- EWERT, T., CIEZA, A. & STUCKI, G. 2002. Die ICF in der Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 12(03), 157-162.
- FICHTER, M. M. & QUADFLIEG, N. 2005. Three year course and outcome of mental illness in homeless men. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 111-120.
- FISHER, R. A. 1925. Statistical methods for research workers. Genesis Publishing Pvt Ltd.
- FOLSOM, D. & JESTE, D. V. 2002. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(6), 404-13.
- FRANZ, M. 2006. Möglichkeiten und Grenzen subjektiver Lebensqualität schizophrener Patienten als Outcomekriterium psychiatrischer Therapie. *Psychiatrische Praxis*, 33, 317-322.
- FRASCH, K., WEISER, P., BECKER, T., LÄNGLE, G., STEINERT, T., NIEDERREINER, C., PFIFFNER, C., JAEGER, S., BAYER, W., ESCHWEILER, G. W. & KILIAN, R. 2012. Psychotropic drug treatment, clinical characteristics and cognitive processing speed in patients with schizophrenia: results from the ELAN study. *Pharmacopsychiatry*, 45, 138-45.
- FREYBERGER, H. J. 2001. Zur Bedeutung störungsspezifischer vs. allgemeiner Therapieansätze aus der Sicht der Psychiatrie. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 413-417.
- FRIBOES, R. M. 2003. Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V-Psychiatrische Indikation, Leistungsbeschreibung und sozialrechtlicher Hintergrund. *Nervenarzt*, 74, 596-600.
- FRITZE, J., SCHMAUß, M. & SAß, H. 2001. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Die Krankenhausplanung der Länder muss Ausbau der gemeindenahe Psychiatrie im Sinne der Entstigmatisierung vorantreiben. *Nervenarzt*, 72, 327-328.
- GABER, E. & HUNDERTMARK-MAYSER, J. 2005. Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen – Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 67, 620-629.

- GAEBEL, W. & FALKAI, P. 2006. S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Darmstadt, Steinkopff.
- GAEBEL, W., KOWITZ, S., FRITZE, J. & ZIELASEK, J. 2013. Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(47), 799-808.
- GAEBEL, W. & WÖLWER, W. 2010. Themenheft 50 "Schizophrenie". Robert Koch-Institut.
- GLATZER, W. 1984. Lebenszufriedenheit und alternative Maße subjektiven Wohlbefindens. In: GLATZER, W. & ZAPF, W. (Hrsg). Lebensqualität in der Bundesrepublik: objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. 177-191. Frankfurt M.
- GOSSET, W. S. 1908. The Probable Error of a Mean. *Biometrika*, 6, 1-25.
- HÄFNER, H. 2000. Das Rätsel Schizophrenie, München, Beck.
- HÄFNER, H. 2003. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 17-54.
- HÄFNER, H., RIECHER, A., MAURER, K., FÄTKENHEUER, B., LÖFFLER, W., AN DER HEIDEN, W., MUNK-JØRGENSEN, P. & STRÖMGREN, E. 1991. Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 59(09), 343-360.
- HAMBRECHT, M. 2007. Gemeindepsychiatrie im 21. Jahrhundert. *Psychiatrische Praxis*, 34, e13-e16.
- HARO, J. M., ALTAMURA, C., CORRAL, R., ELKIS, H., EVANS, J., MALLA, A., KREBS, M. O., ZINK, M., BERNASCONI, C., LALONDE, J. & NORDSTROEM, A. L. 2015. Understanding the impact of persistent symptoms in schizophrenia: Cross-sectional findings from the Pattern study. *Schizophrenia Research*, 169(1), 234-40.
- HASAN, A., WOBROCK, T., GAEBEL, W., JANSSEN, B., ZIELASEK, J. & FALKAI, P. 2013. National and international schizophrenia guidelines. *Nervenarzt*, 84, 1359-1368.
- HAUTZINGER, M. & REIMER, C. 2007. Psychotherapie alter Menschen. In: REIMER, C., ECKERT, J., HAUTZINGER, M. & WILKE, E. (eds.) Psychotherapie. Berlin Heidelberg: Springer.
- HENDRIE, H. C., TU, W., TABBEY, R., PURNELL, C. E., AMBUEHL, R. J. & CALLAHAN, C. M. 2014. Health outcomes and cost of care among older adults with schizophrenia: a 10-year study using medical records across the continuum of care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 427-36.

- HERSCHBACH, P. 2002. Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 141-150.
- HESSEL, A., GEYER, M. & BRÄHLER, E. 2000. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 226-241.
- HETLEVIK, O., SOLHEIM, M. & GJESDAL, S. 2015. Use of GP services by patients with schizophrenia: a national cross-sectional register-based study. *BMC Health Services Research*, 15, 66.
- HEWER, W. 2004. Körperliche Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten. In: AROLT, V. & DIEFENBACHER, A. (eds.) *Psychiatrie in der klinischen Medizin: Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie*. Heidelberg: Steinkopff.
- HOFER, A. & FLEISCHHACKER, W. W. 2012. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10 F2). In: FLEISCHHACKER, W. W. & HINTERHUBER, H. (eds.) *Lehrbuch Psychiatrie*. Wien: Springer.
- HOSSEINI, S. H. & KARKHANEH YOUSEFI, M. 2011. Quality of Life and GAF in Schizophrenia Correlation Between Quality of Life and Global Functioning in Schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 5, 120-5.
- HUBER, G., GROSS, G. & SCHÜTTLER, R. 2013. Schizophrenie: Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945 – 1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. Berlin Heidelberg: Springer.
- IGOUMENOU, A., EBMEIER, K., ROBERTS, N. & FAZEL, S. 2014. Geographic trends of scientific output and citation practices in psychiatry. *BMC Psychiatry*, 14, 332.
- JACOBI, F., HOYER, J. & WITTCHEN, H.-U. 2004. Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 251-260.
- JIN, H., FOLSOM, D. P., LINDAMER, L., BAILEY, A., HAWTHORNE, W., GARCIA, P. & JESTE, D. V. 2003. Patterns of public mental health service use by age in patients with schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 525-33.
- JOHNSON, S., KUHLMANN, R. & GROUP, E. 2000. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 14-23.
- JONES, S. H., THORNICROFT, G., COFFEY, M. & DUNN, G. 1995. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global

Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659.

KARAGIANIS, J., NOVICK, D., PECENAK, J., HARO, J. M., DOSSENBACH, M., TREUER, T., MONTGOMERY, W., WALTON, R. & LOWRY, A. J. 2009. Worldwide-Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO): baseline characteristics of pan-regional observational data from more than 17,000 patients. *International Journal of Clinical Practice*, 63(11), 1578-1588.

KATSCHNIG, H. & KÖNIG, P. 2013. Schizophrenie und Lebensqualität, Springer-Verlag.

KAY, S. R., FISZBEIN, A. & OPLER, L. A. 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13, 261.

KAY, S. R., OPLER, L. A. & LINDENMAYER, J.-P. 1989. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *The British Journal of Psychiatry*, 7, 59-67.

KIEJNA, A., PIOTROWSKI, P., MISIAK, B., ADAMOWSKI, T., SCHUBERT, A., SKRZEKOWSKA-BARAN, I. & FRYDECKA, D. 2015. Predictors of vocational status in schizophrenia patients – Results from the Polish nationwide survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 61, 824-31.

KILIAN, R., ROICK, C., BERNERT, S., MORY, C., MATSCHINGER, H., BECKER, T. & ANGERMEYER, M. C. 2001. Die europäische Standardisierung und die deutschsprachige Adaptation von Instrumenten zur Erfassung der Ergebnisse und der Kosten von Versorgungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Gesundheitswesen*, 63, 27-31.

KILIAN, R., STEINERT, T., SCHEPP, W., WEISER, P., JAEGER, S., PFIFFNER, C., FRASCH, K., ESCHWEILER, G. W., MESSER, T., CROISSANT, D., BECKER, T. & LÄNGLE, G. 2012. Effectiveness of antipsychotic maintenance therapy with quetiapine in comparison with risperidone and olanzapine in routine schizophrenia treatment: results of a prospective observational trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 589-98.

KISSLING, W., HÖFFLER, J., SEEMANN, U., MÜLLER, P., RÜTHER, E., TRENCKMANN, U., ÜBER, A., GRAF V D SCHULENBURG, J. M., GLASER, P., GLASER, T., MAST, O. & SCHMIDT, D. 1999. Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67, 29-36.

KOBELT, A., NICKEL, L., GROSCH, E. V., LAMPRECHT, F. & KÜNSEBECK, H.-W. 2004. Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 58-64.

- KONRAD, M. 2016. Betreutes Wohnen in Familien – Vernachlässigte Alternative zur Heimversorgung für schwer psychisch erkrankte Menschen. *Psychiatrische Praxis*, 43, 239-241.
- KONRAD, M. & STEINERT, T. 2015. Jahresbericht 2014 . Erweiterte Dokumentation. TRÄGERGEMEINSCHAFT GPV LANDKREIS RAVENSBURG (Hrsg.). Ravensburg.
- KOVESS-MASFETY, V., ALONSO, J., BRUGHA, T. S., ANGERMEYER, M. C., HARO, J. M. & SEVILLA-DEDIEU, C. 2007. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58, 213-220.
- KRAEPELIN, E. 1896. *Psychiatrie*, Leipzig.
- KRISCHKE, N. R. 1996. *Lebensqualität und Krebs*, München: MMV Medizin Verlag.
- KRISTEN A. WOODBERRY , M. S. W., A.M. , ANTHONY J. GIULIANO , PH.D., ANTHONY J. GIULIANO , P. D., LARRY J. SEIDMAN , PH.D. & LARRY J. SEIDMAN , P. D. 2008. Premorbid IQ in Schizophrenia: A Meta-Analytic Review. *American Journal of Psychiatry*, 165, 579-587.
- KRUSKAL, W. H. & WALLIS, W. A. 1952. Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American statistical Association*, 47, 583-621.
- KVBW (KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN_WÜRTTEMBERG). 2010. Anhang zum Versorgungsbericht 2009. Stuttgart.
- LANÇON, C., AUQUIER, P., NAYT, G. & REINE, G. 2000. Stability of the five-factor structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Schizophrenia Research*, 42, 231-239.
- LÄNGLE, G. 2001. *Behandlungcompliance schizophrener Patienten nach Entlassung aus der Klinik. Habilitationsschrift*, Tübingen.
- LÄNGLE, G., BAYER, W., ESCHWEILER, G., JAEGER, S., PFIFFNER, C., WEISER, P., CROISSANT, D., KILIAN, R., BECKER, T. & STEINERT, T. 2010. PW01-186 - Effects of longterm treatment with atypical neuroleptics for patients with schizophrenia (ELAN): medication use, adherence, functional impairment, quality of life. *European Psychiatry*, 25, Supplement 1, 1614.
- LÄNGLE, G., EGERTER, B., PETRASCH, M. & ALBRECHT-DÜRR, F. 2006. Versorgung obdachloser und wohnungsloser psychisch kranker Männer in der Kommune - eine kontrollierte Interventionsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 33, 218-225.
- LÄNGLE, G., STEINERT, T., WEISER, P., SCHEPP, W., JAEGER, S., PFIFFNER, C., FRASCH, K., ESCHWEILER, G. W., MESSER, T., CROISSANT, D., BECKER, T. & KILIAN, R. 2012. Effects of

- polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 372-81.
- LAY, B., BLANZ, B., HARTMANN, M. & SCHMIDT, M. H. 2000. The psychosocial outcome of adolescent-onset schizophrenia: a 12-year followup. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 801-16.
- LEIßE, M. & KALLERT, T. W. 2001. Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 28, 10-17.
- LEUCHT, S., KANE, J. M., KISSLING, W., HAMANN, J., ETSCHHEL, E. & ENGEL, R. R. 2005. What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79, 231-238.
- LEVENE, H. 1960. Robust tests for equality of variances. *Contributions to probability and statistics*, 1, 278-292.
- LIBERMAN, R. 1986. Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. *Treatment of Schizophrenia*. 201-215. Springer.
- LIFFICK, E., MEHDIYOUN, N. F., VOHS, J. L., FRANCIS, M. M. & BREIER, A. 2017. Utilization and Cost of Health Care Services During the First Episode of Psychosis. *Psychiatric Services*, 68(2), 131-136.
- LIX, L. M., KESELMAN, J. C. & KESELMAN, H. 1996. Consequences of assumption violations revisited: A quantitative review of alternatives to the one-way analysis of variance F test. *Review of educational research*, 66, 579-619.
- LUCIANO, A., BOND, G. R. & DRAKE, R. E. 2014. Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenia Research*, 159, 312-21.
- MACHLEIDT, W. 2004. Entstehungsgeschichte, Symptomatik und Verlauf der Schizophrenie. In: MACHLEIDT, W. & AL, E. (eds.) *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 7., aktualisierte Auflage. 309-318. Stuttgart: Thieme.
- MARTINSOHN-SCHITTKOWSKI, W. & TOLZIN, C. J. 2008. Verweildauer kann und sollte weiter sinken. *Psychiatrische Praxis*, 35, 267-268.
- MCGURK, S. R., MUESER, K. T., WALLING, D., HARVEY, P. D. & MELTZER, H. Y. 2004. Cognitive functioning predicts outpatient service utilization in schizophrenia. *Mental Health Services Research*, 6, 185-8.
- MELCHINGER, H. 2009. Vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker: Ungleiche Chancen für Patienten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85, 247-53.

- MELLER, I., FICHTER, M., QUADFLIEG, N., KONIARCZYK, M., GREIFENHAGEN, A. & WOLZ, J. 2000. Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Nervenarzt*, 71, 543-551.
- MEYDER, J., WIEDWALD, A., STOLZ, K., WARMBRUNN, J. & JUCHART, K. 2015. Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg: Praxiskommentar und Arbeitshilfen. BoD–Books on Demand.
- MEYER, T. & FRANZ, M. 2006. Vorstellungen zur Lebensqualität schizophrener Erkrankter. Der Zusammenhang mit ihren quantitativen Lebensqualitätsurteilen. *Psychiatrische Praxis*, 33, 344-349.
- MFAUS (MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN BADEN-WÜRTTEMBERG). 2006. Wegweiser Psychiatrie. Stuttgart
- MFAUS (MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN BADEN-WÜRTTEMBERG). 2013. Wegweiser Psychiatrie. Stuttgart.
- MFAUS (MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN BADEN-WÜRTTEMBERG). 2016. Wegweiser Psychiatrie. Stuttgart.
- MIRIĆ, J., BODATSCH, M., GOUZOULIS-MAYFRANK, E. & HÄUSSERMANN, P. 2013. A case of Bleuler's disease? *Nervenarzt*, 84, 381-385.
- MÖLLER, H.-J. 2015. Schizophrene Psychosen. In: MÖLLER, H.-J., LAUX, G. & DEISTER, A. (eds.) Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 6. Auflage. 156-181. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- MUESER, K. T., SALYERS, M. P. & MUESER, P. R. 2001. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281-96.
- NASRALLAH, H. A., HARVEY, P. D., CASEY, D., CSOBOTH, C. T., HUDSON, J. I., JULIAN, L., LENTZ, E., NUECHTERLEIN, K. H., PERKINS, D. O., KOTOWSKY, N., SKALE, T. G., SNOWDEN, L. R., TANDON, R., TEK, C., VELLIGAN, D., VINOGRADOV, S. & O'GORMAN, C. 2015. The Management of Schizophrenia in Clinical Practice (MOSAIC) Registry: A focus on patients, caregivers, illness severity, functional status, disease burden and healthcare utilization. *Schizophrenia Research*, 166, 69-79.
- NICKL-JOCKSCHAT, T. & SCHNEIDER, F. 2016. Schizophrene Störungen (F2). Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.
- NUECHTERLEIN, K. H. & DAWSON, M. E. 1984. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia bulletin*, 10, 300.

- OLIVER, J., HUXLEY, P., PRIEBE, S. & KAISER, W. 1997. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 32, 76-83.
- OLIVER, J. P. 1991. The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Social Work and Social Sciences Review*, 3(1), 5-45.
- OVERALL, J. 1962. Gurham., DR: The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-813.
- PEARSON, K. 1900. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. *The London, Edinburgh, and Dublin Philosophical Magazine and Journal of Science*, 302, 157-175.
- PIERSMA, H. L. & BOES, J. L. 1997. The GAF and psychiatric outcome: a descriptive report. *Community mental health journal*, 33, 35-41.
- PRIEBE, S., GRUYTERS, T., HEINZE, M., HOFFMANN, C. & JAKEL, A. 1995. Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung: Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 22, 140-144.
- ROGAUSCH, A., KAPMEYER, A., TENBIEG, A. & HIMMEL, W. 2008. Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 35, 194-7.
- ROICK, C., KILIAN, R., MATSCHINGER, H., BERNERT, S., MORY, C. & ANGERMEYER, M. C. 2001. Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. *Psychiatrische Praxis*, 28, 84-90.
- RÖSSLER, W., JOACHIM SALIZE, H., VAN OS, J. & RIECHER-RÖSSLER, A. 2005. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 399-409.
- ROY, A. 1986. Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 9, 193-206.
- SALIZE, H. J., KÜSTNER, B. M., TORRES-GONZALEZ, F., REINHARD, I., ESTÉVEZ, J. F. J. & RÖSSLER, W. 1999. Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions: a comparison between Granada (Spain) and Mannheim (Germany). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 328-334.
- SALIZE, H. J. & RÖSSLER, W. 2013. Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, Springer-Verlag.

- SAß, H., WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. 1996. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen-DSM-IV. Deutsche Bearbeitung u. Einleitung von H. Sass, H.-U. Wittchen, M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe.
- SCHMID, P., STEINERT, T. & BORBÉ, R. 2013. Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 40, 414-424.
- SCHNEIDER, W., BASLER, H. D. & BEISENHERZ, B. 1990. Die Unterschiede bei der Krankheitsbewältigung - Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei stationären Psychotherapiepatienten. *Psycho*, 16, 511-520.
- SCHULTE-KEMNA, G., KRÜGER, U., KUNZE, H., KONRAD, M., KÖPPEN, U., FALLER, R. & TIETZE, R. 2004. Abschlussbericht des Projekts Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.
- SCHÜTTLER, R., HUBER, G. & GROSS, G. 1976. Suizid und Suizidversuch im Verlauf schizophrener Erkrankungen. *Psychopathology*, 9, 97-105.
- SCHWARTZ, R. C. 2007. Concurrent Validity of the Global Assessment of Functioning Scale for Clients with Schizophrenia. *Psychological Reports*, 100, 571-574.
- SICRAS-MAINAR, A., MAURINO, J., RUIZ-BEATO, E. & NAVARRO-ARTIEDA, R. 2014. Impact of negative symptoms on healthcare resource utilization and associated costs in adult outpatients with schizophrenia: a population-based study. *BMC Psychiatry*, 14, 225.
- SINYOR, M., SCHAFFER, A. & REMINGTON, G. 2015. Suicide in schizophrenia: an observational study of coroner records in Toronto. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(1), e98-103.
- SOZIALMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG. 2000. Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg. Beschluss der Landesregierung vom 25. Juli 2000. Stuttgart.
- SPELLMANN, I., RIEDEL, M., SCHENNACH, R., SEEMÜLLER, F., OBERMEIER, M., MUSIL, R., JAGER, M., SCHMAUSS, M., LAUX, G., PFEIFFER, H., NABER, D., SCHMIDT, L. G., GAEBEL, W., KLOSTERKOTTER, J., HEUSER, I., MAIER, W., LEMKE, M. R., RUTHER, E., KLINGBERG, S., GASTPAR, M. & MOLLER, H. J. 2012. One-year functional outcomes of naturalistically treated patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 198, 378-85.
- SPENGLER, A. 2003. Psychiatrische Institutsambulanzen. Ein Überblick. *Nervenarzt*, 74, 476-480.

- SPENGLER, A. & LORENZEN, H. 1996. Institutsambulanzen und niedergelassene Ärzte. *Neuro-Transmitter*, 28, 43-50.
- SPIEßL, H., LEBER, C., RADLINGER, P., SCHMID, R., KAATZ, S., BINDER, H., HAMBRECHT, M. & KLEIN, H. E. 2009. Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken. *Nervenheilkunde*, 28, 481-486.
- STARTUP, M., JACKSON, M. C. & BENDIX, S. 2002. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 417-422.
- STATISTISCHES BUNDESAMT. 2015. Bildung. Statistisches Jahrbuch - Deutschland und internationales. 75-115. Wiesbaden.
- STEINHART, I. & WIENBERG, G. 2016. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. *Psychiatrische Praxis*, 43, 65-68.
- STERGIOPOULOS, V., BURRA, T., ROURKE, S. & HWANG, S. 2011. Housing status as an independent predictor of functional capacity in patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 854-60.
- SUZUKI, T., UCHIDA, H., SAKURAI, H., ISHIZUKI, T., TSUNODA, K., TAKEUCHI, H. & MIMURA, M. 2015. Relationships between global assessment of functioning and other rating scales in clinical trials for schizophrenia. *Psychiatry Research*, 227, 265-9.
- TIMS, H. 2002. Psychopathology and quality of life in schizophrenia and related disorders: a literature review. *Quality of Life Newsletter*, 9-10.
- TORCHALLA, I., ALBRECHT, F., BUCHKREMER, G. & LÄNGLE, G. 2004. Wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung - eine Feldstudie. *Psychiatrische Praxis*, 31, 228-235.
- UHLMANN, C., FLAMMER, E., PFIFFNER, C., GREMLER, J., LÄNGLE, G., ESCHWEILER, G. W., SPIEßL, H. & STEINERT, T. 2016. Psychotherapieempfehlungen in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. *Nervenarzt*, DOI 10.1007/s00115-016-0107-z.
- UNGEWITTER, C., BÖTTGER, D., CHOUCAIR, B., EL-JURDI, J., GOCKEL, T., HAUSNER, H., KILIAN, K., KOWALENKO, B., LOSERT, C. & LUDWIG, K. 2010. Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer: Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung. Leipzig: Universität Leipzig.
- URIBE-RESTREPO, J. M., ESCOBAR, M. L. & CUBILLOS, L. 2016. Psychiatric rehabilitation in Latin America: challenges and opportunities.

- VALDES-STAUBER, J. & KILIAN, R. 2013. Behandlungsauftrag und Behandlungsrealität psychiatrischer Institutsambulanzen. *Psychiatrische Praxis*, 40, 146-153.
- VASKINN, A., SUNDET, K., SIMONSEN, C., HELLVIN, T., MELLE, I. & ANDREASSEN, O. A. 2011. Sex differences in neuropsychological performance and social functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Neuropsychology*, 25, 499-510.
- VREEKER, A., BOKS, M. P., ABRAMOVIC, L., VERKOOIJEN, S., VAN BERGEN, A. H., HILLEGERS, M. H., SPIJKER, A. T., HOENCAMP, E., REGEER, E. J., RIEMERSMA-VAN DER LEK, R. F., STEVENS, A. W., SCHULTE, P. F., VONK, R., HOEKSTRA, R., VAN BEVEREN, N. J., KUPKA, R. W., BROUWER, R. M., BEARDEN, C. E., MACCABE, J. H. & OPHOFF, R. A. 2016. High educational performance is a distinctive feature of bipolar disorder: a study on cognition in bipolar disorder, schizophrenia patients, relatives and controls. *Psychological Medicine*, 46(4), 807-18.
- WEDEGÄRTNER, F., WEDEGÄRTNER, C., MÜLLER-THOMSEN, T. & BLEICH, S. 2009. Wer erhält wie viel Versorgung in der Institutsambulanz und warum? *Psychiatrische Praxis*, 36, 338-344.
- WEINMANN, S. & GAEBEL, W. 2005. Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 76, 809-821.
- WEINMANN, S., PUSCHNER, B. & BECKER, T. 2009. Innovative structuring in German care for schizophrenics. *Nervenarzt*, 80, 31-39.
- WEISER, P. 2011. Klassifikation von Verlaufstypen bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. Ergebnisse der Längsschnittstudie ELAN. *Dissertation*. Universität Ulm.
- WHITE, P. 2005. Biopsychosocial medicine: An integrated approach to understanding illness, Oxford University Press, USA.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), ILO (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION), UNESCO (UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION). 2004. A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint Position Paper. Geneva: World Health Organization.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) 2005. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Genf.
- WITTCHEN, H.-U. & JACOBI, F. 2001. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung

anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.

WU, C., DAGG, P. & MOLGAT, C. 2014. A pilot study to measure cognitive impairment in patients with severe schizophrenia with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Schizophrenia Research*, 158, 151-5.

ZAPF, W. 1979. Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: MATTHES, J., DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIOLOGIE (eds). Sozialer Wandel in Westeuropa: Verhandlungen des 19. Deutschen Soziologentages in Berlin. 767-781. Frankfurt am Main: Campus Verl.

ZEPF, S., MARX, A. & MENGELE, U. 2001. Die ambulante psychotherapeutische Versorgungslage der Erwachsenen im Saarland. *Psychotherapeut*, 46, 75-81.

ZUBIN, J. & SPRING, B. 1977. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86, 103.

ANHANG

Erklärung zum Eigenanteil

Basisdaten E

Basisdaten K

Krankheitsanamnese E

Krankheitsanamnese K

BeLP

CSSRI-D

GAF

PANSS

Danksagung

Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen unter Betreuung von Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle durchgeführt.

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der ELAN-Studie durch Mitarbeiter der jeweiligen Zentren unter Leitung von Prof. Dr. Gerhard Längle (Projektleitung), Prof. Dr. Tilman Steinert (Leitung der regionalen Projektgruppe), Prof. Dr. Thomas Becker (Leitung der regionalen Projektgruppe) und Prof. Dr. Reinhold Kilian (Leitung der regionalen Projektgruppe).

Die Fragestellungen wurden in Rücksprache mit Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle entwickelt und von mir ausgearbeitet. Die Sichtung der Daten erfolgte eigenständig durch mich.

Die statistische Auswertung wurden nach einer Einweisung durch Frau Dr. Susanne Jaeger selbständig durchgeführt.

Die regionalen Versorgungsstrukturen wurden durch Literaturrecherche und Experteninterviews von mir erhoben.

Ich versichere, das Manuskript selbständig nach Anleitung durch Herrn Prof. Dr. Gerhard Längle verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 12.02.2017

Elisa Frei



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

Basisdaten – Entlassuntersuchung

Zentrum/Klinik:
(zentr)

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

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

--	--	--	--

Wirkstoff:
(wirk)

- ① Quetiapin ② Olanzapin ③ Risperidon

Datum der Untersuchung:
(datum)

--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--

Geburtsdatum des Pat.:
(geb)

--	--	--	--	--	--	--	--

Alter in Jahren:
(alter)

--	--

Geschlecht:
(sex)

- ① männlich ② weiblich

Staatsangehörigkeit:
(nat)

- ① deutsch ② EU ③ nicht EU

Muttersprache:
(spra)

- ① deutsch
- ② andere Muttersprache

Schulbildung:
(schul)

- ① keinen Abschluss
- ② Sonderschulabschluss
- ③ Hauptschulabschluss
- ④ Realschulabschluss
- ⑤ Fachhochschulreife
- ⑥ Abitur
- ⑦ noch in der Schule
- ⑧ Sonstiges

Berufsausbildung:
(ausb)

- ① keine abgeschlossene Berufsausbildung
- ② abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre, Fachschule)
- ③ abgeschlossenes Studium (Universität, Fachhochschule, Berufsakademie)
- ④ in Ausbildung
- ⑤ im Studium
- ⑥ Sonstiges



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

Basisdaten – Katamnesen

Zentrum/Klinik:
(zentr)

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

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

--	--	--	--

Wirkstoff:
(wirk)

- ① Quetiapin ② Olanzapin ③ Risperidon

Datum der Untersuchung:
(datum)

--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--

Messzeitpunkt:
(mess)

- ② K6 ③ K12 ④ K18
⑤ K24 ⑥ K36 ⑦ K48

Datenerhebung:
(erheb)

- ① persönlich ② telefonisch ③ schriftlich

Dropout:

Reguläre Teilnahme oder Dropout **(drop1)**

- ① Reguläre Teilnahme
- ② Dropout, keine Katamnese

Grund für Dropout **(drop2)**

- ① nicht erreicht
- ② abgelehnt
- ③ nicht durchführbar (zu krank, liegt im Koma etc.)
- ④ verstorben durch Suizid
- ⑤ verstorben, andere Todesursache: _____ **(drop3)**
- ⑥ sonstiges: _____ **(drop4)**

Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Krankheits- und Behandlungsanamnese – Entlassuntersuchung

Diagnose nach ICD-10:
(diag1)

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

Zweitdiagnose
nach ICD 10:
(diag2)

- ① ja
- ② nein
- ③ keine Angaben

evtl. Zweitdiagnose
nach ICD 10:
(diag3)

F			.		
---	--	--	---	--	--

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

Aktuelle Behandlung: ① vollstationär ② teilstationär
(abe01)

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

Aufnahmedatum:
(abe02)

--	--	--	--	--	--	--	--

Entlassdatum:
(abe03)

--	--	--	--	--	--	--	--

Einweisungsmodus
zur aktuellen
stationären
Behandlung:
(abe04)

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

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

1. Medikament:
(abe05)

--

2. Medikament:
(abe06)

--

3. Medikament:
(abe07)

--

4. Medikament:
(abe08)

--

5. Medikament:
(abe09)

--

Einnahme:
(abe10)

- ① wie verordnet
- ② gar nicht
- ③ unregelmäßig
- ④ weiß nicht

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

(abe11)

1 2 3 4 5 6 7

überhaupt nicht sehr stark

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

(abe12)

1 2 3 4 5 6 7

überhaupt keine sehr groß

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

(abe13)

1 2 3 4 5 6 7

sehr schlecht sehr gut

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

(abe14)

1 2 3 4 5 6 7

sehr schlecht sehr gut

Wie zufrieden sind Sie mit der medikamentösen Behandlung zum Entlasszeitpunkt?

(abe15)

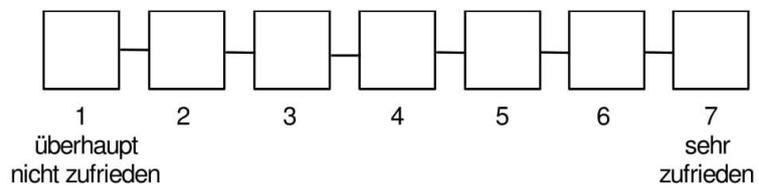
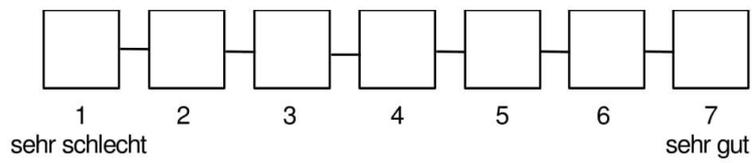
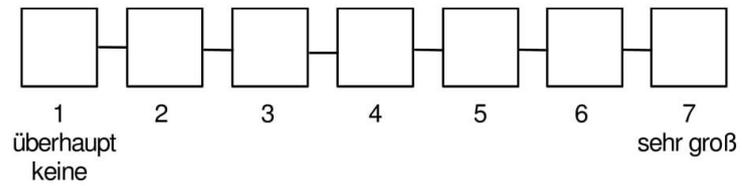
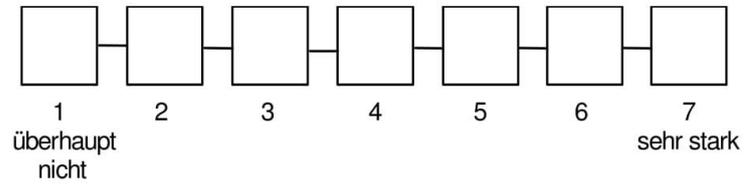
1 2 3 4 5 6 7

überhaupt nicht zufrieden sehr zufrieden

Unterbringung nach UBG oder BGB:

(abe16)

- ① ja ② nein





Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Krankheits- und Behandlungsanamnese – Katamnesen

Aktuelle psychiatrische
Behandlung:
(bek01)

① vollstationär psychiatrisch ② teilstationär psychiatrisch
③ ambulant psychiatrisch ④ keine fachärztliche Versorgung

Ambulante medizin.
Behandlung im
letzten halben Jahr:
(bek02)

① Psychiater, Nervenarzt ② Hausarzt
③ PIA, Poliklinik ④ sonstige ⑤ keine

Haben Sie Ihren
behandelnden Arzt
gewechselt?
(bek03)

① ja
② nein

Name des
behandelnden Arztes:
(bek04)

Gab es seit der letzten Befragung eine Veränderung der neuroleptischen Medikation mit Quetiapin, Olanzapin bzw. Risperidon?
(bek05)

- ① keine Veränderung (inkl. Dosisreduktion, Dosiserhöhung, zusätzliches Neuroleptikum)
- ② Umstellung auf ein anderes Neuroleptikum
- ③ Absetzen des Neuroleptikums (ohne Umstellung auf neues Präparat)

(Bitte ② und ③ auch dann codieren, wenn beispielsweise das Neuroleptikum vorübergehend abgesetzt wurde und inzwischen wieder eingenommen wird.)

Erfolgte das Beibehalten der Medikation bzw. deren Veränderung im Einverständnis mit dem behandelnden Arzt?
(bek06)

- ① ja ② nein

- ⇒ Wenn bei **bek05** = ①: weiter bei **bek07** auf Seite 5.
- ⇒ Wenn bei **bek05** = ② oder ③: hier weiter.

Welche Veränderungen und welche Begründung gab es dafür?

Wenn **bek05** = ②:
neues Medikament:
(um01)

Wenn **bek05** = ②:
neue Tagesdosis:
(um02)

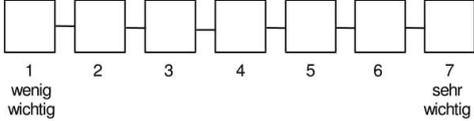
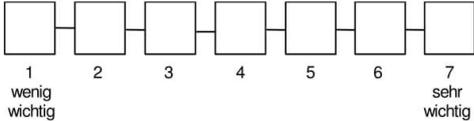
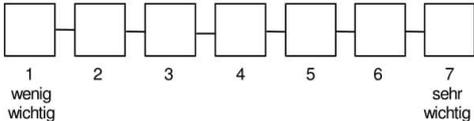
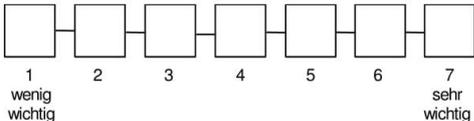
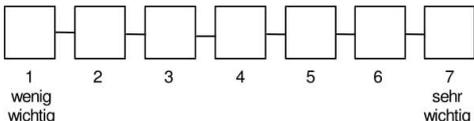
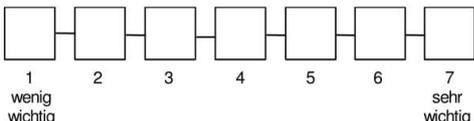
Wenn **bek05** = ② oder ③:
Wann war diese Veränderung?
(Exaktes Datum ist nicht wichtig, für Zeitberechnungen aber den Tag *ungefähr* schätzen.)
(um03)

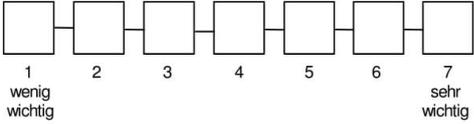
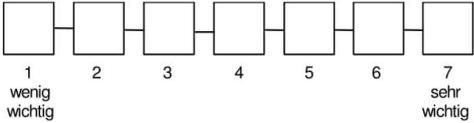
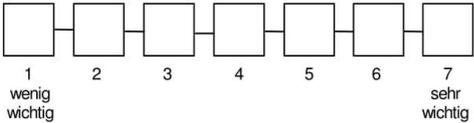
--	--	--	--	--	--	--	--

Wenn **bek05** = ② oder ③:
Spontan genannte Gründe:
(um04)
(um05)

Wenn **bek05** = ② oder ③:
Die Medikation wurde umgestellt bzw. abgesetzt,

weil es ein bedeutsames Lebensereignis gab:	① ja ② nein (um06)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung? <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>wenig</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>sehr</td> </tr> <tr> <td>wichtig</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>wichtig</td> </tr> </table> (um07)									1	2	3	4	5	6	7		wenig							sehr	wichtig							wichtig
1	2	3	4	5	6	7																												
wenig							sehr																											
wichtig							wichtig																											
weil Sie sich in Ihrem Sexualleben eingeschränkt fühlten:	① ja ② nein (um08)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung? <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>wenig</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>sehr</td> </tr> <tr> <td>wichtig</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>wichtig</td> </tr> </table> (um09)									1	2	3	4	5	6	7		wenig							sehr	wichtig							wichtig
1	2	3	4	5	6	7																												
wenig							sehr																											
wichtig							wichtig																											

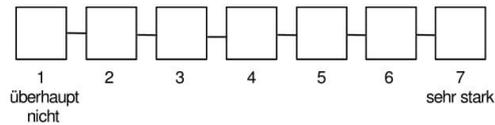
weil Sie Angst vor Nebenwirkungen hatten:	① ja ② nein (um10)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung?  (um11)
weil Sie die damalige Verabreichungsform (Spritze, Saft) unangenehm fanden:	① ja ② nein (um12)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung?  (um13)
weil Ihr Partner, Ihre Eltern oder andere Verwandte Ihnen dazu geraten haben:	① ja ② nein (um14)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung?  (um15)
weil ein Freund oder ein Kollege Ihnen dazu geraten hat:	① ja ② nein (um16)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung?  (um17)
weil Ihnen ein Mitbetroffener dazu geraten hat:	① ja ② nein (um18)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung?  (um19)
weil Sie die Nebenwirkungen auf dem Beipackzettel gelesen haben:	① ja ② nein (um20)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung?  (um21)

weil Sie mit der Wirkung unzufrieden waren:	① ja ② nein (um22)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung?  (um23)
weil Sie mit den Nebenwirkungen unzufrieden waren:	① ja ② nein (um24)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung?  (um25)
weil Ihr Arzt die Veränderung verordnet/empfohlen hat:	① ja ② nein (um26)	Wenn „ja“, wie wichtig war das für die Umstellung?  (um27)

Wenn **bek05** = @:

Wie sehr wurden bei der Umstellung Ihre bisherigen Erfahrungen mit Medikamenten berücksichtigt?

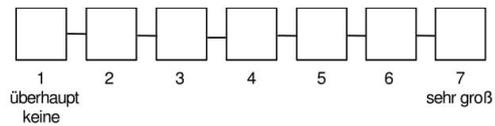
(um28)



Wenn **bek05** = @:

Wie war bei der Umstellung Ihre Mitsprachemöglichkeit bei der Auswahl des Neuroleptikums?

(um29)



Wenn **bek05** = @:

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

(**um30**)

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

Wenn **bek05** = @:

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

(**um31**)

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

Fortsetzung für alle:

Wie zufrieden sind Sie mit der medikamentösen Behandlung?

(**bek07**)

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

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung?

(**bek08**)

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

Hatten Sie im letzten halben Jahr Suizidgedanken?

(**sui01**)

① gar nicht

② selten

③ häufig

Haben Sie im letzten halben Jahr einen Suizidversuch unternommen?

(**sui02**)

① ja

② nein

1 2 3 4 5 6 7

überhaupt nicht sehr stark

1 2 3 4 5 6 7

überhaupt keine sehr groß

1 2 3 4 5 6 7

sehr schlecht sehr gut

1 2 3 4 5 6 7

überhaupt nicht zufrieden sehr zufrieden

1 2 3 4 5 6 7

wenig wichtig sehr wichtig



Pat.nr.:

Messzeitpunkt:

Datum:

Lebensqualitätsfragebogen

(LQ)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
8.7 Ihrer Familie im allgemeinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									LQ096
8.8 der Art und Weise, wie Sie und Ihre Familie miteinander umgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									LQ097
8.9 dem Verhältnis zwischen Ihnen und Ihrer Familie überhaupt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									LQ098
	völlig unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils zufrieden teils unzu- frieden	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
8.10 Ihrer Ehe/ Partnerbeziehung (falls zutreffend)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									LQ099
8.11 der Häufigkeit der Kontakte zu Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									LQ100
9. Freunde und Bekannte									
9.1 Würden Sie sagen, Sie sind jemand, der ohne Freunde auskommt?									0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht
									<input type="checkbox"/> LQ101
9.2 Haben Sie einen guten Freund (eine gute Freundin), d.h. jemanden, der (die) Sie gut kennt?									0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht
									<input type="checkbox"/> LQ102
9.3 Haben Sie einen Freund (eine Freundin), den (die) Sie um Hilfe bitten können, wenn Sie Hilfe brauchen?									0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht
									<input type="checkbox"/> LQ103
9.4 Haben Sie sich in der vergangenen Woche mit einem Freund oder einer Freundin getroffen?									0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht
									<input type="checkbox"/> LQ104

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

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

	völlig unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	teils zufriede teils unzu-frieden	eher zufriede	zufriede	völlig zufriede	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
10.9 Ihrer Gesundheit allgemein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									LQ122
10.10 Ihrem körperlichen Zustand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									LQ123
	völlig unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	teils zufriede teils unzu-frieden	eher zufriede	zufriede	völlig zufriede	weiß nicht	trifft nicht zu
Wie zufrieden sind Sie (mit)	1	2	3	4	5	6	7	9	98
10.11 Ihrem emotionalen Wohlbefinden (seelisches)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									LQ124
10.12 der Häufigkeit Ihrer Arztbesuche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									LQ125

12. Allgemeines Lebensgefühl

Wir haben Sie eben nach vielen einzelnen Aspekten Ihres Lebens gefragt. Wenn Sie alles zusammennemen und Ihr derzeitiges Leben als ganzes betrachten,...

12.1 wie zufrieden fühlen Sie sich zur Zeit insgesamt mit Ihrem Leben?

- 1 = völlig unzufrieden
- 2 = unzufrieden
- 3 = eher unzufrieden
- 4 = teils zufrieden, teils unzufrieden
- 5 = eher zufrieden
- 6 = zufrieden
- 7 = völlig zufrieden
- 9 = weiß nicht

LQ126

12.2 wie glücklich war Ihr Leben bisher alles in allem?

- 1 = sehr glücklich
- 2 = ziemlich glücklich
- 3 = nicht glücklich
- 9 = weiß nicht

LQ127

12.3 Fällt Ihnen etwas ein, das Sie in Ihrem Leben gerne ändern würden, etwas das Ihr Leben schöner, glücklicher machen würde?

1. _____
2. _____
3. _____

LQ128

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

Das beste Leben, das ich erwarten könnte

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Das schlimmste Leben, das ich erwarten könnte

LQ129

Wie zufrieden sind Sie mit...?

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



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Bezugsdatum: vor 3 Monaten: vor 6 Monaten:

**CLIENT SOCIODEMOGRAPHIC AND SERVICE RECEIPT INVENTORY
(CSSRI-D)**
Deutsche Adaptation der EU-Version CSSRI-EU

1. Wohnsituation

1.1. Wo wohnen Sie zur Zeit normalerweise? (Definitionen s. Manual)

a) Art und Name der Einrichtung: _____ (cs001)

b) Codierung:

<u>Privat/Familie</u>	1 Eigentumswohnung, eigenes Haus 2 Mietwohnung/Haus von privatem Vermieter 3 Mietwohnung von Wohngesellschaft 4 Wohnung der Eltern 5 Gemeinschaftswohnung/Wohnheim ohne therapeutisches Anliegen
<u>Gemeinde (nicht Krankenhaus)</u>	6 Übernachtungseinrichtung mit 24 Std. Betreuung/Heim 7 Übernachtungseinrichtung mit tägl. Betreuung, weniger als 24 h/Tag 8 Übernachtungseinrichtung mit Betreuung weniger als täglich 9 Ambulant betreutes Wohnen
<u>Krankenhaus</u>	10 Psychiatrische Station 11 Psychotherapeutische Station 12 Andere Station 13 Justizvollzugskrankenhaus 14 Maßregelvollzug
<u>Sonstige</u>	15 Obdachlosenheim 16 Obdachlos, auf der Straße lebend 17 Andere _____ <input type="text"/>

(cs002)

1.2. Bei privater Wohnsituation:

Wie viele Erwachsene leben dort? (Alter über 18 Jahre) Zahl der Erwachsenen (cs003)

Wie viele Kinder leben dort? (Alter unter 18 Jahre) Zahl der Kinder (cs004)

1.3. Haben Sie in den letzten 6 Monaten noch irgendwo anders gelebt? (außer der unter 1.1. angegebenen Unterbringung und außer im Krankenhaus) 1 ja, 2 nein (cs005)

Wenn ja: vervollständigen Sie bitte diese Tabelle!

Art der Unterbringung bzw. bei nichtprivater Wohnform Art und Name der Einrichtung	Code s. 1.1.	Wie viele Tage wohnte der Klient in den letzten 6 Monaten dort?
(cs006)	(cs007)	(cs008)
(cs009)	(cs010)	(cs011)
(cs012)	(cs013)	(cs014)

2. Beschäftigung und Einkommen

2.1. Gehen Sie derzeit einer Arbeit nach (auch unentgeltlich oder geschützte Werkstatt)?
Wenn nicht: Befinden Sie sich derzeit in Ausbildung, oder beziehen Sie Rente?

a) verbale Beschreibung: _____ (cs015)

b) Codierung:

1 Selbständig o. Arbeits-/Angestelltenverhältnis, freier Arbeitsmarkt	
2 Freiwillig (unentgeltlich) beschäftigt	
3 Geschützte Tätigkeit	
4 Arbeitslos/Arbeit suchend, seit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Student, (Um-)Schüler, Azubi	
6 Hausfrau/Hausmann	
7 Altersrente/Pension/Vorruhestand	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8 Erwerbs- o. Berufsunfähigkeit, seit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9 andere	<input type="text"/> <input type="text"/>
98 Antwort verweigert	<input type="text"/> <input type="text"/>

(cs016)

(cs017)

(cs018)

2.2. Wenn derzeit reguläres Arbeitsverhältnis besteht: Als was arbeitet Klient zur Zeit?

a) verbale Beschreibung: _____ (cs019)

b) Codierung:

1 Selbständige (z.B. Handwerker, selbst. Landwirte, Künstler)	
2 ausführende Angestellte (z.B. Sekretärin)	
3 mittlere Angestellte (z.B. Sachbearbeiter)	
4 leitende Angestellte (z.B. Abteilungsleiter)	
5 ausführende Beamte (z.B. Sekretärin)	
6 mittlere Beamte (z.B. Lehrer)	
7 leitende Beamte (z.B. Abteilungsleiter)	
8 ungelernte Arbeiter	
9 angelernte Arbeiter	
10 Facharbeiter, Meister	
11 Arbeiter in der Landwirtschaft	
12 andere	<input type="text"/> <input type="text"/>
98 Antwort verweigert	<input type="text"/> <input type="text"/>

(cs020)

c) Wie viele Tage mussten Sie der Arbeit in den letzten 3 Monaten wegen Krankheit fernbleiben?
Arbeitsausfalltage infolge Krankheit (ohne regulär arbeitsfreie Tage): (cs021)

2.3. Wenn arbeitslos: Wie viele Wochen waren Sie während der **letzten 3 Monate** arbeitslos? Zahl der Wochen (cs022)

2.4. Erhalten Sie irgendwelche Unterstützungen? (außer privaten Unterstützungen) 1 ja, 2 nein (cs023)

Wenn ja: Welche Unterstützungen erhalten Sie?

Internationale Kategorien	Nationale Varianten
<u>Arbeitslosenunterstützung/Sozialhilfe</u>	1 Arbeitslosengeld I 2 Arbeitslosengeld II 3 Sozialhilfe 4 Hilfe in besonderen Lebenslagen 5 Einmalige Sonderunterstützungen
<u>Krankheit/Behinderung</u>	6 Erwerbsunfähigkeitsrente 7 Berufsunfähigkeitsrente 8 Fahrtkostenerstattung f. Behinderte 9 Krankengeld 10 Pflegegeld
<u>Wohnung</u>	11 Wohngeld 12 Einmalige Beihilfen
<u>Andere</u>	13 Altersrente 14 Hinterbliebenenrente 15 Kindergeld 16 sonstige

Codierung: b.w.

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

2.5. Was ist Ihre Haupteinkommensquelle?

- 1 Gehalt/Lohn
- 2 Rente
- 3 Sozialleistungen
- 4 Familiäre Unterstützung (z.B. vom Ehegatten)
- 5 andere, nämlich: _____ (cs032)

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

Die Einschätzungen des Probanden sollen auf einer siebenstufigen Ratingskala

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

erfolgen.

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

3. Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

3.1. Stationär: Bitte führen Sie alle stationären Krankenhausaufenthalte während der letzten 6 Monate auf.

Nutzen Sie das Manual zur Begriffsdefinition. Tragen Sie in jede Zeile eine **0** ein, wenn die entsprechende Einrichtung in den letzten 6 Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.

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

3.2. Teilstationär: Bitte führen Sie alle tagesklinischen Krankenhausaufenthalte während der **letzten 6 Monate** auf.

Nutzen Sie das Manual zur Begriffsdefinition. Tragen Sie in jede Zeile eine **0** ein, wenn die entsprechende Einrichtung in den letzten 6 Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.

Teilstationärer Bereich	Name der Einrichtung	Alle teilstationären Klinikaufenthalte während der letzten 6 Monate			Wie hilfreich war das? (1 – 7)
		von	bis	Summe der abrechenbaren Tage	
Psychiatrisch	(cs143)	(cs144)	(cs145)	(cs146)	(cs147)
	(cs148)	(cs149)	(cs150)	(cs151)	(cs152)
	(cs153)	(cs154)	(cs155)	(cs156)	(cs157)
	(cs158)	(cs159)	(cs160)	(cs161)	(cs162)
	(cs163)	(cs164)	(cs165)	(cs166)	(cs167)
	(cs168)	(cs169)	(cs170)	(cs171)	(cs172)
Andere	(cs173)	(cs174)	(cs175)	(cs176)	(cs177)
	(cs178)	(cs179)	(cs180)	(cs181)	(cs182)

3.3. Ambulant: Bitte führen Sie alle, während der **letzten 3 Monate** genutzten, ambulanten medizinischen Versorgungsangebote auf.

Nutzen Sie das Manual zur Begriffsdefinition. Tragen Sie in jede Zeile eine **0** ein, wenn die entsprechende Einrichtung in den letzten 3 Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.

Ambulanter Bereich	Name	Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten	Durchschnittliche Dauer der Kontakte in Minuten	Wie hilfreich war das? (1 – 7)
Nieder-gelassener Psychiater	Arzt, Ort: (cs183)	(cs184)	(cs185)	(cs186)
	Arzt, Ort: (cs187)	(cs188)	(cs189)	(cs190)
	Arzt, Ort: (cs191)	(cs192)	(cs193)	(cs194)
	Arzt, Ort: (cs195)	(cs196)	(cs197)	(cs198)
Psychiatr. Instituts-ambulanz	PIA: (cs199)	(cs200)	(cs201)	(cs202)
	PIA: (cs203)	(cs204)	(cs205)	(cs206)
	PIA: (cs207)	(cs208)	(cs209)	(cs210)
Anderer Arzt:	Fachrichtung: (cs211)	(cs212)	(cs213)	(cs214)
Anderer Arzt:	Fachrichtung: (cs215)	(cs216)	(cs217)	(cs218)
Anderer Arzt:	Fachrichtung: (cs219)	(cs220)	(cs221)	(cs222)

Fortsetzung auf der nächsten Seite

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

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

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

3.5. Sonstige Kontakte: Bitte führen Sie alle sonstigen Kontakte zu medizinischen und/oder sozialen Diensten während der **letzten 3 Monate** auf.
Nutzen Sie das Manual zur Begriffsdefinition. Tragen Sie in jede Zeile eine **0** ein, wenn die entsprechende Einrichtung in den letzten 3 Monaten nicht in Anspruch genommen wurde.

Service	Name der Einrichtung/Person	Zahl der Kontakte in den letzten 3 Monaten	Durchschnittliche Dauer der Kontakte in Minuten	Wie hilfreich war das? (1 – 7)
Niedergelassener Psychotherapeut	(cs315)	(cs316)	(cs317)	(cs318)
	(cs319)	(cs320)	(cs321)	(cs322)
Gemeindegemeinschaft	(cs323)	(cs324)	(cs325)	(cs326)
Hauswirtschaftshilfe/Mitarbeiter einer Sozialstation	(cs327)	(cs328)	(cs329)	(cs330)
Betreuer	1 = ehrenamtlicher Betreuer (Angehöriger des Klienten) 2 = Betreuer des Sozialamtes 3 = selbständige o. im Verein organisierte Berufsbetreuer (cs331) <input type="checkbox"/>	(cs332)	(cs333)	(cs334)
Schuldnerberatungsstelle	(cs335)	(cs336)	(cs337)	(cs338)
Sonstige	(cs339)	(cs340)	(cs341)	(cs342)
	(cs343)	(cs344)	(cs345)	(cs346)

3.6. War der Klient während der letzten 3 Monate in Kontakt mit Polizei oder Justiz?

1 = ja, 2 = nein, 99 = nicht bekannt (cs347)

Wenn ja:

a) Wie viele Kontakte mit der Polizei fanden statt?
Beachten Sie: Kontakt = Befragung oder Aufenthalt für einige Stunden, aber nicht über Nacht
(98 = Antwort verweigert, 99 = nicht bekannt) (cs348)

b) Wie viele Nächte wurden in Polizeigewahrsam oder Gefängnis verbracht?
(98 = Antwort verweigert, 99 = nicht bekannt) (cs349)

c) Wie viele psychiatrische Begutachtungen erfolgten während der Inhaftierung?
(97 = Frage trifft nicht zu, 98 = Antwort verweigert, 99 = nicht bekannt) (cs350)

d) Wie viele (straf- oder zivilrechtliche) Gerichtsvorladungen erfolgten?
(98 = Antwort verweigert, 99 = nicht bekannt)

strafrechtlich (cs351)

zivilrechtlich (cs352)

4. Medikation:**4.1. Stationär:** Bitte führen Sie alle, während **des letzten Monats** genommenen, ärztlich verordneten Medikamente auf. Nehmen sie dazu die **Akte** des Patienten zu Hilfe.

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

4. Medikation:
4.2. Ambulant: Bitte führen Sie alle, während **des letzten Monats** genommenen, ärztlich verordneten Medikamente auf.

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

5. Zuzahlungspflicht für Medikamente und Unterbringung	
5.1. Zuzahlung zu Medikamenten	
Ist der Klient von den Zuzahlungen zu Medikamenten befreit?	1 = ja, 2 = nein <input type="checkbox"/>
	(cs659)
<i>Wenn nicht:</i>	
Wie viel hat der Klient in den letzten 3 Monaten für die Zuzahlung zu verordneten Arzneimitteln aufgewendet?	Betrag in € _____
	(cs660)
5.2. Zuzahlung zur Krankenhausunterbringung	
Ist der Klient von der jährlichen Zuzahlung für die ersten 14 Tage eines Krankenhausaufenthalts befreit?	1 = ja, 2 = nein <input type="checkbox"/>
	(cs661)
5.3. Zuzahlung bei nichtprivater Unterbringung (außer Krankenhaus)	
Hat der Klient in den letzten 3 Monaten in einer nichtprivaten Wohnform (außer Krankenhaus) gelebt?	1 = ja, 2 = nein <input type="checkbox"/>
	(cs662)
<i>Wenn ja:</i>	
Wie viel muss der Klient selbst für seine Unterbringung zahlen?	Klientenanteil pro Tag in € _____
	(cs663)
5.4. Praxisgebühr	
Hat der Klient in den letzten 3 Monaten Praxisgebühr bezahlt?	1 = ja, 2 = nein <input type="checkbox"/>
	(cs664)
<i>Wenn ja:</i>	
Wie viel Praxisgebühr hat der Klient in den letzten drei Monaten bezahlt?	Gesamtbetrag in € _____
	(cs665)

6. Bemerkungen:

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

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht hilfreich						sehr hilfreich



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

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

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

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

Der aktuelle Zustand des Patienten entspricht einem GAF-Wert von

(gaf)



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

Positiv- und Negativ-Syndrom Skala (PANSS)

Die Bewertungen basieren auf der Gesamtheit der Informationen der **vergangenen Woche**.
Es ist immer die höchstmögliche zutreffende Bewertungszahl zu vergeben.

Positivskala (P)

<input type="checkbox"/>	p01 Wahneideen:	Überzeugungen, die unbegründet, unrealistisch und eigentümlich sind.
	Grundlage der Bewertung:	Beim <i>Interview</i> ausgedrückte Denkinhalte und deren Einfluss auf soziale Beziehungen und Verhalten.
	1	Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu.
	2	Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
	3	Leicht: Vorhandensein von ein bis zwei Wahneideen, die vage und nicht herauskristallisiert sind und an denen nicht hartnäckig festgehalten wird. Die Wahneideen interferieren nicht mit dem Denken, den sozialen Beziehungen oder dem Verhalten.
	4	Mäßig: Vorhandensein entweder eines kaleidoskopischen Musters wenig ausgeformter instabiler Wahneideen oder weniger, wohlausgeformter Wahneideen, die gelegentlich mit dem Denken, den Sozialbeziehungen oder dem Verhalten interferieren.
	5	Mäßig schwer: Vorhandensein zahlreicher wohlausgeformter Wahneideen, an denen hartnäckig festgehalten wird und die gelegentlich mit dem Denken, den Sozialbeziehungen oder dem Verhalten interferieren.
	6	Schwer: Vorhandensein eines stabilen Satzes von Wahneideen, die herauskristallisiert, eventuell systematisiert und verhärtet sind und die offenkundig mit dem Denken, den Sozialbeziehungen oder dem Verhalten interferieren.
	7	Extrem: Vorhandensein eines stabilen Satzes von Wahneideen, die entweder in hohem Maße systematisiert oder sehr zahlreich sind und erhebliche Bereiche des Lebens des Patienten dominieren. Dies resultiert häufig in unangemessenem und unverantwortlichem Handeln, welches die Sicherheit des Patienten oder Anderer gefährdet.
<input type="checkbox"/>	p02 Formale Denkstörung:	Desorganisierter Denkprozess, charakterisiert durch Unterbrechung zielgerichteter Abfolgen, z.B. Umständlichkeit, Vorbeireden, loses Assoziieren, Sprunghaftigkeit, grob unlogisches Denken oder Sperrungen.
	Grundlage der Bewertung:	Kognitiv-verbale Prozesse, die im Verlauf des <i>Interviews</i> beobachtet werden.
	1	Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu.
	2	Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
	3	Leicht: Das Denken ist umständlich, tangential oder scheinlogisch. Es bestehen leichte Schwierigkeiten, das Denken auf ein Ziel zu richten, und unter Druck mag sich eine gewisse Lockerung der Assoziationen zeigen.
	4	Mäßig: Kann die Gedankengänge fokussieren, wenn die Zusammenhänge kurz und strukturiert sind, wird aber weitschweifig und belanglos, wenn es sich um komplexere Zusammenhänge handelt oder wenn minimaler Druck besteht.
	5	Mäßig schwer: Hat im allgemeinen Schwierigkeiten im Organisieren der Gedanken, was sich auch ohne Druck in häufigen Belanglosigkeiten, Verlust des Zusammenhangs oder in Lockerung der Assoziationen erweist.
	6	Schwer: Das Denken ist ernsthaft entgleist und innerlich inkonsistent, was in groben Entgleisungen und Abrissen im Gedankenablauf resultiert, die nahezu beständig erfolgen.
	7	Extrem: Die Gedanken sind derart zerfahren, dass der Patient inkohärent ist. Es besteht eine deutliche Lockerung der Assoziationen, welche die Kommunikation vollständig verunmöglicht, zum Beispiel „Wortsalat“ oder Stummheit.
<input type="checkbox"/>	p03 Halluzinationen:	Aussagen oder Verhalten zeigen Wahrnehmungen an, die nicht durch externe Stimuli erzeugt werden. Diese können im Gehör-, im visuellen oder Geruchsbereich oder im somatischen Bereich erfolgen.
	Grundlage der Bewertung:	Aussagen und körperliche Manifestationen im Verlaufe des <i>Interviews</i> , wie auch <i>Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie</i> über das Verhalten.
	1	Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu.
	2	Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
	3	Leicht: Eine oder zwei klar ausgeformte, aber selten auftretende Halluzinationen oder aber eine Anzahl von vagen abnormen Wahrnehmungen, die nicht zur Verzerrung des Denkens oder Verhaltens führen.
	4	Mäßig: Halluzinationen erfolgen häufig, aber nicht andauernd, und das Denken und Verhalten des Patienten sind nur geringfügig beeinträchtigt.
	5	Mäßig schwer: Halluzinationen sind häufig, können mehr als eine Sinnesqualität einbeziehen und tendieren zu einer Verzerrung des Denkens und/oder Zerrissenheit des Verhaltens. Der Patient mag diesen Erfahrungen eine wahnhaftige Interpretation beimessen und sie gefühlsmäßig und gelegentlich verbal beantworten.
	6	Schwer: Halluzinationen sind fast dauernd vorhanden und führen zu erheblicher Zerrüttung des Denkens und Verhaltens. Der Patient behandelt sie wie reale Wahrnehmungen und seine Leistungsfähigkeit wird durch häufiges emotionelles und verbales Antworten auf sie behindert.
	7	Extrem: Der Patient ist fast dauernd mit Halluzinationen beschäftigt, die praktisch das Denken und Verhalten dominieren. Sie bekommen eine starre, wahnhaftige Interpretation und rufen verbale und Verhaltensantworten hervor, bis hin zum Gehorsam gegenüber Befehlshalluzinationen.

□	p04 Erregung:	Überaktivierung, die sich in beschleunigtem motorischem Verhalten, erhöhtem Ansprechen auf Reize, Hypervigilanz oder übermäßiger Stimmungs labilität widerspiegelt.
	Grundlage der Bewertung:	Manifestation des Verhaltens im Verlauf des <i>Interviews</i> wie auch <i>Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie</i> über das Verhalten.
		<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Neigt während des ganzen Interviews zu leichter Agitation, Hypervigilanz oder leichtem Hyperarousal, aber ohne ausgeprägte Episoden von Erregung oder starker Stimmungs labilität. Die Sprechweise kann leicht gezwungen sein. 4 Mäßig: Agitation oder Hyperarousal sind während des ganzen Interviews klar ersichtlich, wobei Sprechweise und allgemeine Mobilität betroffen sind, oder es erfolgen spontane Ausbrüche. 5 Mäßig schwer: Man beobachtet eine merkbare Hyperaktivität oder häufige Ausbrüche motorischer Aktivität, was es für den Patienten schwierig macht, für länger als einige Minuten still zu sitzen. 6 Schwer: Starke Erregung dominiert das Interview, begrenzt die Aufmerksamkeit und beeinträchtigt in einem gewissen Ausmaß persönliche Funktionen wie etwa Essen oder Schlafen. 7 Extrem: Starke Erregung hat ernsthafte Auswirkungen auf das Essen und Schlafen und macht zwischenmenschliche Interaktion praktisch unmöglich. Beschleunigung von Sprechweise und motorischer Aktivität kann zu Inkohärenz und Erschöpfung führen.
□	p05 Größenideen:	Übertriebene Selbsteinschätzung und unrealistische Überzeugungen von eigener Überlegenheit, mit Wahnideen von außerordentlichen Fähigkeiten, Reichtum, Wissen, Berühmtheit, Macht und moralischer Rechtschaffenheit.
	Grundlage der Bewertung:	Im <i>Interview</i> ausgedrückter Denkinhalt und dessen Einfluss auf das Verhalten.
		<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Eine gewisse Überschwänglichkeit oder Überheblichkeit ist offenkundig, aber ohne eindeutigen Größenwahn. 4 Mäßig: Fühlt sich ebenso eindeutig wie unrealistische anderen überlegen. Einige wenig ausgeformte Wahnideen über den eigenen Sonderstatus oder die eigenen Fähigkeiten können vorhanden sein, ohne dass danach gehandelt wird. 5 Mäßig schwer: Eindeutige Wahnideen über bemerkenswerte Fähigkeiten, Stellung oder Macht werden ausgedrückt und beeinflussen die Einstellung, aber nicht das Verhalten. 6 Schwer: Eindeutige Wahnideen von bemerkenswerter Überlegenheit, welche mehr als ein Merkmal umfassen (Reichtum, Wissen, Berühmtheit etc.), beeinflussen die Interaktionen und dienen als Handlungsbasis. 7 Extrem: Denken, Interaktionen und Verhalten werden durch vielfältige Wahnideen über erstaunliche Befähigung, Reichtum, Wissen, Macht und/oder moralische Struktur dominiert, die bizarre Formen annehmen können.
□	p06 Misstrauen/ Verfolgungsideen:	Unrealistische oder übertriebene Verfolgungsideen, die sich in Vorsicht, argwöhnischer Haltung, misstrauischem Aufpassen oder der glatten Wahnidee widerspiegeln, dass andere es böse mit einem meinen.
	Grundlage der Bewertung:	Im <i>Interview</i> ausgedrückte Denkinhalte und deren Einfluss auf das Verhalten.
		<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Zeigt eine vorsichtige oder sogar argwöhnische Haltung, aber Gedanken, Interaktionen und Verhalten sind nur minimal betroffen. 4 Mäßig: Argwohn ist offenkundig und stört das Interview und/oder das Verhalten; es gibt aber keine Anzeichen für Verfolgungswahn. Alternativ können Anzeichen lose ausgeformter wahnhafter Verfolgungsideen bestehen, aber diese scheinen die Einstellung und die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten nicht zu beeinträchtigen. 5 Mäßig schwer: Der Patient zeigt starken Argwohn, welcher zu erheblicher Zerrüttung der zwischenmenschlichen Beziehung führt. Alternativ bestehen eindeutig wahnhaft Verfolgungsideen, welche aber nur begrenzte Wirkung auf die zwischenmenschlichen Beziehungen und das Verhalten ausüben. 6 Schwer: Eindeutiger, vorherrschender Verfolgungswahn, der systematisiert sein kann und in die zwischenmenschlichen Beziehungen merkbar eingreift. 7 Extrem: Ein Netzwerk systematisierter wahnhafter Verfolgungsideen dominiert das Denken, die sozialen Beziehungen und das Verhalten des Patienten.

□	p07 Feindseligkeit:	Verbaler und nicht verbaler Ausdruck von Ärger und Groll, mit Sarkasmus, passiv-aggressivem Verhalten, Beschimpfung und Tätlichkeiten.
	Grundlage der Bewertung:	Zwischenmenschliches Verhalten während des <i>Interviews</i> und <i>Berichte des Betreuungspersonals und der Familie</i> .
	1	Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu.
	2	Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
	3	Leicht: Indirekte oder gezügelte Übermittlung von Ärger, wie etwa Sarkasmus, Respektlosigkeit, feindselige Äußerungen und gelegentliche Reizbarkeit.
	4	Mäßig: Zeigt mit häufiger Reizbarkeit und direktem Ausdruck von Ärger oder Groll eine offen feindselige Haltung.
	5	Mäßig schwer: Der Patient ist in hohem Maß reizbar und gelegentlich beleidigend oder drohend.
	6	Schwer: Mangel an Zusammenarbeit, Beschimpfungen oder Drohungen beeinflussen das Interview merklich und wirken sich ernsthaft auf die sozialen Beziehungen aus. Der Patient ist eventuell ausfallend und destruktiv, wird aber gegenüber anderen nicht tätlich.
	7	Extrem: Starke Wut resultiert in Ablehnung der Zusammenarbeit, was weitere Interaktionen ausschließt oder in Episoden tätlichen Angriffs auf andere ausartet.

Negativskala (N)		
□	n01 Affektverflachung:	Verminderte affektive Antwortbreite, charakterisiert etwa durch eine Abnahme der Mimik, der Modulation von Gefühlen und der sprechenden Gestik.
	Grundlage der Bewertung:	Beobachtung der körperlichen Manifestation, des affektiven Tonus und der emotionalen Antwortbreite während des <i>Interviews</i> .
	1	Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu.
	2	Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
	3	Leicht: Die Änderungen der Mimik und die wenigen ausdrucksvollen Gesten erscheinen geschraubt, gezwungen und künstlich oder sie entbehren der Modulation.
	4	Mäßig: Reduzierte Reichweite der Mimik und wenige ausdrucksvolle Gesten führen zu einem schwerfälligen Erscheinungsbild.
	5	Mäßig schwer: Der Affekt ist generell „flach“, mit nur gelegentlichen Änderungen der Mimik und einer geringen Anzahl sprechender Gesten.
	6	Schwer: Meist zeigt sich eine starke Verflachung und Armut an Emotionen. Eventuell finden sich unmodulierte, extrem affektive Entladungen, wie Aufregung, Wutanfälle oder unangemessenes, unkontrollierte Gelächter.
	7	Extrem: Änderungen der Mimik und ersichtliche sprechende Gestik sind praktisch nicht vorhanden. Der Patient scheint praktisch nicht vorhanden. Der Patient scheint beständig einen leeren oder „hölzernen“ Ausdruck zu zeigen.
□	n02 Emotionaler Rückzug:	Fehlen von Interesse, Teilhabe und affektiver Bindung an die Lebensumstände.
	Grundlage der Bewertung:	<i>Berichte des Betreuungspersonals und der Familie</i> über die Funktionsfähigkeit und Beobachtung des zwischenmenschlichen Verhaltens im Verlauf des <i>Interviews</i> .
	1	Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu.
	2	Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
	3	Leicht: Ist gewöhnlich ohne Initiative, zeigt eventuell mangelhaftes Interesse an den Ereignissen in der Umgebung.
	4	Mäßig: Der Patient steht im allgemeinen in emotionaler Distanz zu seiner Umgebung und ihren Anregungen, kann aber bei Ermutigung (daran) beteiligt werden.
	5	Mäßig schwer: Der Patient ist von Personen und Ereignissen in seinem Milieu klar emotional distanziert und widerstrebt allen Bemühungen, ihn einzubeziehen. Er scheint weit weg, gefügig und ziellos, kann aber zumindest für kurze Zeit ins Gespräch einbezogen werden und neigt zu persönlichen Bedürfnissen, manchmal mit fremder Hilfe.
	6	Schwer: Starker Mangel an Interesse und emotionaler Beteiligung resultiert in einer begrenzten Unterhaltung mit anderen und in häufiger Vernachlässigung der Körperpflege, für welche der Patient Aufsicht benötigt.
	7	Extrem: Als Resultat eines tiefen Mangels an Interesse und emotionaler Bindung ist der Patient fast völlig entrückt, nicht ansprechbar und nachlässig in den persönlichen Bedürfnissen.

□	n03 Mangelnder affektiver Rapport:	Fehlen von zwischenmenschlichem Einfühlungsvermögen, Offenheit im Gespräch und Gefühlen der Vertrautheit, des Interesses oder des Einvernehmens mit dem Interviewer. Dies ist aus der Distanzhaltung und der reduzierten verbalen und nicht-verbalen Verständigung ersichtlich.
	Grundlage der Bewertung:	Das Verhalten gegenüber einer anderen Person beim <i>Interview</i> .
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Die Unterhaltung ist gekennzeichnet durch einen geschraubten, angestregten oder künstlichen Ton. Sie mag emotionale Tiefe vermissen lassen oder zum Verbleiben auf einer unpersönlichen, intellektuellen Ebene tendieren. 4 Mäßig: Das Verhalten des Patienten ist gekennzeichnet durch ein sich abseits halten, er hält ziemlich offenkundig Distanz zu anderen Personen. Eventuell beantwortet er Fragen mechanisch, spielt den Gelangweilten oder äußert Desinteresse. 5 Mäßig schwer: Mangelndes Einvernehmen ist offensichtlich und behindert die Ergiebigkeit des Interviews deutlich. Der Patient neigt eventuell dazu, Blick- und Gesichtskontakt zu vermeiden. 6 Schwer: Der Patient ist hochgradig indifferent, mit starker Distanz zu anderen Personen. Die Antworten sind flüchtig und es gibt wenig nicht-verbale Anzeichen von Beteiligung. Blick- und Gesichtskontakt werden häufig vermieden. 7 Extrem: Der Interviewer ist dem Patienten völlig egal. Er erscheint vollkommen gleichgültig und vermeidet während des Interviews durchweg Blick- oder Gesichtskontakt und nicht-verbale Interaktionen. 	
□	n04 Soziale Passivität und Apathie:	Verminderung von Interesse an und zu sozialen Interaktionen infolge von Passivität, Apathie, Anergie oder Willensschwäche. Dies führt zu verminderter sozialer Einbindung und zur Vernachlässigung der Aktivitäten des Alltagslebens.
	Grundlage der Bewertung:	<i>Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie</i> über das Sozialverhalten.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Zeigt gelegentliches Interesse an sozialen Aktivitäten, aber wenig Initiative. Lässt sich in der Regel mit anderen nur ein, wenn diese zuerst auf ihn zukommen. 4 Mäßig: Begleitet die meisten sozialen Aktivitäten passiv, aber auf eine desinteressierte und mechanische Weise. Neigt dazu, sich in den Hintergrund zurückzuziehen. 5 Mäßig schwer: Nimmt nur an einer Minderzahl von Aktivitäten passiv teil und zeigt praktisch kein Interesse oder Initiative. Verbringt generell wenig Zeit mit anderen. 6 Schwer: Neigt dazu, apathisch und isoliert zu sein; nimmt sehr selten an sozialen Aktivitäten teil und vernachlässigt gelegentlich persönliche Bedürfnisse. Hat sehr wenig spontane soziale Kontakte. 7 Extrem: Tief apathisch, sozial isoliert und persönlich vernachlässigt. 	
□	n05 Schwierigkeiten beim abstrakten Denken:	Beeinträchtigung bei der Anwendung abstrakt-symbolischen Denkens, feststellbar als Schwierigkeiten im Einordnen, im Bilden von Verallgemeinerungen und in der Überschreitung des konkreten oder egozentrischen Denkens in Problemlösungsaufgaben.
	Grundlage der Bewertung:	Antworten auf Fragen nach Ähnlichkeiten und zur Sprichwortinterpretation und Gebrauch des konkreten statt des abstrakten Denkmodus im Verlaufe des <i>Interviews</i> .
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Neigt dazu, schwierigeren Sprichwörtern eine wörtliche oder personenbezogene Interpretation zu geben und hat eventuell einige Probleme mit Begriffen, die recht abstrakt sind oder in einem entfernten Zusammenhang stehen. 4 Mäßig: Wendet oft konkretes Denken an. Hat Schwierigkeiten mit den meisten Sprichwörtern und bei einigen Begriffskategorien. Lässt sich durch funktionelle Aspekte und hervorstechende Merkmale ablenken. 5 Mäßig schwer: Denkt primär in konkreten Begriffen, legt Schwierigkeiten bei den meisten Sprichwörtern und bei vielen Begriffskategorien an den Tag. 6 Schwer: Ist unfähig, die abstrakte Bedeutung irgendeines Sprichworts oder eines bildhaften Ausdrucks zu erfassen und kann nur die allereinfachsten Ähnlichkeiten klassifizieren. Das Denken ist entweder nichtssagend oder in funktionelle Aspekte, hervorstechende Merkmale und eigentümliche Interpretationen eingerastet. 7 Extrem: Kann nur in konkreten Begriffen denken. Zeigt keinerlei Verständnis von Sprichwörtern, gebräuchlichen Metaphern oder Gleichnissen und einfachen Kategorien. Sogar hervorstechende Merkmale und funktionelle Attribute dienen nicht als Basis einer Begriffsklassifikation. Diese Bewertung mag auf diejenigen Patienten angewendet werden, die wegen starker kognitiver Behinderung nicht einmal minimal mit dem Untersucher interagieren können. 	

<input type="checkbox"/>	n06 Mangel an Spontanität und Flüssigkeit der Sprache:	Reduktion des normalen Kommunikationsflusses, verbunden mit Apathie, Willenlosigkeit, Abwehrhaltung oder kognitivem Defizit. Dies wird in der Flüssigkeit und Ergiebigkeit des verbal-interaktiven Prozesses augenscheinlich.
	Grundlage der Bewertung:	Im Verlauf des <i>Interviews</i> beobachtete kognitiv-verbale Prozesse.
	1	Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu.
	2	Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
	3	Leicht: Das Gespräch zeigt wenig Initiative seitens des Patienten. Seine Antworten neigen zur Kürze und Schmucklosigkeit und erfordern vom Interviewer direkte führende Fragen.
	4	Mäßig: Dem Gespräch fehlt der freie Fluss: es erscheint holperig oder stockend. Häufig sind führende Fragen notwendig, um hinreichende Antworten zu erhalten und mit dem Gespräch fortfahren zu können.
	5	Mäßig schwer: Der Patient zeigt einen starken Mangel an Spontanität und Offenheit, weil er die Fragen des Interviewers immer nur mit ein oder zwei kurzen Sätzen beantwortet.
	6	Schwer: Die Antworten des Patienten sind hauptsächlich auf ein paar Worte oder kurze Phrasen beschränkt, die darauf abzielen, die Unterhaltung zu vermeiden oder abzukürzen (z.B. „Weiß nicht.“, „Darf ich nicht sagen.“). Als Resultat ist das Gespräch ernstlich beeinträchtigt und das Interview in hohem Maße unproduktiv.
	7	Extrem: Die verbale Leistung ist, höchstens, auf eine gelegentliche Äußerung beschränkt, was ein Gespräch verunmöglicht.
<input type="checkbox"/>	n07 Stereotype Gedanken:	Verringerte Flüssigkeit, Spontanität und Flexibilität des Denkens, was sich am rigiden, ständig wiederholten oder dürrtigen Inhalt erweist.
	Grundlage der Bewertung:	Während des <i>Interviews</i> beobachtete kognitiv-verbale Prozesse.
	1	Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu.
	2	Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
	3	Leicht: Eine gewisse Rigidität in den Einstellungen oder Anschauungen. Der Patient mag es ablehnen, alternative Positionen in Betracht zu ziehen, oder hat eventuell Schwierigkeiten, von einer Idee zur anderen überzugehen.
	4	Mäßig: Das Gespräch kreist um ein ständig wiederkehrendes Thema, mit der Schwierigkeit zu einem neuen Gegenstand überzugehen.
	5	Mäßig schwer: Das Denken ist rigide und voller Wiederholungen, bis zu einem Punkt, wo das Gespräch trotz der Bemühungen des Interviewers auf nur zwei bis drei dominierende Themen beschränkt bleibt.
	6	Schwer: Unkontrollierte Wiederholung von Forderungen, Feststellungen, Ideen oder Fragen, was das Gespräch stark behindert.
	7	Extrem: Denken, Verhalten und Gespräch werden durch ständige Wiederholung fixer Ideen oder beschränkter Phrasen dominiert, was zu grober Rigidität, Unangemessenheit und Beschränktheit der Kommunikation des Patienten führt.

Skala der Alltagspsychopathologie (G)		
<input type="checkbox"/>	g01 Sorge um die Gesundheit:	Körperliche Beschwerden oder Vorstellungen von körperlichen Krankheiten oder Funktionsstörungen reichen vom vagen Eindruck krank zu sein bis zu offenkundigen Wahnideen katastrophalen körperlichen Krankseins.
	Grundlage der Bewertung:	Beim <i>Interview</i> geäußertes Denkinhalt.
	1	Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu.
	2	Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen.
	3	Leicht: Ausgeprägte Besorgnis über den Gesundheitszustand oder körperliche Probleme, wie aus gelegentlichen Fragen und dem Wunsch nach beruhigenden Versicherungen hervorgeht.
	4	Mäßig: Beklagt sich über den schlechten Gesundheitszustand oder Störungen der Körperfunktion, aber es besteht diesbezüglich keine wahnhaftige Überzeugung, und die übermäßige Besorgtheit kann durch Beruhigung beschwichtigt werden.
	5	Mäßig schwer: Der Patient äußert zahlreiche oder häufige Klagen über körperliche Krankheit oder gestörte Körperfunktionen oder aber er offenbart eine oder zwei offenkundige Wahnideen zu diesen Themen, ist aber nicht ausschließlich damit beschäftigt.
	6	Schwer: Der Patient wird durch eine oder wenige offenkundige Wahnideen über eine körperliche Erkrankung oder eine organische Funktionsstörung beunruhigt, aber affektiv ist er nicht völlig in diese Themen versenkt und die Gedanken können vom Interviewer mit einiger Anstrengung abgelenkt werden.
	7	Extrem: Zahlreiche und häufig angegebene somatische Wahnideen oder nur wenige somatische Wahnideen von allerdings katastrophaler Natur, welche den Gemütszustand und das Denken des Patienten völlig beherrschen.

<input type="checkbox"/>	<p>g02 Angst:</p> <p>Grundlage der Bewertung:</p> <p>1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Drückt einige Sorge, Überbesorgtheit oder subjektive Unruhe aus, aber es werden keine körperlichen oder verhaltensmäßigen Folgen angegeben oder gezeigt. 4 Mäßig: Der Patient gibt ausgeprägte Symptome von Nervosität an, die sich in leichten körperlichen Manifestationen, wie etwa Händezittern oder übermäßigem Schwitzen, niederschlagen. 5 Mäßig schwer: Der Patient gibt ernsthafte Angstprobleme an, die merkbare körperliche oder verhaltensmäßige Folgen wie starke Spannung, schlechtes Konzentrationsvermögen, Herzklopfen oder gestörten Schlaf nach sich ziehen. 6 Schwer: Subjektiver Zustand von fast ständiger Furcht in Verbindung mit Phobien, starker Unruhe oder zahlreichen körperlichen Manifestationen. 7 Extrem: Das Leben des Patienten ist ernsthaft zerrüttet durch Angst, welche fast ständig vorhanden ist und zeitweise das Ausmaß einer Panik erreicht oder sich in echten Panik-Attacken manifestiert.</p>	<p>Subjektive Erfahrung von Nervosität, Besorgnis, Erwartungsangst oder Unruhe, welche von übermäßiger Besorgtheit über Gegenwart und Zukunft bis zu Panik reicht.</p> <p>Aussagen im Verlauf des <i>Interviews</i> und entsprechende körperliche Manifestationen.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>g03 Schuldgefühle:</p> <p>Grundlage der Bewertung:</p> <p>1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Die Befragung ermittelt ein vages Gefühl der Schuld oder Selbstvorwürfe wegen eines geringfügigen Vorfalls, aber der Patient ist offensichtlich nicht besonders besorgt. 4 Mäßig: Der Patient äußert eine ausgeprägte Besorgnis über seine Verantwortlichkeit für einen wirklichen Vorfall in seinem Leben, ist aber deswegen nicht beunruhigt, und seine Einstellungen und sein Verhalten sind im Grunde genommen nicht beeinträchtigt. 5 Mäßig schwer: Der Patient äußert starkes Schuldgefühl in Verbindung mit Selbstabwertung oder dem Glauben, dass er eine Bestrafung verdiene. Die Schuldgefühle können eine wahnhafte Basis haben, spontan vorgebracht werden, eine Quelle der Beunruhigung und/oder depressiven Verstimmung sein und sind vom Untersucher nicht rasch zu beschwichtigen. 6 Schwer: Starke Schuldgefühle nehmen eine wahnhafte Qualität an und führen zu einer Einstellung der Hoffnungslosigkeit oder Wertlosigkeit. Der Patient glaubt, er müsse für das begangene Unrecht streng bestraft werden und schaut eventuell auch seine gegenwärtige Lebenssituation als solch eine Strafe an. 7 Extrem: Das Leben des Patienten wird durch unerschütterliche wahnhafte Schuldideen beherrscht, für die er seiner Meinung nach drastische Bestrafung verdient, eine lebenslängliche Haft, Folter oder Tod. Es bestehen eventuell suizidale Gedanken oder die Zurückführung der Probleme anderer auf ein eigenes begangenes Unrecht.</p>	<p>Gewissensbisse oder Selbstvorwürfe wegen echter oder vorgestellter Untaten in der Vergangenheit.</p> <p>Aussagen über Schuldgefühle im Verlaufe des <i>Interviews</i> und deren Einfluss auf Anschauungen und Gedanken.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>g04 Anspannung:</p> <p>Grundlage der Bewertung:</p> <p>1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Haltung und Bewegungen deuten leichte Erwartungsangst an, etwa geringgradige Rigidität, gelegentliche Unruhe, Wechseln der Stellung oder ein feinschlägiger, schneller Tremor. 4 Mäßig: Eine eindeutige Nervosität zeigt sich in verschiedenen Manifestationen wie etwa zappeligen Verhalten, Handtremor, übermäßigem Schwitzen oder nervösen Manierismen. 5 Mäßig schwer: Ausgesprochene Anspannung geht aus zahlreichen Manifestationen wie etwa nervösem Schütteln, reichlichem Schwitzen und Unruhe hervor, das Betragen beim Interview ist aber nicht merkbar beeinträchtigt. 6 Schwer: Ausgesprochene Anspannung bis zu dem Punkt, wo der zwischenmenschliche Kontakt abbricht. Der Patient kann zum Beispiel ständig herumzappeln, unfähig sein, lange still zu sitzen oder hyperventilieren. 7 Extrem: Starke Anspannung offenbart sich in Anzeichen von Panik oder grobmotorischer Unruhe, wie etwa ruhelosem Hinundherlaufen und die Unfähigkeit, länger als eine Minute still zu sitzen, wodurch ein anhaltendes Gespräch unmöglich wird.</p>	<p>Offenkundige körperliche Manifestationen von Furcht, Angst und Agitiertheit, wie Steifheit, Tremor, reichliches Schwitzen und Unruhe.</p> <p>Aussagen, welche die Angst belegen und dazu der beim <i>Interview</i> beobachtete Schweregrad der körperlichen Manifestationen von Spannung.</p>

<input type="checkbox"/>	g05 Manierismen und unnatürliche Körperhaltung:	Unnatürliche Bewegungen oder Posen, gekennzeichnet durch ein linkisches geschraubtes, desorganisiertes oder bizarres Erscheinungsbild.
	Grundlage der Bewertung:	Beobachtung der körperlichen Manifestationen im Verlauf des <i>Interviews</i> , wie auch <i>Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie</i> .
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Leicht linkische Bewegungen oder geringfügige Rigidität der Körperhaltung. 4 Mäßig: Die Bewegungen sind merklich unbeholfen oder verrenkt, oder es wird eine unnatürliche Haltung für kurze Zeiträume beibehalten. 5 Mäßig schwer: Gelegentlich beobachtet man bizarre Rituale oder eine verzernte Pose; oder eine abnorme Haltung wird für längere Zeiträume aufrechterhalten. 6 Schwer: Häufige Wiederholung von bizarren Ritualen, Manierismen oder stereotype Bewegungen, oder aber eine verrenkte Haltung wird für längere Perioden aufrechterhalten. 7 Extrem: Die Funktionsfähigkeit ist durch praktisch ständige Einbindung in ritualisierte, manierierte oder stereotype Bewegungen oder durch eine längere Zeit beibehaltene, unnatürlich starre Pose ernsthaft beeinträchtigt. 	
<input type="checkbox"/>	g06 Depression:	Gefühle der Traurigkeit, Entmündung, Hilflosigkeit und des Pessimismus.
	Grundlage der Bewertung:	Aussagen im Verlaufe des <i>Interviews</i> über eine depressive Stimmung und deren beobachteter Einfluss auf Einstellung und Verhalten.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Äußert Traurigkeit oder Entmutigung nur auf Befragen; nach der allgemeinen Einstellung und dem Benehmen lässt sich keine Depression erkennen. 4 Mäßig: Ausgeprägte Gefühle der Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit, die spontan preisgegeben werden können; die depressive Verstimmung hat aber keinen erheblichen Einfluss auf das (Sozial-)Verhalten, und der Patient kann gewöhnlich ermuntert werden. 5 Mäßig schwer: Ausgeprägt depressive Verstimmung ist verbunden mit offensichtlicher Traurigkeit und Pessimismus, Verlust des sozialen Interesses, psychomotorischer Retardierung und Störung von Appetit und Schlaf. Der Patient lässt sich nicht leicht ermuntern. 6 Schwer: Stark depressive Stimmung ist verbunden mit anhaltenden Gefühlen des Elends, der Wertlosigkeit, gelegentlichem Weinen und Hoffnungslosigkeit. Zusätzlich besteht eine erhebliche Störung des Appetits und/oder des Schlafs wie auch der normalen motorischen und sozialen Funktionen mit möglichen Anzeichen der Selbstvernachlässigung. 7 Extrem: Die depressiven Gefühle interferieren ernsthaft mit den meisten Hauptfunktionen. Zu den Manifestationen gehören häufiges Weinen, ausgeprägte körperliche Symptome, Konzentrationsstörungen, psychomotorische Verlangsamung, soziales Desinteresse, Selbstvernachlässigung, mögliche depressive oder nihilistische Wahnideen und/oder mögliche suizidale Gedanken oder Handlungen. 	
<input type="checkbox"/>	g07 Motorische Verlangsamung:	Reduktion der motorischen Aktivität, widerspiegelt in der Verlangsamung und Verringerung von Bewegung und Sprache, dem verringerten Ansprechen auf Reize und im reduzierten körperlichen Tonus.
	Grundlage der Bewertung:	Manifestationen im Verlauf des <i>Interviews</i> wie auch <i>Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie</i> .
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Leichte, aber merkbare Verminderung der Geschwindigkeit von Bewegungen und Sprache. Der Patient kann in der Unterhaltung und Gestik etwas zu wenig produktiv sein. 4 Mäßig: Die Bewegungen sind deutlich verlangsamt, und die Sprache ist spärlich und kennzeichnet sich durch Antwortlatenz, ausgedehnte Pausen oder eine allgemeine Verlangsamung. 5 Mäßig schwer: Eine deutliche Reduktion der motorischen Aktivität macht die Kommunikation in hohem Maße unergiebig oder beschränkt die Leistungsfähigkeit in sozialen oder Berufssituationen. Der Patient wird in der Regel im Sitzen oder Liegen angetroffen. 6 Schwer: Die Bewegungen sind extrem langsam, mit dem Resultat eines Minimums an Aktivität oder Sprache. Im Wesentlichen wird der Tag in müßigem Herumsitzen oder –liegen verbracht. 7 Extrem: Der Patient ist nahezu vollständig regungslos und spricht auf äußere Reize praktisch nicht an. 	

<input type="checkbox"/>	g08 Unkooperatives Verhalten:	Aktive Weigerung, sich dem Willen maßgeblicher anderer Personen zu fügen, einschließlich des Interviewers, des Krankenhauspersonals oder der Familie. Dies kann mit Argwohn, Abwehrhaltung, Sturheit, Negativismus, Ablehnung der Autorität, Feindseligkeit oder Angriffslust verbunden sein.
	Grundlage der Bewertung:	Beim <i>Interview</i> beobachtetes zwischenmenschliches Verhalten wie auch <i>Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie</i> .
		<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Fügt sich mit einer Einstellung von Unmut, Ungeduld oder Sarkasmus. Widersetzt sich eventuell, ohne beleidigend zu werden, einer Exploration sensibler Bereiche des Interviews. 4 Mäßig: Gelegentliche glatte Weigerung, sich normalen sozialen Anforderungen zu fügen, wie etwa sein eigenes Bett zu machen, beim angesetzten Programm mitzumachen, etc. Der Patient nimmt eventuell eine feindselige, abwehrende oder negative Haltung ein, kann aber zur Vernunft gebracht werden. 5 Mäßig schwer: Der Patient hält sich häufig nicht an die Anforderungen seiner Umgebung und wird eventuell von anderen als „Paria“ oder „mit ernsthaften Einstellungsproblemen behaftet“ gekennzeichnet. Mangel an Willen zur Zusammenarbeit widerspiegelt sich in offensichtlicher Abwehrhaltung oder Reizbarkeit gegenüber dem Interviewer und in möglichem Widerwillen, sich vielen Fragen zu widmen. 6 Schwer: Der Patient ist in hohem Maß unkooperativ, negativistisch und möglicherweise auch angriffslustig. Weigert sich, den meisten sozialen Anforderungen zu entsprechen und will eventuell das Interview entweder nicht anfangen oder nicht zu Ende führen. 7 Extrem: Aktiver Widerstand beeinträchtigt nahezu alle wichtigen Funktionsbereiche. Der Patient mag seine Teilnahme an jeglicher sozialen Aktivität verweigern, sich verweigern, auf persönliche Sauberkeit zu achten, sich mit der Familie oder dem Personal zu unterhalten und auch nur kurz an einem Interview teilzunehmen.
<input type="checkbox"/>	g09 Ungewöhnliche Denkinhalte:	Das Denken ist durch befremdliche, phantastische oder bizarre Ideen gekennzeichnet, welche vom Entfernten und Atypischen bis zum Verzerrten, Unlogischen und offenkundig Absurden reichen.
	Grundlage der Bewertung:	Im Verlaufe des <i>Interviews</i> geäußerte Denkinhalte.
		<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Der Denkinhalt ist etwas eigenartig oder eigentümlich, oder vertraute Ideen werden in einen seltsamen Zusammenhang eingefügt. 4 Mäßig: Die Ideen sind häufig verzerrt und erscheinen gelegentlich ziemlich bizarr. 5 Mäßig schwer: Der Patient äußert viele befremdliche und phantastische Gedanken (z.B. der Adoptivsohn eines Königs, ein Ausbrecher aus der Todeszelle zu sein) oder einige, die völlig absurd sind (z.B. Hunderte von Kindern zu haben, über eine Zahnfüllung Strahlenbotschaften aus dem Weltraum zu erhalten). 6 Schwer: Der Patient äußert viele unlogische oder absurde Ideen oder einige von ausgeprägt bizarrer Qualität (z.B. drei Köpfe zu haben, ein Besucher von einem anderen Planeten zu sein). 7 Extrem: Das Denken ist voller absurder, bizarrer oder grotesker Ideen.
<input type="checkbox"/>	g10 Desorientiertheit:	Fehlende Bewusstheit der eigenen Beziehung zur Umwelt, namentlich zu Personen, Raum und Zeit, welche Folge sein kann von Verwirrung oder Isolation.
	Grundlage der Bewertung:	Antworten auf Fragen des <i>Interviewers</i> zur Orientierung.
		<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Die allgemeine Orientierung ist hinreichend, aber es gibt Schwierigkeiten im Speziellen. Zum Beispiel weiß der Patient seinen Wohnort, jedoch nicht die Wohnadresse; er weiß die Namen der Krankenhausangestellten, jedoch nicht deren Funktion; er weiß den Monat, verwechselt aber den Wochentag mit einem benachbarten Tag oder irrt sich um mehr als zwei Tage im Datum. Eine Einengung der Interessen mag sich in der Vertrautheit mit der unmittelbaren, jedoch nicht mit der erweiterten Umgebung erweisen, etwa in der Fähigkeit, zwar das Pflegepersonal, jedoch nicht die Spitzen der kommunalen, regionalen (Bundesland, Department, Kanton etc.) oder nationalen Regierung zu benennen. 4 Mäßig: Mäßige Störung der interpersonalen, räumlichen und zeitlichen Orientierung. Zum Beispiel weiß der Patient, dass er in einem Krankenhaus ist, jedoch nicht dessen Namen, er weiß den Namen des Wohnorts, nicht jedoch des Stadtteils oder Bezirks; er kennt den Namen des Haupttherapeuten, jedoch nicht vieler anderer Pflegepersonen; er weiß Jahr und Jahreszeit, ist aber des laufenden Monats nicht sicher. 5 Mäßig schwer: Erhebliche Störung der interpersonalen, räumlichen und zeitlichen Ordnung. Der Patient hat nur eine vage Ahnung, wo er ist und scheint mit den meisten Personen in seiner Umgebung unvertraut. Er mag das Jahr korrekt oder nahezu korrekt identifizieren, nicht aber den laufenden Monat, den Wochentag oder sogar die Jahreszeit. 6 Schwer: Schwere Störung der interpersonalen, räumlichen und zeitlichen Ordnung. Zum Beispiel hat der Patient keine Kenntnis seines Aufenthaltsortes; irrt sich im Datum um mehr als ein Jahr; kann nur einen oder zwei Personen aus seinem gegenwärtigen Leben nennen. 7 Extrem: Der Patient erscheint völlig desorientiert, was Personen, Raum oder Zeit betrifft. Es herrscht große Verwirrung oder völlige Unwissenheit bezüglich des Aufenthaltsortes, des laufenden Jahres und sogar der vertrautesten Personen, wie etwa Ehepartner, Freunde oder Haupttherapeuten.

<input type="checkbox"/>	g11 Mangelnde Aufmerksamkeit:	Versagen im Fokussieren der Aufmerksamkeit, sich äußernd in mangelhafter Konzentration, Ablenkbarkeit durch innere und äußere Reize und in der Schwierigkeit, den Blickpunkt des Interesses einzustellen, festzuhalten oder auf neue Reize hinzuwenden.
Grundlage der Bewertung: Symptome im Verlauf des <i>Interviews</i> .		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Die eingeschränkte Konzentration erweist sich in der gelegentlichen Anfälligkeit auf Ablenkung oder im Stocken der Aufmerksamkeit gegen den Schluss des Interviews. 4 Mäßig: Das Gespräch wird beeinträchtigt durch die Tendenz, sich leicht ablenken zu lassen, durch die Schwierigkeit, die Konzentration auf ein bestimmtes Thema lange aufrechtzuerhalten und durch die Probleme bei der Hinwendung der Aufmerksamkeit auf neue Themen. 5 Mäßig schwer: Das Gespräch wird durch die mangelhafte Konzentration, die Zerstreuung und die Schwierigkeit, den Blickpunkt des Interesses richtig einzustellen, ernsthaft behindert. 6 Schwer: Die Aufmerksamkeit des Patienten kann infolge der starken Ablenkung durch innere und äußere Reize nur für wenige Augenblicke oder mit großer Anstrengung gefesselt werden. 7 Extrem: Die Aufmerksamkeit ist so zerrüttet, dass sogar ein kurzes Gespräch nicht möglich ist. 		
<input type="checkbox"/>	g12 Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht:	Störung der Bewusstheit oder des Verstehens der eigenen psychischen Verfassung und Lebenssituation. Dies erweist sich im Versagen beim Erkennen früherer oder gegenwärtiger psychiatrischer Erkrankung oder Symptome, dem Ableugnen der Notwendigkeit psychiatrischer Hospitalisierung oder Behandlung, in Entscheidungen mit mangelhafter Voraussicht der Konsequenzen und in unrealistischem kurzfristigen und langfristigen Planen.
Grundlage der Bewertung: Während des <i>Interviews</i> geäußerte Ansichten.		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Der Patient erkennt, dass er eine psychische Störung hat, aber unterschätzt zweifellos ihre Ernsthaftigkeit, ihre Folgen hinsichtlich der Behandlung oder die Wichtigkeit, Maßnahmen zu ergreifen, um einen Rückfall zu vermeiden. Die Notwendigkeit einer Planung der Zukunft wird eventuell kaum begriffen. 4 Mäßig: Der Patient zeigt nur eine vage oder oberflächliche Krankheitseinsicht. Eventuell bestehen Fluktuationen in der Krankheitseinsicht oder geringe Bewusstheit erheblicher bestehender Symptome, wie etwa von Wahnideen, desorganisiertem Denken, Misstrauen oder sozialer Angst, Spannung oder Schlaf. 5 Mäßig schwer: Der Patient anerkennt frühere, aber nicht die gegenwärtige psychische Erkrankung. Auf Vorhalt mag der Patient das Vorhandensein einiger irrelevanter oder gegenwärtigen Symptome einräumen, welche er aber durch grobe Fehlinterpretation oder wahnhaftes Denken wegzuerklären neigt. Die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung wird auf ähnliche Weise verkannt. 6 Schwer: Der Patient bestreitet, je eine psychische Störung gehabt zu haben. Er leugnet das Vorhandensein jeglicher psychiatrischer Symptome in der Vergangenheit oder Gegenwart und bestreitet die Notwendigkeit von Behandlung und Hospitalisierung, ohne sich allerdings dagegen aufzulehnen. 7 Extrem: Nachdrückliches Leugnen früheren oder gegenwärtigen psychiatrischen Krankseins. Der laufenden Hospitalisierung und Behandlung wird eine wahnhafte Interpretation gegeben (z.B. einer Bestrafung für frühere Missetaten, einer Verfolgung durch Quälgeister etc.) und der Patient mag sich deswegen weigern, mit dem Therapeuten, in der Medikation oder in anderen Aspekten der Behandlung mitzuwirken. 		
<input type="checkbox"/>	g13 Willensschwäche:	Störung der willentlichen Initiierung, Erhaltung und Steuerung der eigenen Gedanken, des Verhaltens, der Bewegungen und der Sprache.
Grundlage der Bewertung: Im Verlauf des <i>Interviews</i> offenbarte Denkinhalte und Verhaltensweisen.		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Es gibt Anhaltspunkte für eine gewisse Unschlüssigkeit im Gespräch und im Denken, was die verbalen und kognitiven Prozesse in geringem Ausmaß behindern kann. 4 Mäßig: Der Patient ist oft ambivalent und zeigt deutliche Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung. Die Unterhaltung kann durch Hin-und-her-schwanken des Denkens beeinträchtigt werden, mit der Konsequenz einer deutlichen Störung der verbalen und kognitiven Leistungsfähigkeit. 5 Mäßig schwer: Die Willensschwäche greift in das Denken wie auch in das Verhalten ein. Der Patient zeigt eine ausgesprochene Unentschlossenheit, welche die Initiierung und Fortsetzung sozialer Aktivitäten behindert und sich auch in einer stockenden Sprechweise manifestiert. 6 Schwer: Die Willensschwäche greift in die Ausführung einfacher motorischer Automatismen wie etwa das Ankleiden und die Körperpflege ein und beeinträchtigt die Sprache stark. 7 Extrem: Fast vollständiges Versagen des Willens manifestiert sich in grober Behinderung von Bewegung und Sprache, mit dem Resultat der Bewegungslosigkeit und Stummheit. 		

<input type="checkbox"/>	<p>g14 Mangelnde Impulskontrolle: Gestörte Regulierung und Kontrolle innerer Antriebskräfte, mit dem Resultat der unmodulierten, launenhaften und fehlgerichteten Entladung von Spannung und Emotionen ohne Rücksicht auf die Konsequenzen.</p> <p>Grundlage der Bewertung: Verhalten im Verlauf des <i>Interviews</i> und in den <i>Berichten des Betreuungspersonals und der Familie</i>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Der Pat. lässt sich leicht ärgern und frustrieren, wenn ihm Stresssituationen begegnen oder Genugtuung verweigert wird, aber er handelt selten impulsiv. 4 Mäßig: Der Pat. wird bei der kleinsten Provokation ärgerlich und beleidigend. er kann gelegentlich drohen oder destruktiv sein oder es kommt zu ein bis zwei Episoden mit physischer Konfrontation oder einer kleinen Rauferei. 5 Mäßig schwer: Der Pat. legt wiederholte Episoden impulsiven Verhaltens mit Beleidigungen, Zerstörung von Eigentum oder physischen Drohungen an den Tag. Eventuell kommt es zu ein bis zwei Episoden mit ernsthaften Tätlichkeiten, wegen welcher der Pat. Absonderung, mechanischer Fixierung oder bedarfsweise Sedierung erfordert. 6 Schwer: Der Pat. ist unvermittelt aggressiv, drohend, fordernd und destruktiv, ohne jegliche ersichtliche Berücksichtigung der Konsequenzen. er wird handgreiflich – eventuell auch sexuell – und reagiert möglicherweise in seinem Verhalten auf halluzinatorische Befehle. 7 Extrem: Der Pat. legt Angriffe mit Tötungsabsicht, sexuelle Belästigungen, wiederholte Brutalität oder selbstzerstörerisches Verhalten an den Tag. Er erfordert wegen seiner Unfähigkeit, gefährliche Impulse zu kontrollieren, ständige direkte Überwachung oder mechanische Fixierung.
<input type="checkbox"/>	<p>g15 Selbstbezogenheit: Vertieftsein in innerlich erzeugte Gedanken und Gefühle und in autistische Erlebnisse, zum Schaden der Realitätsorientierung und des angepassten Verhaltens</p> <p>Grundlage der Bewertung: Im Verlaufe des <i>Interviews</i> beobachtetes Verhalten gegenüber anderen Personen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Übermäßige Beschäftigung mit persönlichen Bedürfnissen und Problemen, so dass das Gespräch immer wieder auf egozentrische Ideen abdreht und wenig Rücksicht auf Mitmenschen an den Tag gelegt wird. 4 Mäßig: Der Patient erscheint gelegentlich wie tagträumerisch in sich selbst vertieft oder mit innerlichen Erlebnissen beschäftigt. Die Verständigung wird hierdurch geringfügig beeinträchtigt. 5 Mäßig schwer: Der Patient scheint oft in autistische Erlebnisse eingesponnen, wie in Verhaltensweisen erkenntlich ist, die merklich mit den sozialen und kommunikativen Funktionen interferieren, wie etwa das Vorhandensein eines leeren Blicks, das Murmeln oder Sprechen mit sich selber oder die Vertiefung in stereotype Bewegungsmuster. 6 Schwer: Starke Beschäftigung mit autistischen Erlebnissen, die eine ernsthafte Einschränkung der Konzentration, der Gesprächsfähigkeit und der Orientierung in der eigenen Umwelt darstellt. Der Patient kann oft lächelnd, lachend und in sich selber grummelnd, sprechend oder schreiend beobachtet werden. 7 Extrem: Tiefes Versunkensein in autistische Erlebnisse, welches alle wichtigen Verhaltensweisen schwerwiegend beeinträchtigt. Der Patient antwortet eventuell ständig in Wort und Verhalten auf Halluzinationen und zeigt sich nur wenig seiner Mitmenschen oder der äußeren Umgebung bewusst.
<input type="checkbox"/>	<p>g16 Aktives soziales Vermeidungsverhalten: Verringerte soziale Einbindung verbunden mit ungerechtfertigter Furcht, Feindseligkeit oder Misstrauen.</p> <p>Grundlage der Bewertung: <i>Berichte des Betreuungspersonals oder der Familie</i> zum sozialen Funktionieren.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nicht vorhanden: Die Definition trifft nicht zu. 2 Vorhanden: Fraglich pathologisch; eventuell an der oberen Grenze des Normalen. 3 Leicht: Der Patient scheint sich in der Gegenwart anderer unbehaglich zu fühlen und verbringt seine Zeit bevorzugt allein, obwohl er, wenn erforderlich, an sozialen Anlässen teilnimmt. 4 Mäßig: Der Patient besucht widerwillig alle oder die meisten sozialen Aktivitäten, muss aber eventuell dazu überredet werden, oder er entfernt sich vorzeitig aus Angst, Misstrauen oder Feindseligkeit. 5 Mäßig schwer: Aus Furchtsamkeit oder Ärger hält sich der Patient von vielen sozialen Aktivitäten fern, trotz der Bemühungen anderer, ihn einzubeziehen. Gibt es kein Programm, so verbringt er die Zeit gewöhnlich alleine. 6 Schwer: Der Patient nimmt aus Furcht, Feindseligkeit oder Argwohn an sehr wenigen sozialen Aktivitäten teil. Wenn man sich ihm nähert, neigt er stark dazu, die Interaktion abzubrechen und im allgemeinen scheint er sich von anderen abzusondern. 7 Extrem: Der Patient lässt sich wegen ausgeprägter Ängste, Feindseligkeit oder Verfolgungswahn nicht in soziale Aktivitäten einbeziehen. Er vermeidet so weit als möglich alle Interaktionen und bleibt von anderen isoliert.



Pat.nr.: Messzeitpunkt: Datum:

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

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

Codierung:

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

Danksagung

Herrn Prof. Längle danke ich sehr für die Überlassung des Themas, die ständige, wohlwollende Unterstützung, die Bereitschaft für zeitintensive Diskussionen und Beratungen und die viele Geduld!

Vielen Dank Frau Dr. Jaeger für ihre zahlreichen Erklärungen, Ideen und den ein oder anderen statistischen Knoten, den ich dank ihnen lösen konnte!

Ich danke meiner Mutter für das viele Korrekturlesen und, dass sie trotz allen Zeitdrucks (hoffentlich) alle Kommafehler gefunden hat!

Meinen Schwestern danke ich für die Aufmunterungen und Ermutigungen.

Und nicht zuletzt bedanke ich mich bei meinem Verlobten Gebhard Warth, der mich in mehr Punkten unterstützt hat, als ich aufzuzählen vermag. Ich danke dir für deine Art der Hilfestellung, die ich so unbeschwert annehmen kann, und für die gemeinsame Zeit, die du für diese Arbeit geopfert hast!

Ohne Sie alle wäre diese Arbeit nicht zu Ende geschrieben worden! Danke!