

**Überprüfung der Umsetzung und der Wirksamkeit
eines innovativen Behandlungskonzepts für
Patienten mit Schizophrenie (BES)**

Dissertation

zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie
der Universität Hamburg

vorgelegt von

Dina Barghaan
aus Hamburg

Hamburg 2010

Referent: Prof. Dr. Dr. U. Koch-Gromus

Korreferent: Prof. Dr. E. Bamberg

Datum der letzten
mündlichen Prüfung: 24. November 2009

Bedanken möchte ich mich in erster Linie bei den Patientinnen und Patienten sowie dem Behandlungsteam der BES und der Station PSY32 in der Asklepios Klinik Nord für ihre Teilnahme an der Studie. Gleiches gilt für die Oberärzte der Stationen Dr. Dietrich Eck und Thomas Schömig sowie für den Ärztlichen Direktor der psychiatrischen Abteilungen in der Klinik PD Dr. Claas-Hinrich Lammers, die mit Einsatz und Ausdauer diese Studie begleitet und vorangetrieben haben.

Für die Unterstützung, die mir von Seiten des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie im UKE zuteil geworden ist, möchte ich mich vor allem bei Dr. Birgit Watzke, PD Dr. Holger Schulz und Prof. Dr. Dr. Uwe Koch bedanken, die die Rahmenbedingungen für die Erstellung dieser Arbeit geschaffen haben und diese in allen Phasen ihrer Entstehung sehr fördernd begleitet haben. Auch den anderen Kollegen aus dem Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie sowie der Forschungsgruppe Psychotherapeutische Versorgung (FPV) gilt für ihre Unterstützung Dank, hierbei sind insbesondere Cathrin Büscher und Dr. Jörg Dirmaier zu nennen.

Mein besonderer Dank für ihre emotionale Unterstützung gilt darüber hinaus meiner Familie und meinen Freunden. Insbesondere danke ich hier Volker Albrecht für seine liebevolle Ermutigung und Geduld und Iris Andrea Geister für ihre kontinuierliche Motivierung zu körperlicher und geistiger Bewegung.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	1
2	THEORETISCHER HINTERGRUND.....	3
2.1	KRANKHEITSMERKMALE DER SCHIZOPHRENIE	3
2.1.1	<i>Epidemiologie</i>	3
2.1.2	<i>Ätiologie</i>	4
2.1.3	<i>Symptomatik</i>	5
2.1.4	<i>Klassifikation.....</i>	6
2.1.5	<i>Verlauf und Prognose.....</i>	8
2.1.6	<i>Krankheitsfolgen und -risiken</i>	12
2.2	EVIDENZBASIERTE BEHANDLUNG BEI SCHIZOPHRENIE.....	14
2.2.1	<i>Phasenspezifische medikamentöse Therapie.....</i>	16
2.2.2	<i>Psychosoziale Therapie.....</i>	18
2.2.2.1	Psychotherapeutische Interventionen	18
2.2.2.2	Soziotherapeutische/rehabilitative Interventionen	21
2.2.3	<i>Übergreifende Aspekte der Behandlung.....</i>	25
2.2.4	<i>Methodische Besonderheiten bei der Untersuchung der Ergebnisqualität.....</i>	29
2.3	STRUKTUREN UND BESONDERHEITEN DES DEUTSCHEN VERSORGUNGSSYSTEMS FÜR PSYCHISCH ERKRANCKTE MENSCHEN UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG VON PATIENTEN MIT SCHIZOPHRENIE	30
2.3.1	<i>Reformbewegungen seit den 1970er Jahren.....</i>	30
2.3.2	<i>Komplexität und Fragmentierung des Versorgungssystems.....</i>	31
2.3.3	<i>Beschreibung der aktuellen Versorgungsstrukturen</i>	32
2.3.3.1	Stationäre Versorgung	33
2.3.3.2	Teilstationäre Versorgung	38
2.3.3.3	Ambulante Versorgung	41
2.3.3.4	Komplementäre Versorgung.....	47
2.3.3.5	Übergreifende Dienste und Verbünde	53
2.4	GEGENÜBERSTELLUNG DES SICH AUS KRANKHEITSMERKMALEN ERGEBENDEN VERSORGUNGSBEDARFS UND DER AKTUELLEN VERSORGUNGSBEDINGUNGEN FÜR SCHIZOPHRENE PATIENTEN IN DEUTSCHLAND	55
2.5	INNOVATIVE ÜBERGREIFENDE VERSORGUNGSMODELLE	64
2.5.1	<i>Integrierte Versorgung (IV).....</i>	64
2.5.2	<i>Teambasierte integrierte gemeindenahе Versorgung.....</i>	66
2.6	DIE BEHANDLUNGSEINHEIT SCHIZOPHRENIE (BES) ALS INNOVATIVES, INTEGRIERTES BEHANDLUNGSKONZEPT.....	68
2.6.1	<i>Klientel und Zuweisung.....</i>	69
2.6.2	<i>Strukturelle Bedingungen.....</i>	69
2.6.3	<i>Personelle Ausstattung.....</i>	69
2.6.4	<i>Behandlungsangebote</i>	70
2.6.5	<i>Konzeptionelle Besonderheiten in Abgrenzung zur Regelversorgung.....</i>	71
2.6.6	<i>Zielsetzungen der BES.....</i>	75
3	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....	76
3.1	ZIELE	76
3.2	FRAGESTELLUNGEN	77
3.3	HYPOTHESEN	77

4	METHODEN	79
4.1	STUDIENDESIGN UND OPERATIONALISIERUNG	79
4.1.1	<i>Zu Hauptfragestellung B: Überprüfung der Effektivität der BES-Behandlung.....</i>	79
4.1.1.1	Studiendesign	79
4.1.1.2	Merkmale der Stationen im Vergleich.....	80
4.1.1.3	Stichprobe	81
4.1.1.4	Operationalisierung/Instrumente	83
4.1.1.4.1	Primäres Outcome.....	84
4.1.1.4.2	Sekundäres Outcome.....	86
4.1.2	<i>Zu Nebenfragestellung A: Überprüfung der Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Konzepts aus Patientensicht.....</i>	94
4.2	STUDIENDURCHFÜHRUNG	95
4.2.1	<i>Kooperationspartner und -strukturen.....</i>	96
4.2.2	<i>Datenerhebung.....</i>	97
4.3	STATISTISCHE METHODEN UND AUSWERTUNGSSTRATEGIEN	101
4.3.1	<i>Stichprobenbeschreibung und Repräsentativitätsanalysen</i>	101
4.3.2	<i>Zu Nebenfragestellung A: Überprüfung der Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Konzepts aus Patientensicht.....</i>	102
4.3.3	<i>Zu Hauptfragestellung B: Überprüfung der Effektivität der BES-Behandlung.....</i>	102
4.3.4	<i>Interpretation der statistischen Effekte</i>	105
5	ERGEBNISSE.....	106
5.1	STICHPROBE.....	106
5.2	REPRÄSENTATIVITÄTSANALYSEN (BES, PSY32)	110
5.3	STICHPROBENBESCHREIBUNG UND STICHPROBENVERGLEICH	112
5.4	ZU NEBENFRAGESTELLUNG A: ÜBERPRÜFUNG DER UMSETZUNG ZENTRALER BEHANDLUNGSELEMENTE DES BES-KONZEPTS AUS PATIENTENSICHT	118
5.5	ZU HAUPTFRAGESTELLUNG B: ÜBERPRÜFUNG DER EFFEKTIVITÄT DER BES-BEHANDLUNG	133
6	DISKUSSION	164
6.1	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE ZU DEN FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	165
6.1.1	<i>Zu Nebenfragestellung A: Überprüfung der Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Konzepts aus Patientensicht.....</i>	165
6.1.2	<i>Zu Hauptfragestellung B: Überprüfung der Effektivität der BES-Behandlung.....</i>	167
6.2	BESONDERHEITEN UND METHODISCHE HERAUSFORDERUNGEN BEI DER STUDIENREALISIERUNG.....	179
6.3	METHODISCHE EINSCHRÄNKUNGEN UND AUSWIRKUNGEN AUF DIE INTERNE UND EXTERNE VALIDITÄT SOWIE DIE GENERALISIERBARKEIT DER ERGEBNISSE	182
7	FAZIT UND AUSBLICK	185
8	ZUSAMMENFASSUNG.....	187
9	LITERATUR	188
10	ANHANG	199

1 Einleitung

Schizophrene Erkrankungen zeichnen sich in der Regel durch eine besondere Schwere aus und sind mit erheblichen Krankheitsfolgen und -risiken, u. a. einer hohen Suizidrate verbunden. Die Erkrankung verläuft in Phasen und in den meisten Fällen chronisch, eine vollständige Remission der Symptome ist selten (Möller, Deister, Schaub, & Riedel, 2008). Zudem führen schizophrene Erkrankungen, ohne eine adäquate Behandlung und Versorgung zu erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen. Aus diesen Krankheitsmerkmalen ergibt sich ein besonderer Behandlungs- und Versorgungsbedarf für diese Patientengruppe.

Im Sinne der ‚Good Clinical Practice‘ wird in der aktuellen Praxisleitlinie Schizophrenie der DGPPN die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes empfohlen, an dem alle am Behandlungsprozess Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Behandlungsinstitutionen, nicht-professionelle Hilfe- und Selbsthilfesysteme) maßgeblich beteiligt sind, um eine multiprofessionelle, an den individuellen phasenspezifischen Bedarf des Patienten¹ angepasste und möglichst wohnortnahe Behandlung zu gewährleisten. Die Zielsetzung ist dabei, dem Patienten weitestgehend frei von Krankheitssymptomen eine freie und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen (Gaebel, Falkai, Weinmann & Wobrock, 2006). Die Umsetzung dieser Empfehlung erscheint angesichts der aktuell in Deutschland bestehenden Versorgungsstruktur für Patienten mit Schizophrenie, welche sich durch eine starke Fragmentierung der unterschiedlichen Versorgungssektoren auszeichnet, erheblich erschwert. Eine integrierte, an den individuellen Versorgungsbedarf der Patienten angepasste Versorgung in einem vernetzten und kooperierenden System aus stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Angeboten, z.B. im Rahmen von Netzwerken der Integrierten Versorgung, ist bisher in Deutschland noch nicht ausreichend realisiert und implementiert (Kissling, 2008). Vor diesem Hintergrund wurde die Behandlungseinheit Schizophrenie (BES) in der Asklepios Klinik Nord in Hamburg als innovative, integrierte Versorgungseinheit konzipiert, die den besonderen Behandlungs- und Versorgungsbedarf der schizophrenen Patienten berücksichtigen soll. Ein wesentliches Kernelement der BES ist die Möglichkeit des flexiblen, an den individuellen Bedarf des Patienten angepassten Wechsels zwischen ambulanten, teilstationären und statio-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird durchgängig die grammatikalisch männliche Form verwendet, wobei jeweils gleichermaßen die weibliche Form gemeint ist.

nären Versorgungsangeboten innerhalb einer Einheit unter Wahrung der personellen Behandlungskontinuität. Unter anderem hiermit soll dem Problem der Fragmentierung der aktuellen Versorgungsstrukturen entgegengewirkt werden. Schnittstellen im Übergang zwischen den einzelnen Versorgungssektoren sollen reduziert und dadurch unter anderem eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses im Vergleich zur Regelversorgung erreicht werden.

Die Einführung der BES im Jahr 2004 als Modellprojekt in der Asklepios Klinik Nord beinhaltete eine wissenschaftliche Begleitforschung im Sinne einer Überprüfung der Umsetzung sowie der Effektivität des BES-Konzepts. Hierbei sollte das BES-Programm neben anderen unter dem Gesamtbegriff PSYNOVA gefassten Umstrukturierungsmaßnahmen in der Asklepios Klinik Nord von einem unabhängigen externen wissenschaftlichen Institut evaluiert werden. Die Forschungsgruppe psychotherapeutische Versorgung (FPV) des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurde von der Asklepios Klinik Nord mit der Evaluation der PSYNOVA-Programmelemente, d.h. auch mit der Evaluation der BES beauftragt. Gegenstand der BES-Evaluation war zum einen die Überprüfung der Implementierung bzw. Umsetzung des BES-Konzepts und zum anderen die Überprüfung der Effektivität der BES-Behandlung bezogen auf das Behandlungsergebnis.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich daher um eine externe Evaluationsstudie der Asklepios Klinik Nord. Zur Beantwortung der Evaluationsfragestellungen wurden im Rahmen der Versorgungsforschung mit Hilfe eines naturalistischen, quasi-experimentellen Designs Patienten der BES und Patienten einer Vergleichsstation für schizophrene Patienten mit Regelversorgung in der selben Klinik zu zwei Zeitpunkten, bei Aufnahme und Entlassung, über einen Gesamtzeitraum von Juli 2006 bis Dezember 2007 schriftlich befragt.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in vier Abschnitte. Im ersten Abschnitt, dem Theorieteil, wird zunächst eine Beschreibung der schizophrenen Erkrankung, insbesondere hinsichtlich Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf, vorgenommen. Dabei wird auf spezifische Krankheitsmerkmale der Schizophrenie fokussiert, aus denen sich ein besonderer Versorgungs- und Behandlungsbedarf ergibt. Anschließend werden im Rahmen von nationalen und internationalen Leitlinien empfohlene sowie in aktuellen systematischen Überblicksarbeiten als wirksam beurteilte Behandlungsmaßnahmen vorgestellt. Nach einer Beschreibung der aktuellen Versorgungsstruktur mit besonderem Fokus auf die bestehenden Versorgungsangebote für schizophrene Patienten in Deutschland wird eine Gegenüberstellung des krankheitsspezifischen Versorgungsbedarfs und den aktuell zur Verfügung stehenden spezifischen Versorgungsange-

boten für Patienten mit Schizophrenie vorgenommen, woraus Problembereiche und Versorgungslücken abgeleitet werden. Es folgt eine kurze Beschreibung aktueller innovativer Initiativen zur Überwindung der aufgezeigten Problembereiche, insbesondere mit dem Fokus auf die Integration der stark fragmentierten Versorgungslandschaft. Hiervon ausgehend werden das Konzept der BES und deren Zielsetzungen beschrieben. Dargestellt werden innovative Konzeptelemente der BES, die den besonderen Behandlungs- und Versorgungsbedarf schizophrener Patienten berücksichtigen sollen. Abschließend werden die Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit, die sich aus den vorangegangenen theoretischen Überlegungen ergeben, aufgeführt.

Im zweiten Teil der Arbeit, dem Methodenteil, werden das Studiendesign, die eingesetzten Instrumente, die Rekrutierung der Stichprobe und die Datenerhebung, die konkrete Durchführung der Studie vor Ort, die Datenverarbeitung und -auswertung sowie die verwendeten statistischen Analyseverfahren beschrieben. Im dritten Teil, dem Ergebnisteil, werden die Ergebnisse zu den Hypothesen und Fragestellungen der Reihe nach dargestellt und im vierten Teil, der Diskussion, zusammengefasst sowie inhaltlich und methodisch vor dem Hintergrund der im Theorieteil angeführten theoretischen Überlegungen und zusammengefassten Forschungsergebnisse diskutiert.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Krankheitsmerkmale der Schizophrenie

Im Folgenden wird genauer auf die Prävalenz der Schizophrenie, die Ätiologie, die Symptomatik sowie den Verlauf und die Prognose der schizophrenen Erkrankungen eingegangen. Anschließend werden aktuelle Leitlinienempfehlungen zur Behandlung von Schizophrenie sowie evidenzbasierte Behandlungsmaßnahmen vorgestellt.

2.1.1 Epidemiologie

Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie variieren in verschiedenen epidemiologischen Studien, je nach einbezogener Stichprobe (z.B. städtische vs. ländliche Bevölkerung, Allgemeinbevölkerung vs. Krankenhauspatienten) und Schizophreniedefinitionen (z.B. kriteriumsbezogen oder klinisch orientiert) weltweit zwischen 0,5 und 1,0% (Saß, Wittchen & Zaudig, 1994; Möller et al., 2008). Die Inzidenzraten pro Jahr sind mit etwa 1 pro 10.000 der Bevölkerung wesentlich niedriger, da es sich bei der Schizophrenie um eine chro-

nisch verlaufende Erkrankung handelt (Saß et al., 1994). Dabei sind die Prävalenzzahlen über unterschiedliche Länder und Kulturen hinweg annähernd gleich hoch (Häfner, 1993). Die Prävalenz- und Inzidenzraten sind bei Frauen und Männern in etwa gleich hoch. Der Krankheitsbeginn liegt jedoch bei Männern mit 20-24 Jahren früher als bei Frauen mit einem ersten Gipfel um 25-29 Jahre sowie einem zweiten Gipfel um 45-49 Jahre (Häfner & Maurer 1991). Bei etwa der Hälfte der Patienten mit Schizophrenie liegt mindestens eine komorbide psychische oder körperliche Erkrankung vor (Green, Canuso, Brenner & Wojcik, 2003). Häufig sind hier depressive Störungen, Zwangsstörungen, Panikstörungen und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. Depressive Störungen mit unterschiedlichem Schweregrad, oftmals auch mit suizidalem Syndrom, sind am häufigsten mit Schizophrenie assoziiert (Green et al., 2003). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben schizophrene Patienten ein 14-fach höheres Risiko an einer depressiven Störung zu erkranken. Die Lebenszeitprävalenz schizophrener Patienten für depressive Erkrankungen liegt bei 81% (Fenton, 2001). Häufige körperliche Begleiterkrankungen sind Adipositas, Diabetes und Infektionserkrankungen (z.B. HIV und Hepatitis).

2.1.2 Ätiologie

An der Ätiopathogenese der Schizophrenie sind biologische, psychologische und Umweltfaktoren in einem multifaktoriellen Geschehen beteiligt. Insbesondere der Einfluss genetischer Faktoren, d.h. eine familiäre Häufung von Schizophrenie, wurde in verschiedenen Zwillings- und Adoptionsstudien nachgewiesen (Häfner, 1993). Es konnte gezeigt werden, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit der genetischen Nähe zu einem an Schizophrenie Erkrankten systematisch steigt (Häfner, 1995). Ein Einfluss von weiteren Faktoren, insbesondere Umweltfaktoren ist jedoch sehr wahrscheinlich, da etwa 50% der eineiigen Zwillinge schizophren Erkrankter nicht erkranken, obwohl die genetische Ähnlichkeit sehr ausgeprägt ist.

Ein Ätiopathogenese-Modell, welches biologische, psychologische und Umweltfaktoren integriert, ist das inzwischen am besten akzeptierte *Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell*. Es wurde ursprünglich von Zubin und Spring (1977) entwickelt und von Nuechterlein (1987) weiterentwickelt und geht von einer neuropsychologisch und psychophysiologisch nachweisbaren Disposition (Vulnerabilität) für die Entwicklung einer Schizophrenie aus, die durch genetische und andere biologische Einflüsse (z.B. Geburtskomplikationen) verursacht wird. Exogene wie endogene biologische und psychosoziale Stressoren, die auf den ‚verletzlichen‘, in seiner Verarbeitungskapazität eingeschränkten Organismus einwirken, führen gemäß dieses

Modells bei nicht ausreichenden Bewältigungsmechanismen (Coping) zum Versagen wichtiger Funktionen und zu akuter psychotischer Symptomatik. Neuere Befunde unterstützen diese Modellvorstellungen, z.B. durch neurobiologische Korrelate, wie unter anderem ein Ungleichgewicht im mesolimbisch-mesokortikalen dopaminergen System (Möller et al., 2008).

2.1.3 Symptomatik

Hinsichtlich seiner Symptomatik zeichnet sich das Störungsbild der Schizophrenie, auch im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen, durch ein hohes Maß an Vielfältigkeit und Komplexität aus. Es ist gekennzeichnet durch ein charakteristisches und vielgestaltiges psychopathologisches Muster aus Wahn, Halluzination, formalen Denkstörungen, Ich-Störungen, Affektstörungen, psychomotorischen Störungen und Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Im Folgenden werden einzelne Symptome, die bei Schizophrenie häufig auftreten, genauer beschrieben.

Wahnphänomene treten bei etwa 80% der schizophrenen Patienten mindestens einmal im Krankheitsverlauf auf (Möller et al., 2008). Es handelt sich dabei um „Überzeugungen, die trotz unbestreitbarer Beweise für das Gegenteil aufrechterhalten werden“ (Rey, 2006, S.677). Die häufigsten Wahninhalte und -themen sind Beeinträchtigungswahn/Verfolgungswahn und Beziehungswahn (Deister & Möller, 1997). Seltener finden sich Größenwahn, hypochondrischer Wahn, Eifersuchtswahn, Schuldwahn und Verarmungswahn. Sehr häufig treten bei Schizophrenie *Halluzinationen* auf. Dies sind „Sinneswahrnehmungen ohne adäquate Stimulation der entsprechenden sensorischen Kanäle“ (Rey, 2006, S.677). Am häufigsten treten akustische Halluzinationen in Form von Stimmenhören gefolgt von Körperhalluzinationen auf. Seltener sind optische Halluzinationen sowie Geruchs-/Geschmackshalluzinationen (Deister & Möller, 1997). *Störungen des Ich-Erlebens* sind bei Patienten mit Schizophrenie ebenfalls häufig zu finden. Dies sind „Störungen, bei denen die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt als durchlässig erscheint“ (Möller et al., 2008, S. 274). Am häufigsten finden sich hier Derealisation und Depersonalisation gefolgt von Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug sowie Fremdbeeinflussungserlebnisse. *Formale Denkstörungen* sind „Störungen des Denkablaufs, die sich sowohl im subjektiven Erleben des Patienten als auch in seinen sprachlichen Äußerungen auswirken“ (Möller et al., 2008, S. 274). Für Schizophrene charakteristische formale Denkstörungen sind Denkzerfahrenheit, Vorbeireden, Neologismen, Gedankenabreißen und Gedankendrängen. Vor allem außerhalb der akuten Krankheitsphasen prägen *Störungen der Affektivität* das klinische Bild der Schizophrenie. Häufig tritt eine

Kombination von Affektstörungen auf, die in Abgrenzung zu einem depressiven oder manischen Syndrom sehr vielgestaltig sind und oftmals widersprüchlich nebeneinander auftreten. Zu den Affektstörungen zählen innere Unruhe, Ängstlichkeit, depressive Verstimmung, Affektarmut oder -labilität, Störungen der Vitalgefühle, Ratlosigkeit, Ambivalenz, Parathymie und läppischer Affekt. *Störungen des Antriebs und der Psychomotorik* kommen ebenfalls sehr häufig bei schizophrenen Erkrankungen vor. Dazu gehören Antriebsarmut oder -steigerung, motorische Unruhe, manirierte bizarre Motorik, Parakinesen, Stupor, Mutismus, Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus, Regidität, wächserne Biegsamkeit oder Befehlsautomatismen. *Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen* finden sich bei den meisten Patienten mit Schizophrenie mindestens einmal im Krankheitsverlauf. Am häufigsten treten Konzentrationsstörungen auf, gefolgt von Auffassungsstörungen. *Störungen im Sozialverhalten* kommt bei Schizophrenie eine besondere Bedeutung zu. Bei über 60% der Patienten wurde sozialer Rückzug und bei einem kleineren Teil soziale Umtriebigkeit beobachtet (Möller et al., 2008).

2.1.4 Klassifikation

Der Klassifikation und Diagnostik dieser komplexen und vielgestaltigen Symptomatik kommt eine besondere Bedeutung zu: Seit Emil Kraepelin (1856-1926) und Eugen Bleuler (1857-1939) haben verschiedene Einteilungsversuche der schizophrenen Symptomatik stattgefunden. Diese reichen von einer traditionellen an den klinischen Syndromen orientierten Unterteilung in verschiedene Subtypen (z.B. paranoid-halluzinatorische, hebephrene und katonische Schizophrenie), über die Unterscheidung von Grundsymptomen und akzessorischen Symptomen sowie die Unterteilung in primäre und sekundäre schizophrene Symptomatik von Eugen Bleuler (1911) bis hin zur Einteilung der Symptomatik in Symptome ersten und zweiten Ranges von Kurt Schneider (1946). Seit den 1970er Jahren rückte die Einteilung in Positiv-Symptomatik und Negativ-Symptomatik in den Vordergrund, die im Folgenden genauer beschrieben werden soll.

Unter *positiven Symptomen* sind Symptome in einer akuten psychotischen Krankheitsphase zu verstehen, die einem normalen und gesunden psychischen Erleben quasi ‚aufgelagert‘ sind. *Negative Symptome* zeichnen sich dagegen durch einen Verlust oder das Fehlen normaler psychischer Funktionen aus (Zubin, 1985). Nach Andreasen (1982) werden unter positiven Symptomen Halluzinationen, Wahnphänomene, formale Denkstörungen (v.a. Denkzerfahrenheit) sowie bizarres oder desorganisiertes Verhalten subsummiert. Unter negativen Symptomen

werden Aufmerksamkeitsstörungen, Sprachverarmung (Alogie), emotionale Verflachung oder Affektverarmung, Interessen- und Initiativverlust (Apathie) sowie Anhedonie, sozialer Rückzug und Asozialität gefasst.

Negative Symptome treten häufig in Residualphasen der Schizophrenie bei chronischen Verlaufsformen auf, jedoch auch in akuten Krankheitsphasen. Positive und negative Symptome bilden keine voneinander unabhängigen Symptomkomplexe, sondern treten häufig gemeinsam auf (Häfner & Maurer, 1991). Nach einer Einteilung von Carpenter, Buchanan und Kirkpatrick (1991) in primäre und sekundäre negative Symptome, werden insbesondere Symptome wie sozialer Rückzug, Anhedonie und Apathie als sekundäre Symptome verstanden, die durch kognitive Einbußen, Belastung durch die positive Symptomatik, Psychopharmakotherapie oder Langzeithospitalisierung entstehen. Etwa jeder dritte Patient mit Schizophrenie leidet an ausgeprägten negativen Symptomen, diese beeinträchtigen die Durchführung alltäglicher Aktivitäten, die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung und haben einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität und Stimmung der Patienten (Mäkinen, Miettunen, Isohanni & Koponen, 2008).

Gemäß dem Diagnostisch Statistischen Manual für Psychische Störungen (DSM-IV; Saß et al., 1994) wird die Diagnose Schizophrenie dem Kapitel ‚Schizophrenie und Andere Psychotische Störungen‘ zugeordnet. Im ICD-10 findet sie sich unter dem Kapitel F2: ‚Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen‘ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993).

Für die Diagnose einer Schizophrenie genügt im ICD-10 das Vorhandensein eines diagnostisch charakteristischen Symptoms, wie z.B. Wahn oder alternativ das Vorliegen von zwei weiteren Symptomen im Wesentlichen aus den Bereichen Halluzination, formale Denkstörungen oder negative Symptome. Im DSM-IV werden nach Kriterium A mindestens zwei Symptome aus den Bereichen Wahn, Halluzination, Sprachbeeinträchtigungen, desorganisiertes Verhalten bzw. katatone Symptome oder negative Symptome gefordert. Nur ein Symptom zur Diagnose reicht, wenn ausgeprägter bizarrer Wahn oder Stimmenhören vorliegen. Außerdem müssen nach DSM-IV deutliche Einschränkungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein. Als Zeitkriterium fordert das ICD-10 das überwiegende Vorhandensein der Symptome über einen Zeitraum von mindestens einem Monat. Im DSM-IV werden Anzeichen des Störungsbildes über mindestens sechs Monate gefordert, wobei davon mindestens ein Monat eine floride Symptomatik nach Kriterium A bestehen muss.

Die Einteilung in die Unterformen der Schizophrenie orientiert sich in beiden Klassifikations-

systemen an der traditionellen Einteilung in Subtypen nach dem klinischen Erscheinungsbild, die paranoide Form, die hebephrene bzw. desorganisierte Form und die katatone Form (vgl. Tabelle 1). Die *paranoide Form* ist weltweit am meisten verbreitet und ist charakterisiert durch eine vordergründige Wahnsymptomatik, häufig mit halluzinatorischen Symptomen kombiniert. Weitere Symptome, wie v.a. formale Denkstörungen sind vorhanden, stehen jedoch nicht im Vordergrund. Bei der *hebephrenen bzw. desorganisierten Form* stehen Störungen der Affektivität, v.a. ein Verflachung oder Inadäquatheit des Affekts, Störungen des Verhaltens sowie formale Denkstörungen im Vordergrund. Bei der *katatonen Form* dominieren Störungen der Psychomotorik und des Antriebs, d.h. katatone Symptome das klinische Bild. Weiterhin differenzieren ICD-10 und DSM-IV in *undifferenzierte Formen* der Schizophrenie, die nicht eindeutig einem der drei Subgruppen zugeordnet werden können sowie *Residualformen*, die vorwiegend durch negative Symptome geprägt sind. Die ICD-10 sieht weiterhin die Diagnose einer *postschizophrenen Depression* vor, die bei einer depressiven Symptomatik im Anschluss an eine schizophrene Episode gestellt werden kann, sowie die umstrittene Diagnose ‚*Schizophrenia simplex*‘, ohne positive Symptome im Krankheitsverlauf.

Tabelle 1: Klassifikation der Schizophrenie nach ICD-10 und DSM-IV

Klassifikation nach ICD-10	Klassifikation nach DSM-IV
F20.0 Paranoide Schizophrenie	295.30 Paranoider Typus
F20.1 Hebephrene Schizophrenie	295.10 Desorganisierter Typus
F20.2 Katatone Schizophrenie	295.20 Katatoner Typus
F20.3 Undifferenzierte Schizophrenie	295.90 Undifferenzierter Typus
F20.4 Postschizophrene Depression	
F20.5 Schizophrenes Residuum	295.60 Residualer Typus
F20.6 Schizophrenia simplex	
F20.8 Sonstige Schizophrenie	
F20.9 Nicht näher bezeichnete Schizophrenie	

2.1.5 Verlauf und Prognose

Die Krankheitsverläufe der Schizophrenie sind charakterisiert durch das unregelmäßige Auftreten akuter psychotischer Episoden mit Zwischenphasen unterschiedlicher Länge, in denen entweder keine oder abgeschwächte Symptome auftreten. Es besteht eine starke Heterogenität in den Krankheitsverläufen, die vom einmaligen Auftreten einer psychotischen Episode bis

hin zu schweren chronischen Verläufen mit erheblichen Verhaltensstörungen sowie psychosozialer Beeinträchtigung und Pflegebedürftigkeit reichen (Häfner, 2000). Die Krankheitsverläufe sind wesentlich beeinflusst durch therapeutische und prophylaktische Behandlungsmaßnahmen sowie durch psychosoziale Umgebungsfaktoren (Möller et al., 2008).

In den meisten Fällen verlaufen schizophrene Erkrankungen *rezidivierend*, d.h. in Phasen. In einer Langzeitstudie über 23 Jahre zeigten sich monoepisodische Verläufe, mit nur einer akuten schizophrenen Episode mit 11% relativ selten (Marneros, Deister & Rohde, 1991). Bei rund 42% kam es zu zwei oder drei Episoden im Krankheitsverlauf und bei fast 47% zu vier oder mehr Episoden.

Schizophrene Erkrankungen verlaufen oft *chronisch*. In einer Überblicksarbeit von Hirsch und Weinberger (2003) findet sich in 34 von 44 einbezogenen Längsschnittstudien mit zum Teil sehr breit gefassten Schizophrenie-Definitionen, lediglich ein Anteil von maximal 30% an vollständig remittierten Patienten. In einer Münchner 15-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Patienten mit Psychosen zeigten 57% der Patienten mit Schizophrenie chronische Verläufe mit persistierender Residualsymptomatik, 40% zeigten phasische Verläufe mit Rückfällen und zwischenzeitlich vollständiger Remission und bei nur 3% blieb es bei einer einzelnen psychotischen Episode (Möller, 2004).

Die Klassifikation der unterschiedlichen Verlaufsformen, die im ICD-10 und DSM-IV vorgekommen werden, ist in Tabelle 2 aufgeführt:

Tabelle 2: Klassifikation der Verlaufsformen der Schizophrenie nach ICD-10 und DSM-IV

Klassifikation der Verlaufsformen nach ICD-10	Klassifikation der Verlaufsformen nach DSM-IV
Kontinuierlich	Kontinuierlich
Episodisch, mit zunehmendem Residuum	Episodisch mit Residualsymptomen zw. den Episoden
Episodisch, mit stabilem Residuum	Episodisch ohne Residualsymptome zw. den Episoden
Unvollständige Remission	Einzelne Episode, teilremittiert
Episodisch remittiert	Einzelne Episode, vollremittiert
Vollständige Remission	Anderes unspezifisches Muster
Sonstige	

Erkrankungsbeginn und Frühverlauf:

Etwa Dreiviertel aller Schizophrenien beginnen mit einer Prodromalphase, in der zunächst und mit langsam steigender Häufigkeit und Intensität negative und unspezifische Symptome, wie u.a. Unruhe/Angst, depressive Verstimmung, Denk- und Konzentrationsstörungen, Verschlechterung des Arbeitsverhaltens sowie sozialer Rückzug auftreten (Häfner, 2000). Im Durchschnitt dauert die Prodromalphase fünf Jahre an. Je länger die Erkrankung in der Prodromalphase unbehandelt bleibt, desto schlechter ist die Prognose, da gerade zu Beginn der Erkrankung meist in einem Alter zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr, in dem in der Regel die Weichen für die soziale und berufliche Entwicklung gestellt werden, erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen entstehen, die dann den weiteren Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen (Häfner, 2000; Bottlender, Sato & Jäger, 2003). Früherkennungs- und Frühbehandlungsprogrammen kommt daher eine große Bedeutung zu (Klosterkötter, Hellmich, Steinmeyer & Schultze-Lutter, 2001; Ruhrmann, Schultze-Lutter & Klosterkötter, 2003; Klosterkötter, 2006). Ob diese jedoch in der Prodromalphase die Ausbildung einer akuten Psychose verhindern und die Prognose der Erkrankung langfristig verbessern können, kann aufgrund der aktuellen Studienlage nicht eindeutig beantwortet werden (Marshall & Rathbone 2006).

Nach der Prodromalphase setzt die Positiv-Symptomatik, am häufigsten mit Wahn, Halluzinationen und Denkstörungen mit einem sehr viel steileren Verlauf ein und führt in der Regel mit einer Latenzphase von wenigen Monaten zur ersten stationären Aufnahme, die dann in erster Linie durch die antipsychotische Medikation zum raschen Abklingen der positiven Symptomatik führt. Die negative Symptomatik bleibt nach den akuten psychotischen Phasen oft als Residualsymptomatik erhalten (Häfner, 2000).

Langfristiger Verlauf und Krankheitsausgang:

Die Studienergebnisse zum Langzeitverlauf und Ausgang von schizophrenen Erkrankungen sind aufgrund der unterschiedlich langen Beobachtungszeiträume, der unterschiedlichen diagnostischen Konzepte sowie der uneinheitlichen Outcomedefinitionen sehr heterogen (vgl. an der Heiden, 1996). Bei Beurteilung des langfristigen Krankheitsverlaufs der Schizophrenie sollten neben psychopathologischen Outcome-Aspekten auch psychosoziale Outcomeparameter berücksichtigt werden, da insbesondere psychotische Erkrankungen die Persönlichkeitsentwicklung und das gesamte Lebensumfeld der Patienten in besonderem Maße beeinträchtigen (Möller et al., 2008). Ergebnisse einer Langzeitstudie zeigen, dass eine vollständige Remission nach langem Krankheitsverlauf mit 7% sehr selten ist (Marneros et al., 1991). Bei

dem verbleibenden Anteil an Patienten mit langem Krankheitsverlauf bleiben persistierende Symptomaten von unterschiedlicher Art und Intensität bestehen. Bei ca. der Hälfte der Patienten findet sich ausschließlich eine negative Symptomatik, bei etwa einem Drittel bestehen negative und positive Symptomaten gemischt und bei nur 7% kommen lediglich positive Symptome vor.

Prädiktoren für Verlauf und Prognose:

Verschiedene Prädiktoren für die Vorhersage des Verlaufs der schizophrenen Erkrankungen werden diskutiert; für einen Teil von ihnen liegen empirische Befunde vor. Hierzu gehören unter anderem das Geschlecht, das Erstauftrettsalter, die Art der Symptomatik, die Länge der Prodromalphase, die Dauer einer unbehandelten Psychose sowie psychosoziale Faktoren (Gaebel et al., 2006; Möller et al., 2008). Einigkeit besteht in der Literatur darüber, dass nicht ein einzelner Faktor, sondern eine Kombination von verschiedenen Faktoren am besten zu einer reliablen Vorhersage des Verlaufs und der Prognose geeignet ist und dass insbesondere psychosoziale Faktoren, wie z.B. die prämorbid soziale Anpassung hier eine große Bedeutung haben (Möller et al., 2008). Bailer (2000) konnte Risikofaktoren und Schutzfaktoren für den mittel- und langfristigen Krankheitsverlauf in einer fünfjährigen prospektiven Verlaufsstudie ermitteln. Ein ungünstiger Verlauf bezüglich der Positiv-Symptomatik zeigt sich vor allem bei schlechter präorbider sozialer Anpassung, d.h. dem Ausmaß in dem eine gesellschaftlich-soziale Eingebundenheit vor Erstauftritt der Erkrankung bestand, bei einem vermeidungsorientierten Umgang mit der Erkrankung sowie bei stark ausgeprägter Negativ-Symptomatik. Schutzfaktoren stellen hier ein weibliches Geschlecht sowie die Verfügbarkeit einer größeren sozialen Bezugsgruppe dar. Ungünstig auf die Entwicklung der negativen Symptomatik wirkt sich ebenfalls eine schlechte präorbide soziale Anpassung und soziale Eingebundenheit aus. Schutzfaktoren sind hier eine Eingebundenheit in eine große soziale Bezugsgruppe sowie ein aktiver und selbstverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung. Einen weiteren bedeutsamen Risikofaktor für den Verlauf und die Prognose einer schizophrenen Erkrankung stellt eine häufig bestehende mangelhafte Krankheits- und Behandlungseinsicht dar. Fast die Hälfte aller schizophrenen Patienten erkennen ihre Symptome nicht als krankheitsbedingt an und schreiben ihnen andere Ursachen zu. Etwa ein Drittel der Patienten fühlt sich, trotz sichtbarer schizophrener Symptomatik nicht krank und 28% der Patienten lehnen therapeutische Behandlungsmaßnahmen und/oder Medikamente ab (Möller et al., 2008).

2.1.6 Krankheitsfolgen und -risiken

Psychosoziale Beeinträchtigungen und eingeschränkte Lebensqualität und -zufriedenheit:

Durch die Schwere der Erkrankung, die häufig phasenhaften und chronischen Verläufe mit eher ungünstiger Prognose sowie durch die häufig stark ausgeprägte Negativsymptomatik verursachen schizophrene Erkrankungen starke psychosoziale Beeinträchtigungen in den Bereichen Arbeit und Beruf, soziale Eingebundenheit, Partnerschaft und Familie sowie Freizeit. Dies führt in der Regel zu einer Verminderung der Lebensqualität und subjektiven Lebenszufriedenheit. In ihrer systematischen Überblicksarbeit kommen Mäkinen et al. (2008) zu dem Schluss, dass insbesondere die Negativsymptomatik zu einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität führt und die Fähigkeit der Patienten, mit den Anforderungen des alltäglichen Lebens umzugehen, stark einschränkt.

Ein systematisches Review zeigt, dass die schwere und oft chronische schizophrene Symptomatik häufig zum Abbruch der Ausbildung oder zum Verlust des Arbeitsplatzes und damit zu Arbeitslosigkeit führt (Marwaha & Johnson, 2004). Die Autoren konnten für die meisten Studien im europäischen Raum zusammenfassen, dass lediglich 10-20% der an Schizophrenie erkrankten Menschen in einem Beschäftigungsverhältnis stehen und zumindest einen Teil ihres Einkommens selbst verdienen (Marwaha & Johnson, 2004). Dabei sind die Beschäftigungsquoten ersterkrankter schizophrener Patienten höher als die chronisch erkrankter Patienten. Häufig berichtete Barrieren hinsichtlich der Aufnahme einer Beschäftigung sind Stigmatisierung psychisch Erkrankter aufgrund geringer Informiertheit der Bevölkerung, das Fehlen ausreichender Unterstützungs- und Hilfesysteme sowie die Angst der Betroffenen vor einem möglichen Wegfall von Sozialleistungen bei Aufnahme einer bezahlten Arbeit (Marwaha & Johnson, 2004). Eine schlechte prämorbid soziale Anpassung, ein hohes Ausmaß an Negativ-Symptomatik sowie kognitive Funktionseinschränkungen wirken sich negativ auf die Beschäftigungsquoten aus (Marwaha & Johnson, 2004). Die Autoren finden weiterhin erste Hinweise für einen Zusammenhang zwischen Beschäftigungsstatus und weiterer Outcomebereiche wie z.B. der schizophrenen Symptomatik, der sozialen Funktionsfähigkeit, der Lebensqualität und dem Selbstwert der Patienten (Marwaha & Johnson, 2004).

Suizidalität und Fremdgefährdung:

Den Krankheitsverlauf und die Prognose erschwerend finden sich bei Patienten mit Schizophrenie häufig selbst- und fremdgefährdende Symptome, wie Suizidalität, Selbstschädigung und Selbstverletzung sowie Aggressivität.

Bei Patienten mit Schizophrenie besteht ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. Die Suizidmortalität schizophrener Patienten ist um das 20- bis 50fache höher als das der Allgemeinbevölkerung (Demling, 1988; Resch & Strobl, 1989; Pinikahana, Happell & Keks, 2003). Das Lebenszeit-Risiko für einen Suizid bei Patienten mit Schizophrenie wird über verschiedene epidemiologische Studien um 9-13% geschätzt (Pinikahana et al., 2003). In psychologischen Autopsiestudien, findet sich unter Suizidopfern ein Anteil von 2-13% an Patienten, bei denen retrospektiv eine Psychose diagnostiziert wurde, häufig jedoch in Kombination mit einer anderen komorbiden psychischen Störung (Bronisch, 2008). Bei jungen, männlichen schizophrenen Patienten mit depressiver Begleitsymptomatik, die unverheiratet, arbeitslos, sozial isoliert und funktional beeinträchtigt sind, besteht insbesondere in frühen Phasen der schizophrenen Erkrankung und bei Fehlen adäquater Hilfestellung das größte Suizidrisiko (Pinikahana et al., 2003).

Suizide im Rahmen von psychotischen Erkrankungen sind oft unvorhersehbar und geschehen unangekündigt. Häufig nehmen Angehörige, behandelnde Ärzte und Betreuungskräfte im Vorwege keine Anzeichen für einen drohenden Suizid des Patienten wahr (Möller et al., 2008). Suizidalität ist ein häufiger Grund für eine stationäre Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus und führt bei ebenfalls häufig fehlender Krankheitseinsicht in vielen Fällen zur Unterbringung nach dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG).

Epidemiologische Untersuchungen konnten ebenfalls ein erhöhtes Fremdgefährdungsrisiko bei Menschen mit schizophrenen Psychosen feststellen. In einer Untersuchung in einem österreichischen Bundesland von Haller et al. (2001) zur Häufigkeit der Verurteilung bzw. Einweisung schizophrener Patienten aufgrund von Kriminalität, Gewalttätigkeit und Tötungsdelikten zeigt sich ein erhöhtes Kriminalitätsrisiko schizophrener Patienten gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Innerhalb der Gesamtdelinquenz spielen jedoch Delikte von schizophrenen Patienten eine untergeordnete Rolle. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass gerade schizophrene Straftäter besonders schlecht in das psychiatrische und rehabilitative Hilfesystem eingebunden sind und hier ein Bedarf an einer Verbesserung präventiver und therapeutischer Versorgung besteht.

2.2 Evidenzbasierte Behandlung bei Schizophrenie

Bei schizophrenen Erkrankungen stellt die medikamentöse Therapie, aufgrund ihrer gesicherten Evidenz im Hinblick auf die Reduktion der psychotischen Symptomatik den Behandlungsschwerpunkt dar (Falkai et al., 2005, 2006; Gaebel et al., 2006). Ausgehend von der multifaktoriellen Verursachung der schizophrenen Erkrankung sowie aufgrund der Ergebnisse aktueller Metaanalysen und systematischer Reviews zur Wirksamkeit psychosozialer Therapien bei schizophrenen Patienten (vgl. z.B. Patterson & Leeuwenkamp, 2008) wird jedoch in der nationalen Behandlungsleitlinie der DGPPN ein komplexer Gesamtbehandlungsplan empfohlen, in dem die medikamentöse Therapie durch psychotherapeutische Interventionen sowie durch soziotherapeutische und rehabilitative Maßnahmen ergänzt wird (Gaebel et al., 2006). Dieser Gesamtbehandlungsplan sollte unter Partizipation des Erkrankten und seiner Angehörigen sowie aller am Behandlungsprozess beteiligten Personen und Institutionen erstellt und koordiniert werden. Alle Interventionen im Rahmen dieses Gesamtbehandlungsplans sollten individuell und krankheitsphasenspezifisch im Rahmen einer multiprofessionellen und möglichst wohnortnahen Behandlung erfolgen.

Neben der Reduktion der psychotischen Positiv- und Negativsymptomatik sind in der Behandlung schizophrener Patienten psychosoziale Outcome-Parameter, wie soziale Funktionsfähigkeit und soziales Funktionsniveau sowie Lebensqualität und -zufriedenheit von zentraler Bedeutung (Lambert & Naber, 2004; Tulloch, Fearon & David, 2006), wobei in der Literatur häufig zwischen objektiven und subjektiven psychosozialen Outcomeparametern unterschieden wird (Priebe, 2007). Objektive Outcome-Parameter sind dabei die objektiven Lebensbedingungen der Patienten, z.B. Beschäftigungsstatus, Familienstand, finanzielle Situation und Wohnsituation. Diese sind häufig nur gering korreliert mit subjektiven psychosozialen Outcomeparametern, wie z.B. Lebensqualität und -zufriedenheit, die wiederum einen Zusammenhang mit der Stimmung der Patienten aufweisen (Priebe, 2007).

In Tabelle 3 sind die von der DGPPN in der S3-Behandlungsleitlinie für schizophrene Patienten empfohlenen krankheitsphasenspezifischen Therapieziele aufgeführt (Gaebel et al., 2006).

Tabelle 3: Leitliniengerechte Therapieziele in der Behandlung von Schizophrenie in einzelnen Krankheitsphasen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie; Psychotherapie und Nervenheilkunde - DGPPN; Gaebel, Falkai, Weinmann & Wobrock, 2006)

<p>Therapieziele in der Akutphase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablierung einer therapeutischen Beziehung • Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte • Beseitigung oder Verminderung der Krankheitserscheinungen und der krankheitsbedingten Beeinträchtigung • Verhinderung und Behandlung von Selbst- und Fremdgefährdung • Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen und anderen Beteiligten im Einvernehmen mit den Betroffenen • Verhinderung oder Verminderung sozialer Folgen der Erkrankung • Motivation zur Selbsthilfe • Vorbereitung der postakuten Stabilisierungsphase durch Einleitung rehabilitativer Maßnahmen
<p>Therapieziele in der postakuten Stabilisierungsphase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Festigung der therapeutischen Beziehung • Stabilisierung bei Remission und Abklingen der psychischen Symptome • Behandlung kognitiver und sozialer Defizite sowie weiterer Negativsymptomatik • Förderung von Partizipation, Krankheitseinsicht und Compliance • Intensivierte Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte • Verstärkte Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen in Aufklärung, Rückfallprävention und Behandlung im Einvernehmen mit den Betroffenen • Früherkennung drohender Rückfälle • Entwicklung individueller Coping-Strategien • Harmonisierung von Konflikten in der Familie und Umwelt • Verständniserarbeitung der individuellen Bedeutung der Erkrankung (Sinnggebung) • Stabilisierung und Erweiterung sozialer Kontakte • Vorbereitung und Weiterführung rehabilitativer Maßnahmen • Motivation zur Selbsthilfe
<p>Die Therapieziele in der Remissionsphase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufrechthaltung der therapeutischen Beziehung • ggf. Symptomsuppression • Förderung sozialer Integration • Rückfallprophylaxe, -früherkennung und -frühintervention • Suizidprophylaxe • Verbesserung der Lebensqualität • Berufliche Rehabilitation • Motivation zur Selbsthilfe

Im Folgenden werden evidenzbasierte und in aktuellen Praxisleitlinien empfohlene Behandlungsmaßnahmen bei Schizophrenie, mit deren Hilfe die formulierten phasenspezifischen Therapieziele im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans erreicht werden sollen, genauer beschrieben.

2.2.1 Phasenspezifische medikamentöse Therapie

Nationale und internationale Praxisleitlinien für die Behandlung von schizophrenen Erkrankungen empfehlen eine phasenspezifische medikamentöse Therapie mit Antipsychotika (Falkai et al., 2005, 2006; Gaebel et al., 2006).

Behandlung von akuten schizophrenen Psychosen:

In zahlreichen randomisierten plazebokontrollierten, doppelblind durchgeführten Medikamentenstudien haben sich sowohl konventionelle Antipsychotika (z.B. Haloperidol) als auch atypische Antipsychotika (z.B. Clozapin oder Risperidon) als wirksam in der Behandlung akuter schizophrener Psychosen erwiesen (Falkai et al., 2005; Gaebel et al., 2006). Dies zeigte sich sowohl in der Reduzierung der positiven als auch der negativen Symptomatik. Insbesondere bei schizophrenen Ersterkrankungen wird aufgrund der gegenüber den konventionellen Antipsychotika zumindest vergleichbaren Wirkung auf die Positivsymptomatik sowie Hinweisen auf eine überlegene Wirksamkeit bezüglich der Negativsymptomatik sowie geringerer dosisabhängiger extrapyramidal-motorischer Nebenwirkungen empfohlen, in erster Linie atypische Antipsychotika einzusetzen.

Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe:

Aufgrund des hohen Rezidivrisikos sowie dem häufig chronischen Verlauf der Schizophrenie wird entweder eine symptomsuppressiv Langzeitbehandlung von chronisch persistierenden psychotischen Symptomen oder eine Rezidivprophylaxe zur Reduzierung von Rezidiven mit Antipsychotika empfohlen (Gaebel et al., 2006). Die rezidivprophylaktische Wirksamkeit der antipsychotischen Langzeitmedikation wurde in zahlreichen Studien empirisch abgesichert und in nationalen und internationalen Leitlinien mit einem Evidenzgrad A empfohlen (Falkai et al., 2006; Gaebel et al., 2006). Verschiedene Präparate der atypischen Antipsychotika zeigten sich dabei hinsichtlich ihrer rezidivprophylaktischen Wirksamkeit gegenüber der Gruppe der konventionellen Antipsychotika zumindest für Zeiträume von sechs Monaten bis zwei Jahren überlegen (Leucht, Barnes & Kissling, 2003). Außerdem sind sie mit einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität und -zufriedenheit der Patienten assoziiert (Lambert & Naber 2004). Bei der Auswahl des Antipsychotikums in der Langzeitbehandlung empfehlen aktuelle Leitlinien unbedingt, das unterschiedliche Nebenwirkungsrisiko im Hinblick auf Spätdyskinesien, Sedierung, kardiale, metabolische und endokrine Effekte sowie die überlegene rezidivprophylaktische Wirkung von atypischen Antipsychotika zu beachten (Falkai et al.,

2006; Gaebel et al., 2006). Nach Erstmanifestation sollte die Langzeitbehandlung mindestens zwölf Monate, nach dem ersten Rezidiv über zwei bis fünf Jahre und bei Verläufen mit multiplen Rezidiven lebenslang in einer niedrigeren Erhaltungsdosis erfolgen (Gaebel et al., 2006). Ein häufiges Problem bei der antipsychotischen Langzeitbehandlung stellt die Non-Compliance der Patienten dar. Über die Hälfte der vor allem chronisch erkrankten Patienten setzt oft aufgrund der vielfältigen belastenden Nebenwirkungen, insbesondere bei konventionellen Antipsychotika, die antipsychotische Medikation vorzeitig ab, wodurch das Rezidivrisiko ansteigt (Hogarty, Goldberg, Schoola & Ulrich, 1974; Liebermann, Stroup & Evoy, 2005). Durchschnittlich 41% der Patienten nehmen ihre Medikamente unregelmäßig und nicht wie vom Arzt verordnet ein (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband & Jeste, 2002). In Überblicksarbeiten verschiedener randomisierter und kontrollierter Rezidivprophylaxe-Studien ergeben sich Hinweise darauf, dass die atypischen Antipsychotika, auch aufgrund ihrer geringeren Abbruchquote, im Hinblick auf die Rezidiv-Häufigkeit den konventionellen Antipsychotika überlegen sind (vgl. z.B. Leucht et al., 2003).

Einen besonderen Stellenwert hat aufgrund der hohen Non-Compliance die Einbettung der antipsychotischen Langzeitmedikation in eine psychoedukative Maßnahme, an der Patienten, Angehörige und eventuell gesetzliche Betreuer teilnehmen. Hier sollten Informationen über Nutzen und Nebenwirkungen der Medikamente vermittelt werden und es sollte über die Notwendigkeit der regelmäßigen Einnahme aufgeklärt werden (Gaebel et al., 2006). Durch psychoedukative Maßnahmen kann die Medikamentencompliance der Patienten erhöht und damit das Rezidivrisiko reduziert werden (Pekkalä & Merinder, 2006). Eine weitere Möglichkeit der Vorbeugung gegen Behandlungsabbrüche stellt die Gabe von Depot-Präparaten dar, die als Alternative zur kontinuierlichen oralen antipsychotischen Medikation in größeren Abständen vom Arzt appliziert werden können. Bei Patienten, die eine regelmäßige ärztliche Betreuung in Anspruch nehmen, können Depot-Antipsychotika die Abbruchraten und das Rezidivrisiko reduzieren (Möller, 2001; Möller et al., 2008) und werden daher insbesondere für Patienten mit geringer Compliance sowie Selbst- und Fremdgefährdung in aktuellen Leitlinien empfohlen (Gaebel et al., 2006). Bisher stehen hauptsächlich konventionelle Antipsychotika als Depot-Präparate zur Verfügung, lediglich das atypische Antipsychotikum Risperidon ist als Depot-Präparat verfügbar, ein Unterschied in der rezidivprophylaktischen Wirksamkeit der einzelnen Depot-Präparate konnte bisher noch nicht eindeutig festgestellt werden (Gaebel et al., 2006).

2.2.2 Psychosoziale Therapie

Ausgehend vom Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell sind wesentliche Ziele der psychosozialen Therapie bei schizophrenen Erkrankungen eine Verringerung der individuellen Vulnerabilität, die Reduzierung von äußeren Stressoren, eine Verbesserung der Lebensqualität, die Reduzierung von Krankheitssymptomen sowie die Förderung von Fertigkeiten zur sozialen Kommunikation und Interaktion sowie Krankheitsbewältigung (Gaebel et al., 2006).

Psychosoziale Therapie soll gemäß den Empfehlungen der DGPPN-Leitlinie in Ergänzung zur psychopharmakologischen Behandlung erfolgen, da sie in dieser Kombination sowohl im Hinblick auf psychopathologische als auch auf psychosoziale Outcomeparameter am wirksamsten ist (Tulloch et al., 2006; Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Es existiert ein breites Spektrum an wirksamen psychosozialen Therapien, die sich allgemein in psychotherapeutische und soziotherapeutische/rehabilitative Interventionen unterteilen lassen.

2.2.2.1 Psychotherapeutische Interventionen

Von den vielfältigen psychotherapeutischen Behandlungskonzepten bei Schizophrenie werden im Folgenden nur diejenigen beschrieben, für deren Wirksamkeit in einer ausreichenden Anzahl an randomisierten und kontrollierten Studien Evidenz nachgewiesen wurde und die in aktuellen nationalen und internationalen Behandlungsleitlinien daher einen hohen Empfehlungsgrad besitzen. Dies gilt für Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie, Familien- und Angehörigeninterventionen, Training sozialer Fertigkeiten und kognitives Training (Gaebel et al., 2006; Patterson & Leeuwenkamp, 2008).

Psychoedukation:

Psychoedukative Maßnahmen sind systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen, die Patienten, Angehörige und ggf. Betreuungspersonen über die Krankheit und ihre Behandlung informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung fördern sowie die Krankheitsbewältigung unterstützen (Bäumel & Pitschel-Walz, 2003). Psychoedukative Maßnahmen haben einen positiven Einfluss auf die Medikamentencompliance und können somit die Rezidivraten reduzieren. Dies gilt jedoch nur, wenn sie strukturiert, bzw. manualisiert, in ausreichender Länge (mind. zehn Sitzungen) und mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungselementen kombiniert durchgeführt werden und wenn Angehörige bzw. Betreuungspersonen eingeschlossen werden (O'Donnell et al., 2003; Gaebel et al., 2006; Pekkala & Merinder, 2006).

Kognitive Verhaltenstherapie:

Im Rahmen des Ansatzes der Verhaltenstherapie wurde ein strukturiertes Psychotherapieverfahren für schizophrene Patienten entwickelt, mit dem Ziel über mehrere Monate mit wöchentlichen oder 14-tägigen Sitzungen, die schizophrene Positiv-Symptomatik (insbesondere Wahn und Halluzination) zu reduzieren sowie die Flexibilität der Denkprozesse zu fördern. Darüber hinaus sollen psychosoziale Beeinträchtigungen, die durch die Symptomatik entstehen, reduziert werden, um eine bessere soziale Anpassung zu erreichen. Weiterhin sollen der subjektive Leidensdruck durch die schizophrene Symptomatik sowie begleitende Depressionen, Ängste und Hoffnungslosigkeit reduziert und damit verbundene dysfunktionale kognitive Schemata modifiziert sowie Krankheitsverarbeitungs- und -bewältigungsstrategien aufgebaut werden, die den Patienten zum Selbstmanagement befähigen, die Behandlungcompliance erhöhen und das Rückfallrisiko verringern (Gaebel et al., 2006). In einem systematischen Review zeigt sich insgesamt bei schizophrenen Patienten unter kontinuierlicher antipsychotischer Behandlung in zwei aktuellen Meta-Analysen über 17 bzw. 15 randomisierte und kontrollierte Studien, eine auch langfristig nachzuweisende stärkere Reduktion der schizophrenen Positiv-Symptomatik durch kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zur Behandlung ohne kognitive Verhaltenstherapie (Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Insbesondere in der Prodromalphase der schizophrenen Erkrankung hat sich die kognitive Verhaltenstherapie hinsichtlich der Reduktion der allgemeinen Psychopathologie und der sozialen Funktionseinschränkungen sowie der Verhinderung des Übergangs in eine akute Psychose als wirksam erwiesen (vgl. z.B. Morrison et al., 2004; Patterson & Leeuwenkamp, 2008). In einigen Studien finden sich Hinweise auf eine Verbesserung der Krankheitseinsicht und -verarbeitung sowie der Medikamentencompliance durch kognitive Verhaltenstherapie (Kemp, Kirov, Everitt, Hayward & David, 1998; Gould, Mueser, Bolton, Mays & Goff, 2001).

Training sozialer Fertigkeiten:

Im Rahmen von Trainingsprogrammen zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten für schizophrene Patienten (*Social-Skills-Training*) sollen vor dem Hintergrund einer detaillierten Verhaltens- und Fähigkeitsanalyse in Gruppen- oder Einzelsitzungen soziale Fertigkeiten erlernt und in Verhaltensübungen und Rollenspielen erprobt werden. Hierbei soll das komplexe, bei schizophrenen Patienten häufig gestörte Zusammenspiel von nicht-verbalem Verhalten (Mimik, Gestik), sprachmodulierenden Faktoren (Affekt, Lautstärke), verbalen Inhalten (z.B. Angemessenheit des Gesagten) und interaktiver Balance (z.B. Antwortlatenzen) verbessert

werden (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 1997). Ziel ist, dass der Patient mit Hilfe der erlernten sozialen Fertigkeiten, soziale Beeinträchtigungen reduzieren kann, zu selbständiger Lebensführung befähigt wird und somit eine höhere Lebensqualität und -zufriedenheit erreicht. Einige Wirksamkeitsstudien zeigen eine Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus durch das systematische Training sozialer Fertigkeiten, allerdings zeigen sich hier meist nur kurzfristige Effekte des Trainings und eine Generalisierung der im Training erlernten Fertigkeiten in den Alltag gelingt häufig nur begrenzt (Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Geddes & Martindale, 2002). Außerdem hat das Training keinen Effekt auf die Rezidiv- und Wiederaufnahmeraten und zeigt nicht durchgängig eine Verbesserung der Lebensqualität.

In einigen Programmen, häufig auch als *Life-Skills-Trainings* bezeichnet, werden neben sozialen Fertigkeiten zusätzlich allgemeine Alltagsfertigkeiten vermittelt, wie z.B. Fertigkeiten zur selbstständigen Lebensführung, Umgang mit Krankheitssymptomen und Medikamenten, Arbeitsfertigkeiten, Entspannungsfähigkeit und Selbstfürsorge (Kopelowicz, Liberman & Zarate, 2006). Hierbei zeigt sich eine langfristige Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit und der Alltagsaktivitäten (Patterson & Leeuwenkamp 2008).

Familien- und Angehörigeninterventionen:

Familien- und Angehörigeninterventionen umfassen verschiedene therapeutische Maßnahmen, in denen die Angehörigen des an Schizophrenie Erkrankten in die Behandlung einbezogen werden. Dies wird in verschiedenen Settings angeboten, die von Einzelbetreuung in einer Familie bis hin zu standardisierten und manualisierten Angehörigengruppen reichen. Ziele sind die Verbesserung des Wissens der Angehörigen über die Entstehung, Symptomatik und Behandlung von Schizophrenie, die emotionale Entlastung durch den Austausch mit anderen Betroffenen und Behandlern sowie die Förderung eines hilfreichen Umgangs mit durch die Erkrankung bedingten interaktionellen Konflikten (Gaebel et al., 2006). Es besteht gesicherte Evidenz, dass regelmäßige Familien- und Angehörigeninterventionen über mindestens neun Monate die Rezidiv- und Krankenhauswiederaufnahmerate sowie die stationäre Behandlungsdauer reduzieren können, jedoch nur, wenn der Patient in die Programme mit eingeschlossen wird (Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Geddes & Orbach, 2002; Pfammatter, Junghan & Brenner, 2006; Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Außerdem erhöhen sie die Medikamenten- und Behandlungscompliance, fördern die soziale Anpassung des Patienten und reduzieren die subjektive Belastung der Angehörigen (Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Geddes & Orbach, 2002; Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2006; Patterson & Leeuwenkamp, 2008).

Neuropsychologisches kognitives Training:

Schizophrene Erkrankungen gehen häufig mit erheblichen kognitiven Defiziten, insbesondere Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen einher, die sich oftmals negativ auf das psychosoziale Outcome auswirken und die Wirksamkeit psychosozialer Therapien beeinträchtigen (Green, Kern, Braff & Mintz, 2000). Verschiedene Studien konnten zeigen, dass kognitive Funktionseinschränkungen bei schizophrenen Patienten nicht ausreichend durch die antipsychotische Medikation verbessert werden können (vgl. z.B. Daban et al., 2005), wodurch ergänzende Behandlungsmaßnahmen, wie neuropsychologisches kognitives Training, erforderlich werden. Kognitive Trainingsprogramme dienen der Verbesserung spezifischer kognitiver Funktionen, indem sie systematisch kognitive Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Umsetzungsprozesse durch wiederholtes Training und den Aufbau von Strategien zur Kompensation neuropsychologischer Defizite fördern (Wexler & Bell 2005).

In Überblicksarbeiten und Meta-Analysen zeigt sich konsistent, dass kognitive Trainingsprogramme die kognitiven Funktionen von schizophrenen Patienten in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen, gemessen in neuropsychologischen Testungen verbessern können (Pfammatter et al., 2006; Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Bisher liegen jedoch keine einheitlichen Befunde für eine Verbesserung der allgemeinen Psychopathologie, der Negativ-Symptomatik, des sozialen Funktionsniveaus sowie der Krankheitseinsicht und Medikamentencompliance durch kognitives Training vor (Pfammatter et al., 2006; Patterson & Leeuwenkamp 2008).

2.2.2.2 Soziotherapeutische/rehabilitative Interventionen

Soziotherapeutische und rehabilitative Interventionen bei schizophrenen Patienten haben das übergreifende Ziel, das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten zu steigern. Dazu gehört ein breites Spektrum an unterschiedlichen gemeindenahen Maßnahmen, die die Bereiche Arbeit und Beruf, Wohnen sowie soziale Kontakte betreffen und den Patienten unterstützen sollen, am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilzunehmen.

Im Folgenden werden soziotherapeutische und rehabilitative Interventionen beschrieben, die aufgrund ausreichender Evidenz in systematischen Überblicksarbeiten von aktuellen Leitlinien empfohlen werden (Gaebel et al., 2006). Hierbei ist anzumerken, dass zur Wirksamkeit soziotherapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen bisher wenige Studien durchgeführt wurden. Gründe hierfür sind unter anderem methodische Schwierigkeiten, die sich aus der Komplexität der zu evaluierenden Maßnahmen ergeben, sowie die gegenüber dem Bereich der medikamentösen Behandlung weitaus geringere Forschungsförderung (Möller et al., 2008).

Krisenintervention/Home Treatment:

Als Krisenintervention werden sofortige psychiatrische Hilfsmaßnahmen bei akuten psychotischen Episoden meist in der direkten Lebensumgebung der Patienten verstanden. Außerhalb der stationären psychiatrischen Behandlung erfolgen diese häufig durch multiprofessionelle Kriseninterventionsteams, welche eine spezielle Ausbildung für diese Aufgabenstellungen besitzen. Sie werden häufig von Sozialpsychiatrischen Diensten, Facharztnetzwerken, psychiatrischen Ambulanzen oder Kliniken in einer Versorgungsregion vorgehalten. Es handelt sich in den meisten Fällen um gut erreichbare und/oder aufsuchende Maßnahmen in der häuslichen Lebensumgebung des Patienten. Maßnahmen von Kriseninterventionsteams haben einen positiven Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit der Patienten und können die Wahrscheinlichkeit einer stationären Klinikaufnahme reduzieren oder stationäre Behandlungszeiten verkürzen (Joy, Adams & Rice, 2000).

Im Rahmen des ‚*Home Treatment*‘ werden schizophrene Patienten in der eigenen Wohnung durch multiprofessionelle psychiatrische Teams längerfristig betreut und behandelt, wodurch ein stationärer Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus vermieden, bzw. verkürzt werden soll. Ergebnisse eines systematischen Reviews zur Effizienz des Home Treatment hinsichtlich ökonomischer Faktoren kommt nach der Analyse von über 90 Studien vorwiegend aus dem englischsprachigen Raum mit überwiegend schizophrenen Patienten zu dem Ergebnis, dass stationäre Behandlungen durch Home Treatment um einige Tage verkürzt werden können. Verglichen mit anderen gemeindenahen Nachsorgemaßnahmen (z.B. Tageskliniken) zeigte sich das Home Treatment hinsichtlich der Reduzierung der stationären Behandlungsdauer jedoch nicht als überlegen (Burns et al., 2001). Zentrale Wirkfaktoren des Home Treatment waren regelmäßige Hausbesuche von psychiatrischem Fachpersonal sowie die Kombination von medizinischer und sozialpsychiatrischer Versorgung.

Milieu-therapie und -gestaltung:

Milieugestaltung und Milieu-therapie für schizophrene Patienten beinhalten ein breites Spektrum an Maßnahmen mit dem Ziel, eine Wiederaufnahme der gewohnten Lebensweisen zu ermöglichen. Dazu gehören unter anderem Maßnahmen zur Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung, Unterstützung der Aufnahme von sozialen Kontakten, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Ergotherapie sowie verschiedene betreute und therapeutische Wohnformen. In verschiedenen Studien in den 1970er und 1980er Jahren wurde der positive Einfluss von Milieugestaltung und milieuthera-putischen Maßnahmen auf die Behandlungserfolge schizophrener Patienten untersucht (Möller et al., 2008). Die Untersuchungen führten jedoch aufgrund methodischer Schwierigkeiten, z.B. der Heterogenität der untersuchten Patienten sowie der Komplexität der verschiedenen milieuthera-putischen Einflussfaktoren, zu inkonsistenten Ergebnissen (Möller, 1981). Relativ konsistente Ergebnisse zeigten sich jedoch bei der Untersuchung des Behandlungserfolgs von dauerhospitalisierten Patienten. Langzeithospitalisierung in erlebnisarmer und deprivierender Klinikatmosphäre ohne eine anregende Milieugestaltung förderte das Auftreten von Negativ-Symptomatik und verschlechterte den Behandlungserfolg (Wing & Brown, 1970; Klass, Grove & Strizich, 1977; Hartmann, 1980).

Ein spezielles umfassendes Programm zur Milieugestaltung ist das zwischen 1971 und 1983 in den USA entwickelte *Soteria-Projekt* für junge, erstmalig erkrankte schizophrene Patienten: Dieses verfolgt das Ziel, durch eine intensive psychosoziale Behandlung in einem auf interpersonelle Beziehungen fokussierten therapeutischen Milieu sowie durch eine Minimierung der antipsychotischen Medikation ein im Vergleich zur stationären Standardbehandlung besseres Behandlungsergebnis zu erreichen. Dabei erfolgt die Behandlung nach spezifischen Soteria-Kriterien: Die häufig längerfristige Unterbringung in Soteria-Einrichtungen erfolgt in kleineren Wohngemeinschaften mit bis zu zehn Plätzen unter ‚normalen‘ Wohnbedingungen mit einer 24-Stunden Betreuung durch Fachpersonal. Rollendifferenzierungen und Hierarchien zwischen Mitarbeitern und Bewohnern sollen minimiert werden. Die Mitarbeiter sollen dem psychotischen Erleben der Bewohner ideologie- und wertfrei entgegentreten und eine kognitiv-affektiv beruhigende und ausgleichende Atmosphäre schaffen. Eine maximale Beziehungskontinuität soll durch selten wechselnde therapeutische Bezugspersonen erreicht werden. Das Personal sollte bemüht sein, die psychotische Symptomatik nicht regelhaft medikamentös zu unterdrücken, sondern den Bewohner in seiner individuellen Krankheitsverarbeitung und -bewältigung zu unterstützen. Ein formalisiertes Behandlungsprogramm besteht

nicht, die Behandlung erfolgt personenzentriert abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner und wird gemeinsam mit dem Bewohner geplant. Die konkrete Alltagsgestaltung und die Regeln des Zusammenlebens werden im Konsensverfahren innerhalb der Wohngemeinschaft ausgehandelt. Der Einbezug von Angehörigen und weiteren Bezugspersonen soll regelhaft vorgenommen werden.

Über die USA hinaus existieren Soteria-Einrichtungen mittlerweile auch in vielen europäischen Ländern, wie z.B. England und der Schweiz. Auch in Süd-Deutschland finden sich zwei Soteria-Einrichtungen. In einigen psychiatrischen Fachkliniken in Deutschland wurden mittlerweile einzelne Soteria-Elemente in die psychiatrische Routineversorgung integriert; dies wird zur Intensivierung der psychosozialen Behandlung, Verbesserung der Behandlungsatmosphäre und Gemeindeorientierung in der Praxisleitlinie der DGPPN empfohlen (Gaebel et al., 2006). Die Ergebnisse eines aktuellen systematischen Reviews zeigen jedoch in insgesamt drei kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Soteria-Projekten in den USA und der Schweiz bei insgesamt 223 erst- oder zweiterkrankten schizophrenen Patienten über verschiedene psychosoziale und psychopathologische Outcomebereiche keine eindeutige Überlegenheit im 2-Jahres-Follow-up gegenüber der Kontrollgruppe mit stationärer Standardbehandlung (Calton, Ferriter, Huband & Spandler, 2008), wobei die Ergebnisse der beiden US-amerikanischen Studien, eher auf ein tendenziell besseres Behandlungsergebnis in den Soteria-Einrichtungen hindeuten.

Berufliche Rehabilitation:

Aufgrund der häufig mit einer schizophrenen Erkrankung einhergehenden beruflichen Beeinträchtigung bzw. Behinderung (vgl. Abschnitt 2.1.6), kommt der beruflichen Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung nehmen daher eine zentrale Position im Bereich der Rehabilitation von Patienten mit Schizophrenie ein. Deutschland verfügt über ein breites Spektrum an Maßnahmen und Programmen zur beruflichen Rehabilitation, die von Betreuungs- und Unterstützungsangeboten direkt am Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes bis hin zu beschützten längerfristigen Beschäftigungsmöglichkeiten in Werkstätten für Behinderte reichen (vgl. Abschnitt 2.3.3.4). Hierbei haben sich insbesondere Maßnahmen des *supported employments* als wirksam erwiesen (Corrigan, 2006; Velligan & Gonzalez, 2007). Im Rahmen des *supported employments* werden die an Schizophrenie Erkrankten zeitnah, nach Abklingen der akuten Psychose an einem normalen Arbeitsplatz, bestenfalls auf dem ersten Arbeitsmarkt, von spezialisierten psychosozialen Fachdiensten

individuell betreut, ohne dass eine berufsvorbereitende Rehabilitationsmaßnahme in einer entsprechenden Einrichtung vorangeht. Überblicksarbeiten zu Studien überwiegend aus dem US-amerikanischen Raum konnten zeigen, dass Maßnahmen des supported employment bei schizophrenen Patienten langfristig die Chance zum Erhalt eines Arbeitsplatzes auf dem ersten Arbeitsmarkt erhöhen (Corrigan, 2006; Velligan & Gonzalez, 2007). Maßnahmen des supported employment wurden als zentraler Prädiktor für eine langfristige Anstellung schizophrener Patienten auf dem ersten Arbeitsmarkt ermittelt (Bond & Drake, 2008). Es ist jedoch davon auszugehen, dass spezifische Umgebungsfaktoren, wie z.B. der regionale Arbeitsmarkt, die Arbeitslosenquoten und die dort geltenden gesetzlichen Bestimmungen hierauf ebenfalls einen starken Einfluss haben, der jedoch bisher in diesem Zusammenhang, vor allem für das deutsche Gesundheitssystem, selten untersucht wurde (Marwaha & Johnson, 2004; Bond & Drake, 2008).

2.2.3 Übergreifende Aspekte der Behandlung

Im Folgenden wird auf übergreifende Elemente bzw. Aspekte in der Behandlung schizophrener Patienten eingegangen, die sich als wirksam erwiesen haben und im Gesamtbehandlungsplan Berücksichtigung finden sollten.

Patientenbeteiligung:

Seit Mitte der 1970er Jahre wurde im Zuge der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung (vgl. Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2) das herkömmliche paternalistische Beziehungskonzept zwischen psychisch Erkrankten und psychiatrisch tätigen Professionellen zunehmend kritisiert. Nach dem Konzept des ‚Empowerments‘, d.h. Selbstbefähigung bzw. Selbstermächtigung, sollen Patienten als gleichberechtigte Partner im Behandlungsprozess beteiligt werden (Reichhart, Kissling, Scheuring & Hamann, 2008). Mitbestimmungsrechte der Patienten an Behandlungsentscheidungen sind vor diesem Hintergrund seit der deutschen Wiedervereinigung gesetzlich verankert und wurden im Jahr 2003 in der Charta ‚Patientenrechte in Deutschland‘ für eine breitere Öffentlichkeit publiziert. Die überwiegende Mehrheit der Patienten hat im Rahmen der psychiatrischen Behandlung den Wunsch, über verschiedene Therapiemöglichkeiten aufgeklärt und an Behandlungsentscheidungen beteiligt zu werden, dies betrifft insbesondere die Auswahl der Medikamente (Fleischmann, 2003). Als zentrale Aspekte der Mitbestimmung sehen befragte psychiatrische Patienten (N=300) die Wahrung ihrer Autonomie, Partizipation bei der Entscheidung über Behandlungsmöglichkeiten und eine gute

Aufklärung über die Erkrankung und Behandlung durch Professionelle (Bramesfeld, Wedegartner, Elgeti & Bisson, 2007). Gerade die ersten beiden Aspekte erlebten jedoch 30% der befragten Patienten nach ihren Erfahrungen als nur mangelhaft umgesetzt.

Gemäß der Praxisleitlinie Schizophrenie der DGPPN soll der Patient nach ‚Good Clinical Practice‘ insbesondere zu Beginn der Pharmakotherapie umfassend über die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt und in den therapeutischen Entscheidungsprozess miteinbezogen werden (Gaebel et al., 2006). Hierfür hat sich das Modell des ‚*Shared decision making*‘ (SDM) und in seiner adaptierten deutschen Version die ‚*Partizipative Entscheidungsfindung*‘ (PEF) etabliert, um den Beteiligungswünschen der Patienten entgegen zu kommen (Bieber, Loh, Ringel, Eich & Härter, 2007). „‚Shared Decision Making‘ ist ein Modell der partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung, die gekennzeichnet ist durch einen gemeinsamen und gleichberechtigten Entscheidungsfindungsprozess“ (Klemperer & Rosenwirth, 2005, S. 5). Medizinische Entscheidungen werden nach umfassender Informierung des Patienten über unterschiedliche Behandlungsoptionen und deren Chancen und Risiken gemeinsam von Arzt und Patient getroffen (Reichhart et al., 2008). Nach dem aktuellen Forschungsstand ist das Modell des SDM in der Arzt-Patient-Beziehung sowohl für den somatischen als auch für den psychiatrischen Versorgungsbereich in Deutschland bisher noch unzureichend realisiert und umgesetzt (Bramesfeld et al., 2007; Reichhart et al., 2008). Im Rahmen einiger Modellprojekte im psychiatrischen Versorgungsbereich konnten für eine Beteiligung der Patienten nach dem SDM-Konzept positive Ergebnisse berichtet werden. Für schizophrene Patienten, die im Rahmen einer kontrollierten und randomisierten Studie an einem SDM-Programm teilnahmen, konnte ein positiver Trend in Richtung einer langfristigen Reduzierung der Krankenhauswiederaufnahmerate (Hamann, Cohen, Leucht, Busch & Kissling, 2007) sowie ein besseres Wissen über die Erkrankung (Hamann et al., 2006) nachgewiesen werden. Dabei beanspruchte die Durchführung von SDM nicht mehr Zeit als die Standardversorgung der Patienten (Hamann et al., 2006). Vor dem Hintergrund, dass im Rahmen phasisch verlaufender psychischer Erkrankungen, wie z.B. der Schizophrenie, immer wieder Phasen mit akuter Symptomatik auftreten, in denen die Patienten nur eingeschränkt entscheidungsfähig sind, kommt seit Mitte der 1990er Jahre sog. *schriftlichen Behandlungsvereinbarungen* und *Krisenplänen* eine besondere Bedeutung zu (Sutherby et al., 1999). In diesen schriftlichen Dokumenten werden vorsorgliche Vereinbarungen für künftige Behandlungen und Maßnahmen im Akutfall gemeinsam von Arzt und Patient verbindlich festgehalten.

Minimierung der stationären Behandlungsdauer:

Eine stationäre Aufnahme kann für einen an Schizophrenie erkrankten Patienten einen massiven Eingriff in seine Lebenskontinuität darstellen. Durch eine längerfristige Herausnahme aus den alltäglichen beruflichen und sozialen Funktionsbereichen können psychosoziale Beeinträchtigungen begünstigt und die Negativ-Symptomatik verstärkt werden (Wing & Brown, 1970; Klass et al., 1977; Hartmann, 1980). Die Praxisleitlinie Schizophrenie der DGPPN empfiehlt daher nach ‚Good Clinical Practice‘ vor der Entscheidung für eine stationäre Aufnahme je nach individuellem phasenspezifischen Behandlungsbedarf des Patienten, mögliche ambulante und teilstationäre Behandlungsalternativen in Erwägung zu ziehen, um die stationäre Behandlungsdauer zu verkürzen (Gaebel et al., 2006). Tagesklinische Behandlungen haben sich hinsichtlich der Reduktion der psychotischen Symptomatik als wirksame Alternative zur stationären Behandlung erwiesen und konnten die stationäre Behandlungsdauer insgesamt verkürzen (Marshall et al., 2001). Die Indikation für eine stationäre Behandlung sollte nur dann gestellt werden, „wenn der Patient der besonderen diagnostischen und therapeutischen Mittel oder des Schutzes des Krankenhauses wegen Selbst- und Fremdgefährdung bedarf“ (Gaebel et al., 2006, S. 136), z.B. bei ausgeprägter Wahnsymptomatik, Suizidalität oder nicht gewährleisteter Ernährung und Pflege. Bei einer Indikation für eine stationäre Behandlung sollten kurze, geplante stationäre Aufenthalte bevorzugt werden, da sie nicht zu einer höheren Wiederaufnahmerate führen und die Patienten eher zum geplanten Zeitpunkt entlassen werden als Patienten mit längeren Klinikaufenthalten (Johnstone & Zolese, 2000). Zudem ist unter anderem die Verkürzung der stationären Behandlungsdauer hinsichtlich ökonomischer Aspekte ein im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von den Kostenträgern angestrebtes Ziel.

Behandlungskontinuität:

Angesichts der häufig chronisch und in Phasen verlaufenden schizophrenen Erkrankungen ist Behandlungskontinuität eine wichtige Voraussetzung im Rahmen des geforderten Gesamtbehandlungsplans von Patienten mit Schizophrenie (Gaebel et al., 2006). Der Begriff der Behandlungskontinuität ist sehr vielfältig und facettenreich und wird in der Literatur abhängig vom jeweiligen Versorgungsbereich unterschiedlich verwendet und fokussiert (Haggerty et al., 2003). In einer Überblicksarbeit zur Beschreibung des Konstrukts der Behandlungskontinuität bei Patienten mit einer anhaltenden und schwerwiegenden psychischen Erkrankung ermitteln Joyce et al. (2004) folgende sechs Aspekte und Dimensionen der Behandlungskon-

tinuität, die als zentral im Rahmen der Versorgung von Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen und relevant für klinische Leistungen angesehen werden können:

Beziehung zwischen Patient und Behandler (patient-provider relationship):

Dieser Aspekt betrifft das Ausmaß, in dem ein einzelner Behandler oder ein Behandlungsteam den Patienten bei der Koordination seiner Behandlung und Versorgung durch unterschiedliche Dienste unterstützt sowie das vom Patienten wahrgenommene Verhalten der Behandler und dessen Auswirkungen auf die Beziehungsqualität.

Individualisierte Behandlung (individualized care):

Dieser Aspekt beschreibt eine flexible, an die jeweiligen, sich verändernden Bedürfnisse des Patienten angepasste Versorgung. Dies beinhaltet beispielsweise auch patientenzentrierte Behandlung und die Beteiligung des Patienten und dessen Bezugspersonen an der Behandlungsplanung und bei Entscheidungen bezüglich der Behandlung.

Zugang und Erreichbarkeit (access and availability):

Hierzu zählt die kontinuierliche Erreichbarkeit der Versorgungsangebote und -dienste, die Verkürzung der Wartezeiten, eine schnelle Terminvergabe und die Vermeidung geographischer, psychologischer oder finanzieller Zugangsbarrieren.

Strukturelle Vernetzung (structural linkages):

Dieser Bereich beinhaltet Richtlinien und Maßnahmen, die auf eine Integration der verschiedenen Versorgungsangebote und -dienste abzielen. Dies schließt unter anderem die Verknüpfung stationärer, teilstationärer und ambulanter Angebote und die zentrale Koordination aller Angebote und Dienste in einem Versorgungsgebiet ein.

Übergreifende Unterstützung (comprehensive services):

Mit diesem Begriff wird die Verknüpfung der verschiedenen Professionen in der Versorgung betont. Bei Bedarf soll eine übergreifende Versorgung in allen Bereichen, in denen Unterstützung benötigt wird angeboten werden. Dazu gehören neben der medizinischen Versorgung auch Hausbesuche, Hilfe bei finanziellen und beruflichen Schwierigkeiten und Unterstützung bei der Gestaltung von Freizeitaktivitäten.

Flexibilität der Dienste (flexibility of service):

Eine gemeindeorientierte und wohnortnahe Versorgung soll z.B. durch mobile Dienste und Hausbesuche ermöglicht werden.

Die mittel- und langfristigen Auswirkungen von Behandlungskontinuität auf das Behandlungsergebnis von Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen sind

bisher selten untersucht worden. Ein Grund hierfür war bis vor kurzem insbesondere das Fehlen eines geeigneten Messinstruments für Behandlungskontinuität. Ausgehend von den konzeptionellen Arbeiten von Joyce et al. (2004) wurde vor wenigen Jahren von den Autoren ein Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrument zur Messung der Behandlungskontinuität entwickelt. Mit Hilfe dieses Instruments konnten Adair et al. (2005) in einer 17-Monats-Follow-up Studie mit über 400 schwer psychisch Erkrankten einen positiven Einfluss von Behandlungskontinuität auf die Lebensqualität, die soziale Funktionsfähigkeit, die psychopathologische Symptomatik und die Behandlungszufriedenheit bei Follow-up feststellen.

2.2.4 Methodische Besonderheiten bei der Untersuchung der Ergebnisqualität

Im Rahmen der klinischen Outcomeforschung bei Schizophrenie werden, insbesondere bezüglich der Messung der schizophrenen Symptomatik, überwiegend Fremdrating-Instrumente, wie z.B. die Positiv-And-Negativ-Symptom-Scale (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987) eingesetzt. Ein Grund hierfür ist, dass schizophrene Patienten im Rahmen einer akuten schizophrenen Psychose mit vorherrschender Positiv-Symptomatik in den meisten Fällen, insbesondere zu Behandlungsbeginn, krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, eigenständig einen Fragebogen auszufüllen und adäquat auf die dort gestellten Fragen zu antworten. Eine Fremdbeurteilung der schizophrenen Symptomatik kann dagegen auch im Rahmen einer akuten Psychose erfolgen. Bei dem Einsatz von Selbstrating-Instrumenten im Rahmen von Prä-Post-Untersuchungen muss bei der Befragung zu Behandlungsbeginn dagegen erst das Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik im Rahmen der Behandlung abgewartet werden, bevor der Patient in der Lage ist, die Fragen schriftlich zu beantworten.

Im Bereich der Lebensqualitätsforschung hat sich jedoch gezeigt, dass es dem Untersucher im Rahmen von Fremdratings häufig nicht gelingt, den Zustand des Patienten richtig einzuschätzen (Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater & Gregory, 1988). Die Ratings von Patient und Arzt oder Familie divergieren zudem oftmals sehr stark (Hays et al., 1995). Insbesondere bei Outcomeparametern, wie z.B. der Lebensqualität und der Selbstfürsorge, bei denen explizit die subjektive Einschätzung des Patienten im Vordergrund steht, können Selbsteinschätzungsinstrumente dieses daher offenbar reliabler und valider abbilden.

Im Rahmen der klinischen Diagnostik werden Fremdratings zudem häufig durch die behandelnden Ärzte und Therapeuten durchgeführt. Hier ist dann mit Verzerrungseffekten in den Ergebnissen in Richtung einer besseren Einschätzung des Behandlungserfolgs durch die Behandler im Vergleich zu den Einschätzungen der Patienten (Behandler-Bias) auf Kosten der

internen Validität zu rechnen. Um den Behandler-Bias zu reduzieren, sollten die Interviews von unabhängigen und geschulten Ratern durchgeführt werden, die nicht in das Stationsteam integriert sind. Dies erfordert jedoch einen hohen personellen und zeitlichen Aufwand, der im Rahmen der Routineversorgung häufig nicht über einen längeren Zeitraum aufgebracht werden kann. Zudem stellen Fremdratings und Interviews mit einer Dauer von 30-40 Minuten, wie z.B. bei der PANSS, hohe Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit des Befragten (z.B. Aufmerksamkeit, Konzentration), die jedoch insbesondere bei Patienten mit Schizophrenie und ausgeprägter Negativ-Symptomatik oftmals stark beeinträchtigt ist.

2.3 Strukturen und Besonderheiten des deutschen Versorgungssystems für psychisch erkrankte Menschen unter besonderer Berücksichtigung von Patienten mit Schizophrenie

2.3.1 Reformbewegungen seit den 1970er Jahren

Ausgehend von den Reformbemühungen in der psychiatrischen Versorgung seit der Psychiatrie-Enquête 1975, die zu einer Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen führen sollte (Deutscher Bundestag, 1975), wurden von Mitte der 1970er bis in die 1990er Jahre weitreichende Umstrukturierungsprozesse angestoßen, die mit einer Verschiebung des Fokus von institutionsgerichteten Versorgungsangeboten in Heimen und Anstalten für psychisch erkrankte Menschen auf zunehmend patientenorientierte und damit bedarfsgerechte gemeindenahe und dezentralisierte psychiatrische Versorgung einhergingen. Seit Reformbeginn Mitte der 1970er Jahre kam es in dem Zusammenhang zu einem beachtlichen Abbau der Bettenkapazitäten im stationären psychiatrischen Versorgungssektor von durchschnittlich 1,6 Betten auf 1.000 Einwohner im Jahr 1955 (Dowell & Ciarlo, 1983) auf aktuell durchschnittlich 0,77 Betten je 1.000 Einwohner (Statistisches Bundesamt, 2006a). Damit einhergehend erfolgte auch eine erhebliche Verkürzung der durchschnittlichen stationären Verweildauer von über 90 Tagen in den frühen 1980er Jahren auf aktuell 24 Tage (Statistisches Bundesamt, 2006a). Parallel zum Abbau der stationären psychiatrischen Behandlungskapazitäten erfolgte der Ausbau teilstationärer, ambulanter und komplementärer Versorgungsangebote. Komplementäre Versorgungsangebote beinhalten vielfältige sozialpsychiatrische Hilfen in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Alltag. Gemäß der Empfehlungen der Expertenkommission zur Umsetzung der Psychiatrie-Reform kam es unter anderem zu einem Ausbau der gemeindenahe Versorgung und der Einführung der Sektorsierung der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen, um eine wohnortnahe Behandlung im natürlichen Lebenskontext des Patien-

ten zu ermöglichen (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988). Die Folge war die Entwicklung einer psychiatrischen Versorgungslandschaft aus unterschiedlichen, meist gemeindenahen Behandlungszentren, in denen differenzierte und individuell angepasste Behandlungen durchgeführt werden sollten. Es galt, den Patienten so schnell wie möglich aus der stationären Behandlung wieder in sein gewohntes Umfeld zu entlassen, um soziale und berufliche Desintegration zu vermeiden und die Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit des Patienten zu fördern. Einem weiter bestehenden Behandlungs- und Betreuungsbedarf sollte möglichst wohnortnah durch komplementäre Einrichtungen nachgekommen werden. Rehabilitation rückte in den Fokus, auch in der Versorgung schwer und chronisch psychisch erkrankter Menschen. Umgesetzt wurde dies unter anderem durch unterschiedlich stark beschützte bzw. betreute Arbeits- und Wohnformen sowie weitere komplementäre therapeutische Angebote, die vorzugsweise im ambulanten Setting stattfanden. Dass die Reformbemühungen seit 1975 größtenteils bis heute verfolgt werden, wird unter anderen in den Empfehlungen aktueller Leitlinien auch für die Versorgung schizophrener Patienten deutlich (Gaebel et al., 2006). Im Sinne der ‚Good Clinical Practice‘ wird dort die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes empfohlen, an dem alle am Behandlungsprozess Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Behandlungsinstitutionen, nicht-professionelle Hilfe- und Selbsthilfesysteme) maßgeblich beteiligt sind, um eine multiprofessionelle an den individuellen phasenspezifischen Bedarf des Patienten angepasste möglichst wohnortnahe Behandlung des Patienten zu gewährleisten mit dem Ziel dem Patienten weitestgehend frei von Krankheitssymptomen eine freie und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

2.3.2 Komplexität und Fragmentierung des Versorgungssystems

Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung des Versorgungssystems für psychisch erkrankte Menschen in Deutschland zeichnen sich die aktuell vorgehaltenen Versorgungsangebote durch eine große Vielfältigkeit, Komplexität und Fragmentierung aus. Insbesondere für chronisch erkrankte Patienten, d.h. auch für den Großteil der Patienten mit Schizophrenie, besteht eine Vielzahl an unterschiedlichen psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgungsangeboten, die sich grob vier voneinander relativ unabhängig arbeitenden Bereichen zuordnen lassen (vgl. Abbildung 1). Neben stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsstrukturen findet sich auch eine Vielzahl an professionellen und nicht-professionellen komplementären Versorgungsangeboten. Übergreifende Versorgungsmodelle für schizophrene Patienten, die über die bereits etablierten übergreifenden Dienste und Verbände, wie z.B.

die Sozialpsychiatrischen Dienste, hinausgehen und die eine systematische Vernetzung der vier Versorgungsbereiche anstreben, sind in der aktuellen Versorgungspraxis in Deutschland bisher noch wenig verbreitet und nicht ausreichend in die Versorgungsroutine implementiert (Rössler & Theodoridou, 2006; Rössler, 2008).

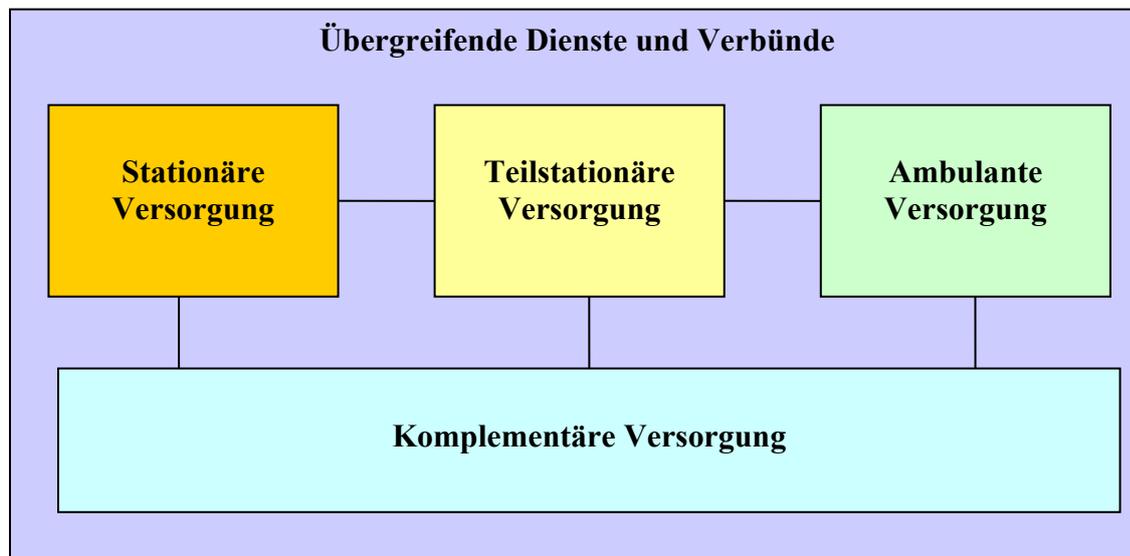


Abbildung 1. Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Erwachsene in Deutschland.

2.3.3 Beschreibung der aktuellen Versorgungsstrukturen

Im Folgenden sollen die verschiedenen Versorgungsangebote, die den vier Versorgungsbereichen zugeordnet werden können, genauer beschreiben werden. Dargestellt werden strukturelle und konzeptionelle Merkmale, Versorgungskapazitäten, Indikationsspektrum und Inanspruchnahme der verschiedenen Angebote, sofern die Datenlage eine entsprechende Darstellung erlaubt. Hierbei soll der Fokus speziell auf der Versorgung der Patientengruppe mit schizophrenen Erkrankungen liegen. Im Anschluss wird auf die wenigen existierenden übergreifenden Versorgungsmodelle eingegangen.

Auf spezialisierte Versorgungsangebote für Menschen mit Suchterkrankungen oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen sowie anderen psychischen Erkrankungen und auf Angebote für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen wird hier nicht eingegangen, da für diese Indikationsgebiete jeweils ein eigenes Versorgungssystem existiert und hier kaum Überschneidungspunkte zu den Versorgungsangeboten der in der vorliegenden Studie fokussierten Gruppe von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen bestehen.

2.3.3.1 Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen erfolgt in Deutschland zum einen im Rahmen der Krankenhausbehandlung, wo ein substantieller Anteil an Patienten mit schizophrenen Erkrankungen zu finden ist, und zum anderen im Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen, der für die Behandlung schizophrener Patienten jedoch eine untergeordnete Rolle spielt (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008). Ein kleinerer Teil der Patienten wird im Rahmen des Maßregelvollzugs in Institutionen der forensischen Psychiatrie untergebracht; etwa jeder dritte Patient weist hier eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis auf (vgl. Abbildung 2).

Stationäre Versorgung:

Krankenhausbehandlung:

- Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern
- Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern
- Konsiliar- und Liaisondienste in Allgemeinkrankenhäusern

Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen:

- Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Psychosomatischen Kliniken
- Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Psychosomatischen Kliniken

Unterbringung im Maßregelvollzug:

Institutionen der forensischen Psychiatrie

Abbildung 2. Angebote der Stationären Versorgung von psychisch erkrankten Erwachsenen in Deutschland.

Krankenhausbehandlung:

Die stationäre Krankenhausbehandlung von Patienten mit psychischen Störungen zeichnet sich durch eine multimodale Behandlungsstrategie aus, an der Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Spezialtherapeuten und Pflegepersonal beteiligt sind. Die Finanzierung erfolgt hauptsächlich über die gesetzliche Krankenversicherung (§39 SGB V). Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) nennt als Indikationskriterien für eine stationäre Behand-

lung in Abgrenzung zur ambulanten Behandlung u.a. eine ausgeprägte psychische und/oder somatische Komorbidität, stark verminderte psychophysische Belastbarkeit, die einer durchgängigen Stützung und Strukturierung bedarf, stark ausgeprägte Symptomatik, die eine engmaschige Betreuung und kontinuierliche Verfügbarkeit von Kriseninterventionsmöglichkeiten unverzichtbar macht sowie die Notwendigkeit einer Fremdkontrolle von schädlichen Verhaltensweisen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2003).

Im Rahmen der Krankenhausbehandlung werden Menschen mit psychischen Erkrankungen zum einen in *Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie* in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern und zum anderen in *Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern behandelt.

Im Jahr 2004 existierten 409 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie mit zusammen 53.021 Betten; der Nutzungsgrad der Betten betrug 90,6% (Statistisches Bundesamt, 2006a). In diesen Fachabteilungen wurden 2004 insgesamt 712.533 Fälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 24,7 Tagen behandelt (Statistisches Bundesamt, 2006a). Patienten mit einer Erstdiagnose aus dem Bereich Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) werden mit 20% neben einem Anteil an 35% an Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) und 21% an Patienten mit Affektiven Störungen (F3) in diesen Fachabteilungen relativ häufig behandelt (Statistisches Bundesamt, 2006b).

Darüber hinaus existierten im Jahr 2004 122 Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin² mit insgesamt 4.412 Betten; die Auslastung der Betten betrug 90,5% (Statistisches Bundesamt, 2006a). In diesen Abteilungen stellen psychotherapeutische Angebote neben ergänzender Psychopharmakotherapie die zentrale Behandlungsmodalität dar. Im Jahr 2004 wurden in diesen Fachabteilungen insgesamt 35.310 Fälle behandelt; die durchschnittliche Verweildauer lag bei 41,4 Tagen (Statistisches Bundesamt, 2006a). Der Anteil an Patienten mit einer Erstdiagnose aus dem Bereich Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) ist mit 13% hier vergleichsweise gering. Am häufigsten werden in diesen Abteilungen Patienten

² Da in den meisten verwendeten Statistiken die frühere Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“ gebräuchlich war, wurde diese Bezeichnung bei einem konkreten Bezug auf eine entsprechende Quelle beibehalten. In allen anderen Fällen wird die aktuelle Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ verwendet.

mit Affektiven Störungen (F3) mit 34% sowie Patienten mit Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit 23% behandelt (Statistisches Bundesamt, 2006b).

Konsiliar- und Liaisondienste bilden die Schnittstelle zwischen somatomedizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgebieten in Krankenhäusern. Zu ihren Aufgaben gehören differentialdiagnostische Abklärung, Unterstützung bei Krankheits- bzw. Krisenbewältigung sowie Indikationsstellung und Vermittlung in weitere Behandlungsmaßnahmen, wobei unterschiedliche psychotherapeutisch-psychosoziale Interventionen zur Anwendung kommen. Im Rahmen des überwiegend vorgehaltenen Konsiliarmodells werden die Konsiliare häufig nur einmalig von Ärzten somatischer Stationen angefordert während die Konsiliare im Rahmen des Liaisonmodells darüber hinaus kontinuierlich an Visiten, Stations- und Fallbesprechungen der somatischen Stationen teilnehmen und das medizinisch-pflegerische Personal im Umgang mit schwierigen Patienten beraten, womit sie zur Erhöhung der therapeutischen Basiskompetenz des Teams beitragen (Janssen et al., 1999; Herzog, Stein, Söllner & Franz, 2003). Konsiliar- und Liaisondienste werden hauptsächlich in Universitätskrankenhäusern, aber auch in Allgemeinkrankenhäusern von dort angegliederten psychosozialen Fachabteilungen durch Ärzte und Psychologen angeboten. Nach einer Umfrage von Herzog und Hartmann (1990) haben etwa 10% der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland eigene psychosoziale Fachabteilungen, die auf Anforderung eine Mitbetreuung leisten können. In Krankenhäusern ohne eine angegliederte psychosoziale Abteilung wird die konsiliarische Versorgung größtenteils von Fachärzten aus ambulanten Praxen oder anderen Krankenhäusern übernommen. Von durchschnittlich 0,6% aller stationär behandelten Krankenhauspatienten werden derartige Angebote in Anspruch genommen (Herzog et al., 2003). F2-Diagnosen gehören nicht zu den am häufigsten im Rahmen der konsiliarischen Versorgung diagnostizierten psychischen Erkrankungen. Am häufigsten finden sich hier Diagnosen aus dem Bereich F3-F6 (Herzog et al., 2003).

Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen:

Ein weiterer Teil der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt im Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen. Hier werden überwiegend Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation (§15 SGB VI) behandelt. Die Behandlung erfolgt in *Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* sowie in *Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Psychosomatischen Kliniken*.

Insgesamt existierten hier im Jahr 2004 ca. 26.000 Betten (Statistisches Bundesamt, 2006a), wobei etwa 11.000 dieser Betten für die Behandlung von Suchterkrankungen vorgehalten wurden (Statistisches Bundesamt, 2003). Im Jahr 2004 führten in Deutschland insgesamt 124.953 Versicherte wegen einer psychischen Störung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) durch (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2005). Darunter waren 38.889 Patienten und Patientinnen mit Suchterkrankungen, das entspricht etwa einem Drittel der Rehabilitationsmaßnahmen auf Grund psychischer Störungen. Die zweithäufigste Erst-Diagnose stellten die affektiven Störungen mit 27%, darunter fanden sich mit über 86% hauptsächlich depressive Störungen. Weitere häufige Diagnosen waren Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit 16,1%, somatoforme Störungen mit 7% sowie Angst- und Zwangsstörungen mit 7,5%. Der Anteil an Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ist in diesem Versorgungsbereich jedoch sehr gering; im Jahr 2004 waren es lediglich 2%. Dies könnte vor allem in der historischen Entwicklung der Psychosomatischen Kliniken begründet sein, in denen traditionell zunächst hauptsächlich psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne (z.B. Colitis ulcerosa, Asthma usw.) behandelt wurden (Rössler, 2008). Eine weitere mögliche Erklärung hierfür wären die im deutschen Gesundheitssystem bestehenden Defizite in der praktischen Umsetzung der sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen auf Rehabilitation von schwer psychisch Erkrankten und Behinderten. Prinzipiell sind Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen hinsichtlich ihres Anspruchs auf medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation nach dem Sozialgesetzbuch I §10 den Patienten mit anderen, insbesondere somatischen Erkrankungen gleichgestellt. Das komplexe Sozialversicherungssystem, an dem unterschiedliche Kostenträger, wie gesetzliche Krankenkassen, Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung sowie Sozialhilfeträger beteiligt sind, kann jedoch zu unklaren Finanzierungsverantwortlichkeiten sowie zu einer gegenseitigen Verschiebung der Finanzierungslasten, insbesondere bei Patienten mit im Hinblick auf soziale und berufliche Wiedereingliederung prognostisch ungünstigen sowie kostenintensiven Erkrankungen, wie z.B. Schizophrenie, führen (Rössler, 2008). Daher erfolgt die Rehabilitation chronisch erkrankter schizophrener Patienten in Deutschland praktisch regelhaft im Rahmen der Sozialhilfesysteme (z.B. in Wohnheimen, Tagesstätten oder Werkstätten für Behinderte), die immer dann zuständig sind, wenn die Patienten die Anspruchsvoraussetzungen der anderen Kostenträger, d.h. eine günstige sozialmedizinische Prognose sowie eine ausreichend lange Versicherungsdauer, nicht erfüllen. Das steuerfinanzierte Sozialhilfesystem setzt jedoch eine Selbstleistung des Erkrankten

bis zur Armutsgrenze voraus und unterliegt einer wesentlich stärkeren Mittelknappheit als die Sozialversicherungsträger (Schwartz, 1991). Die Folge ist oftmals eine Verschlechterung der ohnehin schon ungünstigen psychosozialen Ausgangslage und eine weitere Verminderung der Chancen zur Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben. Ein kostenträgerübergreifendes Rehabilitationsprogramm, die *Rehabilitation Psychisch Kranker* (RPK), welches komplexe Leistungen der beruflichen, medizinischen und sozialen Rehabilitation umfasst, wird in Abschnitt 2.3.3.4 bei der Darstellung der komplementären Versorgungsangebote beschrieben.

Unterbringung im Maßregelvollzug:

Personen, die eine Straftat begangen haben, jedoch aufgrund einer psychischen Erkrankung schuldunfähig (§ 20 StGB) bzw. vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) sind, werden im Maßregelvollzug in speziellen Einrichtungen der Forensischen Psychiatrie untergebracht. Eine Maßregel ist keine Strafe, sondern es handelt sich dabei um eine freiheitsentziehende Unterbringung von psychisch kranken (§ 63 StGB) oder suchtmittelabhängigen (§ 64 StGB) Straftätern in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus bzw. einer Entziehungsanstalt. Die therapeutische Behandlung in den Maßregelvollzugseinrichtungen, die meist durch speziell ausgebildete Psychologen erfolgt, ist auf eine psychische Stabilisierung und Rehabilitation der Patienten ausgerichtet und soll den Patienten befähigen, ein wieder in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben zu führen. Ein weiteres Ziel des Maßregelvollzugs ist es, die Sicherheit und den Schutz der Bevölkerung vor weiteren Straftaten zu gewährleisten. Die Unterbringung nach § 63 StGB ist unbefristet, die nach § 64 StGB auf zwei Jahre befristet. Die Entlassung zur Bewährung kann nur nach forensischer Begutachtung bei eindeutig günstiger Prognosestellung erfolgen, ebenso erfolgt eine Fristverlängerung oder die Entscheidung über die Fortdauer der Maßnahme aufgrund der gutachterlichen Stellungnahme.

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über gut ausgebaute stationäre Versorgungskapazitäten im Bereich der Forensischen Psychiatrie mit steigender Tendenz. Die Plätze im Maßregelvollzug stiegen von rund 4.290 Plätzen im Jahr 1990 auf 6.635 Plätze im Jahr 2000 und 8.670 Plätze zum Ende des Jahres 2005 (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2007). Im Jahr 2008 wurden über 9.000 Patienten im Maßregelvollzug behandelt (Bühning, 2009), häufig mit mehrjähriger Verweildauer oder dauerhafter Unterbringung (Seifert & Leygraf 1997). Etwa 64% der Patienten waren bis zu fünf Jahren, 17% bis zu sieben Jahren, 11% bis zu zehn Jahren und 8% waren länger als zehn Jahre im Maßregelvollzug untergebracht, bevor sie im Jahr 2005 entlassen wurden (Arbeitsgruppe

Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2007).

Schizophrene Erkrankungen sind mit 25-45% neben Persönlichkeitsstörungen (v.a. Dissoziale Persönlichkeitsstörung und Störungen der Sexualpräferenz), hirnorganischen Störungen, Intelligenzminderung, Suchterkrankungen und affektiven Psychosen die häufigsten Erkrankungen im Maßregelvollzug (Schalast, Seifert & Leygraf, 2007). Unter den aufgrund ungünstiger Prognose nicht entlassbaren Patienten im Maßregelvollzug bilden die schizophrenen Patienten mit 25% hinter den Persönlichkeitsstörungen mit 44% die zweitgrößte Gruppe (Schalast et al., 2007). Durch die Psychiatrie-Enquete wurde der Abbau der stationären psychiatrischen Behandlungskapazitäten und die Verkürzung der stationären Behandlungsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern angestoßen sowie die zunehmende Ausweitung der psychiatrischen Versorgung auf offene, gemeindenaher ambulante Versorgungsangebote vorangetrieben. Damit fehlt außerhalb des Maßregelvollzugs in vielen Regionen ein flächendeckendes intensiv-psychiatrisches Behandlungsangebot für schizophrene Patienten mit persistierender Selbst- und Fremdgefährdung, welches über die kurzfristige Unterbringung in geschlossenen psychiatrischen Abteilungen über PsychKG hinaus geht. Eine Entlassung dieser Patienten aus dem Maßregelvollzug wird durch das Fehlen eines adäquaten Unterbringungs- und Behandlungsangebots außerhalb des Maßregelvollzugs häufig erschwert, sodass eine Kriminalisierung und Langzeithospitalisierung der Patienten im Maßregelvollzug droht (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2007; Bühring, 2009).

2.3.3.2 Teilstationäre Versorgung

Patienten mit psychischen Störungen, die aufgrund einer geringeren Symptombelastung, z.B. in Remissionsphasen, nicht die Versorgungsintensität eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes benötigen, deren Behandlungsbedarf aber dennoch über eine ambulante Behandlung hinausgeht, können eine teilstationäre Behandlung in Anspruch nehmen (Kluiter, 1997). Die Behandlung in teilstationären Einrichtungen findet in der Woche tagsüber in der Einrichtung statt und die Patienten übernachten zu Hause. In diesem Setting wird ermöglicht, den Kontakt zu nahen Bezugspersonen aufrechtzuerhalten, wodurch familiäre oder partnerschaftliche Konflikte und Belastungssituationen im Alltag der Therapie unmittelbar zugänglich werden.

Eine spezifische Indikation für eine tagesklinische Behandlung in Abgrenzung zur vollstationären Behandlung liegt nach von Wietersheim, Zeeck und Küchenhoff (2005) vor allem bei Patienten vor, bei denen ein Transfer von Erfahrungen aus einer stationären Therapie in das alltägliche Umfeld besonders schwierig ist sowie bei Patienten, die parallel zur Behandlung

Angehörige (z.B. Kinder) versorgen müssen.

Teilstationäre Behandlung kann Schutz und Struktur bei gleichzeitiger Förderung von Eigenverantwortlichkeit bieten. Die Behandlungsprogramme sind sehr unterschiedlich und reichen von rein stützenden supportiven Angeboten bis hin zu intensiven multimodalen, integrativen Konzepten (Zeeck et al., 2002). Teilstationäre Einrichtungen oder Behandlungsplätze sind in den meisten Fällen an vollstationäre Krankenhäuser angegliedert. Eigenständige Tageskliniken gibt es mit etwa 11% relativ selten (Seidler, Garlipp, Machleidt & Haltenhof, 2006). In der Regel werden teilstationäre/tagesklinische Behandlungen wohnortnah innerhalb des Einzugsgebietes eines Krankenhauses angeboten und stehen nicht in direkter räumlicher Beziehung zur Klinik (vgl. Abbildung 3).

Teilstationäre Versorgung:

Teilstationäre Behandlungsplätze:

- In Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern
- In Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern

Tageskliniken:

- Allgemeinpsychiatrische Tageskliniken
- Psychosomatische Tageskliniken

Abbildung 3. Angebote der teilstationären Versorgung von psychisch erkrankten Erwachsenen in Deutschland.

Teilstationäre Behandlungsplätze:

Etwa 16% der Betten in *Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie* und rund 10% der Betten in *Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern sind als teilstationäre Behandlungsplätze vorgesehen (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2007).

Tageskliniken:

Seidler et al. (2006) ermittelten für das Jahr 1999 auf Grundlage von Angaben der Sozialministerien der Bundesländer insgesamt 273 *Allgemeinpsychiatrische Tageskliniken* für Erwachsene mit psychischen Störungen in Deutschland mit insgesamt etwa 5.165 Behandlungsplätzen. Nicht berücksichtigt wurden hierbei Tageskliniken für Suchterkrankungen oder gerontopsychiatrische Störungen. In einer Umfrage von Seidler et al. (2006) gaben 37% der teilnehmenden Tageskliniken an, sich als psychotherapeutische Einrichtung zu verstehen, 33% verstanden sich als Alternative zur stationären Behandlung mit dem Fokus auf Krisenintervention und 30% als reine Rehabilitationseinrichtung. Bezüglich des Diagnosespektrums, welches in den Tageskliniken behandelt wird, zeigt eine Befragung von 191 Allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken (ohne Tageskliniken für gerontopsychiatrische Störungen und Suchterkrankungen) als häufigste Diagnosen Schizophrenie (27%), affektive Störungen (26%), Angst- und Anpassungsstörungen (19%) sowie Persönlichkeitsstörungen (15%) (Kallert, Schutzwahl & Matthes, 2003).

In den letzten Jahren etablierten sich zunehmend auch *Psychosomatische Tageskliniken*. In einer Studie von von Wietersheim, Zeek und Küchenhoff (2005) ergab eine Anfrage an die Sozialministerien aller Bundesländer, dass im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie insgesamt 324 Tagesklinikplätze vorgehalten werden. Eine schriftliche Befragung von 17 Tageskliniken (mit insgesamt 311 Behandlungsplätzen) ergab, dass die Anzahl der Behandlungsplätze in diesen Einrichtungen zwischen sieben und 56 Plätzen variiert. Die Mehrzahl der Tageskliniken hält jedoch zwischen zehn und 20 Plätze vor. Ein Großteil der einbezogenen Tageskliniken arbeitet indikationsübergreifend, schwerpunktmäßig mit Gruppentherapiekonzepten; einige halten störungsspezifische Angebote für bestimmte Diagnosegruppen vor (z.B. Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Somatoforme Störungen). Häufig behandelte Indikationsbereiche sind depressive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Somatoforme Störungen. Schizophrene Erkrankungen werden hier sehr selten behandelt.

2.3.3.3 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung über in Praxen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Darüber hinaus wird seit dem Jahr 2004 eine fachgebietsübergreifende Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) angeboten. Außerdem erfolgt die Versorgung in spezialisierten psychiatrischen Ambulanzen (vgl. Abbildung 4). Der Anteil an Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, die in den einzelnen ambulanten Versorgungsbereichen behandelt werden, ist aufgrund der lückenhaften Datenlage über die Inanspruchnahme der entsprechenden ambulanten Leistungen nicht eindeutig zu bestimmen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass aktuell ein Großteil der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen von niedergelassenen Fachärzten aus den Bereichen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie sowie in psychiatrischen Institutsambulanzen versorgt wird.

Eine große Bedeutung kommt speziellen präventiven Maßnahmen und Maßnahmen zur Früherkennung und Frühintervention bei schizophrenen Erkrankungen zu, die unter anderem in sogenannten Früherkennungszentren durchgeführt werden.

Ambulante Versorgung:Niedergelassene Ärzte:

Hausärzte:

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt*

Fachärzte aus den Bereichen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie:

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Nervenheilkunde*
- Fachärzte für Psychiatrie*
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie*

Niedergelassene Psychotherapeuten:

Ärztliche Psychotherapeuten:

- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse und/oder Psychotherapie

Psychologische Psychotherapeuten

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)Psychiatrische Ambulanzen:

Psychiatrische Institutsambulanzen

- angegliedert an Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie
- angegliedert an Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Allgemeinkrankenhäusern

Psychiatrische Ermächtigungsambulanzen in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie über persönliche Ermächtigung des Chefarztes/Abteilungsleiters

Früherkennungszentren

*alte Fachbezeichnung, nicht nach der aktuellen Musterweiterbildungsordnung 2003

Abbildung 4. Angebote der ambulanten Versorgung von psychisch erkrankten Erwachsenen in Deutschland.

Niedergelassene Ärzte:

In der Primärversorgung, d.h. beim *Hausarzt* erfolgt häufig die Erstbehandlung und Diagnostik von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Nach Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nahmen im Jahr 2007 insgesamt 40.690 Hausärzte an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teil. Die Versorgung durch Hausärzte erfolgt im Vergleich zur fachärztlichen Versorgung relativ flächendeckend. Die Einwohner-Arzt-Relationen sind mit ca. 1.400-1.800 Einwohnern pro Hausarzt (je nach Region) wesentlich geringer als im Facharztbereich mit z.B. 12.000- 47.000 Einwohnern pro Nervenarzt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008a). Die Behandlungsangebote der Hausärzte sind jedoch meist unspezifisch und nicht speziell auf die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet. Außerdem werden psychische Störungen in der Primärversorgung bei etwa der Hälfte der Patienten nicht erkannt (Linden & Helmchen 1995; Kruse, Heckrath, Schmitz, Alberti & Tress, 1999) sowie potentiell behandlungswillige Patientinnen und Patienten nicht ausreichend über adäquate Behandlungsmöglichkeiten informiert.

Eine spezialisierte ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen erfolgt durch niedergelassene *Fachärzte aus den Bereichen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie*. Im Jahr 2007 nahmen insgesamt 5.747 Fachärzte aus den Bereichen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie an der vertragsärztlichen Versorgung für Erwachsene teil (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008a).

In der Prodromalphase einer schizophrenen Erkrankung werden die Patienten häufig vom Hausarzt an den Facharzt überwiesen. Die Aufgaben des Facharztes sind Diagnostik, Einleitung und Überwachung einer antipsychotischen Medikation und ergänzender psychosozialer Therapien, Krisenintervention, Einschätzung von Selbst- und Fremdgefährdung, ggf. Überweisung in stationäre Behandlung, Früherkennung einer drohenden akuten Psychose, Kontaktaufnahme zu Angehörigen, Bezugspersonen und weiteren Behandlern und Institutionen sowie die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen (Gaebel et al., 2006). Bei chronisch erkrankten schizophrenen Patienten sollten regelmäßige fachärztliche Konsultationen erfolgen (Gaebel et al., 2006). Die Frequenz der Kontakte geht jedoch in der Regel nicht über eine Konsultation im Monat hinaus, da dies aufgrund von Budgetierungsgrenzen für die Fachärzte nicht wirtschaftlich ist (Roth-Sackenheim, 2003). Psychotherapeutische Leistungen werden von diesen Facharztgruppen bisher nur sehr selten, bei den meisten Fachärzten unter 5-10%, erbracht (Schulz et al., 2008). Ein wesentlicher Grund dafür war vermutlich der geringere Vergütungssatz für psychotherapeutische Leistungen bei Ärzten, die weniger als 90% psycho-

therapeutisch tätig sind. Seit dem 1. Juli 2004 werden jedoch auch die nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzte gegenüber den ausschließlich (mind. 90%) psychotherapeutisch tätigen Fachärzten hinsichtlich der Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen gleichbehandelt. Entsprechend kann für die Zukunft eine Ausweitung dieser psychotherapeutischen Leistungen bei den genannten Facharztgruppen erwartet werden (Schulz et al., 2008).

Niedergelassene Psychotherapeuten:

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in niedergelassenen Praxen erfolgt größtenteils durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten³. Im Jahr 2007 haben insgesamt 12.851 *Psychologische Psychotherapeuten* und insgesamt 4.465 *ärztliche Psychotherapeuten* (darunter 2.459 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie 2.006 Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse und/oder Psychotherapie) an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008a). Im Hinblick auf die ausgeübten psychotherapeutischen Richtlinienverfahren innerhalb der Berufsgruppen wird aus einer Statistik der KBV für das Jahr 2004 deutlich, dass der Anteil der Psychotherapeuten, welche *Verhaltenstherapie* ausüben, unter den Psychologischen Psychotherapeuten am größten war während unter ärztlichen Psychotherapeuten eher *psychoanalytische* oder *tiefenpsychologisch fundierte Verfahren* ausgeübt wurden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006). Auch die nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzte übten zum Großteil tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Verfahren aus.

Über das behandelte Diagnosespektrum ist aufgrund der fehlenden Routinedokumentation in diesem Versorgungsbereich wenig bekannt, es ist jedoch davon auszugehen, dass der Anteil an Patienten mit schizophrenen Erkrankungen in diesem Versorgungsbereich vergleichsweise gering ist. In einer bundesweiten Umfrage im Jahr 2000 von Zepf, Mengele und Hartmann (2003) an der insgesamt 669 Psychologische und 373 ärztliche Psychotherapeuten teilnahmen, war unter den knapp 7000 behandelten Patienten der Anteil an Patienten mit psychotischen Störungen mit knapp 3% sehr niedrig im Vergleich zu einem Anteil von 48% an Patienten mit

³ Die Bezeichnung *Psychologischer Psychotherapeut* ist eine seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 geschützte Berufsbezeichnung und wird daher als Eigenname angeführt.

neurotischen und 39% an Patienten mit depressiven Störungen. Gründe hierfür könnten sein, dass insbesondere Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, wie Schizophrenie in diesem Versorgungsbereich stärkere Inanspruchnahme-Barrieren überwinden müssen, z.B. weil niedergelassene Psychotherapeuten dieser Patientengruppe möglicherweise seltener einen Behandlungsplatz anbieten. Zepf et al. (2003) konnten in ihrer Umfrage zeigen, dass die befragten Patienten insgesamt durchschnittlich 1,9 Monate auf ein diagnostisches Erstgespräch und 4,6 Monate auf einen ambulanten Psychotherapieplatz warten müssen. Analysen der Ablehnungsquoten zeigten, dass nur die Hälfte aller anfragenden Patienten probatorische Sitzungen (erste diagnostische Gespräche) erhielt und von diesen nur 61% nach den probatorischen Sitzungen einen ambulanten Psychotherapieplatz bekamen (Zepf et al., 2003). Lediglich 43% der anfragenden Patienten mit psychotischen Störungen sind in Behandlung genommen worden, 13% sind in stationäre Behandlung eingewiesen worden und 44% sind nicht in Behandlung genommen bzw. abgewiesen worden (Zepf et al., 2003).

Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG), welches am 1.1.2004 in Kraft getreten ist, wurde mit den *Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)* eine neue ambulante Versorgungsform im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) stellt nach § 95 SGB V eine Einrichtung dar, die unter ärztlicher Leitung fachübergreifend an der vertragsärztlichen Versorgung in beliebiger Organisationsform teilnimmt. In den MVZ soll die Möglichkeit einer interdisziplinären, fachgebietsübergreifenden Versorgung von Patienten in einer ambulanten Einrichtung gegeben sein. Ein ärztlicher Leiter hat die Möglichkeit weitere ärztliche Mitarbeiter oder Mitarbeiter anderer Berufsgruppen anzustellen. Es müssen mindestens zwei Facharztgruppen vertreten sein. Durch die Vernetzung verschiedener ärztlicher Fachrichtungen haben die MVZ die Möglichkeit, sich neben der ambulanten Regelversorgung an Modellvorhaben zur Überwindung von Schnittstellen, z.B. der Integrierten Versorgung (vgl. Abschnitt 2.5.1) zu beteiligen.

Die Zahl der MVZ in Deutschland steigt kontinuierlich an (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008b). Im dritten Quartal 2008 existierten insgesamt 158 Medizinische Versorgungszentren, in denen ein Facharzt aus den Bereichen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie vertreten ist, das sind rund 14% der insgesamt gegründeten MVZ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008b). Von allen in den MVZ praktizierenden Ärzten, sind 254 (5%) Fachärzte aus den Bereichen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie. An der überwiegenden

den Zahl der MVZ sind Vertragsärzte und Krankenhäuser als Träger beteiligt. Über ein Drittel aller MVZ befinden sich im 3. Quartal 2008 in Krankenhausträgerschaft. Verlässliche Angaben zur Inanspruchnahme der Leistungen der MVZ sowie dem dort versorgten Diagnosespektrum finden sich bisher noch nicht.

Psychiatrische Ambulanzen:

In *psychiatrischen Ambulanzen* haben Patienten mit psychischen Störungen die Möglichkeit, außerhalb der Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten eine ambulante Behandlung in Anspruch zu nehmen. Zu ihren zentralen Aufgaben zählen Diagnostik, Übernahme von psychotherapeutischen Behandlungen, Indikationsstellung zur weiterführenden ambulanten oder stationären Behandlung, Krisenintervention sowie Beratung. Diese Aufgaben werden meist von Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten übernommen sowie in einem multiprofessionellen Team durch Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Pflegepersonal unterstützt.

Quantitativ am bedeutsamsten sind die an Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie angegliederten *psychiatrischen Institutsambulanzen*. Seit dem 1.4.2001 sind erstmals nicht nur psychiatrische Fachkrankenhäuser sondern auch Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen in eigenen Institutsambulanzen per Gesetz ermächtigt. Die ersten psychiatrischen Institutsambulanzen wurden in den späten 1970er Jahren gegründet, seither besteht ein stetiger Zuwachs an entsprechenden Einrichtungen von 27 Institutsambulanzen im Jahr 1980 bis 304 im Jahr 2002 (Salize, Rössler & Becker, 2007). Nach einer aktuellen Bestandsaufnahme der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007) verfügen 418 Fachkrankenhäuser oder Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland über eine Institutsambulanz, wobei 14% dieser Institutsambulanzen räumlich von den Krankenhäusern getrennt sind. Die Fallzahlen variieren zwischen 884 und 3.335 Patienten pro Jahr. In der Regel sind die Behandlungskonzepte in psychiatrischen Institutsambulanzen für schwer psychisch und chronisch Erkrankte, z.B. Patienten mit Schizophrenie, konzipiert, die einen besonderen multiprofessionellen, gemeindenahen Versorgungsbedarf haben (Salize et al., 2007).

Hinzu kommen ambulante Behandlungen für spezielle Problemstellungen und Indikationsbereiche in *psychiatrischen Ermächtigungsambulanzen* in Fachkrankenhäusern und Fachabtei-

lungen für Psychiatrie und Psychotherapie über persönliche Ermächtigung des Chefarztes/Abteilungsleiters. Im Jahr 2002 existierten 219 psychiatrische Ermächtigungsambulanzen in Deutschland (Salize et al., 2007). Insgesamt lässt sich die Versorgungskapazität und das Diagnosespektrum in diesen beiden Versorgungsbereichen jedoch aufgrund mangelhafter Datengrundlagen nicht exakt abschätzen.

Früherkennungszentren:

Vor dem Hintergrund, dass sich eine in der Prodromalphase unbehandelte schizophrene Erkrankung prognostisch ungünstig auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirkt (vgl. Abschnitt 2.1.5), wurden weltweit Zentren zur Früherkennung psychotischer Erkrankungen in die psychiatrische Versorgung integriert. In Deutschland wurde das erste Früherkennungszentrum 1999 angegliedert an die psychiatrische Klinik der Universität Köln gegründet. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes Schizophrenie wurden Anfang 2000 drei weitere Früherkennungszentren in den psychiatrischen Universitätskliniken Bonn, Düsseldorf und München eingerichtet (siehe auch: <http://www.kompetenznetz-schizophrenie>).

Ziel der Früherkennung ist es einerseits im Sinne der Sekundärprävention Patienten, die bereits manifest erkrankt sind, durch Öffentlichkeitsarbeit in Fachkreisen schneller identifizieren und behandeln zu können. Darüber hinaus sollen auch Patienten in der Prodromalphase, also vor der ersten akuten psychotischen Episode, in den Früherkennungszentren von einem multi-professionellen Team, oftmals mit speziellen Screening-Instrumenten, Früherkennungsinventaren sowie neuropsychologischen Testungen und bildgebenden Verfahren untersucht werden, um eine individuelle Risikoabschätzung für die Entwicklung einer manifesten schizophrenen Erkrankung und akuten Psychose vornehmen zu können. Abhängig vom Grad dieses Risikos werden verschiedene präventive therapeutische Maßnahmen, z.B. verhaltenstherapeutische Interventionen oder eine niedrigdosierte antipsychotische Medikation mit einem atypischen Antipsychotikum eingeleitet, die den Ausbruch der Erkrankung verhindern oder verzögern sollen (Ruhrmann et al., 2003; Ruhrmann, Klosterkötter & Maier, 2004).

2.3.3.4 Komplementäre Versorgung

Ausgelöst durch die Reformbewegungen nach der Psychiatrie-Enquete in den 1970er Jahren kam es zu einer Übertragung der meisten psychosozialen Betreuungsaufgaben in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit auf außerstationäre, komplementäre Einrichtungen und

Dienste. Mit dem Ziel eine gemeindenahere, präventive und rehabilitative Versorgung von schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen zu gewährleisten, entstand ein breites Spektrum an komplementären Versorgungseinrichtungen mit unterschiedlichen Trägerschaften. Grob unterteilen lassen sich diese vielfältigen Angebotsstrukturen in Psychosoziale Beratungsstellen, betreute Wohneinrichtungen, Institutionen und Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung, tages- und alltagsstrukturierende Maßnahmen sowie Selbsthilfe und trialogische Initiativen (vgl. Abbildung 5).

Komplementäre Versorgung

Psychosoziale Beratungsstellen

Betreute Wohneinrichtungen:

- Ambulantes betreutes Wohnen (z.B. Personenbezogene pädagogische Maßnahme für psychisch kranke Menschen durch ambulante Pflegedienste)
- Betreute Wohngemeinschaft
- Therapeutisches Wohnheim (langfristig oder mittelfristig in Übergangseinrichtungen)

Institutionen und Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung:

- Werkstätten für Behinderte
- Beschützte Arbeitsplätze in Integrations- oder Zuverdienstbetrieben oder Selbsthilfefirmen
- Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, berufliche Trainingszentren
- Betreuung und Hilfen am Arbeitsplatz durch psychosoziale Fachdienste
- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)

Tages- und alltagsstrukturierende Maßnahmen:

- Tagesstätten
- Begegnungs- und Kontaktstätten

Selbsthilfe und trialogische Initiativen:

- Angebote von Betroffenen- und Angehörigenverbänden
- Selbsthilfegruppen
- Angehörigengruppen
- Trialogische Gruppen / ‚Psychoseminare‘

Abbildung 5. Angebote der komplementären Versorgung von psychisch erkrankten Erwachsenen in Deutschland.

Psychosoziale Beratungsstellen:

Institutionelle psychosoziale Beratung richtet sich an Menschen in schwierigen Lebens- und Konfliktsituationen. Sie soll den Betroffenen zu einem besseren Verständnis ihrer Situation verhelfen und Lösungsmöglichkeiten vorschlagen. Häufig finden sich unter den Ratsuchenden auch Menschen mit psychischen Störungen. Die vorwiegend beratenden Tätigkeiten, welche von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten innerhalb eines multiprofessionellen Teams (u.a. bestehend aus Pädagogen, Sozialarbeitern, Theologen und Juristen) geleistet werden, können nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden, sondern werden von den Trägern der Einrichtungen - häufig unter Selbstbeteiligung der Ratsuchenden - finanziert (Vogel, 1996). Laut Mitteilung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) existierten zum Stichtag des 08.08.2006 insgesamt 12.145 psychosoziale Beratungsstellen in Deutschland, in 1.818 dieser Beratungsstellen besteht ein Beratungsschwerpunkt für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Schulz et al., 2008). Die Datenlage zur Inanspruchnahme sowie zum Diagnosespektrum ist auch hier, vor allem aufgrund der vielfältigen Trägerschaften, nicht ausreichend.

Betreute Wohneinrichtungen:

Für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Störungen besteht ein differenziertes Angebot an verschiedenen betreuten Wohneinrichtungen mit unterschiedlicher Betreuungsintensität. Das Spektrum reicht von ambulanten Maßnahmen zur Betreuung psychisch erkrankter Menschen in ihrer eigenen Wohnung über therapeutische betreute Wohngemeinschaften bis hin zu therapeutischen Wohnheimen, die durchgängig 24 Stunden täglich von entsprechendem Fachpersonal betreut werden. Ziel ist es, eine an den Bedarf des Patienten orientierte Wohnform zu wählen und den Wechsel in Wohnformen mit geringerer oder höherer Betreuungsintensität zu ermöglichen.

Im Zuge des Bettenabbaus in der stationären psychiatrischen Versorgung (vgl. Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2) kam es zu einem stetigen Ausbau der Plätze in betreuten Wohnheimen. Im Jahr 2000 existierten 1.180 betreute Wohnheime (mit 24-Stunden-Betreuung) mit insgesamt 36.580 Plätzen (Salize et al., 2007). Darüber hinaus gab es weitere 26.847 Plätze in weiteren betreuten Wohnformen. Nach Angaben der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007) zeigt sich im Vergleich zu 2003 weiterhin eine deutliche Entwicklung weg von großen Wohnheimen hin zu kleineren, überschaubaren betreuten Wohneinheiten und insbesondere zu ambulanten Betreuungsangeboten. Dennoch überwiegen in

Deutschland aktuell noch die Kapazitäten in Wohnheimen mit Langzeitunterbringung gegenüber der ambulanten Betreuung der Patienten in der eigenen Wohnung. Häufig ist kein flexibler Übergang in unterschiedlich intensive Wohnformen je nach Betreuungsintensität möglich. Die Zuweisung zu den einzelnen Einrichtungen erfolgt nicht primär nach individuellem Bedarf sondern eher zufällig (Rössler, 2008). Gründe dafür können die unterschiedlichen Trägerschaften und Finanzierungsverantwortlichkeiten sein (Rössler, 2008). Bezüglich der Inanspruchnahme und der Diagnoseverteilung in den betreuten Wohneinrichtungen finden sich aufgrund der nicht ausreichenden Dokumentationslage keine verlässlichen Daten. Dies kann auch hier wiederum durch die unterschiedlichen Trägerschaften der einzelnen Einrichtungen begründet sein.

Institutionen und Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung:

Im Bereich der beruflichen Eingliederung existiert eine Vielzahl an Maßnahmen und Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägerschaften und Finanzierungsverantwortlichkeiten. Das quantitativ dominierende Versorgungsangebot zur beruflichen Rehabilitation sowohl im Hinblick auf berufsvorbereitende Maßnahmen als auch im Hinblick auf beschützte Beschäftigungsmöglichkeiten sind *Werkstätten für Behinderte*. Von den rund 200.000 Plätzen in Werkstätten für Behinderte im Jahr 2000 werden ca. 12%, also etwa 24.000 Plätze speziell für Behinderte mit psychischen Erkrankungen vorgehalten (Salize et al., 2007). Darüber hinaus existieren etwa 4.000 beschützte Arbeitsplätze in *Integrations- oder Zuverdienstbetrieben oder Selbsthilfefirmen*. Das sind Arbeitsplätze in auf psychisch Erkrankte spezialisierten Kleinbetrieben, die teilweise auf dem ersten Arbeitsmarkt fungieren (Salize et al., 2007). Weiterhin übernehmen *Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke* in einem gewissen Umfang die berufliche Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen. Die Einrichtungen sind ambulant, stationär oder gemischt konzipiert. In Berufsbildungswerken findet eine erstmalige berufliche Eingliederung statt, bei denen v.a. Menschen unter 30 Jahren eine berufliche Ausbildung ermöglicht wird. In Berufsförderungswerken erfolgt in der Regel eine Fortbildung oder Umschulung von eingeschränkt berufsfähigen behinderten Menschen. Etwa 60 dieser Berufsförderungswerke nehmen auch Menschen mit psychischen Erkrankungen auf (Rössler, 2008). Finanziert von den Landessozialämtern und Landeswohlfahrtsverbänden bieten darüber hinaus *psychosoziale Fachdienste* Betreuung und Hilfen am Arbeitsplatz an. Ziel ist es, dem psychisch erkrankten Menschen bedarfsgerechte Hilfestellung durch niederschwellige Betreuungs- und Beratungsangebote zu bieten, damit dieser die Problemstellungen, die aufgrund der

psychischen Erkrankung am Arbeitsplatz entstehen, besser bewältigen kann.

Ein besonderes Angebot der beruflichen Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen stellen *Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)* dar. Sie entstanden 1986 auf Grundlage einer Empfehlungsvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Eine Besonderheit der RPK ist die gemeinsame Finanzierung durch gesetzliche Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Sozialhilfeträger, wodurch Inanspruchnahmebarrieren, die sich aufgrund unklarer Finanzierungsverantwortlichkeiten im Bereich der Rehabilitation von Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen üblicherweise ergeben, reduziert werden (Rössler, 2008). Die Einrichtungen der RPK verstehen sich als ein Komplexeleistungsangebot, das berufliche, medizinische und soziale Rehabilitation mit dem Ziel der Wiederherstellung der Berufs- und Arbeitsmarktfähigkeit vereint (Rössler, 2008). Die RPK-Einrichtungen sind vorwiegend gemeindenah organisiert und verfügen überwiegend über stationäre aber auch zunehmend teilstationäre und ambulante Rehabilitationsplätze. Die Rehabilitationsangebote umfassen u.a. ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen, Training der Fertigkeiten zur selbständigen Lebensführung, Beschäftigungstherapie, Belastungserprobung und berufsvorbereitende Maßnahmen (Weig, 2003).

Nach der letzten RPK-Bestandsaufnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gab es im Jahr 2000 insgesamt 42 Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) mit zusammen 827 Rehabilitationsplätzen im Bundesgebiet (Weig, 2003). Die Mindestzahl von 50 Plätzen pro Einrichtung wird in vielen Regionen unterschritten. Das Diagnosespektrum in den RPK-Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren zunehmend von vornehmlich schizophren erkrankten Menschen auf weitere Diagnosen, wie z. B. Persönlichkeitsstörungen, ausgeweitet. Es bestehen regionale Unterschiede in der Umsetzung des RPK-Konzepts. Angebote von RPK-Einrichtungen werden bisher noch nicht flächendeckend vorgehalten. Das gilt insbesondere für die neuen Bundesländer (Weig, 2003). Insgesamt kann die bisher sehr geringe Anzahl an Plätzen in RPK-Einrichtungen nicht den Bedarf an Rehabilitation von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen decken.

Tages- und alltagsstrukturierende Maßnahmen:

Für einen kleinen Teil der in den Gemeinden lebenden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, stellen die Angebote zur beruflichen Eingliederung und Rehabilitation aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung eine Überforderung dar und sind daher nicht indiziert (Rössler, 2008). Einrichtungen und Maßnahmen zur Alltags- und Tagesstrukturierung haben

für diese Patientengruppe daher eine besondere Relevanz.

Im Rahmen der Angebote zur Tages- und Alltagsstrukturierung trainieren die Betroffenen in einem festgelegten regelmäßigen Zeitrahmen, lebenspraktische Fähigkeiten, und der Aufbau und Erhalt sozialer Kontakte wird unterstützt.

Die Angebote zur Tages- und Alltagsstrukturierung haben sich in den letzten Jahren quantitativ und qualitativ weiterentwickelt und bieten ein breites Spektrum an Angeboten, welches von Einrichtungen mit verbindlichen Regelungen zur Teilnahme (Tagesstätten) bis hin zu Angeboten ohne verbindliche Regelungen (Begegnungs- und Kontaktstätten) reicht (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2007).

Im Jahr 2000 existierten in Deutschland insgesamt 536 Tagesstätten für psychisch Erkrankte mit insgesamt etwa 7.600 Plätzen, die ein strukturiertes Angebot über fünf Tage die Woche vorhielten (Salize et al., 2007). Dennoch besteht ein Bedarf an einem weiteren Ausbau der Angebotskapazitäten (Rössler, 2008).

Selbsthilfe und trialogische Initiativen:

Für Patienten mit psychischen Erkrankungen, speziell auch mit schizophrenen Erkrankungen, findet sich ein breites, häufig von Betroffenen und Angehörigen selbst initiiertes und organisiertes Spektrum an Selbsthilfe- und Beratungsangeboten (Buck & Barteld-Paczkowski, 2002; Heim, 2002). In Betroffenen- und Angehörigenverbänden auf Landes- und Bundesebene, z.B. dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. oder dem Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker e.V. werden diese Angebote häufig verwaltet und es wird zusätzlich Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt.

Auch trialogische Initiativen, in denen der Austausch und der Dialog von betroffenen Patienten, Angehörigen sowie versorgendem Fachpersonal stattfindet, sind vielerorts bereits etabliert. Ein besonderes Angebot aus dem dialogischen Bereich sind die ‚Psychose-Seminare‘, die seit Anfang der 1990er Jahre bestehen und erstmals an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf entstanden sind (Bock & Buck 2002). Psychoseseminare sind Gesprächsforen und Expertenrunden in denen Patienten, Angehörige und in der Psychiatrie Beschäftigte in einen gleichberechtigten Wissens-, Meinungs- und Erfahrungsaustausch (Dialog) über psychische Erkrankungen, insbesondere Psychosen treten mit dem Ziel ein besseres, ganzheitliches Verständnis für Psychosen zu entwickeln und damit auch die Arbeitsweisen, Haltungen und das Menschenbild in der Psychiatrie zu beeinflussen (Bock, 2002). In Deutschland, Österreich und der Schweiz bestehen inzwischen über 100 Psychoseseminare. Sie sind organisatorisch

autonom, so dass eine große Vielfalt hinsichtlich Art der Moderation, Teilnehmerzahlen, Zusammensetzung oder Ort des Seminars besteht. Als Grundregel gilt jedoch, dass die Seminare an einem neutralen Ort, meist an einer Volkshochschule oder Hochschule, jedoch nicht in einer psychiatrischen Klinik stattfinden.

2.3.3.5 Übergreifende Dienste und Verbände

Im Folgenden werden übergreifende Dienste und Verbände beschrieben, die sich ausgehend von den Reformbewegungen Mitte der 1970er Jahre und gemäß der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988) traditionell etabliert haben und die Schnittstellen zwischen ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementärer psychiatrischer Versorgung reduzieren sollen.

Hier sind zum einen die Sozialpsychiatrischen Dienste und zum anderen die Gemeindepsychiatrischen Verbände zu nennen (vgl. Abbildung 6).

Übergreifende Dienste und Verbände:

- Sozialpsychiatrische Dienste
- Gemeindepsychiatrische Verbände

Abbildung 6. Übergreifende Dienste und Verbände in der Versorgung von psychisch erkrankten Erwachsenen in Deutschland.

Sozialpsychiatrische Dienste:

Sozialpsychiatrische Dienste bieten vielfältige Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und sollen helfen, die Schnittstellen zwischen ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementärer Versorgung zu reduzieren (Salize et al., 2007). Sie sind Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes, es handelt es sich um Pflichtaufgaben der Kreise und kreisfreien Städte. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind in den meisten Fällen den Gesundheitsämtern angegliedert. Im Jahr 2000 existierten in Deutschland insgesamt 586 Sozialpsychiatrische Dienste mit einer durchschnittlichen Teamgröße von 5-6 Mitarbeitern.

Die Aufgabenbereiche, Strukturen und Angebote der Sozialpsychiatrischen Dienste richten sich nach den in den jeweiligen Bundesländern geltenden gesetzlichen Bestimmungen und sind daher zwischen den Bundesländern sehr unterschiedlich (Rössler, 2008). In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Ver-

sorgung (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988) sind jedoch für Sozialpsychiatrische Dienste bestimmte Aufgabenbereiche formuliert worden, die sich unter vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen fassen lassen. Dazu gehören Beratung von Hilfesuchenden, Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes einschließlich betreuender oder behandelnder Institutionen, medizinische Diagnostik, präventive und rückfallprophylaktische Maßnahmen, Krisenintervention, Nachsorgemaßnahmen nach stationärem Aufenthalt, Maßnahmen zur Wiedereingliederung in die Gemeinschaft, regelmäßige Durchführung von ärztlich geleiteten Sprechstunden und von Hausbesuchen, Koordination und Einleitung der einzelnen Hilfsmaßnahmen und Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion, die mit der Betreuung und Behandlung von psychisch erkrankten Menschen befasst sind, insbesondere mit den regional zuständigen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen, Gruppenangebote für Betroffene, Laienhelfer und Angehörige sowie Öffentlichkeitsarbeit. In den meisten Sozialpsychiatrischen Diensten arbeiten Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gemeinsam mit Dipl.-Sozialarbeitern/-pädagoginnen. In einigen Diensten arbeiten zusätzlich Krankenpflegekräfte, Ergotherapeuten und Psychologen (Salize et al., 2007). Eine wichtige Zielgruppe sind schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen, die krankheitsbedingt keine oder nur eingeschränkt professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Aufsuchende Hilfen in der unmittelbaren Lebensumgebung der Patienten sind somit Schwerpunkt der Arbeit. Die Kontakthäufigkeit zu den einzelnen Patienten ist sehr unterschiedlich und reicht von einmaligen Kontakten bis hin zu Betreuung über mehrere Jahre. Sozialpsychiatrische Dienste sind außerdem mit der Durchführung von Schutzmaßnahmen gemäß PsychKG beauftragt sowie an der Unterbringung nach PsychKG beteiligt, falls eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten vorliegt (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2007).

Gemeindepsychiatrische Verbände:

Ausgehend von den Ergebnissen der Psychiatrie-Enquete 1975 und den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988), wurde zur Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen die Gründung *Gemeindepsychiatrischer Verbände* in den einzelnen Versorgungsgebieten empfohlen. Gemeindepsychiatrische Verbände sind verbindliche, rechtsfähige Zusammenschlüsse der wesentlichen Leistungserbringer im Bereich der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkran-

kungen in einer Region, die im Rahmen einer gemeinsamen Hilfeplanung eine personenzentrierte auf den individuellen Versorgungsbedarf des psychisch Erkrankten angepasste Versorgung über die verschiedenen Institutionen und Kostenträger hinweg ermöglichen sollen (Greve, 2007). In der praktischen Arbeit der Gemeindepsychiatrischen Verbände steht im Mittelpunkt der Aktivitäten die Bereitstellung von Hilfen in den Bereichen Selbstversorgung, Wohnen, Tages- und Alltagsstrukturierung sowie soziale Kontakte. Fragen der beruflichen Integration treten hier oftmals noch in den Hintergrund.

Vielerorts sind mittlerweile Gemeindepsychiatrische Verbände nach diesen Empfehlungen entstanden, die häufig über Kooperationsverträge zwischen verschiedenen Leistungsanbietern in einem Versorgungsbezirk, meist unter Einbezug der stationären Einrichtungen, organisiert sind. Auf der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. sind insgesamt 18 Gemeindepsychiatrische Verbände bundesweit verzeichnet, wobei die Verteilung nicht flächendeckend über alle Bundesländer erfolgt. Vor allem in den Ballungsgebieten, wie Hamburg, Berlin und Nordrhein-Westfalen sind Gemeindepsychiatrische Verbände etabliert (Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V., 2006).

2.4 Gegenüberstellung des sich aus Krankheitsmerkmalen ergebenden Versorgungsbedarfs und der aktuellen Versorgungsbedingungen für schizophrene Patienten in Deutschland

Ausgehend von den in Abschnitt 2.1 beschriebenen spezifischen Krankheitsmerkmalen, Krankheitsfolgen und -risiken und dem sich daraus ergebenden Versorgungsbedarf und den Behandlungsempfehlungen der Schizophrenie in Abschnitt 2.2 soll im Folgenden eine zusammenfassende Gegenüberstellung mit den unter Abschnitt 2.3 beschriebenen Bedingungen der aktuellen Versorgungssituation von schizophrenen Patienten in Deutschland erfolgen. Dabei sollen Problembereiche identifiziert und es soll auf eine mögliche Unter- und Fehlversorgung von Patienten mit Schizophrenie in Deutschland eingegangen werden. In Tabelle 4 sind die wesentlichen Inhalte der unter den Abschnitten 2.1 bis 2.3 dargestellten und diskutierten Aspekte zusammengefasst und gegenübergestellt.

Tabelle 4: Gegenüberstellung von Krankheitsmerkmalen, Krankheitsfolgen- und -risiken, Versorgungsbedarf, Behandlungszielen und -empfehlungen und den Bedingungen der aktuellen Versorgungssituation für Patienten mit Schizophrenie

Symptomatik, Krankheitsfolgen und -risiken	Versorgungsbedarf/ Behandlungsziele	Behandlungsempfehlungen	Bedingungen der aktuellen Versorgungssituation
Besondere Schwere der Erkrankung, Positiv-Symptomatik			
Wahnsymptomatik, erhöhtes Suizidrisiko und Fremdgefährdungsrisiko	Reduzierung der akuten Positiv-Symptomatik, Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung	Antipsychotische Medikation	Kurzfristige Unterbringung nach PsychKG in geschlossenen Abteilungen ohne ausreichende Nachsorge, mangelhafte Vernetzung der Versorgungssysteme, ‚Dreh-türpsychiatrie‘, ggf. Langzeitunterbringung im Maßregelvollzug mit Gefahr der Kriminalisierung
Häufig stark ausgeprägte Negativ-Symptomatik			
Psychosoziale Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen, häufig komorbide depressive Begleitsymptomatik, kognitive Funktionseinschränkungen, Einschränkungen in der Selbstfürsorge und selbstständigen Lebensführung, Beeinträchtigung in Lebensqualität und -zufriedenheit	Reduzierung der Negativ- und Residualsymptomatik, Förderung von Selbsthilfe und Selbstfürsorge, Entwicklung individueller Coping-Strategien, Behandlung und Coping kognitiver und sozialer Defizite	Antipsychotische Medikation, ergänzende psychosoziale Therapie, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, kognitives Training, Training sozialer Fertigkeiten, möglichst im ambulanten Setting	Größere Barrieren zum Zugang zur ambulanten Psychotherapie für schizophrene Patienten (lange Wartezeiten, hohe Ablehnungsquoten), Versorgung ist nicht am individuellen Bedarf orientiert sondern immer noch institutionell determiniert, Beschränkung der Behandlungsoptionen auf psychiatrische Institutsambulanzen oder stationäre/teilstationäre Behandlung, niedergelassene Fachärzte führen selten psychotherapeutische Leistungen durch sondern leisten primär medikamentöses Monitoring häufig mit nur geringer Kontaktfrequenz

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 4

Symptomatik, Krankheitsfolgen und -risiken	Versorgungsbedarf/ Behandlungsziele	Behandlungsempfehlungen	Bedingungen der aktuellen Versorgungssituation
Chronischer Verlauf, ungünstige langfristige Prognose			
Erhebliche psychosoziale Behinderung, soziale Isolation, Langzeitarbeitslosigkeit	Förderung sozialer Integration, berufliche Rehabilitation, Aufbau sozialer Kontakte, Minimierung stationärer Klinikaufenthalte	Antipsychotische Langzeitmedikation und Rezidivprophylaxe, ergänzende psychosoziale Therapie, insbesondere milieu-therapeutische Maßnahmen und berufliche Rehabilitation	Geringe Behandlungskapazitäten in der Medizinischen Rehabilitation der Sozialversicherungsträger, zu wenig Plätze in speziellen RPK-Einrichtungen, finanzielle Zuständigkeit der Sozialhilfesysteme führt zu Unterversorgung, häufig langfristige Unterbringung in Werkstätten für Behinderte und Wohnheimen ohne Förderung, Fehlen flächendeckender Angebote des supported employment, Soteria-Einrichtungen in Deutschland nur vereinzelt vorhanden, Fehlen flächendeckender tages- und alltagsstrukturierender Maßnahmen
Phasenhafter Verlauf mit Rezidiven			
Hohes Rückfallrisiko	Reduzierung psychosozialer Stressoren, Behandlungskontinuität, Rückfallprophylaxe, -früherkennung und -management, Anpassung der Behandlung (Art, Intensität, Setting) an den phasenspezifischen Behandlungsbedarf	Antipsychotische Langzeitmedikation und Rezidivprophylaxe, ergänzende psychosoziale Therapie, insbesondere Psychoedukation, angehörigenorientierte Interventionen, Krisenintervention	Behandlungsintensität orientiert sich nicht am phasenspezifischen Bedarf sondern ist institutionsgebunden, eingeschränkte phasenspezifische Behandlungsplanung aufgrund unzureichender Vernetzung des fragmentierten Versorgungssystems (ambulant, teilstationär, stationär, komplementär), Home Treatment Angebote werden selten vorgehalten, häufig kein flexibler bedarfsorientierter Übergang in unterschiedlich intensive Wohn- und Betreuungsformen möglich, wechselnde therapeutische Bezugspersonen bei den Übergängen in ein anderes Versorgungssystem

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 4

Symptomatik, Krankheitsfolgen und -risiken	Versorgungsbedarf/ Behandlungsziele	Behandlungsempfehlungen	Bedingungen der aktuellen Versorgungssituation
Häufig lange Prodromalphase und früher Erkrankungsbeginn			
Beeinträchtigung und Behinderung der psychosozialen Entwicklung bei Fehlen einer adäquaten Behandlung in der Prodromalphase	Früherkennung und -intervention der Erkrankung in der Prodromalphase, niederschwellige psychosoziale Unterstützungsangebote	Früherkennungs- und Behandlungsmaßnahmen, Einleitung präventiver therapeutischer Maßnahmen, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, niedrigdosierte antipsychotische Medikation	Unzureichende Diagnostik, Früherkennung, Informierung und Weitervermittlung durch Hausärzte, Früherkennungszentren nur vereinzelt an Universitätskliniken vorhanden
Häufig geringe Krankheits- und Behandlungseinsicht			
Einschränkungen in der Behandlungs- und Medikamentencompliance, hohes Rückfallrisiko, Selbst- und Fremdgefährdung	Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte, Partizipative Entscheidungsfindung bei der Behandlungsplanung, Krisenpläne bzw. schriftliche Behandlungsvereinbarung, Berücksichtigung individueller Krankheitskonzepte, Einbezug von Angehörigen und anderen Bezugspersonen	Psychotherapeutische Interventionen, insbesondere Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie und angehörigorientierte Interventionen	Systematische Maßnahmen der Patientenbeteiligung noch nicht ausreichend in der Routineversorgung realisiert und implementiert

Im Folgenden sollen für jedes der in der Tabelle 4 aufgeführten spezifischen Krankheitsmerkmale die Ergebnisse der Gegenüberstellung mit den Bedingungen der aktuellen Versorgungssituation für schizophrene Patienten in Deutschland genauer erläutert und beschrieben werden.

Besondere Schwere der Erkrankung, Positiv-Symptomatik:

Insbesondere im Hinblick auf die in akuten psychotischen Episoden ausgeprägte Positiv-Symptomatik besteht eine besondere Schwere der schizophrenen Erkrankung, die erhebliche Krankheitsrisiken, wie Selbst- und Fremdgefährdung birgt. Hieraus ergibt sich ein besonderer Bedarf hinsichtlich einer effektiven Krisenintervention und der Reduzierung der Positiv-Symptomatik in akuten psychotischen Episoden und der Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung. Für die Reduzierung der Positiv-Symptomatik wird eine antipsychotische Medikation empfohlen und hat sich als wirksam erwiesen. Eine in akuten psychotischen Episoden und Krisen bestehende Suizidalität macht oft die stationäre Unterbringung in einer ge-

geschützten bzw. geschlossenen psychiatrischen Abteilung, bei geringer Krankheitseinsicht oftmals auch nach PsychKG, erforderlich, in der eine Reduzierung der Positiv-Symptomatik und eine Stabilisierung der Patienten in erster Linie durch die antipsychotische Medikation erfolgt. Nach Entlassung aus der stationären Behandlung fehlt oftmals eine ausreichende am individuellen Behandlungsbedarf orientierte Nachsorge. Dies ist zum einen in dem nach wie vor unzureichend ausgebauten Angebot an bedarfsspezifischen Nachsorgemaßnahmen oder dem für schizophrene Patienten oftmals erschwerten Zugang zu entsprechenden ambulanten Maßnahmen zu sehen und zum anderen in der noch unzureichenden Vernetzung der verschiedenen Leistungsträger und Institutionen in den vier Bereichen stationäre, teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung. Die Folge ist oft entweder eine Langzeitunterbringung in wenig fördernder Umgebung, z.B. in Wohnheimen, die zu erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen führen kann oder eine hohe Rückfallrate mit häufigen stationären Wiederaufnahmen im Sinne einer ‚Drehtürpsychiatrie‘. Patienten mit hohem Fremdgefährdungsrisiko kommen innerhalb akuter psychotischer Episoden oftmals mit dem Gesetz in Konflikt und werden dann häufig dauerhaft, aufgrund verminderter Schuld- oder Schuldunfähigkeit im Rahmen des Maßregelvollzugs in Einrichtungen der forensischen Psychiatrie untergebracht. Eine Entlassung dieser Patienten aus dem Maßregelvollzug wird durch das Fehlen eines adäquaten intensiv-psychiatrischen Unterbringungs- und Behandlungsangebots außerhalb des Maßregelvollzugs häufig erschwert, sodass eine Kriminalisierung und Langzeithospitalisierung der Patienten im Maßregelvollzug droht.

Häufig stark ausgeprägte Negativ-Symptomatik:

Die bei etwa einem Drittel der Patienten mit Schizophrenie stark ausgeprägte Negativ-Symptomatik führt zu erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen. Charakteristische kognitive Störungen, Antriebsstörungen und Defizite in der sozialen Interaktion und Kommunikation führen zu erheblichen Einschränkungen in der Selbstfürsorge, in sozialen Interaktionsbereichen und beeinträchtigen die Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebensführung. Dies führt zu einer starken subjektiv erlebten Einschränkung der Lebenszufriedenheit und -qualität der Patienten. Bei einem Großteil der Patienten mit Schizophrenie wird dies durch eine komorbide depressive Symptomatik noch verstärkt. Hieraus ergibt sich der Bedarf an langfristiger Reduzierung der Negativ- und Residualsymptomatik, die in erster Linie durch eine wirksame antipsychotische Medikation erfolgt. Ergänzende psychosoziale Therapien, insbesondere psychotherapeutische Interventionen, wie kognitive

Verhaltenstherapie, kognitives Training und Training sozialer Fertigkeiten haben sich als ergänzende therapeutische Maßnahmen im Hinblick auf die Reduzierung der Negativsymptomatik, die Förderung von Selbsthilfe und Selbstfürsorge, die Entwicklung hilfreicher Coping-Strategien sowie für die Behandlung kognitiver und sozialer Defizite als wirksam erwiesen und können die Lebensqualität und -zufriedenheit verbessern.

Insbesondere bezüglich der ergänzenden psychosozialen Therapien wird empfohlen, diese vorwiegend im ambulanten Setting durchzuführen, damit der Patient in seiner gewohnten Lebensumgebung verbleibt und in der Therapie erlernte Fertigkeiten unmittelbar in den alltäglichen Funktionsbereichen angewendet und integriert werden können. Für schizophrene Patienten bestehen jedoch größere Barrieren zum Zugang zu entsprechenden ambulanten psychotherapeutischen Maßnahmen als bei Patienten mit anderen Diagnosen (z.B. Depressionen oder Angsterkrankungen). Bei ambulanten Psychotherapeuten werden schizophrene Patienten häufig abgewiesen oder müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Niedergelassene Fachärzte, von denen ein Großteil der schizophrenen Patienten versorgt wird, führen selten psychotherapeutische Leistungen durch sondern leisten primär eine psychiatrische Grundversorgung mit vor allem medikamentösem Monitoring bei nur geringer Kontaktfrequenz. Damit beschränken sich die ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsoptionen der schizophrenen Patienten auf psychiatrische Institutsambulanzen oder spezialisierte Tageskliniken. Der Zugang zu diesen Angeboten erfolgt demnach nicht nach individuellem Behandlungsbedarf sondern ist in Ermangelung entsprechender verfügbarer Alternativen determiniert durch die Versorgungsstrukturen. Ob die seit kurzen in die ambulante kassenärztlichen Versorgung integrierten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) hier eine Versorgungslücke schließen können, kann aufgrund der bisher nicht ausreichenden Evaluation dieses Versorgungsangebots zur Zeit nicht beantwortet werden.

Chronischer Verlauf, ungünstige langfristige Prognose:

Über die Hälfte der schizophrenen Erkrankungen verlaufen chronisch und häufig mit persistierender Residualsymptomatik. Eine vollständige Remission der Symptomatik nach langem Krankheitsverlauf ist selten. Bei nicht ausreichender Behandlung sowie psychosozialer Unterstützung und Förderung besteht ein hohes Risiko für die Entwicklung einer psychosozialen Behinderung die wichtige soziale und berufliche Funktionsbereiche betrifft (z.B. soziale Isolation und Langzeitarbeitslosigkeit). Maßnahmen zur Förderung der sozialen Integration und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen kommt daher ein hoher Stellenwert in der Versorgung

und Behandlung chronisch erkrankter schizophrener Patienten zu. Ziele sind hierbei der Aufbau und die Sicherung sozialer Kontakte sowie die Entwicklung einer an die krankheitsbedingten Einschränkungen angepassten beruflichen Perspektive und Einbindung. Dabei sollten stationäre Krankenhausaufenthalte möglichst minimiert und verkürzt werden und eine an den individuellen Bedarf des Patienten orientierte gemeindenahere Behandlung und Versorgung erfolgen, um eine maximale Lebenskontinuität zu gewährleisten. Als wirksame Maßnahmen für die Verbesserung des langfristigen Krankheitsverlaufs haben sich eine antipsychotische Langzeitmedikation bzw. Rezidivprophylaxe ergänzt durch psychosoziale Therapie, insbesondere milieutherapeutische Maßnahmen und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, als wirksam erwiesen.

Der Zugang zu rehabilitativen Leistungen der Sozialversicherungsträger ist jedoch für chronisch erkrankte schizophrene Patienten aufgrund ihrer ungünstigen sozialmedizinischen Prognose und der oft nicht ausreichend langen Versicherungsdauer stark eingeschränkt. Durch die dann eintretende Zuständigkeit der Sozialhilfesysteme, die mit wesentlich weniger finanziellen Ressourcen auskommen müssen, kommt es häufig zu einer Unterversorgung an fördernden rehabilitativen Angeboten und zu langfristiger Unterbringung in Wohnheimen und Werkstätten für Behinderte mit sehr begrenztem Förderungsanspruch. Innovative Versorgungsangebote, wie z.B. Einrichtungen der Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK), können aufgrund einer extrem geringen Anzahl an Plätzen den Bedarf nicht annähernd decken. Weiterhin fehlen flächendeckende Angebote des supported employment und Soteria-Einrichtungen, die sich insbesondere in anderen Ländern als wirksam erwiesen und etabliert haben. Auch alltags- und tagesstrukturierende Maßnahmen und Einrichtungen, als Mindestangebot für schwer chronisch Erkrankte, sind gemessen an der Anzahl der bedürftigen Patienten noch nicht in ausreichender Zahl vorhanden.

Phasenhafter Verlauf mit Rezidiven:

In den meisten Fällen, d.h. bei über 80% der Patienten, verlaufen schizophrene Erkrankungen rezidivierend, d.h. sie sind charakterisiert durch das unregelmäßige Auftreten akuter psychotischer Episoden mit Zwischenphasen unterschiedlicher Länge, in denen entweder keine oder abgeschwächte Symptome auftreten. Nach erfolgreicher Behandlung der ersten akuten psychotischen Episode besteht daher im weiteren Krankheitsverlauf ein hohes Rückfallrisiko.

Zur Verhinderung von Rezidiven hat sich insbesondere eine antipsychotische Langzeitmedikation bzw. Rezidivprophylaxe als wirksam erwiesen. Häufig führt dabei jedoch eine einge-

schränkte Medikamentencompliance zum Abbruch der Therapie. Psychosoziale Therapien, insbesondere Psychoedukation, angehörigorientierte Interventionen und Maßnahmen zur Krisenintervention können die Medikamentencompliance verbessern und damit das Rückfallrisiko reduzieren. Einen Schwerpunkt der Psychose-Behandlung sollten Maßnahmen zur Früherkennung und -behandlung von Rezidiven sowie Rückfallprophylaxe bilden, in denen der Patient zur Früherkennung akuter psychotischer Episoden befähigt wird und auslösende psychosoziale Stressoren abgebaut werden. Gleichzeitig sollte die Art, die Intensität und das Setting der Behandlungsmaßnahmen an den individuellen phasenspezifischen Behandlungsbedarf des Patienten angepasst werden. Ein hohes Ausmaß an Behandlungskontinuität und die Vernetzung der unterschiedlichen Hilfesysteme ist hierbei eine wichtige Voraussetzung. Dies wird jedoch durch die strukturellen Bedingungen des Versorgungssystems erheblich erschwert. Durch die noch unzureichende Vernetzung und die Schnittstellen zwischen stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Bereichen in einem stark fragmentierten Versorgungssystem, ist eine phasenspezifische Behandlungsplanung mit hinreichender Behandlungskontinuität nur eingeschränkt möglich. Die Art der Behandlung, die Behandlungintensität und das Behandlungssetting orientieren sich weniger an dem phasenspezifischen Behandlungsbedarf des einzelnen Patienten, sondern sind nach wie vor häufig institutionsgebunden. Z.B. bedeutet ein Wechsel des Behandlungssettings oft gleichzeitig ein Wechsel der versorgenden Institution und somit ein Wechsel der therapeutischen Bezugspersonen. Eine Einschränkung der Beziehungskontinuität, als wichtige Voraussetzung für die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie ist oft die Folge. Auch im gemeindenahen Bereich ist ein flexibler bedarfsorientierter Übergang in unterschiedlich intensive Wohn- und Betreuungsformen bisher aufgrund unklarer Finanzierungsverantwortlichkeiten nur eingeschränkt möglich. Spezifische bedarfsorientierte Angebote, wie z.B. Home treatment werden in Deutschland nur vereinzelt angeboten.

Häufig lange Prodromalphase und früher Erkrankungsbeginn:

Etwa Dreiviertel aller Schizophrenien beginnen mit einer durchschnittlich fünf Jahre andauernden Prodromalphase, in der zunächst unspezifische Symptome, wie u.a. Unruhe/Angst, depressive Verstimmung, Denk- und Konzentrationsstörungen, Verschlechterung des Arbeitsverhaltens sowie sozialer Rückzug auftreten. Je länger die Erkrankung in der Prodromalphase unbehandelt bleibt, desto schlechter ist die Prognose, da bei einem relativ frühen Erkrankungsalter zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr durch die Prodromalsymptomatik eine er-

hebliche Beeinträchtigung und Behinderung in der psychosozialen Entwicklung entsteht. Früherkennungs- und Frühbehandlungsprogrammen kommt daher eine große Bedeutung zu. Diese sollen helfen, eine schizophrene Erkrankung vor dem Ausbruch einer akuten psychotischen Episode zu erkennen und präventive therapeutische Maßnahmen, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie oder eine niedrigdosierte antipsychotische Medikation einleiten, die das Auftreten einer ersten akuten psychotischen Episode verhindern sollen.

Die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen, einschließlich psychischen Problemen, ist im deutschen Versorgungssystem der Hausarzt. Es zeigt sich jedoch, dass psychische Erkrankungen, u.a. auch Schizophrenien vom Hausarzt häufig nicht als solche erkannt werden. Daher ist davon auszugehen, dass auch ein bedeutsamer Anteil an Patienten mit Schizophrenie in der Prodromalphase vom Hausarzt nicht richtig diagnostiziert, informiert und in eine adäquate fachärztliche Behandlung vermittelt wird. Spezialisierte Früherkennungszentren, die dem Problem mit Hilfe von Öffentlichkeitsarbeit und spezifischen Früherkennungs- und Behandlungsprogrammen begegnen, sind bisher nur vereinzelt an Universitätskliniken etabliert und können den Bedarf nicht decken.

Häufig geringe Krankheits- und Behandlungseinsicht:

Die bei schizophrenen Erkrankungen häufig bestehende eingeschränkte Krankheits- und Behandlungseinsicht führt oft zu einer verminderten Behandlungs- und Medikamentencompliance und damit zu Komplikationen im Behandlungsverlauf bis hin zum Behandlungsabbruch. Das Rückfallrisiko sowie das Selbst- und Fremdgefährdungsrisiko ist daher bei fortbestehender mangelnder Krankheitseinsicht deutlich erhöht. Im Rahmen der Schizophrenie-Behandlung sollten die Patienten daher in besonderem Maße an Behandlungsentscheidungen beteiligt werden. Vor allem zu Behandlungsbeginn, sollte eine umfassende Aufklärung des Patienten über Krankheits- und Behandlungskonzepte erfolgen, bei der auch die individuellen Krankheitskonzepte des Patienten berücksichtigt werden. Angehörige und andere nahe Bezugspersonen des Patienten sollten hier unbedingt mit einbezogen werden. Das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung im Rahmen der Behandlungsplanung hat sich bei schizophrenen Patienten im Hinblick auf eine verbesserte Compliance bewährt und konnte die Krankenhauswiederaufnahmerate reduzieren. Für akute psychotische Phasen haben sich sog. Krisenpläne und schriftliche Behandlungsvereinbarungen als Instrumente für die Patientenbeteiligung als hilfreich erwiesen. Als wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Krankheitseinsicht und Compliance haben sich weiterhin psychotherapeutische Interventionen, insbesonde-

re Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie und angehörigorientierte Interventionen als wirksam erwiesen. Trotz umfassender Forschungsaktivitäten und Aufklärungsarbeit im Hinblick auf Patientenbeteiligung in den letzten Jahren, sind systematische Maßnahmen zur Patientenbeteiligung, wie die Partizipative Entscheidungsfindung, insbesondere im Bereich der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen noch nicht ausreichend in der Routineversorgung realisiert und implementiert.

2.5 Innovative übergreifende Versorgungsmodelle

Angesichts des besonderen Bedarfs sowie der beschriebenen Defizite in der aktuellen Versorgungssituation von Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, insbesondere von Patienten mit Schizophrenie, bestehen seit einigen Jahren Bestrebungen des Gesetzgebers neue Versorgungsmodelle zu fördern und zu implementieren, die eine kosteneffiziente und wirksame Behandlung dieser Patienten versorgungssektorübergreifend gewährleisten und Schnittstellen überwinden sollen. Beispiele hierfür sind die Integrierte Versorgung (IV) und Angebote einer teambasierten integrierten gemeindenahen Versorgung, worauf im Folgenden genauer eingegangen werden soll.

2.5.1 Integrierte Versorgung (IV)

Die Integrierte Versorgung (IV) ist eine neue, seit 2004 gesetzlich geförderte, versorgungssektorenübergreifende Versorgungsform im Gesundheitswesen. Ziel der Integrierten Versorgung ist die Vernetzung und Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen und Versorgungssektoren (ambulant, teilstationär, stationär, komplementär) im Gesundheitswesen, um Schnittstellen in der Versorgung zu reduzieren, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und die Gesundheitskosten zu senken. Zielgruppen für die Integrierte Versorgung sind insbesondere Patienten mit häufigen chronischen Erkrankungen mit besonderer gesundheitsökonomischer Bedeutung, worunter auch psychische Erkrankungen, wie z.B. Depressionen und Schizophrenie fallen. Im Rahmen der Gesundheitsreform ist am 1.1.2004 das Gesetz zur Integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) in Kraft getreten. Hiernach können die gesetzlichen Krankenkassen mit potentiellen Vertragspartnern im Rahmen der Gesundheitsversorgung (z.B. Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassenen Ärzten) Verträge über eine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung“ oder eine „interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ abschließen mit dem Ziel, eine „qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung“ der Versicherten zu

gewährleisten. Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassene Ärzte im Rahmen der Versorgung der entsprechenden Patientengruppen haben dabei die Möglichkeit, eine zusätzliche Anschubfinanzierung für die Implementierung einer neuen sektorenübergreifenden Versorgungsform zu erhalten, wenn ein entsprechender Antrag erfolgt und es zum Vertragsabschluss mit den Krankenkassen kommt. Insgesamt wurden dafür vom Gesetzgeber über 200 Millionen Euro für neue Versorgungsmodelle für Patienten mit psychischen/psychiatrischen Erkrankungen vorgesehen, womit sich in Deutschland über 200 Modellvorhaben über 2 Jahre finanzieren ließen (Kissling, 2008). Bis zum Ende der ursprünglich vorgesehenen Frist für die Anschubfinanzierung Ende 2006 wurden jedoch lediglich 5% dieser Gelder von psychiatrischen / psychosomatischen Antragstellern abgerufen (Kissling, 2006). Ein Grund hierfür war vor allem, die zunächst sehr hohe Ablehnungsquote (bis zu 90%) entsprechender Anträge seitens der Krankenkassen, oftmals mit der Begründung einer als nicht ausreichend beurteilten ökonomischen Relevanz der Projekte. Andererseits wurden jedoch auch, verglichen mit den somatischen Versorgungsbereichen, weniger Anträge von psychiatrischen / psychosomatischen Leistungserbringern gestellt, da diese sich oftmals nicht in der Lage sahen, die erforderlichen zeitlichen, organisatorischen und finanziellen Vorleistungen für eine Konzeptentwicklung und Beantragung zu erbringen (Kissling, 2008).

Im Rahmen einer Verlängerung der Frist für eine Anschubfinanzierung bis Ende 2008 sowie begünstigt durch die vermutlich weniger restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen, kam es seit 2006 dennoch zu einer zunehmenden Erhöhung der Anzahl an Modellprojekten zur Integrierten Versorgung für den psychiatrisch/psychosomatischen Versorgungsbereich (Kissling, 2008). Zum aktuellen Zeitpunkt existieren nach einer Übersicht der DGPPN deutschlandweit 83 Modellprojekte zur Integrierten Versorgung in den Bereichen Psychiatrie, Sucht und Psychosomatik, dabei schließen 14 Projekte explizit die Versorgung schizophrener bzw. psychotischer Patienten ein (http://www.dgppn.de/de_integrierte-versorgung_25.html).

Nach Ablauf der Anschubfinanzierung Ende 2008 sollen lediglich gut in die Versorgungsroutine implementierte und evaluierte Modellprojekte langfristig in die Regelversorgung übernommen werden (Kissling, 2008). Ein häufiges Problem bei der Umsetzung und Implementierung der IV-Modellprojekte ist jedoch die Überschätzung der Rekrutierungszahlen. Wenn bei Implementierung des Projekts deutlich weniger Patienten in die Programme eingeschlossen werden können als ursprünglich geplant, kommt es aufgrund der fehlenden Fallhonorare schnell zu einer Unterfinanzierung und damit oft zum Scheitern des Projekts. Ein weiteres Problem besteht in der heterogenen inhaltlichen Ausgestaltung der IV-Modellprojekte. Bei

einigen Projekten erfolgte lediglich eine ‚Umetikettierung‘ bereits bestehender Versorgungskooperationen, wodurch die angestrebten, vor allem ökonomischen Veränderungen oftmals ausbleiben. Andere Programme konzentrierten sich auf eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Prozesse der Regelversorgung, in denen Veränderungen angestrebt werden, was mit erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten verbunden ist.

Die Forderung der Evaluation bestehender IV-Modellprojekte wird bisher nicht ausreichend und systematisch umgesetzt (von Treeck, 2008). Nach § 275 SGB V ist die externe Evaluation durch den unabhängigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorgesehen. Anders als bei anderen medizinischen Leistungen, lassen jedoch die Krankenkassen die Integrierte Versorgung derzeit häufig über andere, zusätzlich zu vergütende Institutionen, evaluieren, deren Unabhängigkeit fraglich ist. Eine Schwierigkeit besteht auch in der häufig nicht ausreichend in die Modellprojekte implementierte Routinedokumentation, als wesentliche Grundlage für eine Evaluation der diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Dies ist häufig darin begründet, dass effiziente Projektmanagement- und -monitoringstrukturen fehlen für die ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen (Kissling, 2008). Insbesondere bei indikations- und krankenkassenspezifischen IV-Modellprojekten kommt es ohne ein umfassendes Projektmonitoring oftmals zu geringen Rekrutierungszahlen, wodurch repräsentative und aussagekräftige statistische Analysen im Rahmen einer Prozess- und Outcomeevaluation oftmals nur eingeschränkt möglich sind (Kissling, 2008). Aussagekräftige Ergebnisse zur Wirksamkeit der Integrierten Versorgung liegen daher bisher nur für einzelne, der sehr heterogen gestalteten Modellprojekte vor. Durch das Münchener IV-Modellprojekt für die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression, das sich konzeptionell auf lediglich zwei Veränderungsbereiche fokussiert, nämlich die Verbesserung der rezidivprophylaktischen Compliance der Patienten und die Optimierung der Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, konnte nach einjähriger Laufzeit eine Halbierung der Kosten bei gleichzeitiger Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht werden (Kissling, 2008).

2.5.2 Teambasierte integrierte gemeindenahe Versorgung

Das *Assertive Community Treatment (ACT)* ist eine, in den USA und England weiterentwickelte Form des klinischen Case-Managements, bei der die Koordination und Verantwortung bei der Versorgung eines Patienten im Rahmen der verschiedenen Versorgungssektoren nicht, wie im Case-Management von einer einzelnen Person, sondern durch ein multidisziplinäres

Team unterschiedlicher Fachrichtungen (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Pädagogen) mit hoher Betreuungsintensität übernommen wird (Gaebel et al., 2006; Rössler & Theodoridou, 2006). Die Teams haben einen niedrigen Betreuungsschlüssel (10-15 Patienten pro Bezugsperson) und suchen die Patienten zum Teil mehrmals wöchentlich aktiv in deren gewohnter Lebensumgebung auf. Schwerpunkte der Versorgung bilden gezielte Hausbesuche und -visiten sowie Besuche am Arbeitsplatz, insbesondere bei unkooperativen, suizidalen, potentiell aggressiven und akut erkrankten Patienten, psychosoziale Therapien (z.B. Compliance-Therapie, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, angehörigorientierte Interventionen) sowie die Aufrechterhaltung und Optimierung der medikamentösen Behandlung unter starker Berücksichtigung der Medikamentencompliance (Rössler & Theodoridou, 2006). Die gesamte psychiatrische und psychosoziale Versorgung der Patienten soll im Rahmen einer gemeinsamen Behandlungsverantwortung möglichst aus einer Hand geleistet werden, eine Überweisung an andere verantwortliche Institutionen soll weitestgehend vermieden werden, um eine maximale Behandlungskontinuität zu gewährleisten. Wichtige Ziele sind dabei, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Kontakt zum Versorgungssystem zu halten, Krankenhausaufnahmen so weit als möglich zu vermeiden sowie die Krankheitsverläufe und das Behandlungsergebnis, insbesondere im Hinblick auf die Lebensqualität und die soziale Anpassung, zu verbessern (Gaebel et al., 2006). In den USA und in England ist das ATC weit verbreitet und es liegen aus diesen Ländern einige Wirksamkeitsstudien vor. Eine systematische Überblicksarbeit von Marshall und Lockwood (2000) konnte zeigen, dass sich das ACT bei schwer psychisch erkrankten Patienten im Vergleich zur sozialpsychiatrischen Standardbehandlung als wirksame Versorgungsform bezüglich der Förderung der Beschäftigungsmöglichkeiten, der Aufrechterhaltung des Kontakts zu psychiatrischen Diensten, der Reduktion der Krankenhausaufnahmefrequenz und der stationären Verweildauer sowie der Erhöhung der Patientenzufriedenheit erwiesen hat. Eine überlegene Wirksamkeit bezüglich der Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus sowie der psychopathologischen Symptomatik konnte allerdings nicht gezeigt werden. In Deutschland konnte sich das Assertive Community Treatment bisher nicht in der Routineversorgung durchsetzen (Pajonk, Wobrock & Falkai, 2005), obwohl es in der Praxisleitlinie Schizophrenie der DGPPN aufgrund seiner erwiesenen Wirksamkeit in den USA und England im Rahmen der Versorgung von schwer erkrankten schizophrenen Patienten mit einem Empfehlungsgrad A empfohlen wird (Gaebel et al., 2006). Es wäre wünschenswert ACT auch in Deutschland zu etablieren, um die Koordination und Kooperation in der Versorgung von

schwer und chronisch erkrankten schizophrenen Patienten zu verbessern und eine maximale Behandlungskontinuität angesichts der fragmentierten Versorgungsstrukturen in Deutschland zu gewährleisten (Pajonk et al., 2005).

In Deutschland haben sich, die ebenfalls in den USA und England entstanden und dort als *Community Mental Health Teams (CMHT)* bezeichneten, Gemeindepsychiatrischen Teams mit ähnlichen Zielsetzungen wie das ATC etabliert, in denen jedoch aufsuchende Maßnahmen eine untergeordnete Rolle spielen (Pajonk et al., 2005). Gemeindepsychiatrische Teams arbeiten ebenfalls multiprofessionell und sind wohnortnah innerhalb eines Versorgungsbereichs für die Erhebung des Versorgungsbedarfs, die Überwachung und Verschreibung von Medikamenten und die Koordination und Bereitstellung psychosozialer Therapien bei schwer psychisch erkrankten Menschen zuständig (Rössler & Theodoridou, 2006). Gemeindepsychiatrische Teams sind in Deutschland in die Strukturen von sozialpsychiatrischen Diensten, Ambulanzen und psychiatrischen Praxen integriert, eine eigenständige Einrichtung für Gemeindepsychiatrische Dienste gibt es in Deutschland nicht (Rössler & Theodoridou, 2006). Ein systematisches Review zur Wirksamkeit Gemeindepsychiatrischer Teams bei schweren psychischen Erkrankungen, in dem jedoch vor allem Studien aus dem englischsprachigen Raum eingeschlossen sind, zeigt dass die wohnortnahe teambasierte Behandlung durch CMHT der Standardbehandlung hinsichtlich der Erhöhung der Behandlungszufriedenheit und -akzeptanz, der Reduzierung der Krankenhauseinweisungsraten sowie der Vermeidung von Suiziden überlegen ist (Malone, Newron-Howes, Simmonds, Marriot & Tyrer, 2007).

2.6 Die Behandlungseinheit Schizophrenie (BES) als innovatives, integriertes Behandlungskonzept

Die BES wurde als innovatives Behandlungskonzept für die Behandlung schizophrener Patienten in der Asklepios Klinik Nord im Jahr 2004 gegründet. Die konzeptionelle Ausgestaltung der BES berücksichtigt den besonderen Behandlungs- und Betreuungsbedarf der schizophrenen Patienten und versucht bestehenden Defiziten in den aktuellen Versorgungsbedingungen entgegenzuwirken und Schnittstellen in der Behandlung zu überwinden. Ein zentrales innovatives konzeptionelles Merkmal der BES ist die Integration von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. In Abschnitt 2.6 soll das BES-Konzept (Eck, 2006) genauer beschrieben werden, dabei werden zunächst das Klientel und die Zuweisung, die strukturellen Bedingungen, die personelle Ausstattung der BES sowie anschließend die vorgehaltenen Behandlungsmaßnahmen beschrieben. Anschlie-

ßend wird auf die konzeptionellen Besonderheiten der BES in Abgrenzung zur Regelversorgung für schizophrene Patienten eingegangen und abschließend die durch das BES-Konzept angestrebten Veränderungen und Zielsetzungen dargestellt.

2.6.1 Klientel und Zuweisung

Im Schwerpunkt werden Patienten mit psychotischen Erkrankungen (F2 gemäß ICD-10) behandelt, die erstmals an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind, aber auch chronisch bzw. mehrfach erkrankte Patienten. Nicht aufgenommen werden Patienten mit erheblichem selbst- und/oder fremddestruktiven Potential, die nach §12 PsychKG untergebracht werden sollen, hochchronifizierte Patienten mit stark eingeschränktem Rehabilitationspotential und Patienten ohne festen Wohnsitz. Der Status der Behandlung ist freiwillig. Die Aufnahme erfolgt nach Anmeldung direkt auf der Behandlungseinheit (BES) oder über die Psychiatrische Zentrale Notaufnahme (P-ZNA) der Asklepios Klinik Nord. Die Überweisung eines Patienten von den P-ZNA auf die BES erfolgt in der Regel erst nach einer weitgehenden Stabilisierung des Patienten durch die medikamentöse Therapie und nach Reduktion der schizophrenen Positiv-Symptomatik.

2.6.2 Strukturelle Bedingungen

Die BES ist der Fachabteilung für Psychosen/Akutpsychiatrie der Asklepios Klinik Nord zugeordnet. Sie ist eine offene, gemischt geschlechtlich belegte Behandlungseinheit.

Die BES verfügt über die Möglichkeit, vier Patienten unter Wahrung der Behandlungskontinuität in den Räumlichkeiten der BES vorübergehend ‚geschlossen‘ d.h. unter intensiv-psychiatrischen Bedingungen zu behandeln, z.B. wenn während der Behandlung auf der BES vorübergehend eine akute Selbst- und Fremdgefährdung auftritt, die eine kurzfristige Unterbringung nach §12 PsychKG erforderlich macht. Die BES verfügt über 18 stationäre (vier davon fakultativ zu schließen), acht teilstationäre und fünf ambulante Behandlungsplätze. Das Raumangebot besteht aus Zweibett- und Einzelzimmern, sowie verschiedenen Therapie- und Aufenthaltsräumen.

2.6.3 Personelle Ausstattung

Die Behandlung wird von einem multiprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialpädagogen sowie Ergo- und Tanztherapeuten durchgeführt. Im BES-Konzept ist die personelle Ausstattung mit 2,5 Vollzeitstellen für Ärzte, 10 Vollzeitstellen für Pflegekräfte, 1 Vollzeitstelle für Psychologen, 2 Vollzeitstellen für Ergo-

therapeuten sowie 0,75 Vollzeitstellen für Sozialarbeiter festgelegt. Zusätzlich zu diesen Planstellen wird die therapeutische Behandlung von 1-2 Psychologen im Praktikum und einer ehrenamtlich tätigen Tanztherapeutin unterstützt. Die Pflegekräfte arbeiten nach dem System der Primären Verantwortung (Bezugspflege), d.h. jeder Patient hat im Rahmen der pflegerischen Betreuung während seiner Aufenthaltsdauer auf der BES einen festen Ansprechpartner. Jeder Mitarbeiter der BES soll über Schlüsselqualifikationen verfügen, die in spezifischen Anforderungsprofilen der einzelnen Berufsgruppen genauer beschreiben sind. Diese gliedern sich auf in Fachkompetenz, Sozialkompetenz und Methodenkompetenz. Zur Gewährleistung der therapeutischen Qualität werden regelmäßig, für die Mitarbeiter der BES verpflichtend Mitarbeiterschulungen und Supervision durchgeführt. Zudem finden täglich Übergabe- und Fallbesprechungen statt.

2.6.4 Behandlungsangebote

Für die Behandlung und Krisenintervention der auf der BES zu versorgenden Patienten steht ein umfangreiches, multimodales medizinisches, psycho- und soziotherapeutisches Behandlungsangebot zur Verfügung. Neben den stationsinternen Angeboten, die in den Therapieräumen der BES stattfinden, können die Patienten zudem stationsexterne Angebote im räumlich ausgelagerten Sozialtherapiezentrum (STZ) der Asklepios Klinik Nord in Anspruch nehmen. Zu den *stationsinternen Behandlungsangeboten*, die in den Räumen der BES stattfinden und von den Mitarbeitern der BES angeboten werden, gehört die ärztliche Behandlung in dessen Rahmen die psychiatrische und medikamentöse Versorgung in mehrmals wöchentlich stattfindenden Visiten und Konsultationen erfolgt. Weiterhin finden psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte und Psychologen sowohl in Form von Einzel- als auch Gruppentherapie mindestens einmal pro Woche statt, wobei sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamische Interventionen angewendet werden. Weiterhin werden wöchentlich eine Psychoedukationsgruppe sowie trialogische Angehörigengruppen von psychologischen und ärztlichen Mitarbeitern auf der BES angeboten. Zu den milieutherapeutischen Maßnahmen auf der BES gehören täglich stattfindende Morgen- und Abendrunden mit Patienten und Mitarbeitern, in denen organisatorische Dinge besprochen sowie Freizeitaktivitäten geplant werden, Vollversammlungen der Patienten, die Übernahme von Stationsdiensten durch die Patienten (z.B. Tischdienst, Küchendienst) sowie das tägliche gemeinsame Mittagessen. Weiterhin werden im Rahmen der BES-Behandlung mehrmals wöchentlich ergotherapeutische und kunsttherapeutische Gruppen- und Einzelangebote in speziell dafür vorgesehenen Räumen

vorgehalten. Zusätzlich besteht auf der BES ein tanztherapeutisches Angebot, welches mehrmals wöchentlich von einer ehrenamtlich tätigen Tanztherapeutin durchgeführt wird. Eine Selbsthilfegruppe für in der BES in Behandlung befindliche oder ehemalige Patienten trifft sich einmal wöchentlich in den Räumen der BES und wird geleitet von einem Vertreter des Landesverbandes Psychiatrieerfahrener e.V.

Zu den *stationsexternen Behandlungsangeboten* im STZ, die von den dort beschäftigten therapeutischen Mitarbeitern durchgeführt werden, gehört ein spezielles kognitives Training für Patienten mit Hirnleistungsstörungen und -funktionseinschränkungen (COGPACK; Marker, 2002) sowie Angebote der Sport- und Bewegungstherapie, Körpertherapie, Musiktherapie, welche die Patienten der BES auf Anforderung des Arztes in Anspruch nehmen können. Darüber hinaus verfügt das STZ über vielfältige Angebote der Freizeitpädagogik und Wochenendgestaltung sowie ein Patientencafé, die von den Patienten der BES in der therapiefreien Zeit in Anspruch genommen werden können. Weiterhin besteht ein umfangreiches Beratungsangebot mit unterschiedlichen Schwerpunkten (z.B. Sozialberatung, Schuldnerberatung, Berufsberatung, Arbeitsdiagnostik, Freizeitberatung, Migrationsberatung, Bewerbungstraining, Familienberatung).

Die Behandlung in der BES erfolgt nach einem *Geplanten Behandlungsablauf (GBA)*, der für die Behandlung schizophrener Patienten nach nationalen und internationalen Behandlungsempfehlungen und Leitlinien, z.B. der DGPPN, entwickelt wurde. Der GBA ist ein systematischer Leitfaden für diagnostische und therapeutische Maßnahmen, an dem sich das Behandlungsteam in der BES orientieren soll.

Die *Dokumentation* der Behandlung erfolgt in der Routine über das klinikinterne Dokumentationssystem. Eine spezifische Dokumentation zur Evaluation des Behandlungsergebnisses mit psychiatrisch-psychologischen Testverfahren (z.B. dem Eppendorfer Schizophrenie Inventar - ESI oder dem Brief-Symptom-Inventary - BSI) im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgte nur für einen begrenzten Zeitraum von sechs Monaten direkt nach Eröffnung der BES, konnte jedoch aufgrund begrenzter personeller Ressourcen auf der BES nicht in die Routinedokumentation übernommen werden.

2.6.5 Konzeptionelle Besonderheiten in Abgrenzung zur Regelversorgung

Im Folgenden werden die Besonderheiten des BES-Konzepts dargestellt, die sich von der Regelversorgung schizophrener Patienten abgrenzen und den spezifischen Behandlungs- und Versorgungsbedarf schizophrener Patienten berücksichtigen.

Eine wesentliche Besonderheit der BES ist die Möglichkeit zum *Wechsel zwischen dem stationären, teilstationären und ambulanten Setting* im Rahmen der gesamten BES-Behandlung, wodurch eine flexible Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten in jeder Phase des Behandlungsprozesses möglich ist. Je nach individuellem, krankheitsphasenspezifischen Behandlungsbedarf kann der Patient zwischen unterschiedlich intensiven Behandlungssettings wechseln, die als Module bezeichnet werden. Dabei ist ein Wechsel zu jeder Zeit und sooft wie nötig zwischen dem stationären, teilstationären und ambulanten Modul in jede Richtung möglich, sofern es die gegebenen Behandlungskapazitäten zulassen. Die Aufnahme der Patienten in die BES kann in jedem Behandlungsmodul erfolgen. Die Aufnahme ins stationäre Modul erfolgt in den meisten Fällen durch Überweisung der Psychiatrischen Zentralen Notaufnahme, die Aufnahme ins teilstationäre und ambulante Modul erfolgt ausschließlich elektiv über eine Anmeldung des Patienten in der BES. Eine Aufnahme oder ein Wechsel in das stationäre Modul erfolgt, wenn der Patient krankheitsbedingt (z.B. bei akuter Positiv-Symptomatik oder Suizidalität) sowie unter Berücksichtigung seines psychosozialen Umfeldes einen beschützten therapeutischen Rahmen mit einer 24-Stunden-Betreuung und einem interdisziplinären Therapieangebot benötigt. Die Aufnahme und der Wechsel ins teilstationäre Modul erfolgt, wenn der Patient in erster Linie krankheitsbedingt einen tagesstrukturierenden therapeutischen Rahmen sowie ein interdisziplinäres Therapieangebot benötigt. Sein psychosoziales Umfeld sowie seine sozialen und Alltagskompetenzen ermöglichen es ihm jedoch, regelmäßige Zeiten (nachts und an den Wochenenden) im eigenen Wohnumfeld zu verbringen. Eine Aufnahme bzw. ein Wechsel in das ambulante Modul erfolgt, wenn eine tägliche und tagesstrukturierende Behandlung des Patienten krankheitsbedingt nicht notwendig ist aber dennoch ein niedrighschwelliges ambulantes Behandlungsangebot (ca. zwei therapeutische Gespräche pro Woche) innerhalb eines interdisziplinären Behandlungsteams erforderlich ist. Sowohl vom Patienten selbst als auch vom Behandlungsteam kann der Wechsel in eines der Module angeregt werden. Die Entscheidung über die Aufnahme oder den Wechsel in eines der Module wird gemeinsam vom Behandlungsteam, dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen getroffen, wobei insbesondere die Wünsche und Befürchtungen des Patienten berücksichtigt werden.

Im Rahmen der modularen Behandlung ist die BES bestrebt, die Zugangsbarrieren zur Behandlung zu reduzieren und dem Patienten im Falle eines drohenden Rückfalls oder einer krisenhaften Veränderung seiner Lebensumstände, je nach individuellem Bedarf eine kurzfristige Aufnahme bzw. Wiederaufnahme in eines der drei Module der BES zu ermöglichen, um

den Ausbruch einer akuten Psychose möglichst zu verhindern.

Mit dem Ziel der Wahrung des *Behandlungskontinuität* über den gesamten Behandlungsprozess in der BES wird insbesondere eine *Vernetzung und Kooperation mit externen Behandlern und versorgenden Einrichtungen* angestrebt. Den externen Behandlern (z.B. Ärzten und Psychotherapeuten) wird ermöglicht, den Kontakt zum Patienten während seiner Behandlung in der BES aufrechtzuerhalten, indem eine parallele Weiterbehandlung des Patienten durch die externen Behandler auf der BES systematisch gefördert und unterstützt wird. Dazu gehört auch eine enge Kooperation und Kommunikation mit komplementären Angeboten, z.B. durch wechselseitige Hospitation. Weiterhin soll eine maximale Behandlungskontinuität durch die Etablierung einer festen therapeutischen Bezugsperson über den gesamten Behandlungsprozess erreicht werden. Hierfür ist auf der BES das Konzept des *Persönlichen Therapiebegleiters (PTB)* etabliert worden. Jedem Patienten wird ein fester PTB zugeordnet, der ihn in Abstimmung mit dem multiprofessionellen Team über den gesamten Behandlungsprozess in der BES begleitet, eine gemeinsame Behandlungsplanung mit dem Patienten vornimmt und als primärer Ansprechpartner für den Patienten fungiert. Der PTB hält Kontakt zu externen Behandlern und Institutionen, die an der Versorgung und Behandlung des Patienten beteiligt sind und ist für das Controlling der Dokumentation des Therapieverlaufs des Patienten zuständig. Die Funktion des PTB ist nicht an eine feste Berufsgruppe gebunden sondern kann durch jede der im multiprofessionellen Team arbeitenden Berufsgruppen übernommen werden. Bei den Übergängen in die verschiedenen Module sowie bei einer möglichen Wiederaufnahme des Patienten auf der BES soll der PTB möglichst nicht wechseln.

Zu Behandlungsbeginn wird gemeinsam von dem Patienten und dem PTB eine Behandlungsplanung im Sinne der *Partizipativen Entscheidungsfindung* vorgenommen. Der Dialog zwischen Patient und Behandler soll ‚auf gleicher Augenhöhe‘ stattfinden und der Patient als ‚Partner‘ angesehen werde. Bei der Behandlungsplanung sollen insbesondere die subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte und die damit verbundenen Behandlungserwartungen und Befürchtungen exploriert und in die Behandlungsentscheidungen einbezogen werden. Der daraus resultierende von Patient und PTB erstellte Behandlungsplan wird dann in einer *Behandlungsverabredung* schriftlich festgehalten, die von beiden Parteien unterschrieben wird und auf die auch im weiteren Verlauf der Behandlung immer wieder Bezug genommen wird. Zudem wird für mögliche potentiell eintretende Krisensituationen, in denen der Patient nur eingeschränkt entscheidungs- und handlungsfähig ist, ein *Krisenplan* erstellt, in dem das therapeutische Verhalten und Handeln des Behandlungsteams in entsprechenden Krisensituatio-

nen gemeinsam von Patient und PTB schriftlich festgehalten wird.

Eine weitere Besonderheit des BES-Konzepts ist die *systematische und aktive Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in die Behandlung vor Ort*. Im Sinne eines dialogischen Vorgehens werden Angehörige und Bezugspersonen des Patienten in einem fest in den Behandlungsablauf integrierten Rahmen, in Form von Angehörigengruppen und dialogischen Gruppen, falls dies der Wunsch des Patienten ist, an der Behandlung des Patienten auf der BES beteiligt. Die Umsetzung der dialogischen Konzeptelemente auf der BES wird durch den Landesverband der Angehörigen Psychisch Kranker (LAP) sowie den Landesverband Psychiatrieerfahrener (LPE) wesentlich unterstützt.

Im Sinne der Soteria-Kriterien (vgl. Abschnitt 2.2.2.2) soll ein *gesundheitsförderndes Milieu und Stationsklima* geschaffen werden. Die räumliche Ausstattung der BES verfügt über diverse Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme zwischen den Patienten untereinander, der Stationsablauf ist auf Kommunikation und gemeinsame Aktivitäten der Patienten ausgerichtet und bietet die Möglichkeit der Verantwortungsübernahme für umgrenzte Stationsaufgaben durch Patienten, das Behandlungsteam nimmt aktiv am Stationsalltag teil. Es besteht ein umfassendes Angebot an fördernden und anregenden ergo-, bewegungs- und kreativtherapeutischen Angeboten, die zum Großteil in dafür spezifisch ausgestatteten Räumen direkt auf der BES durch in das multiprofessionelle Behandlungsteam integrierte Fachtherapeuten durchgeführt werden.

Im Rahmen der Behandlung in der BES sollen insbesondere salutogenetische Faktoren und Ressourcen der Patienten betont werden. Der *Förderung von Selbstmanagement, Selbstfürsorge und Rückfallprophylaxe* kommt in der Behandlung auf der BES eine besondere Bedeutung zu. Im Rahmen spezieller Gruppenangebote zur Psychoedukation bezüglich der Entstehung und Behandlung schizophrener Erkrankungen, an der regelhaft Angehörige teilnehmen können, sollen den Patienten präventive Maßnahmen zur Verhinderung von Rückfällen und Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung vermittelt werden. Dies spiegelt sich auch in der therapeutischen Grundhaltung des Behandlungsteams wider, welche die Würde des Patienten achten, seine Intimsphäre wahren sowie die Ressourcen des Patienten fördern und die Entwicklung von hilfreichen Fertigkeiten unterstützen soll.

2.6.6 Zielsetzungen der BES

Im Folgenden sollen die im BES-Konzept formulierten spezifischen Behandlungsziele auf individueller Ebene und die langfristigen übergeordneten Ziele der BES dargestellt werden, die durch die oben beschriebenen konzeptionellen Besonderheiten der BES angestrebt und erreicht werden sollen.

Spezifische Behandlungsziele der BES sind die Remission oder Teilremission der schizophrenen Symptomatik, die Erarbeitung von Strategien zur Rückfallprophylaxe und Rezidivprophylaxe, die Befähigung des Patienten zum Selbstmanagement, die Erhöhung der Behandlungs- und Medikamentencompliance, die Erhöhung des sozialen Funktionsniveaus, die (Wieder-)Eingliederung in ein soziales und therapeutisches Umfeld (ambulante Therapie, fachärztliche Behandlung, Selbsthilfegruppen, gemeindepsychiatrische Einrichtungen etc.), die Eingliederung in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt sowie die Erhöhung der Lebensqualität.

Übergeordnete Ziele der BES sind die mittel- und langfristige Verbesserung von Behandlungsqualität und Behandlungsergebnis, die Verbesserung der Rückfallprophylaxe und des Rückfallmanagements, eine Erhöhung der Behandlungszufriedenheit von Patienten und Angehörigen und die Reduzierung der Therapieabbrüche, eine Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und der Zufriedenheit von Einweisenden, Angehörigen und anderen Kooperationspartnern sowie eine verbesserte Kooperation mit externen Behandlern und Institutionen zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität. Weiterhin soll aus ökonomischer Perspektive eine Verkürzung der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer zugunsten teilstationärer und ambulanter Angebote, eine Erhöhung der Fallzahl pro Jahr sowie eine Reduzierung der jährlichen Behandlungskosten pro Patient erreicht werden.

In der vorliegenden Arbeit wird auf das übergeordnete Ziel der Verbesserung des Behandlungsergebnisses fokussiert. Untersucht werden soll das Behandlungsergebnis aus subjektiver Sicht der Patienten bezogen auf die spezifischen Behandlungsziele der Reduktion der psychopathologischen Symptomatik, der Erhöhung der Lebensqualität und -zufriedenheit, der Medikamentencompliance und der Selbstfürsorge. Andere übergeordnete Ziele der BES, insbesondere die Veränderung ökonomischer Faktoren, werden hier nicht berücksichtigt.

Im Folgenden werden die spezifischen Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit angeführt.

3 Fragestellungen und Hypothesen

3.1 Ziele

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen eines externen Evaluationsprojekts, welches von der Asklepios Klinik Nord in Auftrag gegeben wurde. Die Evaluation der Behandlungseinheit Schizophrenie (BES) war Teil des umfassenden Evaluationsprojektes, in dem verschiedene Umstrukturierungsmaßnahmen und Innovationen in den psychiatrischen Abteilungen der Asklepios Klinik Nord, unter dem Begriff PSYNOVA zusammengefasst, vom Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) evaluiert wurden. Die Evaluation umfasste dabei formative und summative Evaluationsaspekte. Für die vorliegende Arbeit wurden folgende Zielsetzungen formuliert:

A. Überprüfung der Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Behandlungsprogrammes. Spezifische BES-Konzeptelemente, wie z.B. der Persönliche Therapiebegleiter (PTB) oder die systematische Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in die Behandlung vor Ort sollen im Hinblick auf die von den behandelten Patienten subjektiv erlebte Umsetzung in die klinische Praxis auf der BES überprüft werden.

B. Untersuchung der Effektivität der Behandlung in der BES auf Ebene psychischer bzw. psychopathologischer, psychosozialer und funktionaler Indikatoren sowie im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit. Untersucht werden soll hierbei, ob die BES ein effektives Behandlungsmodell für schizophrene Patienten ist, welches Defizite in der Versorgungssituation schizophrener Patienten, z.B. die Schnittstellenproblematik, berücksichtigt.

Den Schwerpunkt der Arbeit stellt die Untersuchung der Effektivität der BES-Behandlung unter Punkt B dar. Die Überprüfung der Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Behandlungsprogrammes unter Punkt A wird als Nebenfragestellung untersucht.

3.2 Fragestellungen

Gemäß den formulierten Zielsetzungen sind folgende Untersuchungsfragestellungen zu spezifizieren:

A. Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Konzepts aus Patientensicht (Nebenfragestellung)

Werden die zentralen Behandlungselemente des BES-Behandlungskonzepts aus subjektiver Sicht der Patienten umgesetzt? Welche Konzeptelemente werden umgesetzt, welche nicht?

B. Effektivität der BES-Behandlung (Hauptfragestellung)

B.1 Unterscheiden sich Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten einer Vergleichsstation) im Hinblick auf ihr Behandlungsergebnis auf Ebene

- a) der schizophrenen Symptomatik (*primäres Outcome*)
- b) der depressiven Symptomatik,
der funktionalen Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
der Selbstfürsorge,
der Medikamentencompliance,
der Zufriedenheit hinsichtlich psychosozialer Indikatoren, wie finanzielle Situation,
Wohnsituation und soziale Kontakte (*sekundäres Outcome*)?

B.2 Unterscheiden sich Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten einer Vergleichsstation) im Hinblick auf ihre Behandlungszufriedenheit?

3.3 Hypothesen

Hinsichtlich der Ableitung von Hypothesen ist anzumerken, dass aufgrund des innovativen Behandlungskonzepts der BES, zu dem bisher kaum vergleichbare Konzepte in die klinische Praxis implementiert wurden, die **Nebenfragestellung A**, zur Umsetzung des BES-Konzepts, explorativen Charakter besitzt und sich daher für Fragestellung A keine konkreten Hypothesen formulieren lassen. Für die **Hauptfragestellung B**, zur Effektivität der BES-Behandlung, lassen sich dagegen Erwartungen und Hypothesen formulieren, die aus den bisherigen empirischen Daten zu einzelnen zentralen Konzeptelementen der BES, aus der theoretischen Kon-

zeption des BES-Behandlungsprogramms und/oder aus der Ausgangslage (Beschaffenheit des deutschen Gesundheitssystems) ableitbar sind. Folgende Hypothesen lassen sich dementsprechend zur Hauptfragestellung B formulieren:

Zu B. Effektivität der BES-Behandlung (Hauptfragestellung)

B.1 Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten der Vergleichstation) unterscheiden sich im Hinblick auf ihr Behandlungsergebnis.

a) Patienten der BES zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der schizophrenen Symptomatik von Aufnahme zu Entlassung als die Patienten der Vergleichstation. Die Unterschiede in der Reduktion sind dabei von mittlerer Effektstärke.

b) Patienten der BES zeigen von Aufnahme zu Entlassung eine signifikant stärkere

- Reduktion der depressiven Symptomatik,
- Verbesserung der funktionalen Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- Erhöhung der Selbstfürsorge,
- Erhöhung der Medikamentencompliance,
- Erhöhung der Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Situation, ihrer Wohnsituation und ihren sozialen Kontakten

als die Patienten der Vergleichstation. Die Unterschiede sind dabei von mittlerer Effektstärke.

B.2 Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten der Vergleichstation) unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Behandlungszufriedenheit. Patienten der BES sind bei Entlassung mit ihrem Aufenthalt auf Station insgesamt zufriedener als die Patienten der Vergleichstation.

Bei dem im BES-Konzept verankerten hohen Ausmaß an Patientenorientierung und der an den individuellen Behandlungsbedarf angepassten Behandlung mit dem Ziel der Reduzierung der stationären Behandlungsdauer sowie der Betonung einer kontinuierlichen therapeutischen Beziehungsgestaltung kann eine Erhöhung der Behandlungszufriedenheit der BES-Patienten im Vergleich zur Regelversorgung erwartet werden (vgl. Abschnitt 3.3).

4 Methoden

4.1 Studiendesign und Operationalisierung

Im Folgenden wird das gewählte Studiendesign und die Operationalisierung zunächst für die Untersuchung der Hauptfragestellung und anschließend für die Untersuchung der Nebenfragestellung beschrieben.

4.1.1 Zu Hauptfragestellung B: Überprüfung der Effektivität der BES-Behandlung

4.1.1.1 Studiendesign

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde ein quasi-experimentelles Design mit prospektiver Mehrzeitpunktbefragung realisiert. Patienten der Interventionsgruppe BES und Patienten einer Vergleichsgruppe (PSY32) wurden zu zwei Messzeitpunkten, bei Aufnahme t_0 und bei Entlassung t_1 schriftlich befragt (siehe Abbildung 7) und hinsichtlich des Behandlungsergebnisses und der Behandlungszufriedenheit verglichen. Die Behandlung der BES-Patienten zwischen den beiden Befragungszeitpunkten konnte dabei zum einen ausschließlich stationär und zum anderen mit kombinierter stationärer und teilstationärer Behandlung erfolgen. Die Patienten der PSY32 erhielten ausschließlich eine stationäre Behandlung.

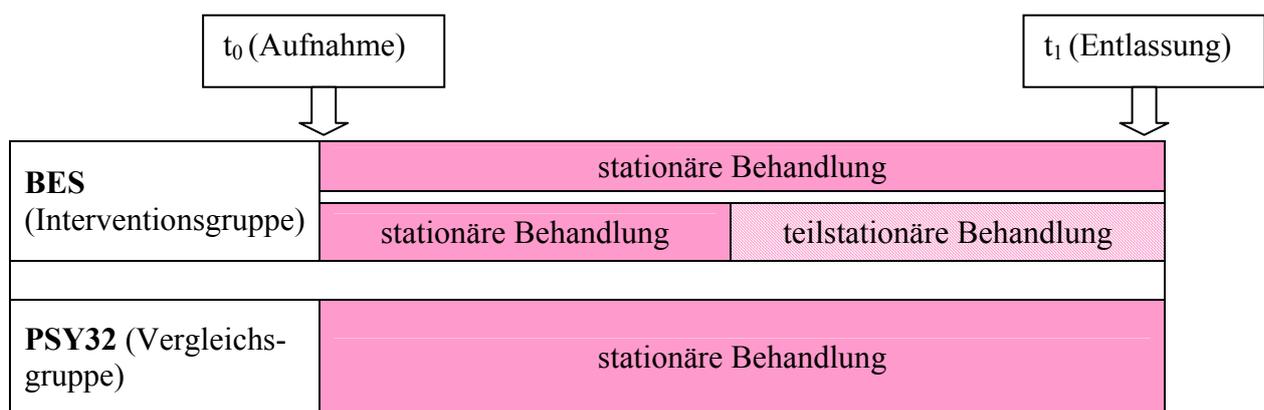


Abbildung 7. Studiendesign und Messzeitpunkte.

Für die vorzunehmende Evaluation wurde ein quasi-experimentelles Studiendesign gewählt, da im Rahmen der Versorgungsforschung in naturalistischen Settings eine randomisierte Zuweisung zu den Untersuchungsgruppen zu stark in die bestehende Versorgungsrealität eingreifen würde und daher aus klinisch-ethischen Gründen oftmals nicht möglich ist. Als Ver-

gleichsgruppe wurde daher eine bereits existierende Station für die Behandlung schizophrener Patienten (PSY32) ausgewählt, die in derselben Klinik angesiedelt und hinsichtlich wesentlicher Merkmale mit der BES vergleichbar ist (siehe folgenden Abschnitt 4.1.1.2). Eine randomisierte Zuweisung der Patienten zu den beiden Stationen war somit nicht gegeben. Einschränkungen der internen Validität durch die nicht-randomisierte Zuweisung müssen demnach zu Gunsten der Vergrößerung der externen Validität in Kauf genommen werden, insbesondere im Hinblick auf die Generalisierbarkeit der Schlussfolgerungen auf den gesamten Bereich der stationären, psychiatrischen Regelversorgung schizophrener Erkrankungen in Deutschland.

4.1.1.2 Merkmale der Stationen im Vergleich

Im Folgenden werden die wesentlichen strukturellen und konzeptionellen Merkmale der Behandlungseinheit Schizophrenie (BES), auf der die Patienten der Interventionsgruppe rekrutiert wurden sowie der Vergleichsstation (PSY32), auf der die Patienten der Vergleichsgruppe rekrutiert wurden, beschrieben (siehe Tabelle 5).

Beide Stationen befinden sich in der Asklepios Klinik Nord in Hamburg Ochsenzoll und sind Teil der Fachabteilung ‚Psychosen/Akutupsychiatrie‘. Es handelt sich um offene, gemischt geschlechtlich belegte Stationen für das Indikationsspektrum Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F99). Der Zugang zu beiden Stationen erfolgt entweder direkt durch Anmeldung auf Station oder über die Zuweisung durch die klinikinterne Psychiatrische Zentrale Notaufnahme (P-ZNA) durch den dort diensthabenden Arzt nach festgeschriebenen, standardisierten Verlegungs- und Zuweisungsregelungen.

Das Raumangebot besteht auf beiden Stationen aus Zweibett- und Einzelzimmern, sowie verschiedenen Therapie- und Aufenthaltsräumen. Die Pflege arbeitet jeweils nach dem System der Primären Verantwortung (Bezugspflege). Das Leistungsangebot beinhaltet auf beiden Stationen medizinische, psycho- und sozialtherapeutische Behandlung nach gängigen nationalen und internationalen Standards. Die Behandlung wird auf den Stationen von einem multiprofessionellen Behandlungsteam, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialpädagogen sowie Ergo- und Tanztherapeuten durchgeführt.

Die BES ist eine Spezialstation, die nach dem Modell der integrierten Versorgung konzipiert ist (vgl. auch Abschnitt 2.6), d.h. unter anderem, dass die Patienten während ihrer Behandlung je nach individuellem Bedarf flexibel zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten wechseln können. Hierfür stehen 18 stationäre, acht teilstationäre und

fünf ambulante Behandlungsplätze zur Verfügung. Die PSY32 ist dagegen eine Station mit Regelversorgung in der insgesamt 27 ausschließlich stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Der Schwerpunkt der BES liegt auf der Behandlung und/oder Krisenintervention bei Erst- und chronisch Erkrankten, bei der PSY32 auf Früherkennung, Differentialdiagnostik und Therapie psychotischer Ersterkrankungen.

Tabelle 5: Merkmale der Behandlungseinheit Schizophrenie (BES) sowie der Vergleichsstation (PSY32)

Behandlungseinheit Schizophrenie (BES)	Vergleichsstation (PSY32)
<p>in der Hamburger Asklepios Klinik Nord, Fachabteilung Psychosen / Akutpsychiatrie</p> <p>Spezialstation offen, gemischt geschlechtlich belegt</p> <p>18 stationäre, 8 teilstationäre und 5 ambulante Behandlungsplätze</p> <p>Behandlung und /oder Krisenintervention von Erst- und chronisch Erkrankten</p> <p>Indikationsspektrum: F20-F29</p> <p>Die Aufnahme erfolgt direkt oder über die Psychiatrische Zentrale Notaufnahme (P-ZNA)</p>	<p>in der Hamburger Asklepios Klinik Nord, Fachabteilung Psychosen / Akutpsychiatrie</p> <p>Station mit Regelversorgung offen, gemischt geschlechtlich belegt</p> <p>27 stationäre Behandlungsplätze</p> <p>Früherkennung, Differentialdiagnostik und Therapie psychotischer Ersterkrankungen</p> <p>Indikationsspektrum: F20-F29</p> <p>Die Aufnahme erfolgt direkt oder über die Psychiatrische Zentrale Notaufnahme (P-ZNA)</p>

4.1.1.3 Stichprobe

Befragt wurde eine konsekutive Stichprobe von Patienten der Interventionsgruppe BES und Patienten der Vergleichsgruppe PSY32. Der etwa einjährige Erhebungszeitraum erstreckte sich auf der BES von Juli 2006 bis Juni 2007 und auf der PSY32 von Januar 2007 bis Dezember 2007. Die Datenerhebung konnte nicht zeitgleich auf beiden Stationen erfolgen, da es eine längere Zeit in Anspruch nahm, eine passende Vergleichsstation auszuwählen und die Mitarbeiter dieser Station für die Teilnahme an der Befragung zu motivieren, weshalb es hier zu Verzögerungen der Datenerhebung kam. Ein eigener ‚Nutzen‘ der Befragung für die Vergleichsstation PSY32, der über die Erhebung von Vergleichsdaten hinausging, z.B. die zusätz-

liche Evaluation bestimmter stationsspezifischer Behandlungsschwerpunkte wurde zunächst mit den Beteiligten erarbeitet.

Die Patienten wurden zu t_0 bei Aufnahme auf die BES bzw. PSY32 befragt. Die Aufnahmebefragung erfolgte innerhalb der ersten Aufenthaltswoche. Da in der vorliegenden Studie Selbstratings eingesetzt wurden, die eine erhöhte Anforderung an Konzentration und Ausdauer an die befragten Patienten stellen, kam es bei Patienten, die bei Aufnahme noch unter starker akuter schizophrener Positiv-Symptomatik litten, zu einem Aufschub der Befragung, bis zum Abklingen der akuten schizophrenen Symptomatik. Die Befragung zu t_1 bei Entlassung erfolgte nach dem Entlassungsgespräch der Patienten mit dem behandelnden Arzt.

Mehrere Aufenthalte eines Patienten, die durch eine kurze ‚therapeutische Beurlaubung‘ (\leq eine Woche) getrennt waren oder aufeinanderfolgende stationäre und teilstationäre Aufenthalte in der BES wurden zu einem sogenannten ‚Behandlungskomplex‘ zusammengelegt. Da auf der PSY32 keine teilstationäre Behandlung möglich ist, bestehen die Behandlungskomplexe daher dort ausschließlich aus stationären Aufenthalten, und nicht wie auf der BES aus eventuell einer Kombination als stationärem und teilstationärem Aufenthalt.

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Befragung galten gleichermaßen für die BES und für die PSY32 und sind im Folgenden aufgeführt.

Einschlusskriterien:

In die Befragung eingeschlossen wurden alle Patienten, unabhängig von der Aufnahmediagnose, die im Erhebungszeitraum auf die Station aufgenommen wurden und die einverstanden und hinsichtlich ihres psychischen Zustandes in der Lage waren, die Fragebögen auszufüllen. Die Patienten sollten dabei mindestens eine Woche auf der Station behandelt worden sein.

Ausschlusskriterien:

Von der Befragung ausgeschlossen wurden Patienten, deren Behandlungskomplex auf der BES bzw. PSY32 kürzer als sieben Tage war, sowie wieder aufgenommene Patienten mit einem weiteren Behandlungskomplex im Erhebungszeitraum. Ausgeschlossen wurden weiterhin Patienten, bei denen eine schriftliche Befragung aufgrund akuter schizophrener Positivsymptomatik innerhalb der ersten Aufenthaltswoche nicht möglich war und Patienten, bei denen aufgrund mangelhafter deutscher Sprachkenntnisse oder Gehörlosigkeit Verständigungsprobleme auftraten.

4.1.1.4 Operationalisierung/Instrumente

Selbstratings: In der vorliegenden Studie wurden für die Datenerhebung zum überwiegenden Teil Selbstrating-Instrumente eingesetzt. Der Einsatz von Fragebögen ist kostengünstig, zeitökonomisch und in der Regel weniger belastend für den Ausfüllenden, insbesondere beim Einsatz von Kurzformen der standardisierten Instrumente. Interviews und Fremdratings erfordern die Präsenz eines unabhängigen geschulten Raters/Interviewers und stellen meist erhöhte Anforderungen an Konzentration und geistige Ausdauer des Befragten, während es beim Ausfüllen von Fragebögen jederzeit möglich ist, eine Pause zu machen. Beim Einsatz von Fragebögen besteht zwar die Gefahr des Informationsverlusts von impliziten im Interview wahrgenommenen Informationen, jedoch werden andererseits mögliche Beeinflussungen der Antworten durch den Interviewer (z.B. der Behandler-Bias) reduziert. Ein Selbstrating in diesem Indikationsbereich erfordert zwar ein intensives Monitoring der Befragung und kann nicht in akuten psychotischen Phasen erfolgen, dies wurde jedoch in der vorliegenden Untersuchung zu Gunsten einer höheren Compliance und damit eines höheren Rücklaufs in Kauf genommen. Außerdem wurden, sofern vorhanden, Kurzformen der standardisierten Instrumente eingesetzt, um die Bearbeitungszeit und den Bearbeitungsaufwand beim Ausfüllen der Fragebögen zu begrenzen.

Fremdratings: Im Rahmen der Gesamtevaluation des BES-Konzepts wurden bei einem Teil der BES- sowie der PSY32-Patienten zusätzlich durch unabhängige geschulte Rater diagnostische Interviews mit der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al., 1987) bei Aufnahme und Entlassung durchgeführt. Die PANSS besteht aus einem 30-40 minütigen, formalisierten psychiatrischen Interview, in dem auf einer Positivskala, einer Negativskala sowie einer psychopathologischen Globalskala die Ausprägung von insgesamt 30 Symptomen der Schizophrenie auf einer siebenstufigen Skala vom Rater beurteilt wird. Die Erfahrungen bei der Durchführung der Interviews auf den beiden Stationen haben gezeigt, dass diese Interviews bei Aufnahme von den befragten Patienten als sehr belastend erlebt werden, da häufig eine eingeschränkte Konzentration und kognitive Leistungsfähigkeit besteht und die Patienten daher überfordert sind. Dies schränkte die Compliance der Patienten für die Teilnahme an einer weiteren Befragung bei Entlassung deutlich ein, so dass nur ein sehr geringer Teil der Patienten für die Teilnahme an einem weiteren PANSS-Interview motiviert werden konnte. Hierbei handelte es sich vor allem um die Patienten, die in einem geringeren Ausmaß durch

Symptome belastet waren. Aufgrund der geringen Teilnahmequote sowie der damit verbundenen Verzerrungseffekte wurde von der Auswertung der PANSS-Interviews im Rahmen der Fragestellungen der vorliegenden Studie abgesehen.

Als **Outcome** wird in der vorliegenden Arbeit das kurzfristige Behandlungsergebnis, d.h. die Veränderungen von Aufnahme zur Entlassung in den untersuchten Outcomebereichen definiert. Im Folgenden werden die untersuchten Outcomebereiche und ihre Operationalisierung genauer beschrieben. Muster-Exemplare der in der Befragung verwendeten Fragebogensets, in denen alle im Folgenden beschriebenen standardisierten Instrumente enthalten sind, incl. Einverständniserklärung, finden sich im Anhang dieser Arbeit.

4.1.1.4.1 Primäres Outcome

Als primäres Outcome wird die **schizophrene Symptomatik** untersucht, da die Verbesserung der schizophrenen Symptomatik ein wesentliches Zielkriterium der BES-Behandlung darstellt. Diese wird über die Differenz von t_0 zu t_1 im **Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI; Maß, 2001)** operationalisiert. Das ESI wurde für die klinische Diagnostik bei Erwachsenen im stationären und ambulanten Setting und für Erfolgsmessungen im wissenschaftlichen Kontext sowie in der klinischen Praxis entwickelt. Es dient der quantitativen Erfassung von für Schizophrenie charakteristischen subjektiven kognitiven Dysfunktionen und zur Früherkennung, Verlaufsbeschreibung, Diagnostik und Differentialdiagnostik der Erkrankung. Da das ESI unter anderem zur Erfassung von schizophrenen Dysfunktionen entwickelt wurde und hier häufig krankheitsbedingte kognitive Leistungsminderungen (z.B. Vigilanzdefizite, erhöhte Ablenkbarkeit) vorliegen, wurde bei der Entwicklung des ESI Wert auf einfache Gestaltung und klare Struktur gelegt. Die Itemformulierungen wurden knapp und eindeutig gehalten. Mit 40 Items ist das ESI in seiner Standardversion zudem ein ökonomisches Verfahren, das auch von deutlich beeinträchtigten Patienten bewältigt werden kann.

Zur Konstruktion des Fragebogens wurde zunächst von den Autoren ein Itempool aus den Beschreibungen subjektiver kognitiver Dysfunktionen in gängigen Instrumenten und Berichten generiert (Maß, Haasen & Wolf, 2000). Ausgewählt wurden Items aus den Bereichen Selbstwahrnehmung von Funktionsminderungen im kognitiven und sprachlichen Bereich, sensorische, motorische und coenästhetische Phänomene und psychosenahes Erleben. Items, die affektive Symptome beschreiben, wurden vermieden. Resultat war eine Liste mit 138 Symptomitems und 16 Kontrollitems, mit einer vierstufigen Antwortskala.

Zur Weiterentwicklung des Fragebogens wurden die ausgewählten Items drei Gruppen von schizophrenen Patienten (paranoid-schizophren Ersterkrankte, Patienten mit vorherrschender Negativ-Symptomatik und remittierte Schizophrene) vorgelegt. Klinische Vergleichsgruppen waren depressive, alkoholerkrankte und zwangserkrankte Patienten. Eine Kontrollgruppe bestand aus psychisch gesunden jungen Erwachsenen. Anschließend wurde von den Autoren eine kriterienbezogene Itemselektion durchgeführt. Selektionskriterium war dabei die Fähigkeit des Items, Schizophrene von Vergleichsgruppen, die nicht von Schizophrenie betroffen waren, zu diskriminieren. Dies bedeutet konkret, dass ein Patient mit der Diagnose Schizophrenie das Item bejaht, während ein Patient, der nicht von Schizophrenie betroffen ist, dieses Item verneint. Jedes der 138 Items wurde dabei zwischen den fünf akut erkrankten Untersuchungsgruppen verglichen und als charakteristisch für Schizophrenie angesehen, wenn ein H-Test⁴ auf dem 10%-Niveau signifikant war und wenn die Schizophreniegruppen die ersten beiden gemittelten Rangplätze einnahmen. Insgesamt erfüllten 34 Items dieses Selektionskriterium (Maß, 2001). Zur Untersuchung der faktoriellen Gliederung der 34 Items wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation durchgeführt. Es ergaben sich vier inhaltlich gut interpretierbare Faktoren, die die vier Skalen der Standardversion des ESI bilden. Der Faktor 1 mit einem Varianzanteil von 27.3% bestand aus zehn Items und erhielt die Bezeichnung ‚Aufmerksamkeits-/Sprachbeeinträchtigung‘ (Beispiel-Item: „Wenn jemand mit mir spricht, erfasse ich oft den Sinn der Wörter nicht richtig“). Der Faktor 2 mit einem Varianzanteil von 8.6% bestand aus sieben Items und wurde ‚Beziehungsideen‘ genannt (Beispiel-Item: „Mitunter scheinen sich Ereignisse, Radiosendungen o.ä. auf mich zu beziehen, obwohl das eigentlich nicht sein kann“). Der Faktor 3, mit acht Items, hatte einen Varianzanteil von 6.8% und erhielt das Label ‚Akustische Unsicherheit‘ (Beispiel-Item: „Auch wenn ich etwas ganz deutlich höre, bin ich manchmal unsicher, ob ich es mir nicht nur einbilde“). Der Faktor 4 wurde ‚Wahrnehmungsabweichung‘ genannt, bestand aus neun Items und hatte einen Varianzanteil von 5.4% (Beispiel-Item: „Manchmal kommt mir ein Teil meines Körpers kleiner vor, als er tatsächlich ist“). Zusammen klären diese Faktoren 48.2% der Gesamtvarianz.

⁴ Der H-Test nach Kruskal und Wallis ist ein nicht parametrisches Verfahren zum Vergleich der Mittelwerte mehrerer Stichproben. Mit dem H-Test werden statt der Original-Messwerte die Rangwerte der Daten geprüft. Voraussetzungen für den H-Test sind unabhängige Stichproben, eine stetige Verteilung und mindestens ordinalskalierte Daten.

Der Autor fügte noch die Skala ‚Offenheit‘ mit fünf Kontrollitems und ein weiteres Kontrollitem zur allgemeinen Motivation hinzu. Die Standardversion des ESI besteht aus 40 Items, inklusive der sechs Kontrollitems. Die Items sind auf einer vierstufigen Antwortskala („stimmt genau“, „stimmt überwiegend“, „stimmt etwas“, „stimmt gar nicht“) einzuschätzen. Es liegen Normdaten für eine Stichprobe von Schizophreniepatienten, eine gemischte klinische Vergleichsgruppe und eine Vergleichsgruppe von gesunden Personen vor (Maß, 2001). Der Autor gibt an, dass sich die Trennschärfe-Koeffizienten r^{it} für die drei Normierungsgruppen weitestgehend im mittleren Bereich ($.30 \leq r^{it} \leq .80$) bewegen. Des Weiteren liegen die internen Konsistenzen ($\alpha=.59$ bis $.87$) und die Retest-Reliabilität ($r^{tt}=.57$ bis $.88$) über alle Skalen und Normierungsgruppen in einem zufriedenstellenden Bereich (Maß, 2001). Zur Überprüfung der Validität des Instrumentes wurde das ESI mit anderen Instrumenten zur Selbstbeobachtung, z.B. dem Hamburger Zwangsinventar (HZI-K; Klepsch, Zaworka, Hand, Lünenschloß & Jauernig, 1993) als diskriminates Validitätskriterium und Instrumenten zur Fremdbeobachtung, z.B. der Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS; Kay et al., 1987) verglichen. Maß (2001) kommt abschließend zu der Einschätzung, dass die Befunde aus den Vergleichen mit anderen Instrumenten das ESI als ein hinreichend valides Verfahren zur Erfassung schizophrener bzw. schizotyper Merkmale ausweisen. Im Bereich der stationären/teilstationären psychiatrischen Versorgung von schizophrenen Patienten wurde das ESI bisher eher selten angewendet, statt dessen werden hier häufig Fremdrating-Instrumente (z.B. PANSS) zur Messung der schizophrenen Symptomatik eingesetzt.

4.1.1.4.2 Sekundäres Outcome

Als sekundäres Outcome werden folgende Bereiche fokussiert, da diese bei chronisch verlaufenden Erkrankungen, wie auch der Schizophrenie eine zentrale Rolle spielen:

Die **depressive Symptomatik** wurde anhand des **Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)** operationalisiert (Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002). Der PHQ-D wurde in einer Kurzform eingesetzt. Bei dieser Kurzform handelt es sich um ein Screening-Instrument zur Erfassung *depressiver Störungen*, *Panikstörung* sowie *allgemeiner psychosozialer Funktionsfähigkeit*. Sie eignet sich zur Erstdiagnostik und zur Verlaufsbeurteilung psychischer Störungen (Löwe et al., 2002). Der Beurteilungszeitraum bezieht sich auf die vergangenen zwei Wochen vor dem Ausfüllen des PHQ-D.

Der PHQ-D stellt eine Weiterentwicklung des von Spitzer, Kroenke und Williams (1999) entwickelten *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) dar und lässt eine Psychodiagnostik nach den Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) zu. Der PHQ-D wurde als Selbstratinginstrument entwickelt. Die Komplettversion besteht aus verschiedenen Modulen, die unterschiedliche Störungsbilder erfassen (*Depression, Panikstörung, somatoforme Syndrome, Angststörungen, Essstörungen, Alkohol, psychosoziale Stressoren*) und weiteren

Items, die Funktionsfähigkeit, medikamentöse Behandlung und Fragen speziell für Frauen behandeln. Insgesamt besteht der PHQ-D aus 78 Items, die alle aus den Kriterien des DSM-IV abgeleitet worden sind. Die in der vorliegenden Studie eingesetzte Kurzform besteht insgesamt aus 15 Items und beinhaltet das Depressionsmodul (neun Items) mit einer vierstufigen Antwortskala, ein gekürztes Panikmodul (fünf Items) mit zweistufiger Antwortskala (*ja/nein*) und eine Frage zur Funktionseinschränkung mit vierstufiger Antwortskala.

Das Depressionsmodul kann dimensional ausgewertet werden und erlaubt die Bestimmung von Schweregraden, außerdem weist es eine gute Änderungssensivität auf. Somit sind Aussagen zum Verlauf der Störung und zu Therapieeffekten in Outcomeuntersuchungen möglich (Kroenke, Spitzer & Williams, 2002; Löwe, Kroenke, Herzog & Gräfe, 2004).

Der PHQ-D liegt in einer von Löwe et al. (2002) ins Deutsche übersetzten Version vor. Die Übersetzung erfolgte nach *State of the Art* Prinzipien der Testübersetzung. Muttersprachler aus Deutschland und den USA nahmen in mehreren Schritten Übersetzung und Rückübersetzungen vor. Eine Validierungsstudie für Deutschland wurde von Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe (2004) durchgeführt. Die Autoren untersuchten 357 allgemeinmedizinische /internistische Patienten und 171 psychosomatische Patienten mit dem PHQ-D und dem *Strukturierten Klinischen Interview* für DSM-IV (SKID I; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997). Die Ergebnisse der Studie liefern für das Depressionsmodul eine interne Konsistenz nach Cronbach $\alpha = .88$. Die Autoren geben des Weiteren an, dass der PHQ-D sehr gute Klassifikationseigenschaften für die Diagnose Major Depression, depressive Episode und der Panikstörung bietet (Gräfe et al., 2004). Die Sensitivität für die Gruppe der depressiven Störungen beträgt 78% (psychosomatische Patienten) und 75% (medizinische Patienten), die Spezifität beträgt 70% (psychosomatische Patienten) und 90% (medizinische Patienten). Für die Panikstörung beträgt die Sensitivität bei psychosomatischen Patienten 73%, die Spezifität liegt bei 93%, und für die medizinischen Patienten liegt die Sensitivität auch bei 73% und die Spezifität bei 54% bis 92% (Gräfe et al., 2004). Die Autoren kommen somit zu dem Schluss, dass der PHQ-D ein hochva-

lides Instrument zum zur Diagnostik insbesondere der Depression und Panikstörung darstellt. Rief, Nanke, Klaiberg und Brähler (2004) haben an einer repräsentativen Stichprobe von 2066 deutschen Bürgern Normwerte für das Depressionsmodul und das Panikmodul erhoben.

In einer Untersuchung zur Änderungssensitivität des Depressionsmoduls des PHQ-D kommen Löwe et al. (2004) zu dem Schluss, dass das Depressionsmodul des PHQ-D auch im Rahmen von Outcomeuntersuchungen zur Veränderungsmessung eingesetzt werden kann und eine ausreichende Änderungssensitivität besitzt. Patienten, die sich im Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen et al., 1997) verbessert hatten, zeigten korrespondierend große Effektstärken im PHQ-D von Aufnahme zu Follow-up, Patienten, ohne Veränderung im SKID wiesen lediglich kleine Effektstärken auf und Patienten mit Verschlechterung im SKID zeigten negative Effektstärken.

In der vorliegenden Untersuchung wurde das Depressionsmodul des PHQ-D in der Kurzform zur Erfassung der komorbiden depressiven Symptomatik wegen der oben beschriebenen Qualitäten und seiner zeitökonomischen Eigenschaften eingesetzt.

Des Weiteren wurde die **Funktionale Gesundheit / gesundheitsbezogene Lebensqualität**, operationalisiert durch den **Short Form- 12 Health Survey (SF-12)** erhoben.

Der SF-12 wurde aus dem international eingesetzten und als reliabel und valide einzuschätzenden Short Form 36 Health Survey (SF-36) von Ware, Snow, Kosinski und Gandek (1993) entwickelt und in einer deutschsprachigen Version von Bullinger und Kirchberger (1998) überarbeitet. Für den SF-36 steht eine breite Datenbasis zur Verfügung und es gibt umfangreiche nationale und internationale Untersuchungen seiner psychometrischen Qualität, wodurch der SF-36 eines der am häufigsten eingesetzten Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität ist (Bullinger & Morfeld, 2004). Der SF-36 misst mit insgesamt 36 Items die gesundheitsbezogene Lebensqualität und den subjektiven Gesundheitszustand auf den acht Skalen ‚*Körperliche Funktionsfähigkeit*‘, ‚*Körperliche Rollenfunktion*‘, ‚*Körperliche Schmerzen*‘, ‚*Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*‘, ‚*Vitalität*‘, ‚*Soziale Funktionsfähigkeit*‘, ‚*Emotionale Rollenfunktion*‘ und ‚*Psychisches Wohlbefinden*‘.

Der relativ hohe Bearbeitungsaufwand des SF-36 mit seinen 36 Items gerade im Rahmen von Studien mit klinischem Klientel und im klinischen Alltag legte die Entwicklung einer Kurzversion nahe. Ware, Kosinski und Keller (1996) entwickelten daher für den englischsprachigen Raum den SF-12 als eine Kurzform des SF-36, die mit zwölf Items den Grad gesundheitlicher Funktionseinschränkung infolge körperlicher und psychischer Beschwerden in Beruf,

Hausarbeit und Freizeit auf zwei Skalen ‚*Physical Component Summary (PCS)*‘ und ‚*Mental Component Summary (MCS)*‘ erfasst. Die Bearbeitungszeit konnte mit der Kurzform auf ein Drittel reduziert werden. Zur Konstruktion des SF-12 wurden mit Hilfe regressionsanalytischer Verfahren anhand einer umfangreichen US-amerikanischen Bevölkerungsstichprobe zwölf Items des SF-36 ermittelt, die mindestens 90% der Varianz der beiden SF-36-Summenskalen *PCS* und *MCS* erklärten.

Im englischsprachigen Raum existieren bereits mehrere Validierungsstudien zum SF-12 an verschiedenen Bevölkerungsstichproben (Ware et al., 1996) und klinischen Stichproben aus unterschiedlichen Indikationsbereichen, z.B. neben Diabetes (Siddique, Ricci, Stewart, Sloan, & Farup, 2002), Herzinfarkt (McBurney et al., 2002), orthopädischen Erkrankungen (Luo et al., 2003) auch für psychotische Erkrankungen (Slayers, Bosworth, Swanson, Lamb-Pagone & Osher (2000)). Die Test-Retest-Reliabilität ist als gut einzuschätzen und liegt für die Skala *PCS* bei $r^{tt} = .89$ und für die Skala *MCS* bei $r^{tt} = .76$ (Ware et al., 1996). Die interne Konsistenz liegt bei Cronbachs $\alpha > .70$ (Luo et al., 2003; King, Horowitz, Kassam, Yonas & Roberts, 2005). Die Korrelationen mit den beiden korrespondierenden Skalen *PCS* und *MCS* des SF-36 von $r > .90$ sprechen für eine gute Konstruktvalidität (Ware et al., 1996). Vergleiche mit anderen Instrumenten zur Lebensqualität und zum allgemeinen Gesundheitszustand ergaben insgesamt befriedigende bis hohe Korrelationen (Ware et al., 1996). Es liegen für den englischsprachigen Raum nach Geschlecht getrennte Normdaten vor.

Die deutschsprachige Fassung des SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1998) besteht aus jeweils sechs Items, welche analog zu den Skalen *PCS* und *MCS* die ‚*Körperliche Summenskala*‘ und die ‚*Psychische Summenskala*‘ bilden. Die zwölf Fragen gliedern sich in vier Fragen mit dichotomer Antwortskala und acht Fragen mit drei bis sechs Antwortmöglichkeiten. In der vorliegenden Studie wird die Version mit einem Beurteilungszeitraum für das zurückliegende 1-Wochen-Zeitfenster verwendet. In Deutschland wurde der SF-12 vor allem im Bereich der Rehabilitation von chronischen körperlichen Erkrankungen, z.B. Schlaganfall (Lingnau & Hesse, 2004) und Diabetes (Maurischat, Krüger-Bödeker, Kohlmann & Bullinger, 2004) eingesetzt und überprüft. Auch für den Bereich der Rehabilitation von psychischen Störungen liegen vereinzelt Studien zum Einsatz des SF-12 vor (vgl. z.B. Zwerenz, Knickenberg & Beutel, 2004). Studien zum Einsatz des SF-12 in der psychiatrischen Versorgung, insbesondere bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, sowie entsprechende Normdaten liegen für den deutschen Sprachraum bisher nicht vor. Aufgrund der hohen Praktikabilität und des sehr geringen Bearbeitungsaufwandes wurde der SF-12 in der vorliegenden Studie eingesetzt.

Darüber hinaus wurde die **Medikamentencompliance** mit der **Medication Adherence Rating Scale (MARS)** erhoben. Die MARS ist eine für den englischen Sprachraum entwickelte 10-Item-Skala mit dichotomem Antwortformat zur Erfassung der Medikamentencompliance bei schizophrenen Patienten unter psychotroper Medikation. Thompson, Kulkarni & Sergejew (2000) entwickelten die 10-Item-Version aus der Kombination zweier kürzerer Selbsteinschätzungsinstrumente (Drug Attitude Inventory - DAI, Medication Adherence Questionnaire – MAQ). Faktorenanalytisch konnten drei Faktoren ermittelt werden: *Medication adherence behavior*, *attitude to taking medication* und *negative side-effects and attitudes to psychotropic medication*. Untersuchungen ergaben an einer Stichprobe von 66 Patienten, dass es sich bei der MARS um ein intern konsistentes (Cronbachs $\alpha = .75$, $r^{tt} = .72$) Instrument zur Erfassung der Medikamentencompliance bei schizophrenen Patienten mit psychoaktiver Medikation handelt (Thompson et al., 2000). Hohe Korrelationen mit anderen Selbsteinschätzungsskalen für die Medikamentencompliance (DAI und MAQ) sprechen für eine gute Konstruktvalidität.

Eine kürzlich veröffentlichte Studie zur Überprüfung der Reliabilität und Validität des MARS an einer größeren Stichprobe von 277 Patienten (Fialko et al., 2008), konnte zwar eine moderate Reliabilität der MARS bestätigen (Cronbachs $\alpha = .60$, $r^{tt} = .52$), verglichen mit Fremdratings der Medikamentencompliance durch die behandelnden Therapeuten zeigte sich der MARS-Gesamtwert jedoch nicht ausreichend valide. Die Faktorenstruktur von Thompson et al. konnten die Autoren zwar replizieren, es zeigte sich jedoch, dass lediglich der Faktor 1 (*Medication adherence behavior*), der mit dem MAQ korrespondiert, signifikant mit den Fremdratings korrelierte. In der vorliegenden Studie beschränkt sich die Auswertung daher auf diesen Faktor (*Medication adherence behavior*). Die insgesamt vier Items der entsprechenden Skala (z.B. „Vergessen Sie jemals Ihre Medikamente einzunehmen?“) können mit *ja* oder *nein* beantwortet werden. Eine deutsche Übersetzung der MARS wird in Deutschland vereinzelt eingesetzt, ist jedoch noch nicht an einer größeren Stichprobe von Patienten systematisch überprüft worden, weshalb deutsche Normwerte bisher fehlen.

Ergänzend wurde die **Selbstfürsorge** mit dem **Hamburger Selbstfürsorge Fragebogen (HSF)** erfasst. In der Psychotherapieforschung wird zunehmend die Bedeutsamkeit positiver Erlebens- und Verhaltensweisen für die Evaluation von psychotherapeutischen Maßnahmen diskutiert. Ein Ansatz der Messung positiver Erlebens- und Verhaltensweisen wurde von Lutz (1998) in seinem Konzept der Messung von verhaltens- und persönlichkeitsnahen Konstruk-

ten sowohl positiver als auch negativer Valenz verfolgt. Hierbei legte Lutz (2001) ein Instrumentarium vor, das unter anderem der Messung der Genussfähigkeit als *trait* dienen sollte. Eine 20-Item Version des Fragebogens zur Genussfähigkeit von Lutz (2001) diene als Grundlage für die Entwicklung der hier eingesetzten Fassung des HSF. Hierbei wurde der Einleitungstext in der Weise verändert, dass die nachfolgenden 20 Items danach beurteilt werden sollen, wie sehr die Aussagen für die betreffende Person in den vergangenen vier Wochen zutreffend waren. Hierzu wurden die Items ins Perfekt umformuliert, um nicht die allgemeine Fähigkeit zu genießen oder positive Gefühle zu empfinden zu erfassen, sondern das Ausmaß, in dem dieses einem Patienten in dem umgrenzten Zeitraum der vorangegangenen vier Wochen möglich war (state-Messung).

Die Daten zweier unabhängiger Stichproben (Stichprobe freiwilliger Teilnehmer, die in einer Allgemeinarztpraxis gewonnen wurde sowie eine Stichprobe von stationären Psychotherapiepatienten aus einer Rehabilitationsklinik, die den Fragebogen im Rahmen der Basisdokumentation ausgefüllt haben) wurden faktorenanalytisch untersucht, wobei in beiden Stichproben der Scree-Test eine 2-faktorielle Lösung nahe legte.

Die Itemselektion erfolgte in einem iterativen Prozess, bei dem die Eindeutigkeit der Ladungsmuster, die Reliabilität bzw. interne Konsistenz sowie die inhaltliche Validität der Items berücksichtigt wurden. Unter dem Aspekt der Eindeutigkeit des Ladungsmusters erfolgte die Itemselektion nach dem Kriterium, dass die Items bei den explorativen Faktorenanalysen in beiden Stichproben eine Faktorladung von mindestens .65 aufwiesen. Darüber hinaus wurden Reliabilitäten bzw. interne Konsistenzen von Cronbachs $\alpha > .80$ angestrebt.

Auf der Basis der Faktorenanalysen konnte eine Kurzform gewonnen werden, deren zwölf Items sich zu zwei Subskalen zu je sechs Items zuordnen ließen, welche die Bereiche ‚Positive Erlebnisfähigkeit‘ und Aspekte eines achtsamen Umgangs mit der eigenen Person und seinen eigenen Grenzen (‚Funktionale Aktivitätssteuerung‘) erfassen. Die Items können auf einer fünfstufigen Antwortskala von ‚gar nicht zutreffend‘ bis ‚sehr zutreffend‘ beantwortet werden. Die beiden Faktoren erklären hierbei 72% der Varianz. Die internen Konsistenzen liegen mit $\alpha = .92$ (Positive Erlebnisfähigkeit) und $\alpha = .91$ (Funktionale Aktivitätssteuerung) im sehr guten Bereich. Der HSF wurde im Institut für Medizinische Psychologie im Rahmen eines Forschungsprojektes entwickelt und ist bisher noch nicht veröffentlicht worden. Daher wurde das Instrument bisher wenig eingesetzt und es liegen keine Normdaten (insbesondere für den Bereich der schizophrenen Erkrankungen) vor.

Zur Erfassung der **subjektiven Zufriedenheit mit der psychosozialen Situation** wurden ausgewählte Skalen des **Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ)** eingesetzt.

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) wurde von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher und Brähler (2000) entwickelt und dient der Erfassung relevanter Aspekte der Lebenszufriedenheit in zehn Lebensbereichen (Gesundheit, Arbeit und Beruf, Finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, Eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte/Verwandte, Wohnung). Jede der zehn Subskalen umfasst sieben Items, welche auf einer siebenstufigen Antwortskala (von "*sehr unzufrieden*" bis "*sehr zufrieden*") zu beantworten sind. Für die vorliegende Studie wurden drei der zehn Skalen ausgewertet (Finanzielle Lage, Wohnung, Freunde/Bekannte/Verwandte), die als zentrale Indikatoren für die subjektive Zufriedenheit mit der psychosozialen Lebenssituation von Patienten mit Schizophrenie angesehen werden können. Der FLZ kann bei Jugendlichen ab 14 Jahren und Erwachsenen (bis ins höhere Lebensalter) eingesetzt werden. Er findet Verwendung in allen Einsatzgebieten der Persönlichkeitsdiagnostik sowie in der Lebensqualitäts- und Rehabilitationsforschung. Es liegen aufgrund einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung aus dem Jahr 1994 Normdaten (Stanine-Werte) von 2.870 Personen (14 bis 92 Jahre) vor. Der FLZ besitzt eine hohe Reliabilität bezogen auf die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha der Skalen von .82 bis .94). Korrelationen einzelner Skalen mit soziodemographischen Merkmalen (z.B. Einkommensgruppe, beruflicher Status, soziale Schicht), Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Emotionalität, Neurotizismus), der Ausprägung interpersoneller Probleme usw., sprechen für eine gute kriteriumsbezogene Validität (Schumacher, Laubach & Brähler, 1995).

Die **Behandlungszufriedenheit** wurde (um den Bearbeitungsaufwand des Gesamtfragebogens zu reduzieren) nicht durch eine standardisierte Skala, sondern durch die folgenden selbstentwickelten **globalen nicht-standardisierte Items** operationalisiert, die bei Entlassung retrospektiv zu beantworten waren. Die Formulierung der Items wurde an die entsprechende Station (BES bzw. PSY32) angepasst, auf der die Behandlung des befragten Patienten erfolgte. Im Folgenden sind die beiden Items zur Erfassung der Behandlungszufriedenheit aufgeführt:

Item 1: „Die BES/PSY32 würde ich einem guten Freund weiterempfehlen.“

Antwortformat: fünfstufig von „trifft zu“ bis „trifft nicht zu“

Item 2: „Die Behandlung auf der BES/PSY32 beurteile ich als...“

Antwortformat: Schulnoten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“

Des Weiteren wurden **soziodemographische, klinische und sozialmedizinische Angaben** der Patienten von der Klinik durch Chiffrierung pseudonymisiert zur Verfügung gestellt bzw. im Rahmen des Fragebogens zur Aufnahme auf Station mit erhoben: Aus der klinikinternen Basisdokumentation, welche die behandelnden Ärzte bei Aufnahme und bei Entlassung ausfüllen, sowie aus der EDV-Dokumentation (SAP) der Klinik wurden Angaben der Patienten zum Alter, Geschlecht, zur Aufnahmediagnose, zur Behandlungsdauer und zum Aufnahmezustand zur Verfügung gestellt. Im Fragebogen, der von den an der Studie teilnehmenden Patienten bei Aufnahme auf die Station auszufüllen war, wurden Daten zum Familienstand, zur Partner- und Kindersituation, zur Wohnsituation, zum Schulabschluss, zur Berufsausbildung, zur aktuellen beruflichen Situation sowie zu den Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) sechs Monate vor Aufnahme auf Station erhoben. Im Rahmen der Datenerhebung auf den Stationen sollten in Ergänzung zu den Angaben der Patienten die behandelnden Ärzte für jeden an der Studie teilnehmenden Patienten einen Arzt-Anamnese-Bögen mit Angaben zur Diagnose, Medikation und Krankheitsanamnese ausfüllen. Diese Bögen sind jedoch von den Ärzten sowohl auf der BES als auch auf der Vergleichsstation PSY32 nur sehr selten ausgefüllt worden, sodass diese Angaben für die Studie nicht ausgewertet werden konnten. Detaillierte Informationen zum Krankheitsstatus, zur Krankheitsgeschichte und zur medikamentösen Behandlung der Patienten konnten daher nicht berücksichtigt werden, und es musste sich auf weniger ausführliche Angaben aus der klinikinternen EDV-Dokumentation beschränkt werden.

4.1.2 Zu Nebenfragestellung A: Überprüfung der Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Konzepts aus Patientensicht

Für die Untersuchung der Nebenfragestellung zur Umsetzung und Akzeptanz zentraler Behandlungselemente des BES-Konzepts aus Patientensicht wurden die BES-Patienten bei Entlassung (t_1) schriftlich befragt. Hierfür wurden von der Forschungsgruppe Items entwickelt und formuliert, in denen spezifische Konzeptelemente der BES, welche im Stationskonzept formuliert sind, sowie Items aus aktuellen Patientenzufriedenheitsbefragungen (Bleich, Nickel & Trojan, in Druck) berücksichtigt wurden. Die Items wurden als Aussagen formuliert, bei denen der Grad der Zustimmung anzugeben war. Hierfür wurde eine fünfstufige Antwortskalierung vorgegeben („trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft teils zu, teils nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“). Die Skalierung wurde in Anlehnung an Rohrmann (1978) so gewählt, dass eine größtmögliche Äquidistanz zwischen den Antwortalternativen besteht und die Antwortskalen somit annähernd Intervallskalen-Niveau haben. Die vollständige Itemsammlung befindet sich im Anhang in den Fragebögen zur Entlassung.

Die Fragen betrafen folgende Inhaltsbereiche, die sich aus den spezifischen Konzeptelementen der BES ableiten lassen:

Behandlungskontinuität durch institutionelle Vernetzung:

Insgesamt fünf Items.

Beispielitem: „In der BES/PSY32 wurde vor meiner Entlassung für eine Verbesserung meiner sozialen Situation (Wohnung, Finanzen, Arbeit usw.) gesorgt.“

Behandlungskontinuität durch Etablierung einer festen therapeutischen Bezugsperson:

Insgesamt fünf Items.

Beispielitem: „Während der Behandlung hatte ich durchgängig einen festen Ansprechpartner.“

Partizipative Entscheidungsfindung / Shared Decision Making:

Insgesamt neun Items.

Beispielitem: „Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern eine schriftlich festgelegte Behandlungsvereinbarung getroffen.“

Schaffen eines gesundheitsfördernden Milieus und Stationsklimas:

Insgesamt neun Items.

Beispielitem: „Die Atmosphäre in der BES/PSY32 hat mich belastet.“

Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in die Behandlung vor Ort

(Triolog):

Insgesamt drei Items.

Beispielitem: „Meine Angehörigen/gesetzlichen Betreuer/Freunde wurden, falls es mein Wunsch war, in meine Behandlung einbezogen.“

Flexible Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten in jeder Phase des Behandlungsprozesses:

Insgesamt zwei Items.

Beispielitem: „Die Behandlung war speziell auf meine Problembereiche zugeschnitten.“

Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe, Betonung salutogenetischer Faktoren:

Insgesamt neun Items.

Beispielitem: „Aus der Behandlung in der BES/PSY32 besitze ich einen "Krisenpass", damit ich weiß, was zu tun ist, falls es mir zu Hause wieder schlechter gehen sollte.“

Dieser Inhaltsbereich enthält zusätzlich Items, die den Umgang der Patienten mit Frühwarnsymptomen nach Behandlungsende ermitteln sollen (z.B. „Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke, befolge ich die Ratschläge meines Arztes.“). Hierbei sind nur indirekte Schlüsse auf die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe möglich.

4.2 Studiendurchführung

Im Folgenden soll die Durchführung der Studie genauer beschrieben werden. Hierbei ist einleitend hervorzuheben, dass die Durchführung einer Fragebogenstudie in der klinischen Routine der psychiatrischen Versorgung und insbesondere für das Klientel der schizophrenen Patienten hohe Anforderungen an alle an der Befragung beteiligten Personen (Patienten, Behandlungsteam, Angehörige, Wissenschaftler und wissenschaftliche Assistenten) stellt.

Um eine erfolgreiche Implementierung und Durchführung der Studie zu ermöglichen, wurde

daher ein enger Einbezug aller Beteiligten in die Forschungsaktivitäten von der Entwicklung des Evaluationsdesigns bis hin zur Präsentation und Bewertung der Ergebnisse angestrebt.

4.2.1 Kooperationspartner und -strukturen

Die Evaluation der Behandlungseinheit Schizophrenie (BES) erfolgte bereits in der Projektplanungsphase in enger Abstimmung und Kooperation mit verschiedenen der BES angehörigen oder assoziierten Gremien und Personen. Es fanden von Winter 2004 bis Frühjahr 2008 regelmäßige Planungs- und Abstimmungstreffen zunächst im 14-tägigen und ab Sommer 2006 im vierwöchigen Rhythmus vor Ort in der BES statt. Teilnehmer an diesen Treffen waren Mitarbeiter der Evaluationsgruppe aus dem UKE (Wissenschaftler sowie wissenschaftliche Hilfskräfte), der Oberarzt der Behandlungseinheit Schizophrenie, der Oberarzt der Vergleichsstation PSY32, Mitarbeiter der BES aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst, Doktoranden und Diplomanden, deren Qualifikationsarbeiten im Rahmen der BES-Evaluation bearbeitet wurden, Hilfskräfte und Praktikanten, die die Fragebogenerhebungen vor Ort unterstützten sowie ein Vertreter des Landesverbandes Psychiatrieerfahrener und ein Vertreter des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker. Ziel der regelmäßigen Treffen war zunächst ein Informationsaustausch und ein gegenseitiges Kennenlernen der internen Perspektiven zur besseren Planung und Ausgestaltung der Evaluation. Die Einbeziehung aller beteiligten Personen, sollte zudem die Compliance für die mit hohem Aufwand für das gesamte Behandlungsteam verbundene Studie erhöhen und ein gewisses Ausmaß an Identifikation mit den geplanten Untersuchungsschritten zu erreichen.

Zu Beginn wurden im Rahmen der Erstellung des Evaluationskonzeptes aus der Perspektive aller teilnehmenden Personen zentrale Aspekte der Evaluation herausgearbeitet. Die unterschiedlichen Bedürfnisse und Interessenschwerpunkte der einzelnen Personen, die sich aus deren Aufgabengebieten, Berufsgruppenzugehörigkeiten und Interessensvertretungen ergaben, wurden berücksichtigt und es wurde ein Konsens über alle Beteiligten angestrebt.

Nachdem die wesentlichen Inhalte der Evaluation formuliert waren, wurde über Möglichkeiten der konkreten Umsetzung der einzelnen zu überprüfenden Aspekte diskutiert. Hier war insbesondere ein Kompromiss zwischen den aus wissenschaftlicher Perspektive anzustrebenden Methoden und Standards und den in der klinischen Versorgungspraxis bestehenden Limitierungen zu schließen. Von der Forschungsgruppe wurden verschiedene Vorschläge für Erhebungsinstrumente für die Überprüfung der verschiedenen Fragestellungen vorgelegt, die dann gemeinsam hinsichtlich ihrer Praktikabilität für die klinische Routine und der Zumut-

barkeit für die zu befragenden Patienten bewertet wurden. Es bestand Konsens darin, Selbst-ratinginstrumente einzusetzen, um die subjektive Sicht der Patienten besser und valider abbilden zu können, diese jedoch gleichzeitig so auszuwählen bzw. zu gestalten, dass sie möglichst einfach und zeitsparend ausgefüllt werden können, um die Patienten nicht zu überfordern. Während der Datenerhebungsphase wurden die Abstimmungstreffen genutzt, um Schwierigkeiten und Problembereiche in der Datenerhebung zu identifizieren, die zu vermindertem Rücklauf führten, um rechtzeitig unterstützend eingreifen zu können. Alle an der Befragung Beteiligten hatten die Möglichkeit in der konkreten Erhebungspraxis auftretende Hürden anzusprechen, damit die Forschungsgruppe flexibel an die Erfordernisse angepasste Lösungsmöglichkeiten erarbeiten konnte. Während der Phase der Auswertung der Ergebnisse, sowie am Ende des Projekts wurden im Rahmen der Treffen regelmäßig erste Ergebnisse präsentiert und gemeinsam diskutiert.

Nach Abschluss der Studie wurden die wesentlichen Ergebnisse der Evaluation im Rahmen einer klinikinternen Konferenz den Mitarbeitern der betreffenden Fachabteilungen sowie der Klinikleitung präsentiert. Außerdem wurde eine Veranstaltung organisiert, in der einem Teil der befragten Patienten, die auf Station ihr Interesse bekundet hatten, die Ergebnisse vorgestellt wurden und anschließend eine Diskussion angeleitet, die die Patientenperspektive in den Vordergrund stellte.

4.2.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung auf der BES und der PSY32 erfolgte im Rahmen einer *Ausweitung der Qualitätssicherung* in der Asklepios Klinik Nord. Zusätzlich zu den im Rahmen bisheriger Qualitätssicherungsmaßnahmen der Klinik standardmäßig in der klinikinternen Basisdokumentation erhobenen Routinedaten wurden weitere Daten mit Hilfe der oben beschriebenen Instrumente für einen begrenzten Zeitraum erhoben.

Alle im Rahmen der Studie in der Klinik erhobenen Daten sowie die zur Verfügung gestellten Daten aus der klinikinternen Basisdokumentation und der EDV-Dokumentation (SAP) zu den entsprechenden Patienten wurden durch Chiffrierung *pseudonymisiert* und an die Forschungsgruppe im Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf weitergeleitet, wo sie aggregiert und ausgewertet wurden. Die Auswertung erfolgte pseudonymisiert, eine Re-Identifizierung des einzelnen Patienten war dem Institut nicht möglich. Jegliche patientenbezogenen Daten (digitales Material oder Papierversionen) verblieben auf den Stationen und wurden dort in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt.

Sowohl die Asklepios Klinik Nord als auch das Institut und die Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf stellten sicher, dass den Anforderungen der Datenschutzbestimmungen im Bundesdatenschutzgesetz und im Sozialgesetzbuch Rechnung getragen wurde.

Befragung auf der BES:

Die *Rekrutierung* der befragten Patienten erfolgte auf der BES durch eine wissenschaftliche Hilfskraft der Forschungsgruppe, die gleichzeitig als Praktikantin für den Zeitraum der Datenerhebung fest in das Stationsteam integriert und täglich anwesend war. Durch die Teilnahme an den täglichen Visiten und Übergabebesprechungen war die Hilfskraft stets über alle geplanten Neuaufnahmen und Entlassungen informiert und konnte gezielt die entsprechenden Patienten auf Station ansprechen und für die Teilnahme an der Befragung und das Ausfüllen der Fragebögen motivieren. Am Tag der *Aufnahme* wurden die Patienten von der Hilfskraft ausführlich über Ziele, Inhalte, Umfang und Ablauf der Befragung informiert. Anschließend erfolgte im Sinne des *informend consent* die schriftliche Einwilligung des Patienten in die Befragung durch das Unterzeichnen einer Einverständniserklärung (siehe Anhang). Die Teilnahme an der Befragung erfolgte auf freiwilliger Basis. Dem Patienten entstanden keine Nachteile bei Nicht-Teilnahme. Bei Einwilligung des Patienten wurde diesem der Fragebogen zur Aufnahme ausgehändigt mit der Bitte ihn noch am selben Tag auszufüllen und der Hilfskraft zurückzugeben. Erfolgte die Rückgabe nicht eigenständig, kam es im Laufe der ersten Aufenthaltswoche zu Erinnerungen durch die Hilfskraft. Falls Patienten in einer akuten psychotischen Phase ihrer Erkrankung in der BES aufgenommen wurden, und daher nach Einschätzung des behandelnden Arztes nicht in der Lage waren den Fragebogen auszufüllen, wurde abgewartet, bis sich die Positiv-Symptomatik des Patienten durch die Behandlung soweit reduziert hatte, dass eine Befragung möglich war. Hierüber wurde die Hilfskraft in den Übergabebesprechungen von dem behandelnden Arzt informiert. Am Tag der *Entlassung* wurde den Patienten, die bereits einen Fragebogen bei Aufnahme ausgefüllt hatten der Fragebogen zur Entlassung von der Hilfskraft ausgehändigt und gebeten, ihn vor Verlassen der Station der Hilfskraft ausgefüllt zurückzugeben. Bei kurzfristigen Entlassungen gegen ärztlichen Rat konnte häufig kein Entlassungsfragebogen ausgehändigt werden.

Die Patienten hatten jederzeit die Möglichkeit, bei Schwierigkeiten und Fragen, die während des Ausfüllens der Fragebögen auftraten, die Hilfskraft um *Unterstützung* zu bitten. Dies wurde auch häufig von den Patienten in Anspruch genommen. Patienten, die sich trotz Unterstüt-

zungsangebot dennoch nicht in der Lage sahen, den Fragebogen auszufüllen, konnten diesen unausgefüllt bei der Hilfskraft abgeben. Während des gesamten Erhebungszeitraumes dokumentierte die Hilfskraft für jeden Patienten, der auf die Station aufgenommen wurde, die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an der Befragung. Bei Nicht-Teilnahme wurden zusätzlich, soweit bekannt, die Gründe dafür (z.B. Ablehnung durch den Patienten, Befragung aufgrund akuter Positivsymptomatik innerhalb der ersten Aufenthaltswoche nicht möglich) erfasst. In einem kontinuierlichen *Monitoring* der Befragung wurde für jeden teilnehmenden Patienten dokumentiert, welche Fragebögen bereits ausgeteilt und wieder abgegeben wurden, wodurch eine systematische Kontrolle des Rücklaufs erfolgen konnte und die Patienten gezielt erinnert wurden.

Befragung auf der PSY32:

Auf der Vergleichsstation **PSY32** erfolgte die *Rekrutierung* der befragten Patienten durch die beiden Stationsärzte, die im Rahmen der regelmäßigen Abstimmungstreffen von der Forschungsgruppe ausführlich über Ziele, Inhalte, Umfang und Ablauf der Befragung informiert wurden und selbst für die Unterstützung der Befragung ausreichend motiviert erschienen. Eine Hilfskraft der Forschungsgruppe war zweimal pro Woche einen Tag auf der Station anwesend, um die Datenerhebung zu unterstützen. Sie nahm an diesen Tagen auch an den Visiten und Übergabebesprechungen teil, um über geplante Neuaufnahmen und Entlassungen informiert zu sein und die Stationsärzte bei der Motivierung der Patienten für die Teilnahme an der Befragung ggf. zu unterstützen. Eine kontinuierliche, tägliche Unterstützung der Befragung durch wissenschaftliche Hilfskräfte war hier nicht möglich, da keine Einbindung der Hilfskraft in das Stationsteam als Praktikantin gegeben war.

Am Tag der *Aufnahme* wurden die Patienten im Aufnahmegespräch von den Stationsärzten ausführlich über Ziele, Inhalte, Umfang und Ablauf der Befragung informiert. Anschließend erfolgte auch hier im Sinne des *informed consent* die Einwilligung des Patienten in die Befragung durch das Unterzeichnen der Einverständniserklärung. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte auf freiwilliger Basis. Dem Patienten entstanden keine Nachteile bei Nicht-Teilnahme. Bei Einwilligung des Patienten wurde diesem der Fragebogen zur Aufnahme vom Arzt ausgehändigt mit der Bitte ihn noch am selben Tag auszufüllen und zurückzugeben. Die ausgefüllten Fragebögen wurden vom Arzt in das Postfach der Hilfskraft gelegt, welches zweimal pro Woche von dieser geleert wurde. Die Entscheidung darüber, ob der Patient möglicherweise aufgrund akuter schizophrener Positivsymptomatik am Aufnahmetag nicht in der

Lage war den Fragebogen auszufüllen erfolgte im Aufnahmegespräch durch den Arzt und wurde der Hilfskraft in den Übergabebesprechungen mitgeteilt. Erfolgte die Rückgabe der Fragebögen durch die Patienten nicht eigenständig bzw. bestand bei Aufnahme eine akute psychotische Positiv-Symptomatik, kam es im Laufe der ersten Aufenthaltswoche zu weiteren Erinnerungen bzw. Konsultationen durch den Arzt und/oder die Hilfskraft.

Bei *Entlassung* wurde den Patienten, die bereits einen Fragebogen bei Aufnahme ausgefüllt hatten, am Entlassungstag während des Entlassungsgesprächs der Fragebogen zur Entlassung von dem Stationsarzt ausgehändigt und gebeten, ihn vor Verlassen der Station ausgefüllt zurückzugeben. Bei kurzfristigen Entlassungen gegen ärztlichen Rat, bei denen kein Entlassungsgespräch stattgefunden hatte, konnte kein Entlassungsfragebogen ausgehändigt werden. Auch auf der PSY32 hatten die Patienten die Möglichkeit, bei Schwierigkeiten und Fragen, die während des Ausfüllens der Fragebögen auftraten die Hilfskraft, allerdings lediglich bei ihrer Anwesenheit an 2 Tagen pro Woche, um *Unterstützung* zu bitten. Dies wurde auch hier häufig von den Patienten in Anspruch genommen. Patienten, die sich trotz Unterstützungsangebot dennoch nicht in der Lage sahen den Fragebogen auszufüllen, konnten diesen unausgefüllt beim Arzt abgeben, der ihn dann mit einem entsprechenden Vermerk an die Hilfskraft weiterleitete. Während des gesamten Erhebungszeitraumes dokumentierte auch hier die Hilfskraft für jeden Patienten, der auf die Station aufgenommen wurde, die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an der Befragung. Bei Nicht-Teilnahme wurden die Gründe dafür notiert, die der Hilfskraft vom Arzt mitgeteilt wurden. Ein kontinuierliches *Monitoring* des Rücklaufs wurde auch auf der PSY32 von der Hilfskraft vorgenommen und bot die Möglichkeit der gezielten Erinnerung der Patienten. Im Unterschied zur Datenerhebung auf der BES, bei der eine Hilfskraft eigenverantwortlich für die Organisation der Befragung zuständig war, war auf der PSY32 eine enge Abstimmung zwischen den Stationsärzten und der Hilfskraft erforderlich, da die Befragung in enger Kooperation organisiert wurde und die Hilfskraft lediglich zwei mal in der Woche anwesend war.

Katamnestiche Befragung:

Im Rahmen der Gesamtevaluation der BES-Konzepts war eine katamnestiche Befragung der zu Aufnahme und Entlassung befragten Patienten der BES und der PSY32 nach einem halben Jahr vorgesehen. Für die Organisation der Katamnesticheerhebung wurde zunächst anhand der Patientenakten eine Liste mit Adressen und Telefonnummern derjenigen Patienten erstellt, die an der Prä-Post-Befragung teilgenommen hatten. Ca. sechs Monate nach Entlassung wurde

versucht, die Patienten auf der Liste telefonisch zu erreichen und zu einem Katamnesetermin auf die Station einzubestellen. Beim Katamnesetermin, für den die Patienten eine Aufwandsentschädigung von zehn Euro erhielten, hatten die Patienten die Möglichkeit zu einem Nachgespräch mit einer wissenschaftlichen Hilfskraft der Forschungsgruppe, mit deren Unterstützung sie den Katamnesebogen ausfüllen konnten. Waren die Patienten telefonisch nicht zu erreichen, wurde ihnen ein Schreiben zugeschickt mit der Bitte, sich telefonisch auf der Station zu melden, um einen Katamnesetermin zu vereinbaren. Falls die Patienten sich auf diesem Wege ebenfalls nicht meldeten, wurde ihnen der Katamnesefragebogen incl. eines frankierten und adressierten Rückumschlags sowie der zehn Euro zugeschickt, mit der Bitte, ihn auszufüllen und zurückzusenden. Trotz dieses sehr umfangreichen und aufwendigen Rekrutierungsverfahrens konnten auf der BES lediglich 21 der 79 und auf der PSY32 nur 13 der 40 zu Aufnahme und Entlassung befragten Patienten erreicht werden. Die Ausschöpfung der Stichprobe wurde damit als zu gering beurteilt, um aussagekräftige Auswertungen durchführen zu können. Aufgrund der geringen Teilnahmequote sowie der damit möglicherweise verbundenen Verzerrungseffekte wurde daher von der Auswertung der katamnestischen Daten im Rahmen der Fragestellungen der vorliegenden Studie abgesehen.

4.3 Statistische Methoden und Auswertungsstrategien

Im Folgenden werden die statistischen Methoden und Auswertungsstrategien dargestellt, die in der vorliegenden Studie verwendet wurden. Die anonymisierten Fragebogendaten der Patienten sowie die zur Verfügung gestellten Daten der Basisdokumentation und EDV-Dokumentation aus der Asklepios Klinik Nord wurden dafür im Institut für Medizinische Psychologie in ein statistisches Datenverarbeitungsprogramm (deutsche Version SPSS 15.0 für Windows) eingegeben, verarbeitet und ausgewertet.

4.3.1 Stichprobenbeschreibung und Repräsentativitätsanalysen

Für den Stichprobenvergleich und die Repräsentativitätsanalysen wurden absolute und relative Häufigkeiten sowie Mittelwerte und Standardabweichungen in soziodemographischen, sozialmedizinischen und klinischen Variablen zwischen Patienten der BES und Patienten der PSY32, bzw. an der Befragung teilnehmenden Patienten und nicht an der Befragung teilnehmenden Patienten verglichen. Der statistische Vergleich von Häufigkeitsverteilungen bzw. Mittelwerten erfolgte bei kategorialen Variablen mit Hilfe von χ^2 -Tests und bei kontinuierlichen Variablen mit t-Tests für unabhängige Stichproben.

4.3.2 Zu Nebenfragestellung A: Überprüfung der Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Konzepts aus Patientensicht

Für die Auswertung der Nebenfragestellung wurden für jedes Einzel-Item der zu untersuchenden Inhaltsbereiche des BES-Konzepts deskriptive Analysen durchgeführt, d.h. Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Gruppen (BES-Patienten und PSY32-Patienten) berechnet sowie inferenzstatistisch mittels einfaktorieller univariater Varianzanalysen (ANOVA) Gruppenvergleiche zwischen den beiden Gruppen durchgeführt. Da zu den aufgeführten Inhaltsbereichen des BES-Konzepts, zu denen die Einzel-Items zugeordnet wurden, und zu ihren theoretischen Konstrukten keine empirische, z.B. faktorenanalytische Überprüfung vorliegt, wird die Auswertung nicht auf Subskalen- sondern auf Einzel-Itemebene vorgenommen.

4.3.3 Zu Hauptfragestellung B: Überprüfung der Effektivität der BES-Behandlung

Zur Überprüfung der Hauptfragestellung zur Effektivität der BES-Behandlung wurden Patienten der BES und Patienten der PSY32 hinsichtlich ihres Behandlungsergebnisses bezogen auf die oben dargestellten primären und sekundären Outcomeparameter miteinander verglichen.

Zu B.1: Unterscheiden sich Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten der Vergleichsstation PSY32) im Hinblick auf ihr Behandlungsergebnis?

Für die geplanten Auswertungen zur Hauptfragestellung B.1 wurden die im Fragebogen erhobenen Rohdaten der standardisierten Outcomeinstrumente, gemäß der in den Auswertungsmanualen vorgegebenen Anweisungen, zunächst zu *Skalen* bzw. zu *Gesamtwerten* zusammengefasst:

Für den **ESI**, den **HSF**, den **PHQ-D** und den **FLZ** wurden hierbei jeweils Skalenmittelwerte bzw. Gesamtmittelwerte gebildet. Fehlende Werte in einer Skala wurden dabei durch den jeweiligen ungewichteten Skalenmittelwert ersetzt, wenn pro Skala mindestens die Hälfte der zugehörigen Items beantwortet wurden. Ansonsten erfolgte ein Ausschluss des betreffenden Falles aus den Berechnungen. Die Skalen- und Gesamtmittelwerte des ESI können Werte von null bis drei annehmen, wobei hohe Werte für eine starke Symptombelastung und niedrige Werte für eine geringe Symptombelastung sprechen. Die Skalenmittelwerte des HSF können Werte zwischen eins und fünf annehmen. Hohe Werte bedeuten hier ein hohes Maß und nied-

rige Werte ein geringes Maß an Selbstfürsorge. Der Skalenmittelwert des Depressionsmoduls des PHQ-D kann Werte zwischen eins und vier annehmen, wobei hohe Werte für eine starke Symptombelastung und niedrige Werte für eine geringe Symptombelastung sprechen. Die FLZ-Skalenmittelwerte können Werte zwischen eins und sieben annehmen. Hohe Werte bedeuten dabei ein hohes Maß und niedrige Werte ein geringes Maß an Lebenszufriedenheit.

Bei der **MARS** wurde, wie in der Literatur empfohlen (Thompson et al., 2000; Fialko et al., 2008), der Summenwert der ersten Skala (*„Einhaltung der Behandlungsempfehlungen“*) berechnet. Da Erfahrungen mit der Ersetzung fehlender Werte in der MARS bisher nicht berichtet wurden, erfolgte hier keine Ersetzung fehlender Werte, um unnötige Verzerrungseffekte zu vermeiden. Fälle, bei denen ein fehlender Wert vorlag bzw. bei denen die Skala gar nicht ausgefüllt wurde, wurden somit aus den Berechnungen ausgeschlossen. Der Summerwert der ersten Skala des MARS kann Werte zwischen null und vier annehmen, wobei nach Umpolung der negativ formulierten Items große Werte für eine hohe und kleine Werte für eine geringe Medikamentencompliance sprechen.

Beim **SF-12** erfolgte im Rahmen der im Manual beschriebenen Auswertungsroutine die Bildung von Summenskalen mit Hilfe eines computergestützten Auswertungsprogramms. Hierbei müssen die Itemrohwerte zunächst noch weiterbearbeitet werden. Die Weiterbearbeitung beinhaltet das Umpolen bei inverser Antwortreihenfolge, das Rekalibrieren bei sich nicht linear verhaltender Item-Skala-Beziehung, Gewichtung der Fragen und Berechnung der Skalenrohwerte, danach deren Transformation in eine Skala mit Werten von 0 (schlechtester Wert) bis 100 (bestmöglicher Wert). Hohe Werte bedeuten demnach ein hohes und niedrige Werte ein geringes Maß an funktionaler Gesundheit. Vor der Skalenbildung wurden in Anlehnung an Lang, Koch und Schulz (2004) die fehlenden Werte mit Hilfe des Expectation-Maximization-Algorithmus (Dempster, Laird & Rubin, 1977) ersetzt, was zu einer größeren Ausschöpfung der Stichprobe führte. Fälle, bei denen die beiden Skalen des SF-12 gar nicht ausgefüllt wurden, wurden aus den Berechnungen ausgeschlossen.

In quasi-experimentellen Untersuchungen, in denen zwei Gruppen hinsichtlich ihres Outcomes von Aufnahme (Prä) zu Entlassung (Post) miteinander verglichen werden, und unter Berücksichtigung der klinisch-naturalistischen Bedingungen keine randomisierte Zuweisung zu den Gruppen erfolgt ist, finden sich häufig Baseline-Unterschiede zwischen den Gruppen, die zu einem Bias führen und die interne Validität der Untersuchung negativ beeinflussen können (Roberts & Torgerson, 1999). Dabei ist die Größe des Bias unabhängig von der statistischen Signifikanz der Gruppenunterschiede. Liegen zwischen den Gruppen Baseline-

Unterschiede im Outcomeparameter (z.B. in der Ausgangsbelastung bezogen auf die Symptomatik) vor, beeinflussen sie in einfachen varianzanalytischen Testungen das Ergebnis, sofern sie nicht berücksichtigt, d.h. kontrolliert werden. Das im psychologischen Forschungskontext häufig eingesetzte Verfahren für die Überprüfung von Gruppenunterschieden in Prä-Post-Outcomeuntersuchungen, die Varianzanalyse mit Messwiederholung, berücksichtigt diese Baseline-Unterschiede nicht und ist daher für diese Fragestellungen nicht zu empfehlen (Frison & Pocock, 1992). Zu empfehlen ist hierbei statt dessen die Durchführung von Kovarianzanalysen (ANCOVA) mit den Post-Werten oder den Differenzwerten Prä-Post als abhängige Variable und dem Baseline-Wert (z.B. der Ausgangsbelastung) als Kovariate. Der Einfluss der Baseline-Unterschiede zwischen den Gruppen wird hier durch die Berücksichtigung der Kovariate kontrolliert (Vickers & Altman, 2001). Dabei ist die Verwendung von entweder den Post-Werten oder den Differenzwerten Prä-Post als abhängige Variable mathematisch identisch. Die Auswahl erfolgt lediglich im Hinblick auf die Interpretierbarkeit (Bortz, 2005). Da es sich in der vorliegenden Studie um ein quasi-experimentelles Design mit Prä-Post-Outcomevergleichen zwischen zwei Gruppen handelt und aufgrund der nicht-randomisierten Gruppenzuweisung Baseline-Unterschiede, insbesondere im Hinblick auf die Ausgangsbelastung, nicht ausgeschlossen werden können, wurden für die Auswertungen zur Hauptfragestellung Kovarianzanalysen über den Faktor *Station* (d.h. die Zugehörigkeit zur Interventions- oder Vergleichsgruppe) mit der *Ausgangsbelastung* als Kovariate berechnet.

Kovarianzanalytisch verglichen wurden hierbei für jede Outcomeskala die Entlasswerte (Post-Werte) zwischen den Patienten der beiden Stationen (je nach Outcomeparameter entweder Skalensummen-Werte oder Skalenmittelwerte) unter Kontrolle der Ausgangswerte in den jeweiligen Outcomeskalen.

Zu B.2: Unterscheiden sich Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten der Vergleichsstation PSY32) im Hinblick auf ihre Behandlungszufriedenheit?

Die beiden globalen Items zur Behandlungszufriedenheit, die bei Entlassung retrospektiv zu beantworten waren, wurden zum einen deskriptiv hinsichtlich ihrer relativen Antworthäufigkeiten für die beiden Gruppen (BES-Patienten und PSY32-Patienten) getrennt ausgewertet, zum anderen wurden einfaktorielle univariate Varianzanalysen für beide Items berechnet, um Itemmittelwerte der beiden Gruppen statistisch miteinander zu vergleichen.

4.3.4 Interpretation der statistischen Effekte

Zur Interpretation der statistischen Testungen wurden die **Signifikanzgrenzen** auf dem 5% (*), dem 1%- (**) und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Sind die Stichprobengrößen in den durchzuführenden Subgruppenanalysen sehr gering, kann dies eine Verminderung der statistischen Power in den statistischen Auswertungen zur Folge haben und kleine Gruppenunterschiede oder kleine Veränderungen von Aufnahme zu Entlassung können somit statistisch nicht abgesichert werden. Daher werden bei der Darstellung der Ergebnisse zusätzlich Effektstärkenmaße für die Größe der Unterschiede bzw. Veränderungen berücksichtigt.

Als **Effektstärkenmaße** wurden folgende Parameter angegeben:

Zur Interpretation der *Größe der Veränderungen von Aufnahme zu Entlassung in den Outcomeuntersuchungen* sowie zur Interpretation der *Größe der Unterschiede bei kontinuierlichen Variablen in den Repräsentativitätsanalysen und im Stichprobenvergleich* wurden Effektstärken d nach Cohen (1988) berechnet. Gemäß den Konventionen von Cohen (1988) wurde bei den Outcomeuntersuchungen jeweils die Mittelwertsdifferenz Prä-Post an der über beide Gruppen gepoolten Standardabweichung der Stichprobe zu t_0 (entspricht dem Zeitpunkt ‚Prä‘) relativiert. Bei den Repräsentativitätsanalysen und im Stichprobenvergleich wurde die Mittelwertsdifferenz zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe an der über beide Gruppen gepoolten Standardabweichung relativiert. Die Interpretation erfolgte gemäß den Empfehlungen von Cohen (1988), mit folgenden Grenzwerten: klein (+): $d \geq .20$, mittel (++): $d \geq .50$, groß (+++): $d \geq .80$. Die Höhe der Effektstärke (d) ist abhängig von der gepoolten Standardabweichung der Stichprobe zu t_0 und somit auch indirekt von der Größe der Stichprobe: Eine große Stichprobe weist in der Regel eine kleinere Streuung auf als eine kleine Stichprobe, d.h. dass bei Berechnungen mit großen Stichproben und somit kleineren Standardabweichungen größere Effektstärken zu erwarten sind, da bei der Berechnung der Effektstärken an der Standardabweichung im Nenner relativiert wird.

Zur Interpretation der *Größe der Unterschiede beim Vergleich kategorialer Variablen in den Repräsentativitätsanalysen sowie dem Stichprobenvergleich* wurde Φ als Effektstärkenmaß angegeben. Dieser kann Werte zwischen -1 und $+1$ annehmen und wurde ebenfalls nach den Empfehlungen von Cohen (1988) wie folgt interpretiert: klein (+): $\Phi \geq .10$, mittel (++): $\Phi \geq .30$, groß (+++): $\Phi \geq .50$.

Zur Interpretation der *Größe des Einflusses der jeweils berücksichtigten Faktoren* wurde bei den Ergebnissen der Varianzanalysen und Kovarianzanalysen als Effektstärkenmaß η^2 angegeben. η^2 kann Werte zwischen null und eins annehmen und gibt Auskunft über den durch den jeweiligen Faktor erklärten Varianzanteil im Gesamtmodell. Die Interpretation erfolgte nach Cohen (1988), mit folgenden Grenzwerten: klein (+): $\eta^2 \geq .0099$, mittel (++) : $\eta^2 \geq .0588$, groß (+++) : $\eta^2 \geq .1379$.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Studie dargestellt. Im Vorwege wird zunächst auf die Rücklaufquoten der Datenerhebung eingegangen und außerdem werden die Ergebnisse des Repräsentativitätsvergleichs, der Stichprobenbeschreibung sowie des Stichprobenvergleichs zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe vorgestellt.

5.1 Stichprobe

In Abbildung 8 sind der Rücklauf der Befragung, die Rücklaufquoten sowie die ausgeschlossenen Patienten und die entsprechenden Ausschlussgründe für die verschiedenen Erhebungsphasen getrennt nach den beiden Gruppen BES und PSY32 aufgeführt.

Aus den Gesamtaufnahmen auf die **BES** im Erhebungszeitraum resultierten nach Bildung der Behandlungskomplexe (vgl. Abschnitt 4.1.1.3) sowie dem Ausschluss von Behandlungskomplexen unter sieben Tagen insgesamt 166 einzubeziehende Behandlungskomplexe. Nach Ausschluss von Patienten mit sprachlichen Verständigungsproblemen oder von Patienten, bei denen eine Befragung innerhalb der ersten Aufenthaltswoche aufgrund akuter schizophrener Positivsymptomatik nicht möglich war resultierten insgesamt *145 potentiell befragbare Patienten* auf der BES, die die Einschlusskriterien erfüllten.

Auf der **PSY32** resultierten aus den Gesamtaufnahmen auf Station im Erhebungszeitraum insgesamt 228 Behandlungskomplexe. Nach Ausschluss von Patienten mit sprachlichen Verständigungsproblemen sowie von aufgrund akuter schizophrener Symptomatik nicht befragbaren Patienten erfüllten auf der PSY32 insgesamt *175 potentiell befragbare Patienten* die Einschlusskriterien.

Die **Rücklaufquoten** in der BES betragen, bezogen auf die 145 potentiell befragbaren Patienten für die Befragung bei Aufnahme 83,4% und für die Befragung bei Entlassung 60,7%. Für die Vergleichsgruppe PSY32 sind die Rücklaufquoten bezogen auf die 175 potentiell befragbaren Patienten deutlich geringer: Für die Befragung bei Aufnahme ergibt sich eine Rücklaufquote von 29,7% und bei Entlassung von 24,0%. Sowohl zur Aufnahme als auch zur Entlassung liegen auf der BES von 54,5% der befragbaren Patienten Fragebogendaten vor und auf der PSY32 von 22,9% der befragbaren Patienten.

Als *Ausschlussgründe* für die Teilnahme an der Befragung bei Aufnahme wurden für die potentiell befragbaren Patienten angegeben, dass die Befragung vom Patienten abgelehnt wurde (BES 15,9%; PSY32 24,6%) oder dass der Fragebogen innerhalb der ersten Woche nicht ausgefüllt wurde, bzw. der Patient nicht erreicht wurde (BES 0,7%; PSY32 45,7%). Bei der Entlassungsbefragung wurde dokumentiert, dass die Befragung entweder vom Patienten abgelehnt wurde (BES 6,2%; PSY32 2,9%) oder eine kurzfristige Entlassung erfolgte und der Patient daher nicht erreicht bzw. motiviert werden konnte (BES 16,6%; PSY32 2,9%).

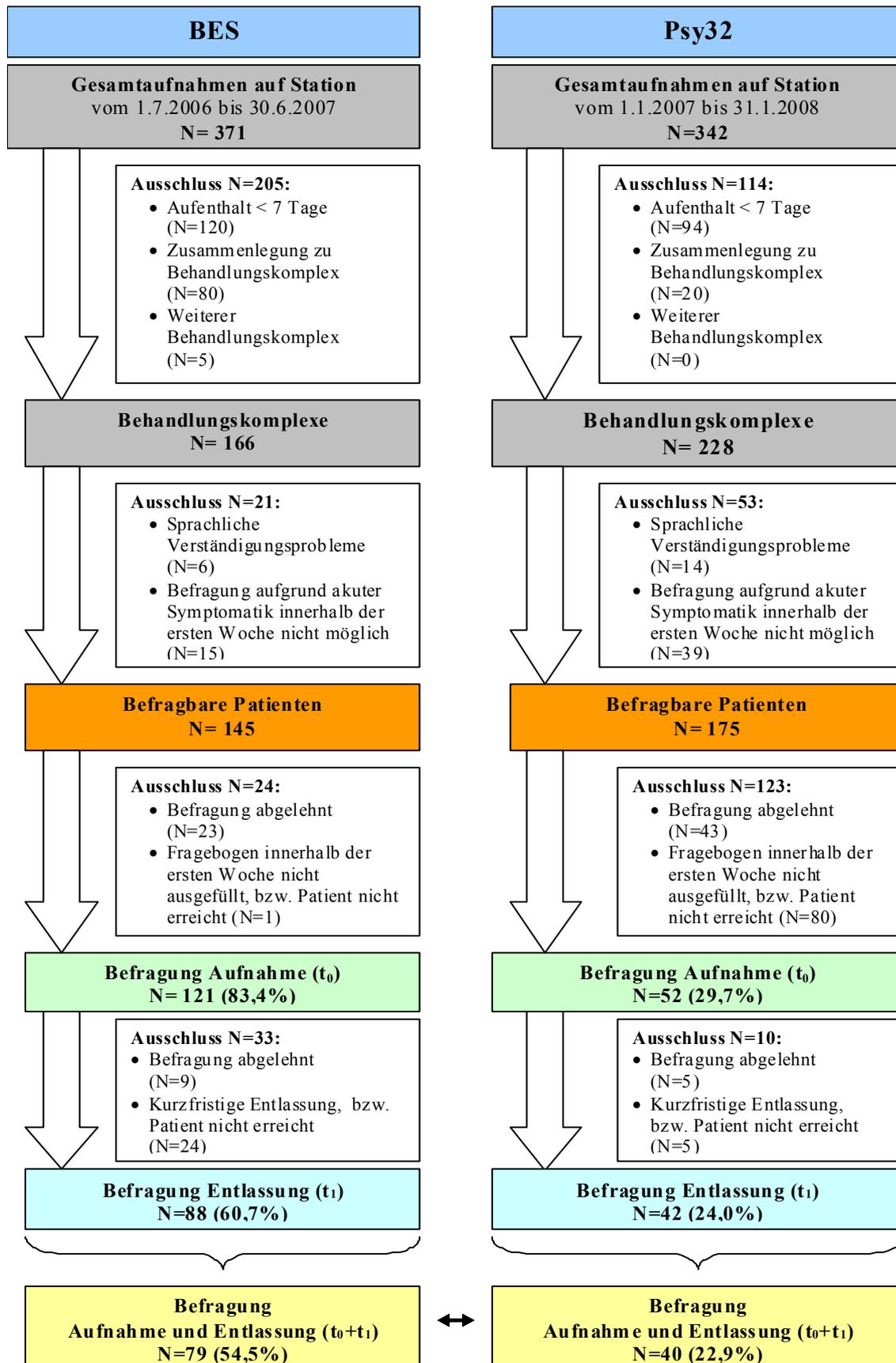


Abbildung 8. Übersicht über die Rücklaufquoten zu den verschiedenen Messzeitpunkten getrennt für die beiden Stationen BES und PSY32. Die Prozentangaben beziehen jeweils sich auf die befragbaren Patienten.

Die geringeren Rücklaufquoten auf der PSY32 könnten durch die unterschiedliche Organisation der Datenerhebung auf den beiden Stationen mit begründet sein (vgl. auch Abschnitt 4.2.2). Bei ca. 46% der auf der PSY32 potentiell befragbaren Patienten wurde als Ausschlussgrund angegeben, dass diese innerhalb der ersten Behandlungswoche nicht erreicht werden konnten. Auf der BES war das bei lediglich einem potentiell befragbaren Patienten der Fall. Auf der BES erfolgte die Fragebogenerhebung mit Unterstützung einer wissenschaftlichen Hilfskraft der Forschungsgruppe, die auf der BES auch als Praktikantin in den Stationsalltag eingebunden und täglich anwesend war. Auf der PSY32 wurde die Fragebogenerhebung hauptsächlich durch die Stationsärzte selbständig organisiert, während eine wissenschaftliche Hilfskraft der Forschungsgruppe lediglich zweimal pro Woche die Station besuchte, um die Erhebung zu unterstützen. Die persönliche Präsenz und Bindung an die Patienten durch die unterstützende Hilfskraft auf der BES einerseits sowie die erhöhten Anforderungen an die Koordination zwischen der Hilfskraft und den Stationsärzten auf der PSY32 andererseits, könnten sich auf die unterschiedlichen Rücklaufquoten ausgewirkt haben.

Ein häufiger Grund dafür, dass Patienten nicht an der Entlassungsbefragung teilnahmen, war eine kurzfristige, ungeplante Entlassung, häufig gegen ärztlichen Rat oder aus disziplinarischen Gründen. In diesen Fällen konnte der Patient für die Abschlussbefragung entweder nicht mehr motiviert werden oder er wurde von der Hilfskraft vor seiner Abreise nicht mehr erreicht. Auf der BES kam dies etwas häufiger vor als auf der PSY32. Dies könnte durch den stärkeren Einfluss des Arztes im Rahmen der Befragung auf der PSY32 erklärbar sein.

Aufgrund des geringen Rücklaufs und der daraus resultierenden relativ geringen Stichprobengrößen von $N=79$ in der BES und $N=40$ in der PSY32 bei Aufnahme und Entlassung wurden Post-hoc Power Analysen mit der Software G*Power 3.0.10 durchgeführt, um die Mindestgröße der Effektstärke zu ermitteln, die mit einer ausreichenden statistischen Power noch nachweisbar ist. Für Gruppenvergleiche mit zweiseitiger Testung bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit auf dem 5%-Niveau zeigte sich, dass bei den vorliegenden Stichprobengrößen mittlere bis große Effekte statistisch nachweisbar sind. Die statistische Power ($1-\beta$) liegt für mittlere Effekte bei 0,72 und für große Effekte bei 0,98. Die statistische Power für den Nachweis kleiner Effekte liegt dagegen lediglich bei 0,18. Nur 18% der möglicherweise vorhandenen kleinen Effekte können demnach bei den vorliegenden Stichprobengrößen nachgewiesen werden. Bei der Darstellung der Ergebnisse der Gruppenvergleiche werden kleine Effekte, die statistisch aufgrund der geringen Power nicht signifikant werden, daher zwar als tendenzielle

Unterschiede deskriptiv angeführt, jedoch nicht inhaltlich in Bezug auf die Fragestellungen und Hypothesen interpretiert.

5.2 Repräsentativitätsanalysen (BES, PSY32)

Angesichts der unterschiedlich hohen Rücklaufquoten in der BES und der PSY32 wurde der Frage nach möglichen verzerrenden Selektionseffekten bei der Datenerhebung nachgegangen, die sich daraus ergeben könnten. Hierfür wurden im Rahmen von Repräsentativitätsanalysen getrennt für beide Stationen Patienten, die sowohl an der Aufnahme- als auch an der Entlassungsbefragung teilnahmen, mit denjenigen verglichen, die nicht teilgenommen hatten. Aus der klinikinternen Basisdokumentation sowie der EDV-Dokumentation standen hierfür auch für die nicht befragten Patienten auf der BES und der PSY32 einige soziodemographische und klinische Basisvariablen (Alter, Geschlecht, Diagnose und Behandlungsdauer) zur Verfügung. Darüber hinausgehende Variablen, z.B. zum Bildungsstand und Familienstand, konnten von der Klinik nicht übermittelt werden.

In Tabelle 6 sind die Ergebnisse der Repräsentativitätsanalysen für die **BES-Patienten** aufgeführt. Insgesamt zeigen sich kaum signifikante Unterschiede zwischen den befragten und den nicht befragten Patienten hinsichtlich der untersuchten Variablen. Ein signifikanter Unterschied mit kleiner Effektstärke zeigt sich jedoch hinsichtlich der Diagnose. Unter den befragten BES-Patienten findet sich ein höherer Anteil an Patienten mit Paranoider Schizophrenie (F20.0) und ein geringerer Anteil an Patienten mit anderen F-Diagnosen (außer F2). Tendenziell deutet sich mit kleiner Effektstärke eine längere Behandlungsdauer der befragten BES-Patienten im Vergleich zu den nicht befragten BES-Patienten an, dies ist jedoch aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und kann daher nicht interpretiert werden.

Tabelle 6: Vergleich der befragten BES-Patienten und der nicht befragten BES-Patienten von insgesamt 166 Behandlungskomplexen hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Variablen

Variable		Befragte BES-Patienten (N=79) ¹	Nicht befragte BES-Patienten (N=87) ¹	Signifikanztest
		N (%) / M (SD)	N (%) / M (SD)	
Geschlecht	weiblich	30 (38,0%)	32 (37,2%)	$\chi^2 (1, N=165) = .010$ $p = .919; \Phi = -.008$
	männlich	49 (62,0%)	54 (62,8%)	
Alter		38,6 (10,9)	36,7 (12,7)	$t(163) = -1.018$ $p = .310; d = .16$
Diagnose bei Aufnahme	Paranoide Schizophrenie (F20.0)	62 (78,5%)	55 (64,7%)	$\chi^2 (2, N=164) = 9.161$ $p = .010^*; \Phi = .236^+$
	andere F2-Diagnose	13 (16,5%)	12 (14,1%)	
	andere F-Diagnose	4 (5,1%)	18 (21,2%)	
Behandlungsdauer (Tage pro Behandlungskomplex)		37,8 (25,6)	31,6 (28,4)	$t(162) = -1.480$ $p = .141; d = .23^+$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Variablen variieren, da von einigen Patienten keine Angaben vorliegen.

Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt.

Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

In Tabelle 7 sind die Ergebnisse der Repräsentativitätsanalysen für die **PSY32-Patienten** aufgeführt. Hier finden sich insgesamt keine signifikanten Unterschiede zwischen befragten und nicht befragten Patienten. Tendenziell deutet sich zwar ein höherer Anteil an Patienten mit Paranoider Schizophrenie (F20.0) und ein geringerer Anteil an Patienten mit anderen F2-Diagnosen (außer F20.0) unter den befragten PSY32-Patienten sowie eine längere Behandlungsdauer der befragten Patienten an, dies ist jedoch wiederum aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und somit nicht interpretierbar.

Tabelle 7: Vergleich der befragten PSY32-Patienten und der nicht befragten PSY32-Patienten von insgesamt 228 Behandlungskomplexen hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Variablen

Variable		Befragte PSY32-Patienten (N=40) ¹	Nicht befragte PSY32-Patienten (N=188) ¹	Signifikanztest
		N (%) / M (SD)	N (%) / M (SD)	
Geschlecht	weiblich	18 (45,0%)	84 (44,7%)	$\chi^2 (1, N=228) = .001$ $p = .971; \Phi = -.002$
	männlich	22 (55,0%)	104 (55,3%)	
Alter		42,9 (11,1)	42,2 (11,2)	$t(226) = -.345$ $p = .730; d = .06$
Diagnose bei Aufnahme	Paranoide Schizophrenie (F20.0)	25 (78,1%)	95 (66,9%)	$\chi^2 (2, N=174) = 4.604$ $p = .100; \Phi = .163^+$
	andere F2-Diagnose	2 (6,3%)	32 (22,5%)	
	andere F-Diagnose	5 (15,6%)	15 (10,6%)	
Behandlungsdauer (Tage pro Behandlungskomplex)		47,7 (28,4)	40,8 (24,8)	$t(226) = -1.562$ $p = .120; d = .26^+$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Variablen variieren, da von einigen Patienten keine Angaben vorliegen. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (***) und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Insgesamt deuten sich in den Repräsentativitätsanalysen auf beiden Stationen keine wesentlichen systematischen Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Patienten an. Falls Unterschiede bestehen, erreichen sie höchstens kleine Effektstärken und finden sich annähernd analog auf beiden Stationen. Insgesamt spricht das gegen starke Selektionseffekte bei der Datenerhebung und beide Stichproben können als weitgehend repräsentativ hinsichtlich der hier untersuchten soziodemographischen und klinischen Variablen eingeschätzt werden. Allerdings können keine Aussagen über mögliche Selektionseffekte hinsichtlich weiterer Variablen, z.B. dem Bildungsstand oder dem Familienstand, getroffen werden, weil hierzu von den nicht befragten Patienten keine Angaben vorlagen.

5.3 Stichprobenbeschreibung und Stichprobenvergleich

In den Tabellen 8 bis 11 finden sich ausgewählte Stichprobencharakteristika der in die Analysen einbezogenen Patienten insgesamt sowie getrennt für die beiden Stationen BES und PSY32.

Insgesamt zeigt sich ein in der stationären psychiatrischen Versorgung von schizophrenen Patienten charakteristisches Bild (vgl. Abschnitt 2.1) mit einem Männeranteil von deutlich über der Hälfte, einem Durchschnittsalter von etwa 40 Jahren sowie einem relativ hohen Bildungsstand mit 40% Abiturienten und 16% Hochschul- oder Fachhochschulabsolventen. Weiterhin werden charakteristische psychosoziale Belastungen (z.B. ein Arbeitslosenanteil von fast 50%) und mangelnde soziale Eingebundenheit deutlich; fast die Hälfte der Patienten lebt alleine und über 60% sind ledig und haben keinen festen Partner. Mit fast 80% hat der überwiegende Anteil der Patienten bei Aufnahme die Diagnose Paranoide Schizophrenie (F20.0) erhalten. Berufstätige Patienten waren vor Aufnahme durchschnittlich drei Monate krankgeschrieben. Die Behandlungsdauer pro Behandlungskomplex auf Station betrug im Mittel etwa sechs Wochen.

Beim **Vergleich** der Stichprobencharakteristika zwischen den beiden zu vergleichenden Patientengruppen (BES-Patienten, PSY32-Patienten) ergeben sich hinsichtlich *soziodemographischer, sozialmedizinischer und klinischer Variablen* folgende signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke (vgl. Tabelle 8): Die BES-Patienten sind mit durchschnittlich 39 Jahren signifikant jünger als die PSY32-Patienten mit 43 Jahren und sind häufiger ledig und seltener verheiratet. Dies könnte darauf hindeuten, dass unter den BES-Patienten ein etwas höherer Anteil an Ersterkrankten zu finden ist. Tendenzielle Unterschiede mit kleiner Effektstärke, die jedoch aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht nachzuweisen und damit nicht interpretierbar sind, zeigen bei den BES-Patienten einen höheren Anteil an anderen F2-Diagnosen (außer F20.0) sowie einen geringeren Anteil an anderen F-Diagnosen (außer F2) und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Aufnahme. Hinsichtlich der Gesamt-Behandlungsdauer zeigt sich lediglich ein tendenzieller Unterschied mit kleiner Effektstärke, der sich wiederum statistisch nicht absichern und daher nicht interpretieren lässt. Vergleicht man aber ausschließlich die stationäre Behandlungsdauer ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen mit mittlerer Effektstärke. Die BES-Patienten weisen, bezogen auf den gesamten Behandlungskomplex, eine wesentlich kürzere stationäre Behandlungsdauer auf als die PSY32-Patienten. Im Rahmen des BES-Konzepts wird als ein Zielparame- ter die Verkürzung der stationären Behandlungsdauer zugunsten teilstationärer Behandlung formuliert. Die kürzere stationäre Behandlungsdauer der BES-Patienten bei vergleichbarer Gesamtbehandlungsdauer im Stichprobenvergleich kann vor diesem Hintergrund erwartet werden.

Tabelle 8: Vergleich der zu Aufnahme und Entlassung befragten BES-Patienten und PSY32-Patienten hinsichtlich soziodemographischer, sozialmedizinischer und klinischer Variablen

Variable		Gesamt (N=119) ¹ N(%) / M(SD)	BES- Patienten (N=79) ¹ N(%) / M(SD)	PSY32- Patienten (N=40) ¹ N(%) / M(SD)	Signifikanztest BES-Patienten vs. PSY32-Patienten
Geschlecht	weiblich	48 (40,3%)	30 (38,0%)	18 (45,0%)	$\chi^2 (1, N = 119) = .545$ $p = .461; \Phi = -.068$
	männlich	71 (59,7%)	49 (62,0%)	22 (55,0%)	
Alter		40,0 (11,1)	38,6 (10,9)	42,9 (11,1)	$t(117) = -2.003$ $p = .047^*; d = .39^+$
Familien- stand	ledig	72 (61,5%)	53 (68,8%)	19 (47,5%)	$\chi^2 (2, N = 117) = 6.114$ $p = .047^*; \Phi = .229^+$
	verheiratet	18 (15,4%)	8 (10,4%)	10 (25,0%)	
	getrennt, geschieden, verwitwet	27 (23,1%)	16 (20,8%)	11 (27,5%)	
Diagnose bei Aufnahme	Paranoide Schizo- phrenie (F20.0)	87 (78,4%)	62 (78,5%)	25 (78,1%)	$\chi^2 (2, N = 111) = 4.889$ $p = .087; \Phi = .210^+$
	andere F2-Diagnose	15 (13,5%)	13 (16,5%)	2 (6,3%)	
	andere F-Diagnose	9 (8,1%)	4 (5,1%)	5 (15,6%)	
Gesamt-Behandlungsdauer (Tage pro Behandlungskomplex)		41,1 (26,9)	37,8 (25,6)	47,7 (28,4)	$t(117) = -1.914$ $p = .058; d = .37^+$
Stationäre Behandlungsdauer (Tage pro Behandlungskomplex)		37,0 (25,7)	31,7 (22,6)	47,7 (28,4)	$t(117) = -3.345$ $p = .001^{**}; d = .63^{++}$
Arbeitsunfähigkeit Berufstätige in den letzten 6 Monaten (in Wochen)		11,7 (9,4)	12,6 (8,9)	10,4 (9,9)	$t(51) = .823$ $p = .414; d = .23^+$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Variablen variieren, da von einigen Patienten keine Angaben vorliegen.

Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (***) und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt.

Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Der Vergleich der beiden Patientengruppen hinsichtlich *weiterer Variablen zur psychosozialen Lebenssituation* (vgl. Tabelle 9) ergibt insgesamt keine signifikanten Unterschiede. Zwar deutet sich tendenziell mit kleinen Effektstärken an, dass die BES-Patienten seltener einen festen Partner haben, seltener mit ihrer Familie oder ihrem Partner zusammen leben, häufiger in betreuten Wohnprojekten leben oder obdachlos sind, seltener berufstätig sind und häufiger Berufsunfähigkeitsrente beziehen sowie über einen geringfügig höheren Bildungsstand verfügen. Dies ist jedoch auch hier aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und kann daher nicht interpretiert werden.

Tabelle 9: Vergleich der zu Aufnahme und Entlassung befragten BES-Patienten und PSY32-Patienten hinsichtlich weiterer Variablen zur psychosozialen Lebenssituation

Variable		Gesamt (N=119) ¹ N(%) / M(SD)	BES- Patienten (N=79) ¹ N(%) / M(SD)	PSY32- Patienten (N=40) ¹ N(%) / M(SD)	Signifikanztest BES-Patienten vs. PSY32-Patienten
Partner- situation	kein fester Partner	67 (69,1%)	48 (75,0%)	19 (57,6%)	$\chi^2 (1, N = 97) = 3.094$ $p = .079$; $\Phi = .179^+$
	fester Partner	30 (30,9%)	16 (25,0%)	14 (42,4%)	
Eigene Kinder	Kinder	37 (36,3%)	22 (33,8%)	15 (40,5%)	$\chi^2 (1, N = 102) = .457$ $p = .499$; $\Phi = -.067$
	keine Kinder	65 (63,7%)	43 (66,2%)	22 (59,5%)	
Wohn- Situation	alleine in eigener Wohnung	51 (45,5%)	33 (44,6%)	18 (47,4%)	$\chi^2 (3, N = 112) = 7.429$ $p = .059$; $\Phi = .258^+$
	mit Familie/ Partner	38 (33,9%)	21 (28,4%)	17 (44,7%)	
	betreutes Wohnen (ambulant/Heim/WG)	15 (13,4%)	12 (16,2%)	3 (7,9%)	
	ohne festen Wohnsitz	8 (7,1%)	8 (10,8%)	0 (0%)	
Schul- abschluss	keinen	7 (6,1%)	4 (5,3%)	3 (7,7%)	$\chi^2 (3, N = 115) = 1.355$ $p = .716$; $\Phi = .109^+$
	Haupt- oder Sonder- schule	37 (32,2%)	23 (30,3%)	14 (35,9%)	
	Realschule	24 (20,9%)	18 (23,7%)	6 (15,4%)	
	Abitur/ Fachabitur	47 (40,9%)	31 (40,8%)	16 (41,0%)	
Berufs- ausbildung	keine	33 (38,4%)	22 (38,6%)	11 (37,9%)	$\chi^2 (2, N = 86) = .677$ $p = .713$; $\Phi = .089$
	abgeschlossene Lehre	39 (45,3%)	27 (47,4%)	12 (41,4%)	
	Fachhochschul- oder Hochschulabschluss	14 (16,3%)	8 (14,0%)	6 (20,7%)	
Aktuelle berufliche Situation	berufstätig	38 (35,2%)	23 (31,9%)	15 (41,7%)	$\chi^2 (2, N = 108) = 1.934$ $p = .380$; $\Phi = .134^+$
	arbeitslos	51 (47,2%)	34 (47,2%)	17 (47,2%)	
	Berufsunfähigkeits- rente	19 (17,6%)	15 (20,8%)	4 (11,1%)	

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Variablen variieren, da von einigen Patienten keine Angaben vorliegen. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Der Vergleich der beiden Patientengruppen (BES-Patienten und PSY32-Patienten) hinsichtlich ihrer *Belastung durch die schizophrene Symptomatik zum Aufnahmezeitpunkt* zeigt zwar einen tendenziellen Unterschied mit kleiner Effektstärke hinsichtlich der schizophrenen Ausgangsbelastung in Richtung einer etwas höheren Ausprägung der BES-Patienten im ESI-Gesamtwert bei Aufnahme (vgl. Tabelle 10). Dieser wird jedoch aufgrund der geringen Stichprobengrößen nicht signifikant und kann daher nicht interpretiert werden. Hinsichtlich der *Belastung durch die depressive Symptomatik zum Aufnahmezeitpunkt* zeigt sich zwischen den Gruppen kein signifikanter Unterschied mit mindestens kleiner Effektstärke.

Tabelle 10: Vergleich der zu Aufnahme und Entlassung befragten BES-Patienten und PSY32-Patienten hinsichtlich der Belastung durch schizophrene und depressive Symptomatik bei Aufnahme

Belastung durch Symptome bei Aufnahme	Gesamt (N=119) ¹	BES-Patienten (N=79) ¹	PSY32-Patienten (N=40) ¹	Signifikanztest BES-Patienten vs. PSY32-Patienten
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	
Schizophrene Symptomatik (ESI-Gesamtwert, Mittelwert)	0,84 (0,68)	0,89 (0,71)	0,72 (0,62)	t(111) = 1.246 p = .215; d = .25 ⁺
Depressive Symptomatik (PHQ-D Depressionsmodul, Mittelwert)	2,37 (0,81)	2,38 (0,80)	2,34 (0,84)	t(104) = .290 p = .773; d = .05

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Variablen variieren, da von einigen Patienten keine Angaben vorliegen. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Auch hinsichtlich der Aufnahme- und Befragungsmodalitäten finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen (vgl. Tabelle 11). Lediglich ein tendenzieller Unterschied mit kleiner Effektstärke, der aufgrund der geringen Stichprobengrößen jedoch wiederum nicht signifikant wird und deshalb nicht interpretiert werden kann, findet sich bezüglich des Aufnahmezustand mit einem höheren Anteil an Patienten, die durch externe Ärzte und Krankenhäuser in die Klinik eingewiesen wurden und einem niedrigeren Anteil an Patienten, die als Notfall in die Klinik aufgenommen wurden, unter den BES-Patienten.

Tabelle 11: Vergleich der zu Aufnahme und Entlassung befragten BES-Patienten und PSY32-Patienten hinsichtlich Aufnahme- und Befragungsmodalitäten

		Gesamt (N=119)¹	BES- Patienten (N=79)¹	PSY32- Patienten (N=40)¹	Signifikanztest BES-Patienten vs. PSY32-Patienten
		N(%) / M(SD)	N(%) / M(SD)	N(%) / M(SD)	
Stations- zugang	Direktaufnahme	67 (56,3%)	43 (54,4%)	24 (60,0%)	$\chi^2 (1, N = 119) = 0.335$ $p = .563; \Phi = .053$
	Verlegung von P-ZNA oder ande- rer Station	52 (43,7%)	36 (45,6%)	16 (40,0%)	
Aufnahme- status in die Klinik	Einweisung durch externe Ärzte und Krankenhäuser	50 (42,0%)	35 (44,3%)	15 (37,5%)	$\chi^2 (2, N = 119) = 2.161$ $p = .339; \Phi = .135^+$
	Notfallaufnahme	29 (24,4%)	16 (20,3%)	13 (32,5%)	
	Selbsteinweisung	40 (33,6%)	28 (35,4%)	12 (30,0%)	
Zeitraum zwischen Aufnahme auf Station und Ausfüllen des Frage- bogens (Mittelwert in Tagen)		4,75 (5,19)	4,48 (4,85)	5,28 (5,83)	$t(117) = -0.788$ $p = .342; d = .15$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Variablen variieren, da von einigen Patienten keine Angaben vorliegen. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (***) und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Zusammenfassend zeigt der Stichprobenvergleich wenig signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen (BES-Patienten und PSY32-Patienten) hinsichtlich soziodemographischer, sozialmedizinischer und klinischer Variablen, weiterer Variablen zur psychosozialen Situation sowie der Ausgangsbelastung und der Aufnahme- und Befragungsmodalitäten. Es finden sich lediglich Unterschiede mit kleiner Effektstärke, die häufig aufgrund der geringen statistischen Power nicht abzusichern und damit nicht interpretierbar sind. Die Patienten der beiden Stationen können somit als weitestgehend vergleichbar hinsichtlich der untersuchten Charakteristika angesehen werden. Eine Ausnahme bildet jedoch die aus konzeptionellen Gründen erwartungsgemäß deutlich kürzere stationäre Behandlungsdauer der BES-Patienten mit mittlerer Effektstärke. Zudem zeigt sich mit kleiner Effektstärke, dass die BES-Patienten bei Aufnahme signifikant jünger und häufiger ledig sind als die PSY32-Patienten, was möglicherweise auf einen höheren Anteil an Ersterkrankten unter den BES-Patienten hindeutet, die in einem geringeren Ausmaß über soziale Eingebundenheit und Vernetzung verfügen. Dies sollte im Rahmen der nachfolgenden Analysen berücksichtigt werden.

5.4 Zu Nebenfragestellung A: Überprüfung der Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Konzepts aus Patientensicht

Zu Fragestellung A: Werden die zentralen Behandlungselemente des BES-Behandlungskonzepts aus subjektiver Sicht der Patienten umgesetzt? Welche Konzeptelemente werden umgesetzt, welche nicht?

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Beurteilung der Umsetzung des BES-Konzepts aus der subjektiven Sicht der Patienten dargestellt. Hierbei wird ein Vergleich zwischen den beiden Stationen BES und PSY32 vorgenommen. Die zu beantwortenden Items beziehen sich auf verschiedene BES-spezifische Behandlungselemente, auf die im BES-Konzept ein besonderer Schwerpunkt gelegt wird (vgl. Abschnitt 2.6). Jedem der zentralen Konzeptelemente wurden entsprechende Einzel-Items zugeordnet, die mit dem Konzeptelement inhaltlich assoziiert waren. Die Auswertung erfolgte auf Ebene der einzelnen Items. Der statistische Vergleich der beiden Patientengruppen BES und PSY32 erfolgte mit univariaten einfaktoriellen Varianzanalysen (vgl. Abschnitt 4.3). Die Items wurden in Aussageform formuliert, die die Patienten bei Entlassung auf einer fünfstufigen Skala beantworten konnten. Niedrige Werte bedeuten dabei eine hohe Zustimmung und hohe Werte eine geringe Zustimmung bzw. eine Ablehnung der entsprechenden Aussage. Die Items wurden für die PSY32-Patienten geringfügig in ihrer Formulierung an das Stationskonzept der PSY32 angepasst, wobei die Fragen dennoch inhaltlich vergleichbar blieben. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen zentralen BES-spezifischen Konzeptelementen dargestellt:

Behandlungskontinuität durch institutionelle Vernetzung:

Bezüglich der Antworten zu den Items, die diesem Konzeptelement zugeordnet sind, ergibt sich insgesamt, dass die Patienten der PSY32 den Aussagen eher zustimmen als die BES-Patienten (vgl. Tabelle 12). Im varianzanalytischen Vergleich zeigen sich dementsprechend zwar in drei der vier Items, die sich auf die Organisation der Nachsorgemaßnahmen und das Entlassungsmanagement beziehen (Item 2-4), Unterschiede mit kleiner Effektstärke in Richtung einer tendenziell höheren Zustimmung der PSY32-Patienten, die Unterschiede sind jedoch aufgrund der geringen Stichprobengrößen und der damit verbundenen geringen statistischen Power nicht signifikant und können daher nicht interpretiert werden. Kein Unterschied mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen den Gruppen zeigt sich in Item 1 und in Item 5.

Tabelle 12: Antworten der BES- und PSY32-Patienten in den Einzel-Items zum BES-Konzeptelement, 'Behandlungskontinuität durch institutionelle Vernetzung'. Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennwerte des Gruppenvergleichs

Behandlungskontinuität durch institutionelle Vernetzung²	BES-Patienten (N=79)¹ M (SD)	PSY32-Patienten (N=40)¹ M (SD)	ANOVA
1. Ich hatte das Gefühl, dass die Mitarbeiter in der BES/PSY32 "an einem Strang ziehen" was meine Behandlung betrifft.	2,04 (1,26)	1,97 (1,32)	F (1,109) = 0.069 p = .794; $\eta^2 = .001$
2. In der BES/PSY32 wurde mir eine für meine Probleme passende Weiterbehandlung empfohlen.	2,41 (1,50)	1,89 (1,45)	F (1,90) = 2.725 p = .102; $\eta^2 = .029^+$
3. In den Gesprächen nahm sich der Arzt/Psychologe für die Vorbereitung meiner Entlassung ausreichend Zeit.	1,75 (1,10)	1,40 (0,60)	F (1,103) = 3.129 p = .080; $\eta^2 = .029^+$
4. In der BES/PSY32 wurde vor meiner Entlassung für eine Verbesserung meiner sozialen Situation (Wohnung, Finanzen, Arbeit usw.) gesorgt.	3,27 (1,64)	2,74 (1,58)	F (1,100) = 2.427 p = .122; $\eta^2 = .024^+$
5. Ich wurde in der BES/PSY32 bei der Vorbereitung auf die ambulanten Maßnahmen (z.B. Kontaktaufnahme oder Terminvereinbarung) unterstützt.	2,18 (1,44)	2,00 (1,39)	F (1,86) = 0.305 p = .582; $\eta^2 = .004$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Items variieren, da nicht zu jedem Item von allen Patienten Angaben vorliegen, insbesondere wenn das Item im Anschluss an eine Ausschlussfrage nur von einem Teil der Patienten zu beantworten war.

²Fünfstufige Antwortskalierung: 1="trifft zu", 2="trifft eher zu", 3="trifft teils zu, teils nicht zu", 4="trifft eher nicht zu", 5="trifft nicht zu". Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

In Abbildung 9 ist die Häufigkeitsverteilung der Antworten der BES- und PSY32-Patienten zu einem ausgewählten Beispiel-Item aus diesem Bereich exemplarisch aufgeführt. Evident wird, dass insgesamt fast die Hälfte der Patienten nicht oder eher nicht zustimmen, dass vor ihrer Entlassung für eine Verbesserung ihrer sozialen Situation gesorgt wurde.

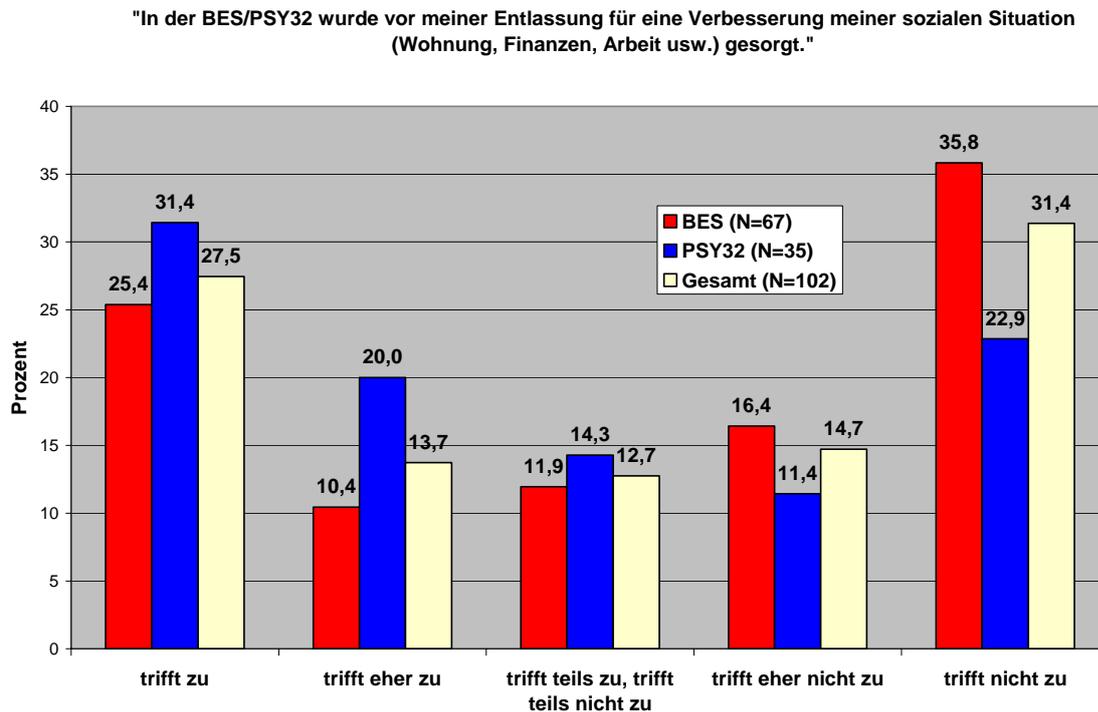


Abbildung 9. Relative Antworthäufigkeiten der BES-Patienten und der PSY32-Patienten in Prozent für ein Beispiel-Item aus dem Bereich ‚Behandlungskontinuität durch institutionelle Vernetzung‘.

Behandlungskontinuität durch Etablierung einer festen therapeutischen Bezugsperson:

Auch bezüglich der Antworten zu den Items, die dem Konzeptelement ‚Behandlungskontinuität durch Etablierung einer festen therapeutischen Bezugsperson‘ zugeordnet sind, wird deutlich, dass die Patienten der PSY32 den Aussagen eher zustimmen, bzw. negativ gepolte Aussagen eher ablehnen als die BES-Patienten (vgl. Tabelle 13). Auch hier ergeben sich in den Varianzanalysen bei Item 2 und 4 tendenzielle Unterschiede mit kleiner Effektstärke in Richtung einer größeren Zustimmung, bzw. bei Item 5 einer stärkeren Ablehnung der PSY32-Patienten, die jedoch aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht nachzuweisen und damit nicht interpretierbar sind. In Item 1 findet sich ein signifikanter Unterschied mit mittlerer Effektstärke zwischen den Patientengruppen: BES-Patienten geben hier in einem geringeren Ausmaß an, auf Station immer gewusst zu haben, an wen sie sich bei Problemen hätten wenden können. Kein Unterschied zwischen den Gruppen findet sich in Item 3.

Tabelle 13: Antworten der BES- und PSY32-Patienten in den Einzel-Items zum BES-Konzeptelement ‚Behandlungskontinuität durch Etablierung einer festen therapeutischen Bezugsperson‘. Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennwerte des Gruppenvergleichs

Behandlungskontinuität durch Etablierung einer festen therapeutischen Bezugsperson ²	BES-Patienten (N=79) ¹ M (SD)	PSY32-Patienten (N=40) ¹ M (SD)	ANOVA
1. Ich wusste immer, an wen ich mich bei Problemen wenden konnte.	1,81 (1,19)	1,28 (0,56)	F (1,112) = 6.916 p = .010* ; $\eta^2 = .058^{++}$
2. Während der Behandlung hatte ich durchgängig einen festen Ansprechpartner.	1,65 (1,11)	1,33 (0,66)	F (1,112) = 2.733 p = .101; $\eta^2 = .024^+$
3. Wenn Probleme zwischen mir und meinem Persönlichen Therapiebegleiter / Bezugstherapeut auftraten, hatte ich eine Möglichkeit, diese anzusprechen.	1,74 (1,19)	1,58 (1,03)	F (1,110) = 0.520 p = .472; $\eta^2 = .005$
4. Der Persönliche Therapiebegleiter / Bezugstherapeut war für mich hilfreich.	1,75 (1,10)	1,38 (0,67)	F (1,112) = 3.507 p = .064; $\eta^2 = .030^+$
5. Eine kontinuierliche Behandlung war <u>nicht</u> gegeben (z.B. durch häufig wechselnde Therapeuten).	4,20 (1,09)	4,45 (0,92)	F (1;111) = 1.435 p = .234; $\eta^2 = .013^+$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Items variieren, da nicht zu jedem Item von allen Patienten Angaben vorliegen, insbesondere wenn das Item im Anschluss an eine Ausschlussfrage nur von einem Teil der Patienten zu beantworten war.

²Fünfstufige Antwortskalierung: 1=“trifft zu“, 2=“trifft eher zu“, 3=“trifft teils zu, teils nicht zu“, 4=“trifft eher nicht zu“, 5=“trifft nicht zu“. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Die Häufigkeitsverteilung eines Beispiel-Items aus diesem Bereich (vgl. Abbildung 10) zeigt, dass insgesamt fast 90% der Patienten der BES und der PSY32 zustimmen oder eher zustimmen, während der Behandlung durchgängig einen festen Ansprechpartner gehabt zu haben.

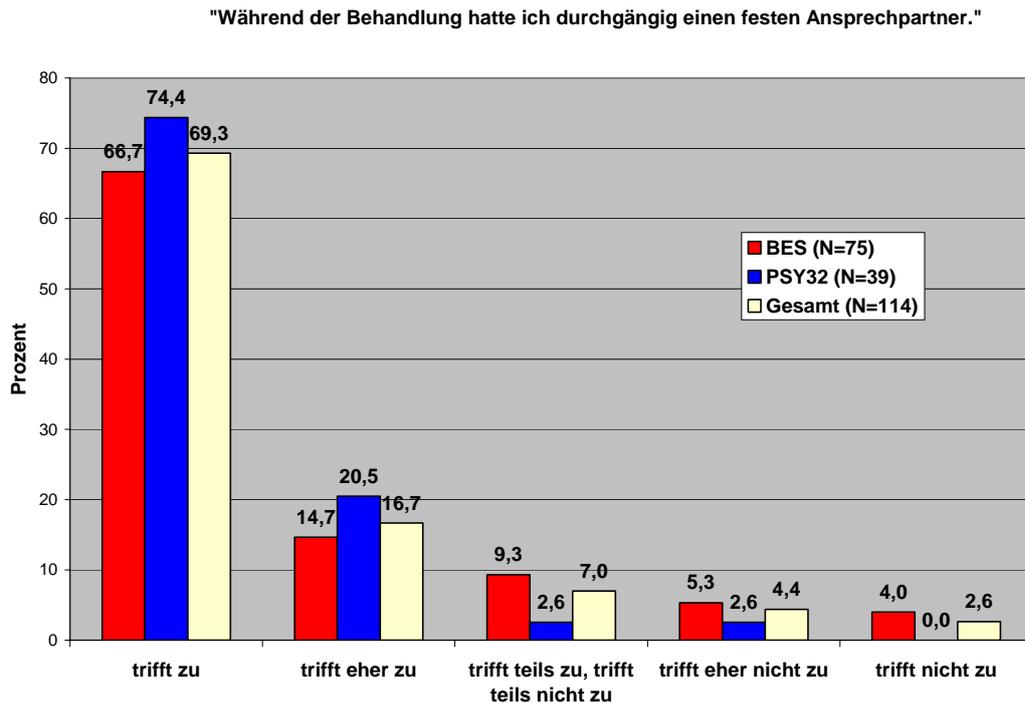


Abbildung 10. Relative Antworthäufigkeiten der BES-Patienten und der PSY32-Patienten in Prozent für ein Beispiel-Item aus dem Bereich ‚Behandlungskontinuität durch Etablierung einer festen therapeutischen Bezugsperson‘.

Partizipative Entscheidungsfindung / Shared Decision Making:

Hinsichtlich der Items, die diesem Konzeptelement zugeordnet sind, wird in Tabelle 14 ersichtlich, dass mit Ausnahme der Items 7 bis 9 die PSY32-Patienten den Aussagen hier stärker zustimmen als die BES-Patienten. In den varianzanalytischen Gruppenvergleichen finden sich signifikante Unterschiede mit mittlerer Effektstärke in den Items 1 und 2, in denen es um die erlebte Transparenz und Güte der Diagnostik geht, in Richtung einer stärkeren Zustimmung der PSY32-Patienten. In den Items 3 bis 6 hatten die PSY32-Patienten tendenziell mit kleiner Effektstärke eher als die BES-Patienten das Gefühl, ausreichend über ihre Erkrankung informiert worden zu sein und dass ihre Meinung zur Ätiologie und Behandlung ihrer Erkrankung berücksichtigt wurde. Die Unterschiede sind jedoch aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und deshalb nicht interpretierbar. In den Items 7 bis 9, in denen es um Partizipation an der Behandlungsplanung und -durchführung geht, zeigen zwar die Patienten der BES eine etwas stärkere Zustimmung als die PSY32-Patienten, die Unterschiede erreichen jedoch weniger als eine kleine Effektstärke und werden nicht signifikant.

Tabelle 14: Antworten der BES- und PSY32-Patienten in den Einzel-Items zum BES-Konzeptelement ‚Partizipative Entscheidungsfindung / Shared Decision Making‘. Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennwerte des Gruppenvergleichs

Partizipative Entscheidungsfindung / Shared Decision Making ²	BES-Patienten (N=79) ¹ M (SD)	PSY32-Patienten (N=40) ¹ M (SD)	ANOVA
1. Meine Diagnose wurde mit mir besprochen.	2,35 (1,46)	1,63 (1,19)	F (1,113) = 7.229 p = .008**; $\eta^2 = .060^{++}$
2. In der BES/PSY32 wurden meine Probleme richtig erkannt.	2,12 (1,22)	1,49 (0,72)	F (1,110) = 8.865 p = .004**; $\eta^2 = .075^{++}$
3. Ich fühle mich über meine Erkrankung ausreichend gut informiert.	1,91 (1,04)	1,56 (0,91)	F (1,111) = 3.004 p = .086; $\eta^2 = .026^+$
4. Es gab genügend Raum für meine Fragen zur Behandlung.	1,93 (1,08)	1,71(0,97)	F (1,111) = 1.082 p = .301; $\eta^2 = .010^+$
5. Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern verschiedene Ursachen und Erklärungen für meine Erkrankung gesucht.	2,48 (1,27)	2,13 (1,38)	F (1,110) = 1.829 p = .179; $\eta^2 = .016^+$
6. Meine eigene Meinung bezüglich der Entstehung und Behandlung meiner Erkrankung wurde in der BES/PSY32 ernst genommen.	1,80 (1,01)	1,59 (0,85)	F (1,111) = 1.204 p = .275; $\eta^2 = .011^+$
7. Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern eine schriftlich festgelegte Behandlungsvereinbarung getroffen.	2,12 (1,40)	2,21 (1,67)	F (1,105) = 0.071 p = .790; $\eta^2 = .001$
8. Bei der Planung und Durchführung meiner psychotherapeutischen Behandlung hatte ich Mitspracherecht.	1,96 (1,17)	1,97 (1,08)	F (1,110) = 0.004 p = .950; $\eta^2 = .000$
9. Bei der Auswahl und ggf. notwendigen Veränderung meiner medikamentösen Behandlung hatte ich Mitspracherecht.	1,90 (1,14)	2,00 (1,21)	F (1,110) = 0.190 p = .664; $\eta^2 = .002$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Items variieren, da nicht zu jedem Item von allen Patienten Angaben vorliegen, insbesondere wenn das Item im Anschluss an eine Ausschlussfrage nur von einem Teil der Patienten zu beantworten war.

²Fünfstufige Antwortskalierung: 1=“trifft zu“, 2=“trifft eher zu“, 3=“trifft teils zu, teils nicht zu“, 4=“trifft eher nicht zu“, 5=“trifft nicht zu“. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- (***) Niveau festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

In Abbildung 11 ist die Häufigkeitsverteilung der Antworten der BES- und PSY32-Patienten zu einem ausgewählten Beispiel-Item aus diesem Bereich exemplarisch aufgeführt. Dabei wird deutlich, dass insgesamt über 20% der Patienten nicht oder eher nicht zustimmen, gemeinsam mit ihren Behandlern eine schriftlich festgelegte Behandlungsvereinbarung getroffen zu haben.

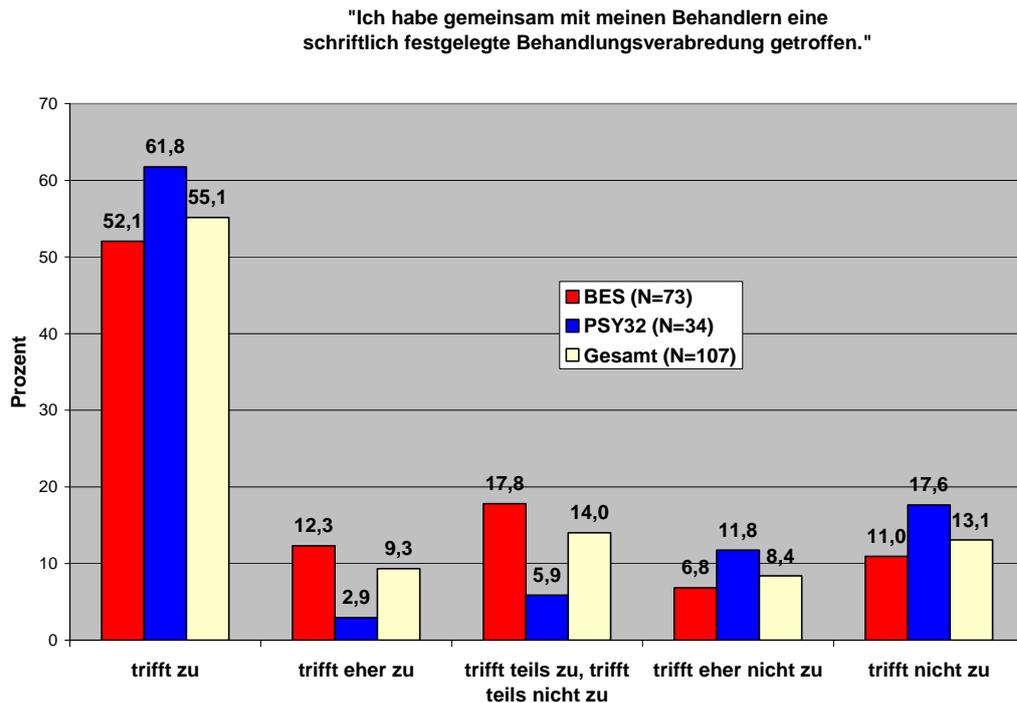


Abbildung 11. Relative Antworthäufigkeiten der BES-Patienten und der PSY32-Patienten in Prozent für ein Beispiel-Item aus dem Bereich ‚Partizipative Entscheidungsfindung / Shared Decision Making‘.

Schaffen eines gesundheitsfördernden Milieus und Stationsklimas:

Hinsichtlich der Antworten zu den Items, die dem Konzeptelement ‚Schaffen eines gesundheitsfördernden Milieus und Stationsklimas‘ zugeordnet sind, zeigt sich, dass auch hier die Patienten der PSY32 allen Aussagen eher zustimmen, bzw. bei negativ gepolten Items, diese eher ablehnen, als die BES-Patienten (vgl. Tabelle 15).

In den varianzanalytischen Gruppenvergleichen finden sich signifikante Unterschiede mit kleinen bis mittleren Effektstärken in den Items 6 bis 8, in denen es um die erlebte Zuwendung von den Mitarbeitern ging. Die PSY32-Patienten erlebten die Mitarbeiter auf Station als freundlicher, wohlwollender und weniger distanziert als die Patienten der BES. Weiterhin zeigte sich in den Gruppenvergleichen bezüglich der Items 1, 2, 3 und 5 tendenziell, dass sich die PSY32-Patienten im Vergleich zu den BES-Patienten mit kleiner Effektstärke weniger durch die Stationsatmosphäre belastet sondern eher entlastet fühlten, die Mitarbeiter der Station als weniger belastet wahrnahmen und sich auf Station freundlicher empfangen fühlten. Die Unterschiede werden jedoch aufgrund der geringen statistischen Power nicht signifikant und können daher nicht interpretiert werden. In den Items 4 und 9 ließen sich keine Unterschiede mit mindestens kleiner Effektstärke zwischen den Patientengruppen nachweisen.

Tabelle 15: Antworten der BES- und PSY32-Patienten in den Einzel-Items zum BES-Konzeptelement ‚Schaffen eines gesundheitsfördernden Milieus und Stationsklimas‘. Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennwerte des Gruppenvergleichs

Schaffen eines gesundheitsfördernden Milieus und Stationsklimas ²	BES-Patienten (N=79) ¹ M (SD)	PSY32-Patienten (N=40) ¹ M (SD)	ANOVA
1. Ich wurde in der BES/PSY32 freundlich empfangen.	1,41 (0,66)	1,20 (0,46)	F (1,113) = 3.305 p = .072; $\eta^2 = .028^+$
2. Ich fühlte mich durch die Aufnahme in der BES/PSY32 entlastet.	1,78 (1,08)	1,53 (0,99)	F (1,112) = 1.590 p = .210; $\eta^2 = .014^+$
3. Die Atmosphäre in der BES/PSY32 hat mich belastet.	3,82 (1,24)	4,10 (1,13)	F (1,114) = 1.462 p = .229; $\eta^2 = .013^+$
4. Das Klima in der BES/PSY32 war ruhig und ausgeglichen.	1,77 (0,91)	1,72 (0,78)	F (1,113) = 0.081 p = .777; $\eta^2 = .001$
5. Die Mitarbeiter in der BES/PSY32 wirkten überlastet und gestresst.	3,81 (1,19)	4,17 (0,93)	F (1,113) = 2.771 p = .099; $\eta^2 = .024^+$
6. Ich habe die Mitarbeiter in der BES/PSY32 als wohlwollend und unterstützend mir gegenüber erlebt.	1,67 (0,89)	1,28 (0,65)	F (1,112) = 5.701 p = .019 [*] ; $\eta^2 = .048^+$
7. Die Mitarbeiter in der BES/PSY32 waren zu den Patienten freundlich und zugewandt.	1,57 (0,75)	1,15 (0,43)	F (1,114) = 10.377 p = .002 ^{**} ; $\eta^2 = .083^{++}$
8. Das Verhältnis zwischen Patienten und Mitarbeitern in der BES/PSY32 war distanziert.	3,48 (1,35)	4,08 (1,18)	F (1,112) = 5.461 p = .021 [*] ; $\eta^2 = .046^+$
9. Die Patienten haben sich untereinander gut verstanden.	1,78 (0,81)	1,72 (0,82)	F (1,112) = 0.135 p = .714; $\eta^2 = .001$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Items variieren, da nicht zu jedem Item von allen Patienten Angaben vorliegen, insbesondere wenn das Item im Anschluss an eine Ausschlussfrage nur von einem Teil der Patienten zu beantworten war.

²Fünfstufige Antwortskalierung: 1=“trifft zu“, 2=“trifft eher zu“, 3=“trifft teils zu, teils nicht zu“, 4=“trifft eher nicht zu“, 5=“trifft nicht zu“. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (***) und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Aus der Häufigkeitsverteilung eines Beispiel-Items aus diesem Bereich (vgl. Abbildung 12) wird deutlich, dass insgesamt über 10% der BES- und PSY32-Patienten, die Atmosphäre auf ihrer Station als belastend erlebten und weitere 25% sich teilweise durch die Atmosphäre auf der Station belastet fühlten.

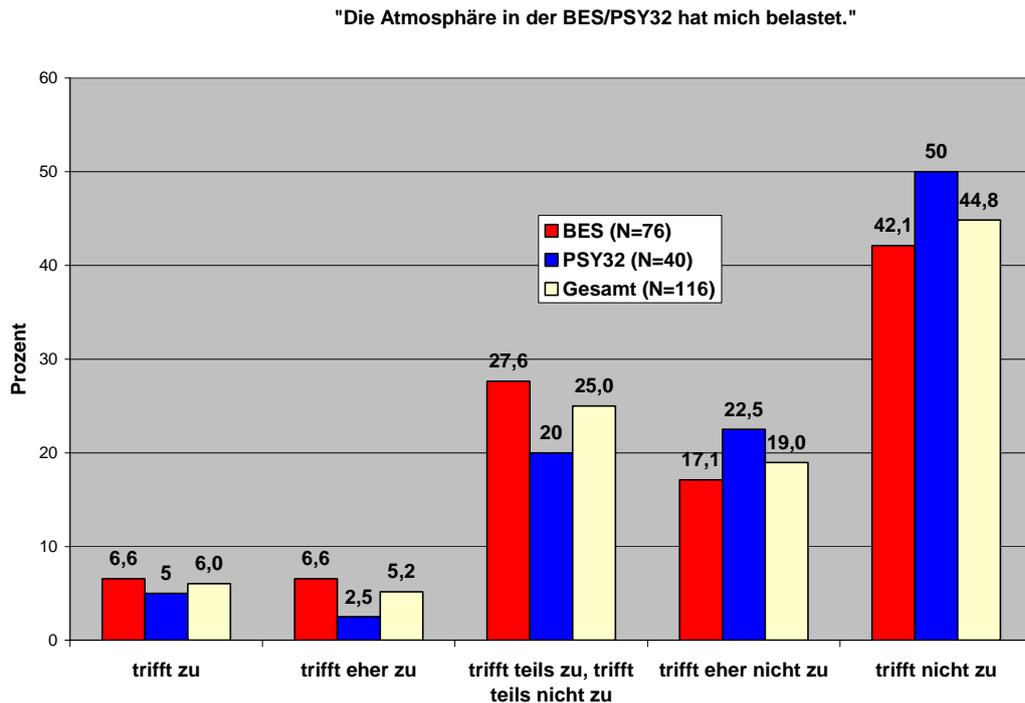


Abbildung 12. Relative Antworthäufigkeiten der BES-Patienten und der PSY32-Patienten in Prozent für ein Beispiel-Item aus dem Bereich ‚Schaffen eines gesundheitsfördernden Milieus und Stationsklimas‘.

Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen

in die Behandlung vor Ort (Trialog):

Bezüglich des Konzeptelements ‚Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in die Behandlung vor Ort (Trialog)‘ waren die PSY32-Patienten in Item 1 eher der Meinung, dass ihre Angehörigen in ihre Behandlung mit einbezogen wurden wobei die BES-Patienten in Item 2 eher zustimmten, dass es einen festen Rahmen dafür auf der Station gegeben habe (vgl. Tabelle 16). In den varianzanalytischen Gruppenvergleichen finden sich zwar bezüglich dieser beiden Items tendenzielle Unterschiede mit kleiner Effektstärke, die jedoch aufgrund der geringen Stichprobengrößen nicht signifikant und daher nicht interpretiert werden.

Tabelle 16: Antworten der BES- und PSY32-Patienten in den Einzel-Items zum BES-Konzeptelement ‚Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in die Behandlung vor Ort (Trialog)‘. Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennwerte des Gruppenvergleichs

Einbeziehung von Angehörigen ²	BES-Patienten (N=79) ¹ M (SD)	PSY32-Patienten (N=40) ¹ M (SD)	ANOVA
1. Meine Angehörigen/gesetzlichen Betreuer/Freunde wurden, falls es mein Wunsch war, in meine Behandlung einbezogen.	2,23 (1,32)	1,95 (1,20)	F (1,105) = 1.179 p = .280; $\eta^2 = .011^+$
2. Für die Gespräche mit meinen Angehörigen/gesetzlichen Betreuer/Freunden gab es einen festen Rahmen (z.B. die Trialogische Sprechstunde oder eine gemeinsame Therapieversammlung).	2,47 (1,56)	3,00 (1,66)	F (1,102) = 2.599 p = .110; $\eta^2 = .025^+$
3. In die Vorbereitung meiner Entlassung wurden meine Angehörigen/gesetzlichen Betreuer/Freunde einbezogen.	3,45 (1,55)	3,31 (1,55)	F (1,99) = 0.191 p = 0.663; $\eta^2 = .002$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Items variieren, da nicht zu jedem Item von allen Patienten Angaben vorliegen, insbesondere wenn das Item im Anschluss an eine Ausschlussfrage nur von einem Teil der Patienten zu beantworten war.

²Fünfstufige Antwortskalierung: 1=„trifft zu“, 2=„trifft eher zu“, 3=„trifft teils zu, teils nicht zu“, 4=„trifft eher nicht zu“, 5=„trifft nicht zu“. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (***) und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Die Häufigkeitsverteilung eines Beispiel-Items aus diesem Bereich zeigt, dass insgesamt 16% der Patienten der BES und der PSY32 nicht zustimmen oder eher nicht zustimmen, dass ihre Angehörigen und Bezugspersonen, wenn sie es wünschten, in die Behandlung mit einbezogen wurden (vgl. Abbildung 13). Weitere 19% gaben an, dass dies nur teilweise erfolgt ist.

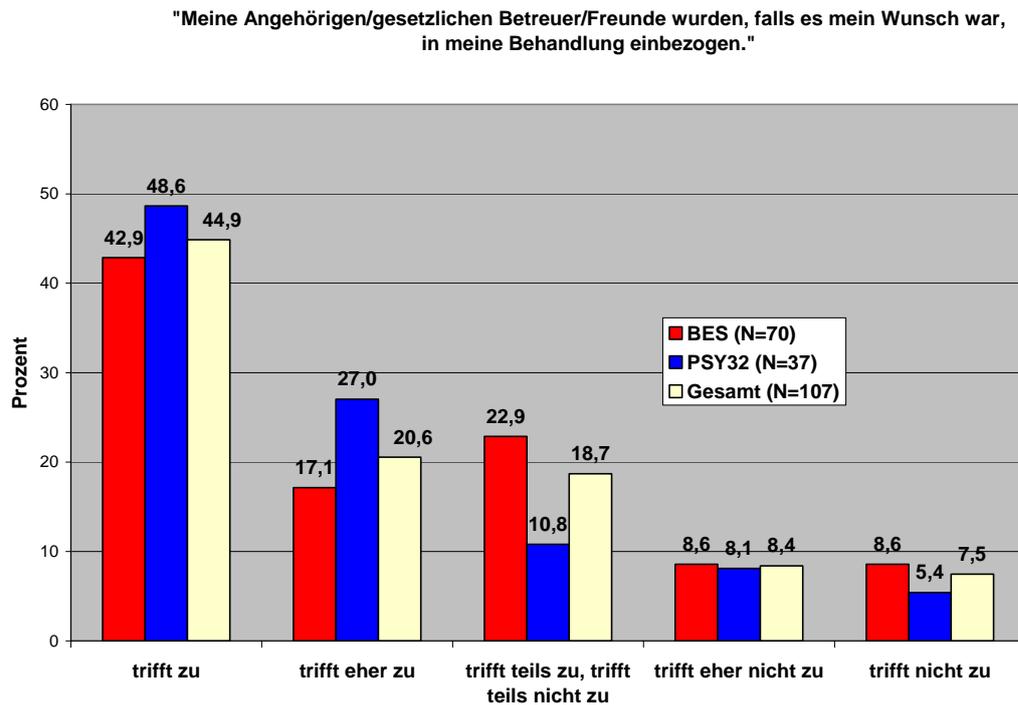


Abbildung 13. Relative Antworthäufigkeiten der BES-Patienten und der PSY32-Patienten in Prozent für ein Beispiel-Item aus dem Bereich ‚Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in die Behandlung vor Ort (Trialog)‘.

Flexible Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten in jeder Phase des Behandlungsprozesses:

Bezüglich des Konzeptelements ‚Flexible Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten in jeder Phase des Behandlungsprozesses‘ zeigt sich in den Varianzanalysen, dass die PSY32-Patienten signifikant und mit einer kleinen Effektstärke in Item 2 eher das Gefühl hatten als die BES-Patienten, dass die Behandlung auf der Station speziell auf ihre Problembereiche zugeschnitten war (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Antworten der BES- und PSY32-Patienten in den Einzel-Items zum BES-Konzeptelement ‚Flexible Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten in jeder Phase des Behandlungsprozesses‘. Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennwerte des Gruppenvergleichs

Flexible Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten in jeder Phase des Behandlungsprozesses ²	BES-Patienten (N=79) ¹ M (SD)	PSY32-Patienten (N=40) ¹ M (SD)	ANOVA
1. In der BES/PSY32 wurden Patienten behandelt, die ähnliche Probleme hatten wie ich.	2,23 (1,24)	2,10 (1,08)	F (1,113) = 0.298 p = .586; $\eta^2 = .003$
2. Die Behandlung war speziell auf meine Problembereiche zugeschnitten.	2,03 (1,13)	1,61 (0,71)	F (1,111) = 4.244 p = .042* ; $\eta^2 = .037^+$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Items variieren, da nicht zu jedem Item von allen Patienten Angaben vorliegen, insbesondere wenn das Item im Anschluss an eine Ausschlussfrage nur von einem Teil der Patienten zu beantworten war.

²Fünfstufige Antwortskalierung: 1=„trifft zu“, 2=„trifft eher zu“, 3=„trifft teils zu, teils nicht zu“, 4=„trifft eher nicht zu“, 5=„trifft nicht zu“. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Aus der Häufigkeitsverteilung für ein Beispiel-Item aus diesem Bereich wird ersichtlich, dass die überwiegende Mehrheit der BES- und PSY32-Patienten zustimmt oder eher zustimmt, dass die Behandlung der Station auf ihre individuellen Problembereiche zugeschnitten war (vgl. Abbildung 14). Über 20% konnten hier jedoch nur teilweise zustimmen.

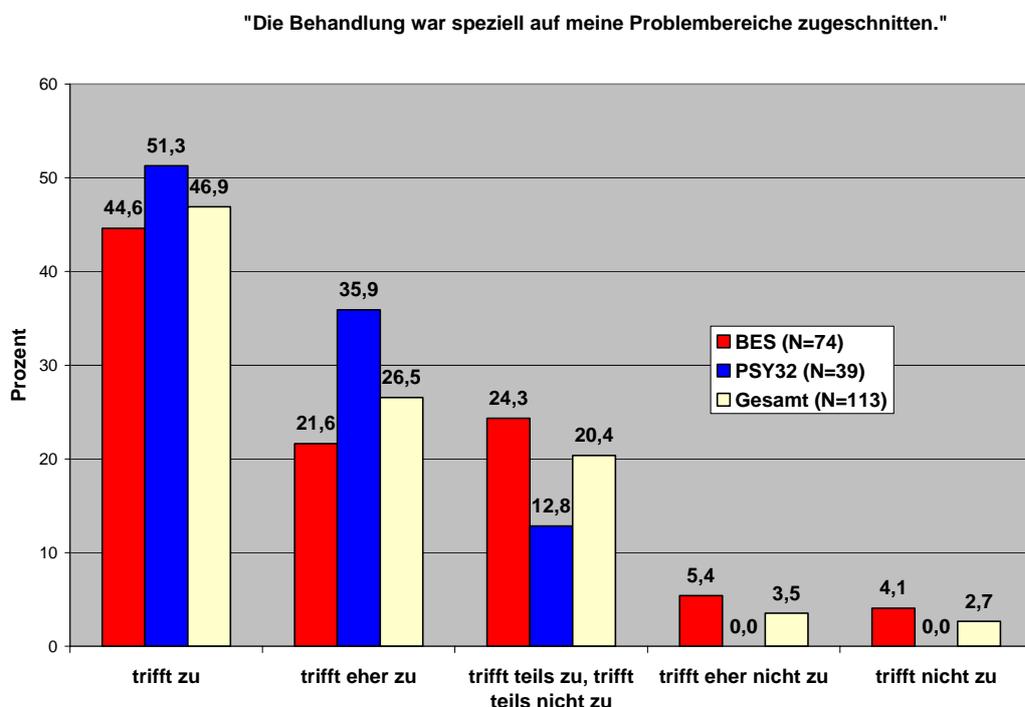


Abbildung 14. Relative Antworthäufigkeiten der BES-Patienten und der PSY32-Patienten in Prozent für ein Beispiel-Item aus dem Bereich ‚Flexible Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten in jeder Phase des Behandlungsprozesses‘.

**Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe,
Betonung salutogenetischer Faktoren:**

Hinsichtlich der Antworten der Items zum Konzeptelement ‚Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe, Betonung salutogenetischer Faktoren‘ findet sich hinsichtlich der Antworthäufigkeiten ein gemischtes Bild (vgl. Tabelle 18). Bezüglich der Items zum Umgang mit Frühwarnsymptomen sind dabei nur indirekte Schlüsse auf die Umsetzung spezifischer Maßnahmen zur Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe möglich.

In den Varianzanalysen ergeben sich insgesamt wenig Unterschiede zwischen den BES- und PSY32-Patienten mit mindestens kleiner Effektstärke. Eine Ausnahme bildet das Item 9 mit einem signifikanten Gruppenunterschied von mittlerer Effektstärke. Hier geben die Patienten der PSY32 eher an als die BES-Patienten, einen ‚Krisenplan‘ mit Maßnahmen bei einer Verschlechterung der Symptomatik nach Entlassung zu besitzen. In Item 5 „Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke, befolge ich die Ratschläge meines Arztes.“ findet sich zudem ein tendenzieller Unterschied mit kleiner Effektstärke in Richtung einer stärkeren Zustimmung der BES-Patienten. Dieser Unterschied wird aber wiederum aufgrund der geringen statistischen Power nicht signifikant und kann nicht interpretiert werden.

Tabelle 18: Antworten der BES- und PSY32-Patienten in den Einzel-Items zum BES-Konzeptelement ‚Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe, Betonung salutogenetischer Faktoren‘. Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Kennwerte des Gruppenvergleichs

Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe, Betonung salutogenetischer Faktoren ²	BES-Patienten (N=79) ¹	PSY32-Patienten (N=40) ¹	ANOVA
	M (SD)	M (SD)	
1. Ich merke, wenn ich an meine Belastungsgrenze komme.	2,71 (1,28)	2,55 (1,18)	F (1,113) = 0.412 p = .522; $\eta^2 = .004$
2. Ich kenne die "Frühwarnzeichen" meiner psychischen Erkrankung bei mir genau.	2,54 (1,22)	2,67 (0,94)	F (1,112) = 0.367 p = .546; $\eta^2 = .003$
3. Meine Angehörigen bemerken als erstes "Frühwarnzeichen" bei mir.	1,75 (1,38)	1,95 (1,31)	F (1,109) = 0.509 p = .477; $\eta^2 = .005$
4. Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke, warte ich erstmal ab und beobachte, ob sie von selbst wieder verschwinden.	1,62 (1,30)	1,61 (1,35)	F (1,113) = 0.000 p = .991; $\eta^2 = .000$
5. Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke, befolge ich die Ratschläge meines Arztes.	3,28 (0,97)	3,54 (0,79)	F (1,113) = 2.109 p = .149; $\eta^2 = .018^+$
6. Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke, teile ich mich zunächst meinen Angehörigen mit.	2,47 (1,46)	2,44 (1,45)	F (1,113) = 0.017 p = .895; $\eta^2 = .000$
7. Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke, bitte ich meine Angehörigen um Hilfe.	2,39 (1,50)	2,32 (1,47)	F (1,111) = 0.057 p = .811; $\eta^2 = .001$
8. Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke, weiß ich genau, was zu tun ist.	2,81 (1,28)	2,72 (0,97)	F (1,112) = 0.166 p = .684; $\eta^2 = .001$
9. Aus der Behandlung in der BES/PSY32 besitze ich einen "Krisenpass", damit ich weiß, was zu tun ist, falls es mir zu Hause wieder schlechter gehen sollte.	1,79 (0,54)	1,47 (0,51)	F (1,95) = 8.173 p = .005** ; $\eta^2 = .079^{++}$

Anmerkungen. ¹Kann zwischen den Items variieren, da nicht zu jedem Item von allen Patienten Angaben vorliegen, insbesondere wenn das Item im Anschluss an eine Ausschlussfrage nur von einem Teil der Patienten zu beantworten war.

²Fünfstufige Antwortskalierung: 1="trifft zu", 2="trifft eher zu", 3="trifft teils zu, teils nicht zu", 4="trifft eher nicht zu", 5="trifft nicht zu". Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

In Abbildung 15 ist die Häufigkeitsverteilung der Antworten der BES- und PSY32-Patienten zu dem einzigen Item aus diesem Bereich aufgeführt, welches direkt die subjektiv erlebte Umsetzung einer Maßnahme zur Rückfallprophylaxe, nämlich die Erstellung eines ‚Krisenpasses‘ während der Behandlung, erfragt. Ersichtlich wird, dass fast alle Patienten zustimmen oder eher zustimmen aus der Behandlung auf Station einen Krisenpass zu besitzen, der Ver-

haltensmaßnahmen bei Rückfällen beinhaltet. Dennoch weisen die Mittelwerte der Antworten zu den anderen Items, bei denen eher indirekte Schlüsse auf die Umsetzung weiterer Maßnahmen aus diesem Bereich möglich sind, eher darauf hin, dass die Patienten bei Entlassung noch keinen sicheren Umgang mit Frühwarnsymptomen erlernt haben und eher nicht die Ratschläge ihres Arztes befolgen, wenn sie Frühwarnsymptome bei sich bemerken (vgl. Tabelle 18).

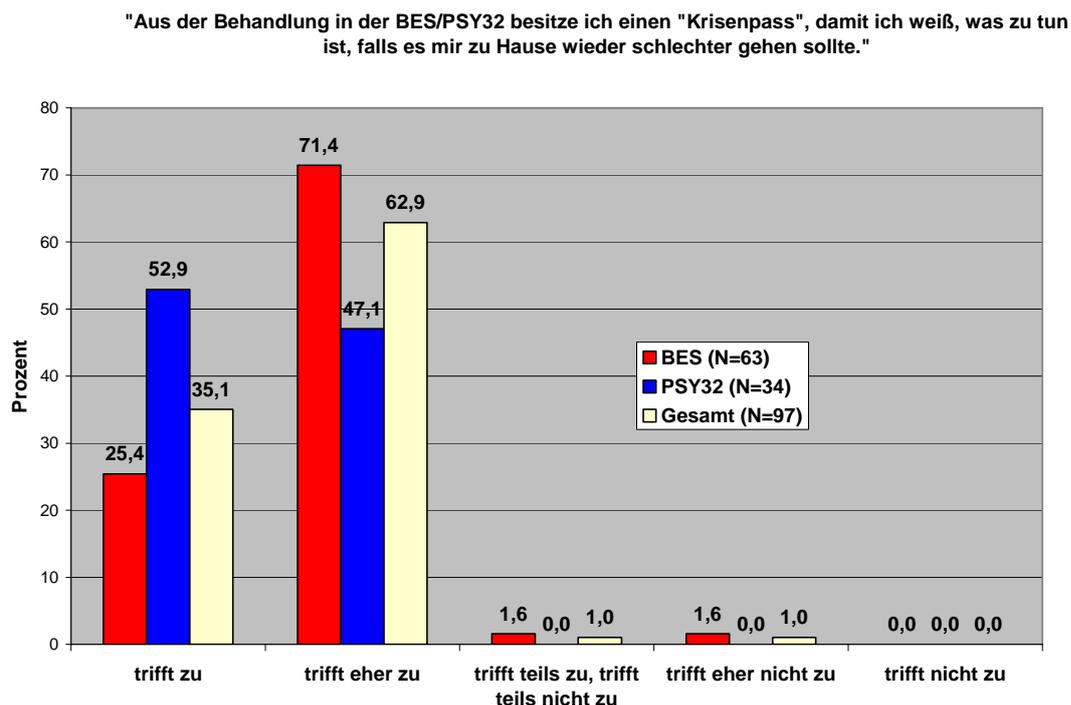


Abbildung 15. Relative Antworthäufigkeiten der BES-Patienten und der PSY32-Patienten in Prozent für ein Beispiel-Item aus dem Bereich ‚Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe, Betonung salutogenetischer Faktoren‘.

Zusammenfassend deuten die subjektiven Einschätzungen der Patienten insgesamt darauf hin, dass die Umsetzung einiger Konzeptelemente auf beiden Stationen nicht ausreichend erfolgt ist. Bei vielen Items findet sich auf beiden Stationen ein substantieller Anteil an Patienten, die den zu überprüfenden Aspekt als nicht oder nur teilweise umgesetzt erlebten. Dies betrifft vor allem die Bereiche Behandlungskontinuität durch institutionelle Vernetzung sowie die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen, insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitung der Entlassung. Auch in den Antworten der Items zur Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe finden sich indirekte Hinweise auf eine möglicherweise unzureichende Umsetzung entsprechender Maßnahmen und Behandlungsinhalte. Ein Bereich,

der gemäß der subjektiven Einschätzungen der Patienten insgesamt besser implementiert zu sein scheint, ist der Bereich Behandlungskontinuität durch Etablierung einer festen therapeutischen Bezugsperson.

Im Stationsvergleich zeigen sich hinsichtlich der subjektiven Bewertung der Umsetzung BES-spezifischer Konzeptelemente aus Sicht der Patienten insgesamt wenig Unterschiede zwischen den BES- und den PSY32-Patienten. Die wenigen gefundenen, häufig aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichernden und damit nicht interpretierbaren Unterschiede erreichen in der Regel kleine und bei einigen Items mittlere Effektstärken.

Die wenigen gefundenen Unterschiede deuten jedoch insgesamt nicht darauf hin, dass die BES-Patienten die Umsetzung der BES-spezifischen Konzeptelemente auf ihrer Station in einem stärkeren Maße wahrgenommen haben als die Patienten der Vergleichstation PSY32. Im Gegenteil, hinsichtlich der Mehrheit der untersuchten Konzeptelemente (*Behandlungskontinuität durch Etablierung einer festen therapeutischen Bezugsperson, Partizipative Entscheidungsfindung / Shared Decision Making, Schaffen eines gesundheitsfördernden Milieus und Stationsklimas, Flexible Anpassung an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten in jeder Phase des Behandlungsprozess, Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe, Betonung salutogenetischer Faktoren*) weisen die subjektiven Bewertungen der Patienten eher auf eine stärkere Umsetzung auf der Vergleichsstation PSY32 hin.

5.5 Zu Hauptfragestellung B: Überprüfung der Effektivität der BES-Behandlung

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu der Hauptfragestellung B und den dazu formulierten und zu überprüfenden Hypothesen der Reihe nach dargestellt. Zu Hypothese B.1 werden für jeden Outcomeparameter die Ergebnisse der Kovarianzanalysen berichtet und ergänzend die Effektstärken d von Aufnahme zu Entlassung getrennt für Interventions- und Vergleichsgruppe aufgeführt. Zu Hypothese B.2 werden die deskriptiven Angaben zur Behandlungszufriedenheit bei Entlassung getrennt für die Interventions- und Vergleichsgruppe dargestellt.

Zu Hypothese B.1: Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten der Vergleichsstation PSY32) unterscheiden sich im Hinblick auf ihr Behandlungsergebnis.

Zu a) Patienten der BES zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der schizophrenen Symptomatik von Aufnahme zu Entlassung als die Patienten der Vergleichsstation PSY32. Die Unterschiede in der Reduktion sind dabei von mittlerer Effektstärke.

Veränderung der schizophrenen Symptomatik im ESI-Gesamtwert:

In Tabelle 19 sind die deskriptiven Ergebnisse, die Effektstärken von Aufnahme zu Entlassung sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalyse zum Outcomeparameter ESI-Gesamtwert zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 19: Statistische Kennwerte der Ergebnisse und zum ESI-Gesamtwert für die Interventionsgruppe (BES) und die Vergleichsgruppe (PSY32)

ESI-Gesamtwert	Aufnahme (t0)		Entlassung (t1)		Effektstärke (d) t0 zu t1	ANCOVA	
	M	SD	M	SD		Faktor Station	Kovariate Ausgangswert
BES (N=72) ¹	0,86	0,72	0,54	0,62	.46 ⁺	F(1,102) = 2.095 p = .151; $\eta^2 = .014^+$	F(1,102) = 38.104 p < .001***; $\eta^2 = .263^{+++}$
PSY32 (N=33) ¹	0,70	0,63	0,32	0,44	.55 ⁺⁺		

Anmerkungen. ¹Von einigen Patienten der Gesamtstichprobe (BES N=79; PSY32 N=40) liegen zu dieser Skala keine Angaben vor, da diese über 50% der Items zu einem der beiden Befragungszeitpunkte nicht beantwortet haben. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Hinsichtlich der *Veränderungen im ESI-Gesamtwert* zeigt sich, dass sich die Mittelwerte der Patienten beider Gruppen von Aufnahme zu Entlassung reduzieren. Bei der Gruppe der BES-Patienten reduziert sich der ESI-Gesamtwert von Aufnahme zu Entlassung mit einer *kleinen Effektstärke*, bei der Gruppe der PSY32-Patienten mit einer *mittleren Effektstärke* (vgl. auch Abbildung 16).

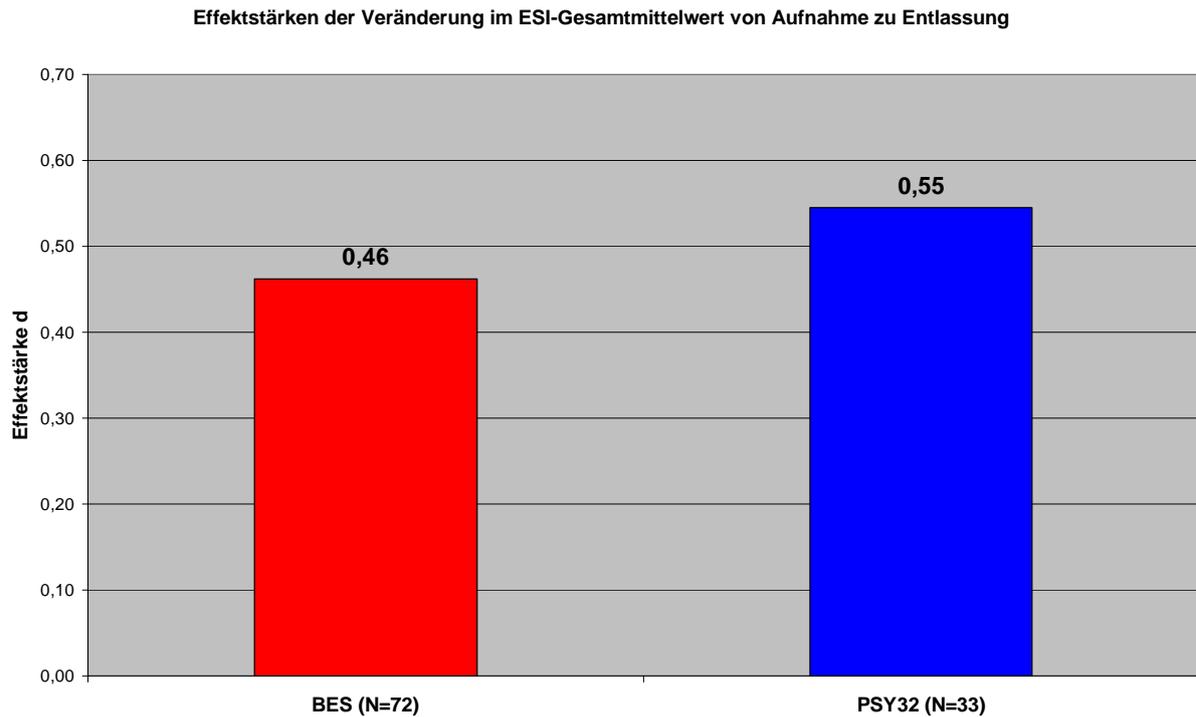


Abbildung 16. Veränderungen im ESI-Gesamtwert von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Effektstärken (d).

Die Ergebnisse der *Kovarianzanalyse* ergeben keinen Hinweis darauf, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich des Outcomes im ESI-Gesamtwert deutlich voneinander unterscheiden. In Abbildung 17 wird ersichtlich, dass die Reduktion des ESI-Gesamtwerts von Aufnahme zu Entlassung in beiden Gruppen relativ parallel verläuft, die Gruppe der BES-Patienten jedoch insgesamt höhere Mittelwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung aufweist als die Gruppe der PSY32-Patienten.

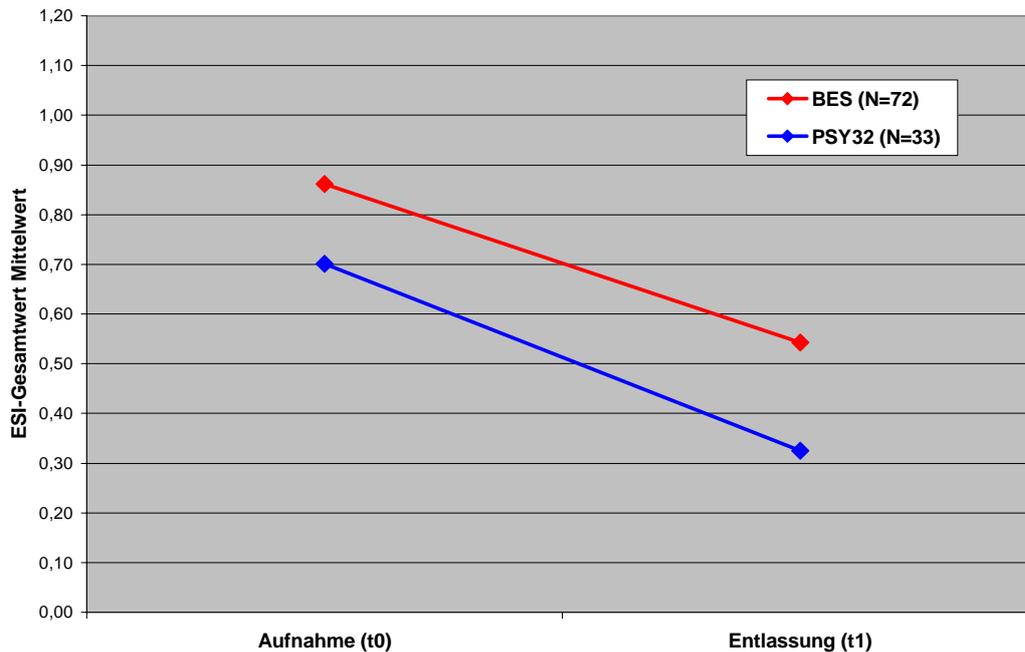


Abbildung 17. Veränderungen im ESI-Gesamtmittelwert von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Obwohl die Reduzierung des ESI-Gesamtmittelwerts von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit $d = .46$ etwas geringer ist als bei den PSY32-Patienten mit $d = .55$, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse jedoch, dass die Kovariate Ausgangsbelastung, d.h. der ESI-Gesamtmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die Unterschiede im ESI-Gesamtmittelwert bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 19). Der Einfluss des Faktors Station, d.h. die Zugehörigkeit zu entweder der Gruppe der BES- oder der PSY32-Patienten, deutet zwar entgegen den Erwartungen tendenziell in Richtung eines besseren Behandlungsergebnisses der PSY32-Patienten, ist aber mit einer kleinen Effektstärke wesentlich geringer sowie aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und kann daher nicht interpretiert werden (vgl. Tabelle 19).

Veränderung der schizophrenen Symptomatik in den ESI-Skalen:

In Tabelle 20 sind jeweils zu den vier ESI-Skalen die deskriptiven Ergebnisse, die Effektstärken von Aufnahme zu Entlassung sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalysen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 20: Statistische Kennwerte der Ergebnisse und zu den vier ESI-Skalenmittelwerten für die Interventionsgruppe (BES) und die Vergleichsgruppe (PSY32)

ESI-Skalen- mittelwerte	Aufnahme (t0)		Entlassung (t1)		Effekt- stärke (d) t0 zu t1	ANCOVA	
	M	SD	M	SD		Faktor Station	Kovariate Ausgangswert
Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung							
BES (N=71) ¹	0,86	0,73	0,57	0,66	.42 ⁺	F(1,100) = 1.946 p = .166; $\eta^2 = .015^+$	F(1,100) = 30.383 p < .001***; $\eta^2 = .228^{+++}$
PSY32 (N=32) ¹	0,80	0,67	0,38	0,49	.59 ⁺⁺		
Akustische Unsicherheit							
BES (N=72) ¹	0,90	0,82	0,59	0,68	.40 ⁺	F(1,102) = 1.479 p = .227; $\eta^2 = .010^+$	F(1,102) = 40.559 p < .001***; $\eta^2 = .275^{+++}$
PSY32 (N=33) ¹	0,66	0,62	0,35	0,50	.41 ⁺		
Beziehungsideen							
BES (N=72) ¹	0,98	0,88	0,56	0,75	.49 ⁺	F(1,102) = 1.928 p = .168; $\eta^2 = .012^+$	F(1,102) = 48.798 p < .001***; $\eta^2 = .316^{+++}$
PSY32 (N=33) ¹	0,83	0,86	0,32	0,50	.58 ⁺⁺		
Wahrnehmungsabweichung							
BES (N=72) ¹	0,71	0,70	0,46	0,58	.36 ⁺	F(1,102) = 2.211 p = .140; $\eta^2 = .016^+$	F(1,102) = 29.171 p < .001***; $\eta^2 = .215^{+++}$
PSY32 (N=33) ¹	0,55	0,64	0,25	0,43	.43 ⁺		

Anmerkungen. ¹Von einigen Patienten der Gesamtstichprobe (BES N=79; PSY32 N=40) liegen zu dieser Skala keine Angaben vor, da diese über 50% der Items zu einem der beiden Befragungszeitpunkte nicht beantwortet haben. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (***) und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Auch auf Ebene der vier ESI-Skalen zeigt sich hinsichtlich der *Veränderungen in den Skalenmittelwerten*, dass sich in allen ESI-Skalen die Mittelwerte der Patienten von Aufnahme zu Entlassung mit kleinen bis mittleren Effektstärken reduzieren. Bei der Gruppe der BES-Patienten reduzieren sie sich in jeder Skala von Aufnahme zu Entlassung mit einer *kleinen Effektstärke*. In der Gruppe der PSY32-Patienten verringern sie sich mit *mittleren Effektstärken* in den Skalen Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung sowie Beziehungsideen und mit *kleiner Effektstärke* in den Skalen Akustische Unsicherheit sowie Wahrnehmungsabweichungen (vgl. auch Abbildung 18).

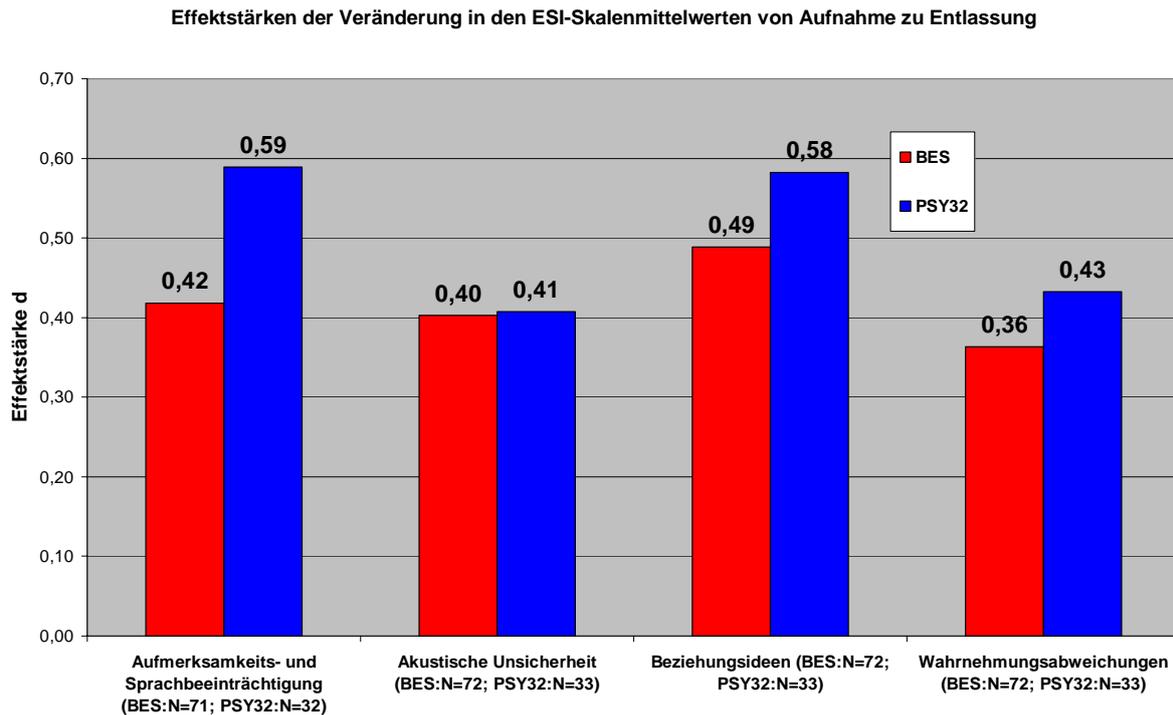


Abbildung 18. Veränderungen in den ESI-Skalenmittelwerten von Aufnahme (t_0) zu Entlassung (t_1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Effektstärken (d).

Die Ergebnisse der *Kovarianzanalysen* auf Ebene der ESI-Skalen ergeben insgesamt, analog zu den Ergebnissen für den ESI-Gesamtwert, ebenfalls keinen eindeutigen Hinweis darauf, dass sich die BES- und die PSY32-Patienten hinsichtlich des Outcomes in einer der vier ESI-Skalen voneinander unterscheiden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kovarianzanalysen für jede der vier ESI-Skalen dargestellt.

In Abbildung 19 wird für die Skala **Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung** ersichtlich, dass die Reduktion der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung, trotz einer etwas geringeren Reduktion bei den BES-Patienten, auch hier in beiden Gruppen noch weitestgehend parallel verläuft. Die Gruppe der BES-Patienten weist hier ebenfalls im Vergleich zu den PSY32-Patienten höhere Mittelwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung auf.

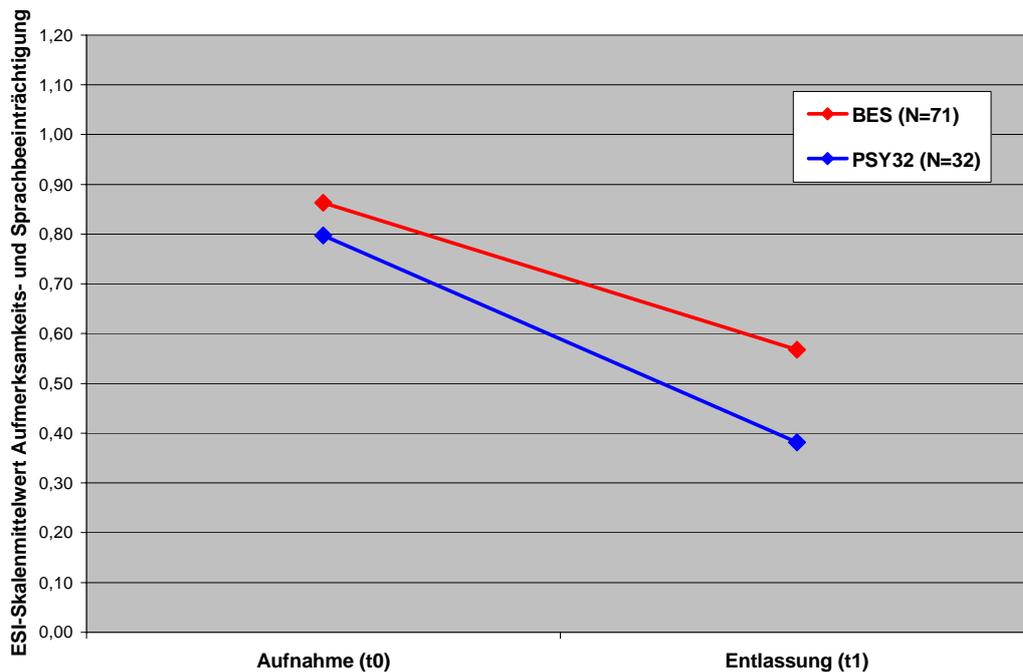


Abbildung 19. Veränderungen im ESI-Skalenmittelwert Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Obwohl die Reduzierung des Skalenmittelwerts von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit $d = .42$ geringer ist als bei den PSY32-Patienten mit $d = .59$, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse jedoch, dass auch hier die Kovariate Ausgangsbelastung, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die unterschiedlichen Skalenmittelwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 20). Der Einfluss des Faktors Station deutet zwar wiederum tendenziell in Richtung eines besseren Behandlungsergebnisses der PSY32-Patienten, ist jedoch mit einer kleinen Effektstärke wesentlich geringer und aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und damit nicht interpretierbar (vgl. Tabelle 20).

Auch hinsichtlich der Skala **Akustische Unsicherheit** zeigen sich bei den beiden Patientengruppen hinsichtlich der Reduktion der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung nahezu parallele Verläufe, wobei auch hier wieder die Gruppe der BES-Patienten im Vergleich zu den PSY32-Patienten insgesamt höhere Mittelwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung aufweist (vgl. Abbildung 20).

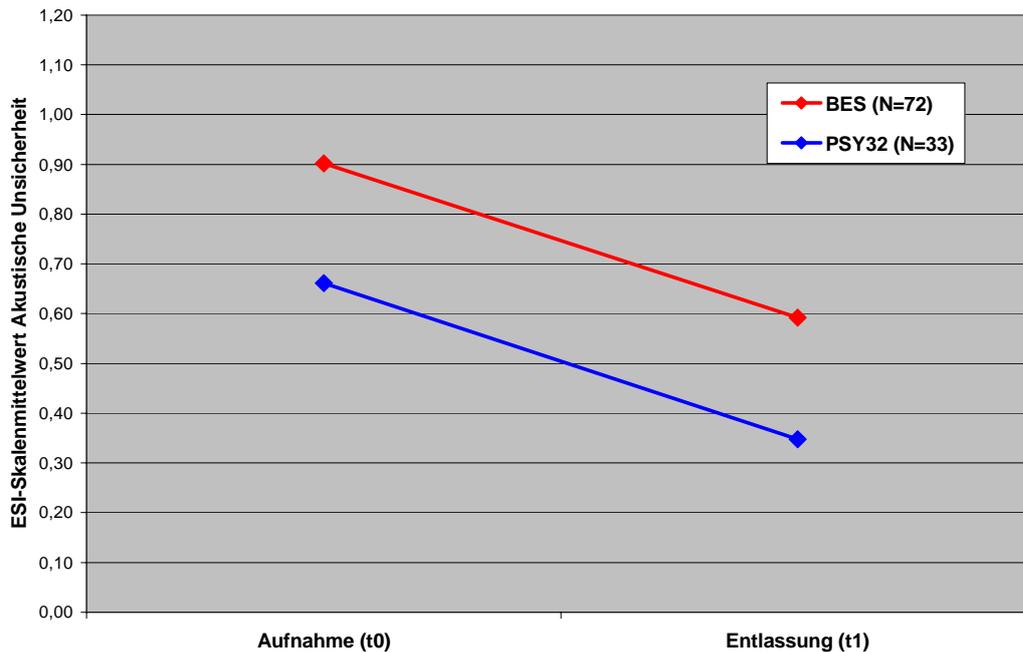


Abbildung 20. Veränderungen im ESI-Skalenmittelwert Akustische Unsicherheit von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse zeigen hier ebenfalls, dass die Kovariate Ausgangsbelastung, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die unterschiedlichen Skalenmittelwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 20). Der Einfluss des Faktors Station, deutet zwar auch hier in Richtung eines tendenziell besseren Behandlungsergebnisses der PSY32-Patienten ist jedoch wiederum aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und mit gerade noch kleiner Effektstärke daher nicht interpretierbar (vgl. Tabelle 20).

In Abbildung 21 wird für die Skala **Beziehungsideen** deutlich, dass die Reduktion der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung, trotz einer etwas geringeren Reduktion bei den BES-Patienten, auch hier in beiden Gruppen relativ parallel verläuft, wobei die Gruppe der BES-Patienten hier ebenfalls im Vergleich zu den PSY32-Patienten höhere Mittelwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung aufweist.

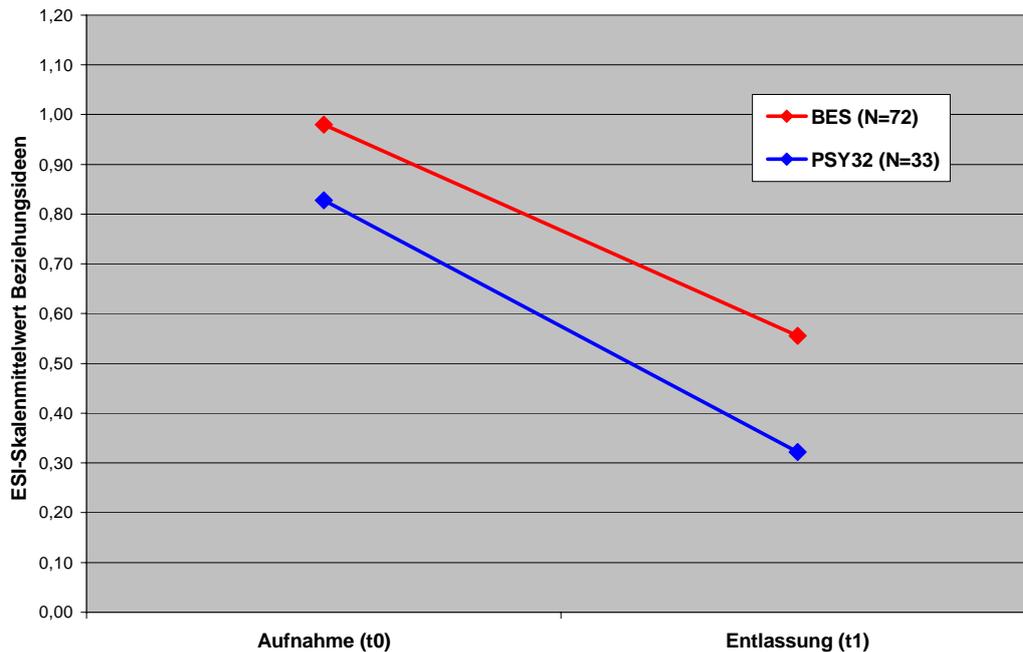


Abbildung 21. Veränderungen im ESI-Skalenmittelwert Beziehungsideen von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Trotz der etwas geringeren Reduktion des Skalenmittelwerts von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit $d = .49$ im Vergleich zu den PSY32-Patienten mit $d = .58$, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse jedoch auch hier, dass die Kovariate Ausgangsbelastung, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die Unterschiede in den Skalenmittelwerten bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 20). Der Einfluss des Faktors Station deutet zwar auch hier tendenziell in Richtung eines besseren Behandlungsergebnisses der PSY32-Patienten ist jedoch mit einer kleinen Effektstärke hier ebenfalls wesentlich geringer und aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und kann damit nicht interpretiert werden (vgl. Tabelle 20).

Bei der Skala **Wahrnehmungsabweichungen** zeigen sich für beide Patientengruppen hinsichtlich der Reduktion der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung nahezu parallele Verläufe, wobei hier ebenfalls wieder die Gruppe der BES-Patienten im Vergleich zu den PSY32-Patienten insgesamt höhere Mittelwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung aufweist (vgl. Abbildung 22).

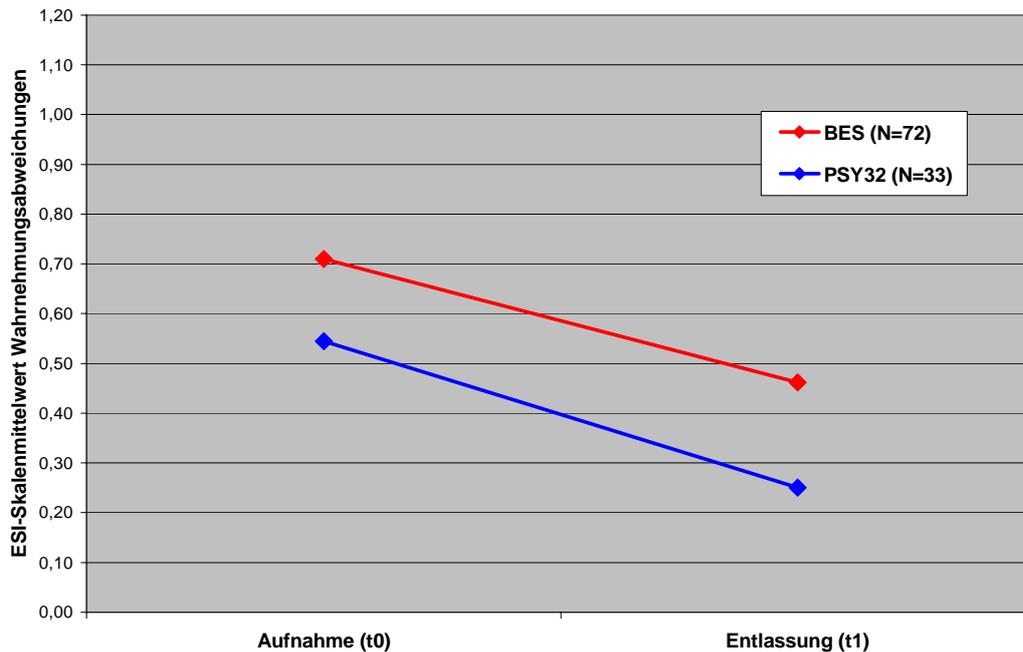


Abbildung 22. Veränderungen im ESI-Skalenmittelwert Wahrnehmungsabweichungen von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse zeigen hier ebenfalls, dass die Kovariate Ausgangsbelastung, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die unterschiedlichen Skalenmittelwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 20). Der Einfluss des Faktors Station deutet zwar wiederum tendenziell in Richtung eines besseren Behandlungsergebnisses der PSY32-Patienten ist jedoch von kleiner Effektstärke und aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und daher nicht interpretierbar (vgl. Tabelle 20).

Zusammenfassend zeigt sich hinsichtlich der *schizophrenen Symptomatik* im ESI-Gesamtwert sowie in den ESI-Skalen sowohl bei den Patienten der Interventionsgruppe (BES) als auch der Vergleichsgruppe (PSY32) eine Verbesserung der Symptomatik von Aufnahme zu Entlassung. In der BES verbessern sich die Patienten mit kleinen Effektstärken und in der PSY32 mit kleinen bis mittleren Effektstärken. Der *Outcomevergleich* der beiden Gruppen in den Kovarianzanalysen zeigt im Gesamtwert und den Skalen des ESI bei Entlassung eine höhere Symptombelastung der BES-Patienten im Vergleich zu den PSY32-Patienten. Dies ist jedoch vor allem auf die durchgängig höhere Ausgangsbelastung der BES-Patienten zurück-

zuführen. Unter Ausschluss des Einflusses der Ausgangsbelastung finden sich zwar in allen untersuchten Parametern tendenzielle Unterschiede zwischen den Gruppen in Richtung eines geringeren Outcomes der BES-Patienten, diese sind jedoch von maximal kleiner Effektstärke und können aufgrund der kleinen Stichproben statistisch nicht abgesichert und damit nicht interpretiert werden.

Die Hypothese, dass die BES-Patienten eine signifikant stärkere Reduktion der schizophrenen Symptomatik mit mittlerer Effektstärke von Aufnahme zu Entlassung zeigen als die PSY32-Patienten, lässt sich damit nicht bestätigen.

Zu b) Patienten der BES zeigen von Aufnahme zu Entlassung eine signifikant stärkere

- **Reduktion der depressiven Symptomatik,**
- **Verbesserung der funktionalen Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität,**
- **Erhöhung der Selbstfürsorge,**
- **Erhöhung der Medikamentencompliance,**
- **Erhöhung der Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Situation, ihrer Wohnsituation und ihren sozialen Kontakten**

als die Patienten der Vergleichsstation PSY32. Die Unterschiede sind dabei von mittlerer Effektstärke.

Veränderung der depressiven Symptomatik im Depressionsmodul des PHQ-D:

In Tabelle 21 sind die deskriptiven Ergebnisse, die Effektstärken von Aufnahme zu Entlassung sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalyse zum Depressionsmodul des PHQ-D zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 21: Statistische Kennwerte der Ergebnisse und zum Depressionsmodul des PHQ-D (Skalenmittelwert) für die Interventionsgruppe (BES) und die Vergleichsgruppe (PSY32)

PHQ-D Skalen- mittelwert Depressions- modul	Aufnahme (t0)		Entlassung (t1)		Effekt- stärke (d) t0 zu t1	ANCOVA	
	M	SD	M	SD		Faktor Station	Kovariate Ausgangswert
BES (N=68) ¹	2,40	0,81	1,92	0,75	.59 ⁺⁺	F(1,101) = 2.239 p = .138; $\eta^2 = .017^+$	F(1,101) = 29.041 p < .001 ^{***} ; $\eta^2 = .218^{+++}$
PSY32 (N=36) ¹	2,34	0,84	1,70	0,64	.78 ⁺⁺		

Anmerkungen. ¹Von einigen Patienten der Gesamtstichprobe (BES N=79; PSY32 N=40) liegen zu dieser Skala keine Angaben vor, da diese über 50% der Items zu einem der beiden Befragungszeitpunkte nicht beantwortet haben. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Hinsichtlich der *Veränderungen im PHQ-D-Depressionsmodul* zeigt sich, dass sich die Skalenmittelwerte sowohl der BES-Patienten als auch der PSY32-Patienten von Aufnahme zu Entlassung mit mittleren Effektstärken reduzieren. Die Effektstärke der BES-Patienten ist hierbei etwas geringer als die der PSY32-Patienten (vgl. auch Abbildung 23).

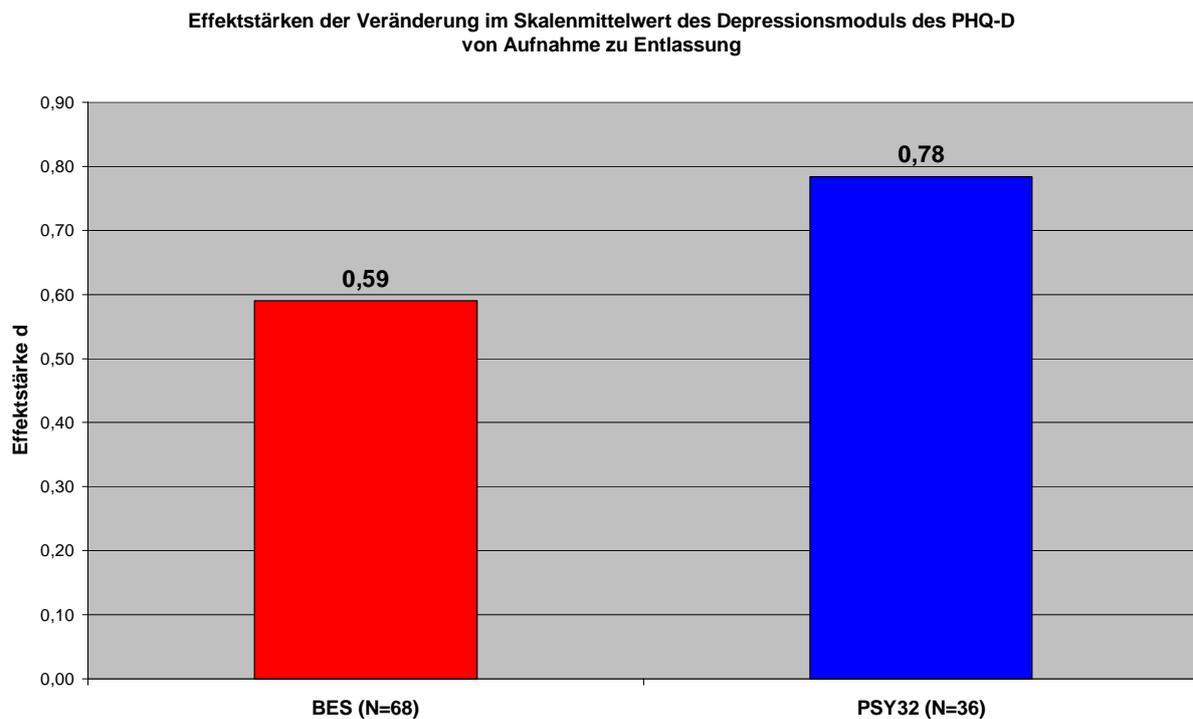


Abbildung 23. Veränderungen im Skalenmittelwert des Depressionsmoduls des PHQ-D von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Effektstärken (d).

Die Ergebnisse der *Kovarianzanalyse* ergeben keinen Hinweis darauf, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich des Outcomes im Depressionsmodul des PHQ-D deutlich voneinander unterscheiden. In Abbildung 24 wird ersichtlich, dass die Reduktion der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung, trotz einer etwas geringeren Reduktion bei den BES-Patienten, in beiden Gruppen noch weitestgehend parallel verläuft. Die Gruppe der BES-Patienten weist hier jedoch im Vergleich zu den PSY32-Patienten höhere Mittelwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung auf.

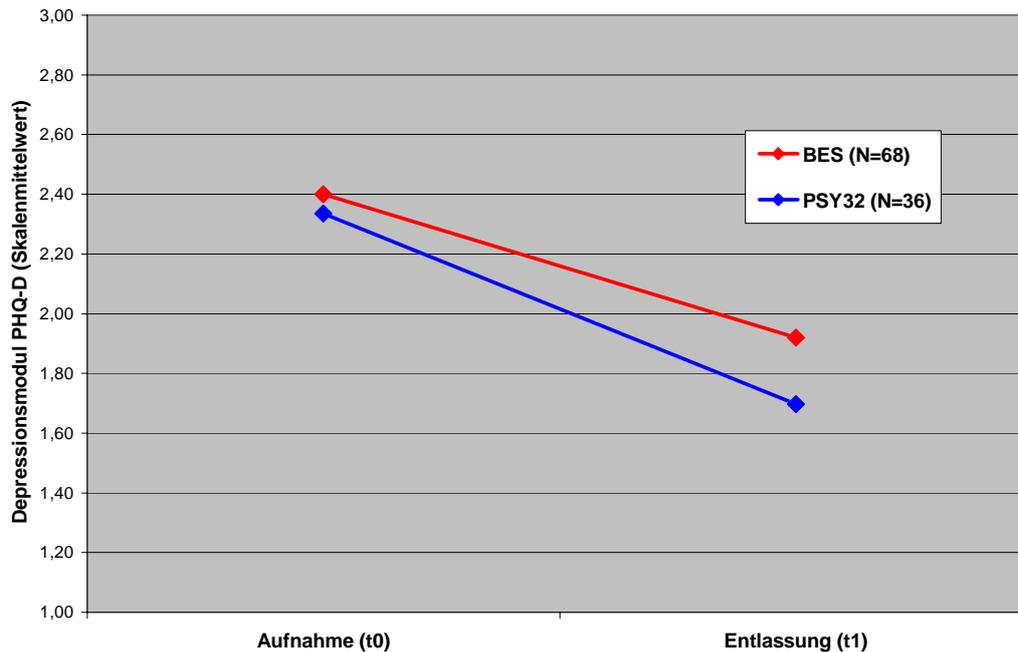


Abbildung 24. Veränderungen im Skalenmittelwert des Depressionsmoduls des PHQ-D von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Obwohl die Reduktion des Skalenmittelwerts im Depressionsmodul des PHQ-D von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit $d = .59$ etwas geringer ist als bei den PSY32-Patienten mit $d = .78$, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse jedoch, dass die Kovariate Ausgangsbelastung, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die Unterschiede im Skalenmittelwert bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 21). Der Einfluss des Faktors Station, d.h. die Zugehörigkeit zu entweder der Gruppe der BES- oder der PSY32-Patienten, deutet zwar entgegen der Erwartung tendenziell in Richtung eines besseren Behandlungsergebnisses der PSY32-Patienten ist jedoch mit einer kleinen Effektstärke wesentlich geringer sowie aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und kann daher nicht interpretiert werden (vgl. Tabelle 21).

Zusammenfassend zeigt sich hinsichtlich der *depressiven Symptomatik* im Depressionsmodul des PHQ-D sowohl bei den Patienten der Interventionsgruppe (BES) als auch der Vergleichsgruppe (PSY32) eine Verbesserung der Symptomatik von Aufnahme zu Entlassung, jeweils mit mittleren Effektstärken. Der *Outcomevergleich* der beiden Gruppen in den Kovarianzanalysen zeigt bei Entlassung eine höhere Symptombelastung der BES-Patienten im

Vergleich zu den PSY32-Patienten. Dies ist jedoch vor allem auf die etwas höhere Ausgangsbelastung der BES-Patienten zurückzuführen. Unter Kontrolle des Einflusses der Ausgangsbelastung findet sich zwar ein tendenzieller Unterschied zwischen den Gruppen in Richtung eines geringeren Outcomes der BES-Patienten, dieser ist jedoch lediglich von kleiner Effektstärke und kann aufgrund der kleinen Stichproben statistisch nicht abgesichert und damit nicht interpretiert werden.

Die Hypothese, dass die BES-Patienten eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik mit mittlerer Effektstärke von Aufnahme zu Entlassung zeigen als die PSY32-Patienten, lässt sich damit nicht bestätigen.

Veränderung der Funktionalen Gesundheit und gesundheitsbezogenen

Lebensqualität im SF-12:

In Tabelle 22 sind jeweils zu den beiden Summenskalen des SF-12 die deskriptiven Ergebnisse, die Effektstärken von Aufnahme zu Entlassung sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalysen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 22: Statistische Kennwerte der Ergebnisse und zu den Summenskalen des SF-12 für die Interventionsgruppe (BES) und die Vergleichsgruppe (PSY32)

SF-12 Summenskalen	Aufnahme (t0)		Entlassung (t1)		Effekt- stärke (d) t0 zu t1	ANCOVA	
	M	SD	M	SD		Faktor Station	Kovariate Ausgangswert
Psychische Summenskala							
BES (N=75) ¹	35,77	12,03	45,21	10,25	.78 ⁺⁺	F(1,109) = 0.568 p = .453; $\eta^2 = .004$	F(1,109) = 21.094 p < .001 ^{***} ; $\eta^2 = .161$ ⁺⁺⁺
PSY32 (N=37) ¹	36,42	12,27	46,88	10,65	.87 ⁺⁺⁺		
Körperliche Summenskala							
BES (N=75) ¹	45,97	9,30	47,29	7,87	.14	F(1,109) = 0.987 p = .323; $\eta^2 = .007$	F(1,109) = 38.247 p < .001 ^{***} ; $\eta^2 = .260$ ⁺⁺⁺
PSY32(N=37) ¹	43,22	9,66	47,49	8,16	.45 ⁺		

Anmerkungen. ¹Von einigen Patienten der Gesamtstichprobe (BES N=79; PSY32 N=40) liegen zu dieser Skala keine Angaben vor, da diese zu einem der beiden Befragungszeitpunkte insgesamt nicht beantwortet wurde.

Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (***) und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt.

Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Wie in Tabelle 22 ersichtlich, zeigen sich in den beiden *Summenskalen des SF-12 folgende Veränderungen*: In der Psychischen Summenskala kommt es bei beiden Patientengruppen zu einer deutlichen Erhöhung der mittleren Summenwerte von Aufnahme zu Entlassung, bei den BES-Patienten in Höhe einer mittleren und bei den PSY32-Patienten in Höhe einer großen Effektstärke (vgl. auch Abbildung 25). In der Körperlichen Summenskala zeigen lediglich die

PSY32-Patienten eine Erhöhung der mittleren Summenwerte mit kleiner Effektstärke. Bei den BES-Patienten zeigen sich hier von Aufnahme zu Entlassung nur geringfügige Veränderungen mit weniger als einer kleinen Effektstärke.

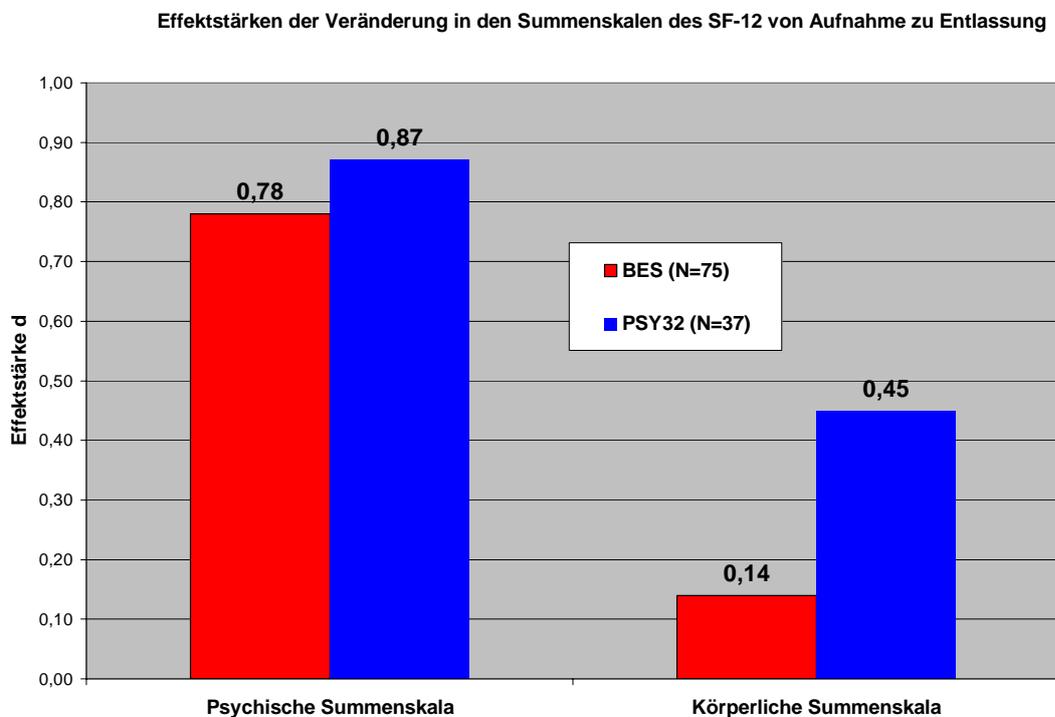


Abbildung 25. Veränderungen in den Summenskalen des SF-12 von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Effektstärken (d).

Die Ergebnisse der *Kovarianzanalysen* für die beiden Summenskalen des SF-12 ergeben insgesamt keinen Hinweis darauf, dass sich die BES- und die PSY32-Patienten hinsichtlich des Outcomes in der Psychischen oder Körperlichen Summenskala deutlich voneinander unterscheiden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kovarianzanalysen zunächst für die Psychische Summenskala und anschließend für die Körperliche Summenskala detailliert dargestellt.

In Abbildung 26 wird für die **Psychische Summenskala** des SF-12 ersichtlich, dass die Veränderung der mittleren Summenwerte von Aufnahme zu Entlassung, trotz einer etwas geringeren Erhöhung bei den BES-Patienten, in beiden Gruppen dennoch relativ parallel verläuft. Die Gruppe der BES-Patienten weist hier im Vergleich zu den PSY32-Patienten geringere Mittelwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung auf.

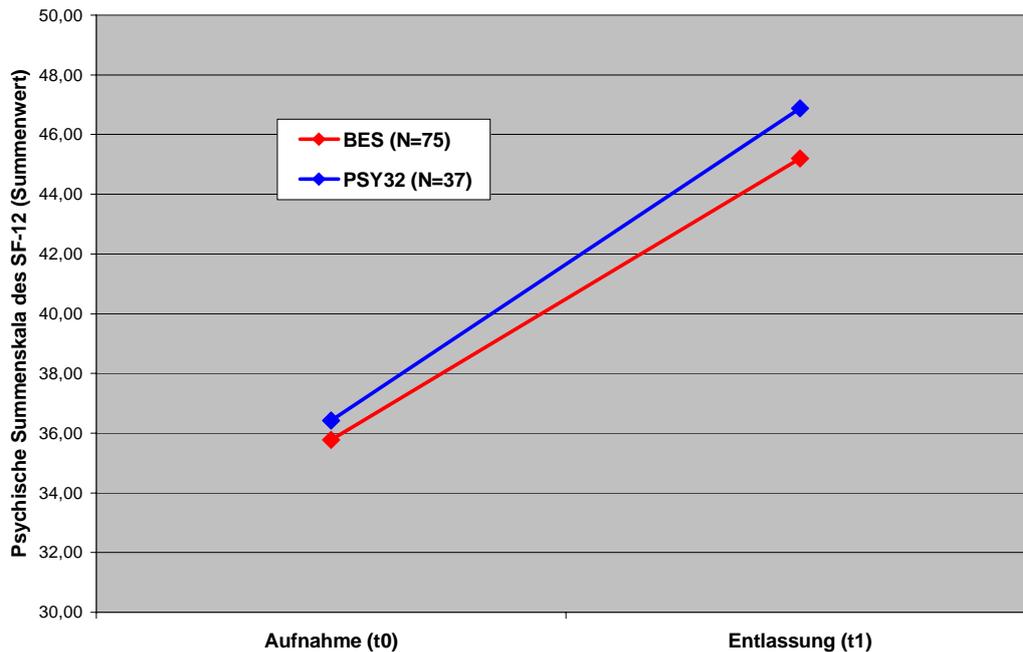


Abbildung 26. Veränderungen in der Psychischen Summenskala des SF-12 von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Trotz der etwas geringeren Erhöhung der mittleren Summenwerte von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit $d = .78$ im Vergleich zu den PSY32-Patienten mit $d = .87$, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse, dass der Ausgangswert als Kovariate, d.h. der Summenwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die Unterschiede im Summenwert bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 22). Ein Einfluss des Faktors Station, d.h. der Zugehörigkeit zu entweder der Gruppe der BES- oder der PSY32-Patienten, mit mindestens kleiner Effektstärke findet sich hier nicht (vgl. Tabelle 22).

Für den Verlauf der **Körperlichen Summenskala** des SF-12 wird in Abbildung 27 ersichtlich, dass die BES-Patienten bei Aufnahme im Mittel deutlich höhere Summenwerte aufweisen als die PSY32-Patienten. Bei Entlassung liegen die mittleren Summenwerte der beiden Gruppen jedoch etwa in gleicher Höhe, d.h. die PSY32-Patienten zeigen von Aufnahme zu Entlassung insgesamt eine etwas stärkere Erhöhung der Werte in der körperlichen Summenskala.

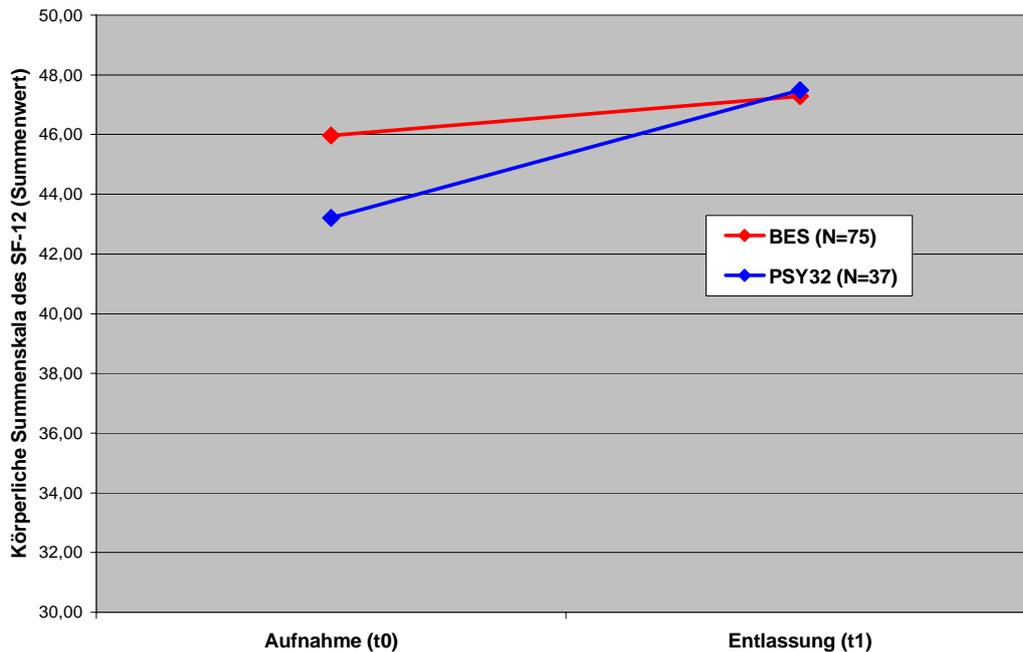


Abbildung 27. Veränderungen in der Körperlichen Summenskala des SF-12 von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Obwohl die Erhöhung der Werte in der Körperlichen Summenskala von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit weniger als einer kleinen Effektstärke deutlich geringer ist als bei den PSY32-Patienten mit $d = .45$, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse, dass der Ausgangswert als Kovariate, d.h. der Summenwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die Summenwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 22). Ein Einfluss des Faktors Station mit mindestens kleiner Effektstärke findet sich auch hier nicht.

Zusammenfassend zeigt sich hinsichtlich der Psychischen Summenskala des SF-12 in beiden Patientengruppen eine Verbesserung der *psychischen Aspekte der Funktionalen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität* von Aufnahme zu Entlassung; bei den Patienten der Interventionsgruppe (BES) mit mittlerer und bei den Patienten Vergleichsgruppe (PSY32) mit großer Effektstärke. Eine Verbesserung der *körperlichen Aspekte* von Aufnahme zu Entlassung findet sich lediglich bei den PSY32-Patienten mit kleiner Effektstärke, die BES-Patienten verbessern sich hier kaum.

Der *Outcomevergleich* der beiden Gruppen in den Kovarianzanalysen zeigt auch hier sowohl für die psychischen als auch für die körperlichen Aspekte der funktionalen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität einen starken Einfluss der unterschiedlichen Ausgangswerte der beiden Patientengruppen. Unter Ausschluss des Einflusses der Ausgangswerte findet sich hinsichtlich der Verbesserung in beiden Aspekten kein Unterschied zwischen den Patienten der BES und den Patienten der PSY32 mit mindestens kleiner Effektstärke.

Die Hypothese, dass die BES-Patienten eine signifikant stärkere Verbesserung der Funktionalen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit mittlerer Effektstärke von Aufnahme zu Entlassung zeigen als die PSY32-Patienten, lässt sich damit nicht bestätigen.

Veränderung der Selbstfürsorge im HSF:

In Tabelle 23 sind jeweils zu den beiden Skalen des HSF die deskriptiven Ergebnisse, die Effektstärken von Aufnahme zu Entlassung sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalysen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 23: Statistische Kennwerte der Ergebnisse und zu den Skalenmittelwerten des HSF für die Interventionsgruppe (BES) und die Vergleichsgruppe (PSY32)

HSF Skalenmittelwerte	Aufnahme (t0)		Entlassung (t1)		Effektstärke (d) t0 zu t1	ANCOVA	
	M	SD	M	SD		Faktor Station	Kovariate Ausgangswert
Funktionale Aktivitätssteuerung							
BES (N=74) ¹	3,37	1,01	3,76	0,86	.39 ⁺	F(1,108) = 1.851 p = .176; $\eta^2 = .014^+$	F(1,109) = 23.749 p < .001***; $\eta^2 = .179^{+++}$
PSY32 (N=37) ¹	3,22	0,96	3,92	0,91	.71 ⁺⁺		
Positive Erlebnisfähigkeit							
BES (N=75) ¹	3,35	1,13	3,71	1,04	.33 ⁺	F(1,109) = 0.345 p = .558; $\eta^2 = .002$	F(1,109) = 39.158 p < .001***; $\eta^2 = .263^{+++}$
PSY32 (N=37) ¹	3,44	1,13	3,86	1,07	.38 ⁺		

Anmerkungen. ¹Von einigen Patienten der Gesamtstichprobe (BES N=79; PSY32 N=40) liegen zu dieser Skala keine Angaben vor, da diese über 50% der Items zu einem der beiden Befragungszeitpunkte nicht beantwortet haben. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (***) und dem 0,1%- Niveau (****) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Hinsichtlich der *Veränderungen in den Skalen des HSF*, zeigt sich, dass sich die Skalenmittelwerte in beiden Patientengruppen von Aufnahme zu Entlassung erhöhen. Bei den BES-Patienten erhöhen sich die Werte in beiden Skalen in Höhe einer kleinen Effektstärke, bei den PSY32-Patienten steigen die Werte in der Skala *Funktionale Aktivitätssteuerung* mit mittlerer in der Skala *Positive Erlebnisfähigkeit* mit kleiner Effektstärke an (vgl. auch Abbildung 28).

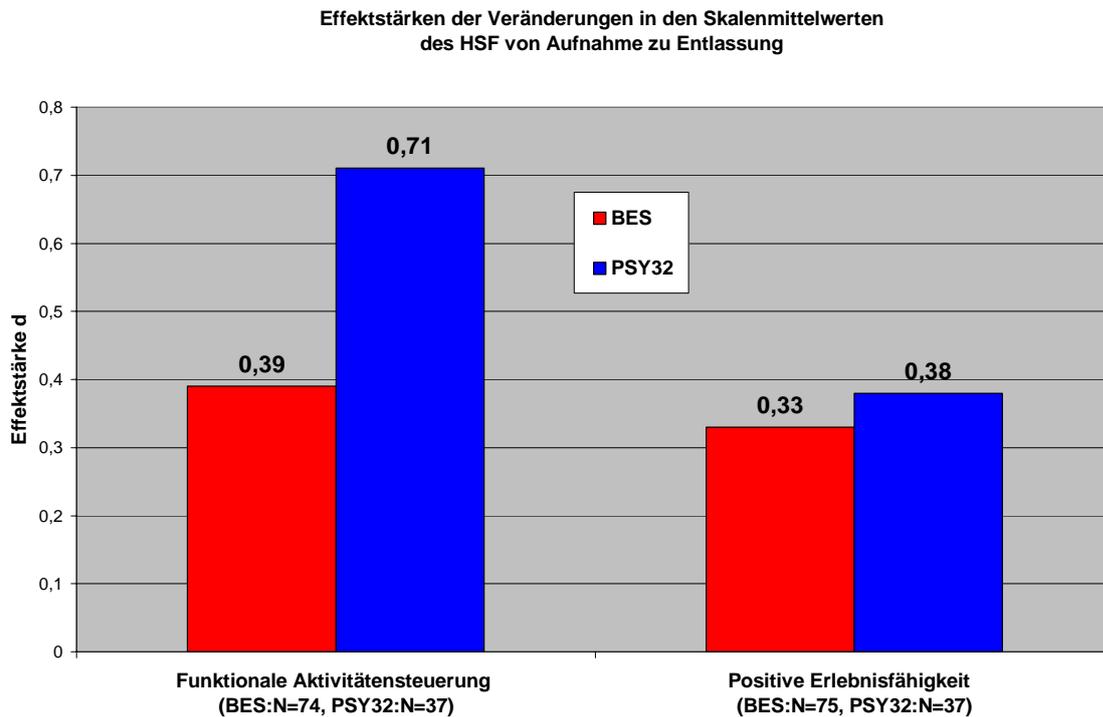


Abbildung 28. Veränderungen in den Skalenmittelwerten des HSF von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Effektstärken (d).

Die Ergebnisse der *Kovarianzanalysen* für die beiden Skalen des HSF ergeben insgesamt keine Hinweise auf wesentliche Outcomeunterschiede zwischen BES- und PSY32-Patienten im Hinblick auf die Selbstfürsorge. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kovarianzanalysen zunächst für die Skala Funktionale Aktivitätssteuerung und anschließend für die Skala Positive Erlebnisfähigkeit dargestellt.

Für den Verlauf der HSF-Skala **Funktionale Aktivitätssteuerung** wird in Abbildung 29 ersichtlich, dass die BES-Patienten bei Aufnahme deutlich höhere Skalenmittelwerte aufweisen als die PSY32-Patienten. Bei Entlassung zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Die Skalenmittelwerte der PSY32-Patienten liegen jetzt deutlich über denen der BES-Patienten, d.h. die PSY32-Patienten zeigen von Aufnahme zu Entlassung insgesamt eine etwas stärkere Erhöhung der Werte in der Skala Funktionale Aktivitätssteuerung.

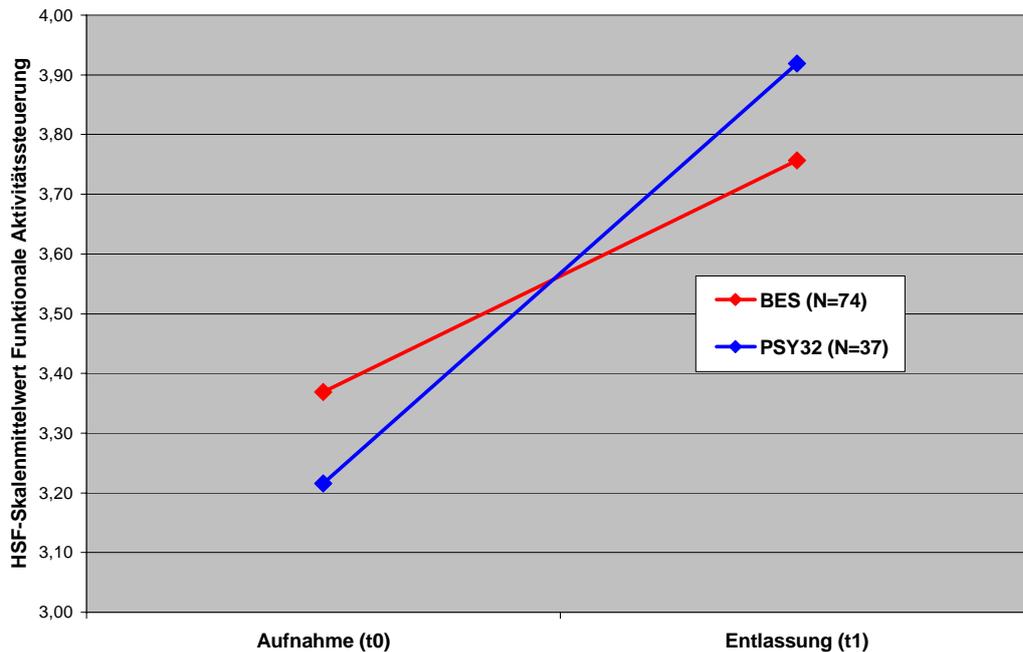


Abbildung 29. Veränderungen in der HSF-Skala Funktionale Aktivitätssteuerung von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Obwohl die Erhöhung Skalenmittelwerte in der Skala Funktionale Aktivitätssteuerung von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit $d = .39$ wesentlich geringer ist als bei den PSY32-Patienten mit $d = .71$, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse, dass der Ausgangswert als Kovariate, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die unterschiedlichen Skalenmittelwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 23). Der Einfluss des Faktors Station, d.h. die Zugehörigkeit zu entweder der Gruppe der BES- oder der PSY32-Patienten, deutet zwar entgegen der Erwartung tendenziell in Richtung eines besseren Behandlungsergebnisses der PSY32-Patienten ist jedoch mit kleiner Effektstärke wesentlich geringer und aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und damit nicht interpretierbar (vgl. Tabelle 23).

Bei der HSF-Skala **Positive Erlebnisfähigkeit** zeigen sich für beide Patientengruppen hinsichtlich der Erhöhung der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung nahezu parallele Verläufe, wobei hier die Gruppe der BES-Patienten im Vergleich zu den PSY32-Patienten insgesamt niedrigere Mittelwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung aufweist (vgl. Abbildung 30).

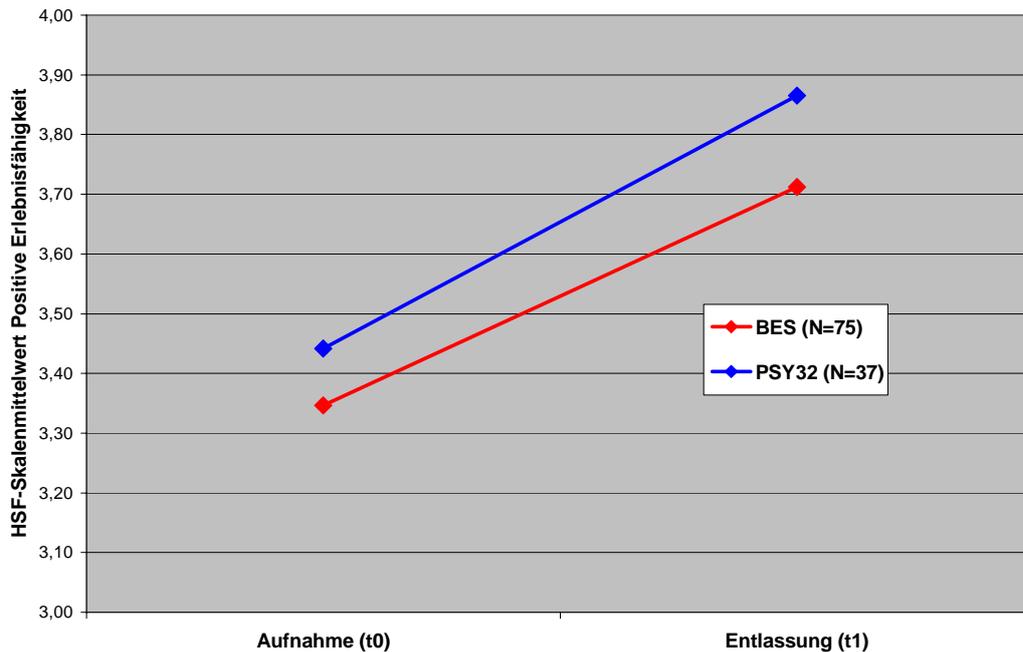


Abbildung 30. Veränderungen in der HSF-Skala Positive Erlebnisfähigkeit von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse zeigen hier entsprechend, dass der Ausgangswert als Kovariate, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die unterschiedlichen Skalenmittelwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 23). Ein Einfluss des Faktors Station mit mindestens kleiner Effektstärke findet sich bezüglich dieser HSF-Skala nicht.

Zusammenfassend zeigt sich eine Erhöhung der *Selbstfürsorge* in beiden Patientengruppen von Aufnahme zu Entlassung. Bei den BES-Patienten finden sich in beiden HSF-Skalen Verbesserungen mit kleiner Effektstärke. Die PSY32-Patienten verbessern sich hinsichtlich der *Funktionalen Aktivitätssteuerung* mit mittlerer und hinsichtlich der *Positiven Erlebnisfähigkeit* mit kleiner Effektstärke.

Der *Outcomevergleich* der beiden Gruppen in den Kovarianzanalysen zeigt bei Entlassung in beiden HSF-Skalen ein geringeres Ausmaß an Selbstfürsorge bei den BES-Patienten im Vergleich zu den PSY32-Patienten. Dies ist jedoch vor allem auf die deutlich unterschiedlichen Ausgangswerte der beiden Patientengruppen bei Aufnahme zurückzuführen. Unter Kontrolle des Einflusses der Ausgangsbelastung findet sich zwar hinsichtlich der Funktionalen Aktivi-

tätssteuerung ein tendenzieller Unterschied zwischen den Gruppen in Richtung eines geringeren Outcomes der BES-Patienten, dieser ist jedoch lediglich von kleiner Effektstärke und kann aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abgesichert und damit nicht interpretiert werden.

Die Hypothese, dass die BES-Patienten eine signifikant stärkere Erhöhung der Selbstfürsorge mit mittlerer Effektstärke von Aufnahme zu Entlassung zeigen als die PSY32-Patienten, lässt sich damit nicht bestätigen.

Veränderung der Medikamentencompliance in der MARS:

In Tabelle 24 sind die deskriptiven Ergebnisse, die Effektstärken von Aufnahme zu Entlassung sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalyse zur Skala Einhaltung der Behandlungsempfehlungen der MARS zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 24: Statistische Kennwerte der Ergebnisse zur Skala Einhaltung der Behandlungsempfehlungen der MARS (Summenwert) für die Interventionsgruppe (BES) und die Vergleichsgruppe (PSY32)

MARS Einhaltung der Behandlungsempfehlungen (Summenwert)	Aufnahme (t0)		Entlassung (t1)		Effektstärke (d) t0 zu t1	ANCOVA	
	M	SD	M	SD		Faktor Station	Kovariate Ausgangswert
BES (N=66) ¹	3,02	1,33	3,45	0,90	.32 ⁺	F(1,96) = 0.097 p = .756; $\eta^2 = .000$	F(1,96) = 39.677 p < .001***; $\eta^2 = .292^{+++}$
PSY32 (N=33) ¹	2,79	1,45	3,42	0,92	.46 ⁺		

Anmerkungen. ¹Von einigen Patienten der Gesamtstichprobe (BES N=79; PSY32 N=40) liegen zu dieser Skala keine Angaben vor, da diese zu einem der beiden Befragungszeitpunkte mindestens ein Item der Skala nicht beantwortet haben. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

Hinsichtlich der *Veränderungen in der Skala Einhaltung der Behandlungsempfehlungen der MARS* zeigt sich, dass sich die Skalensummenwerte sowohl der BES-Patienten als auch der PSY32-Patienten von Aufnahme zu Entlassung jeweils mit kleiner Effektstärke reduzieren. Die Effektstärke der BES-Patienten ist hierbei etwas geringer als die der PSY32-Patienten (vgl. auch Abbildung 31).

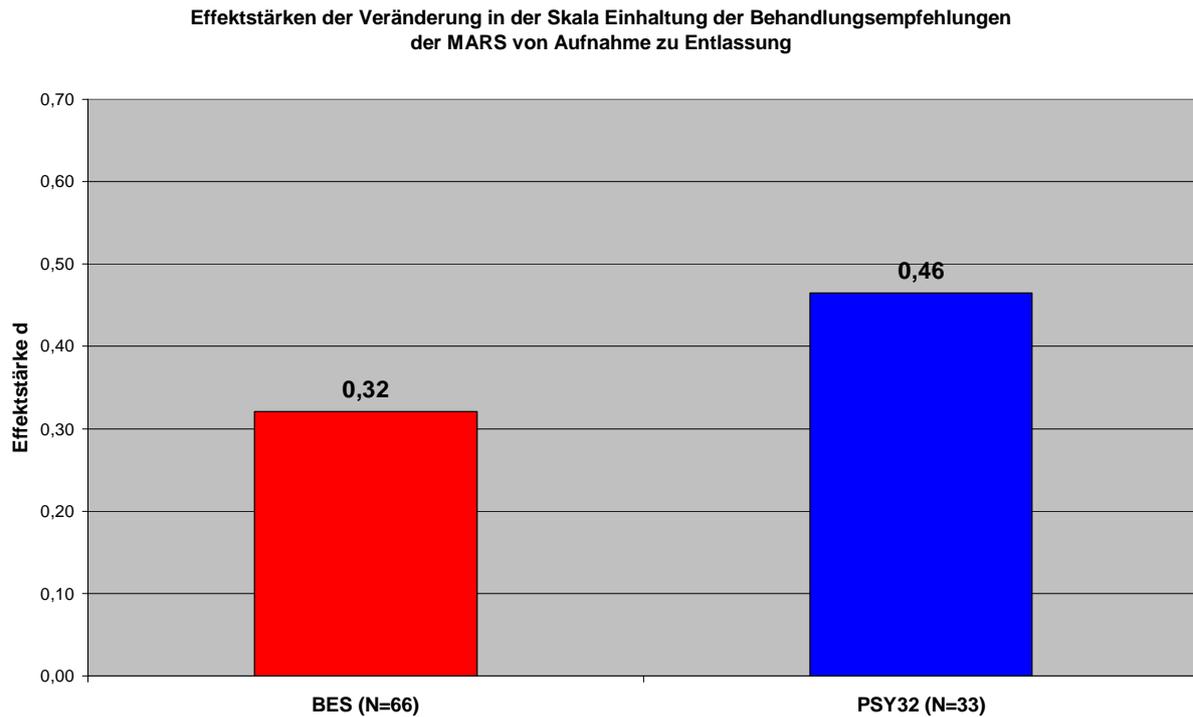


Abbildung 31. Veränderungen im Summenwert der Skala Einhaltung der Behandlungsempfehlungen der MARS von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Effektstärken (d).

Die Ergebnisse der *Kovarianzanalyse* ergeben keinen Hinweis darauf, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich des Outcomes in der Medikamentencompliance deutlich voneinander unterscheiden. In Abbildung 32 wird ersichtlich, dass die BES-Patienten bei Aufnahme im Mittel deutlich höhere Summenwerte aufweisen als die PSY32-Patienten. Bei Entlassung liegen die mittleren Summenwerte der beiden Gruppen jedoch etwa in gleicher Höhe. Das heißt, dass sich die Werte der PSY32-Patienten von Aufnahme zu Entlassung etwas mehr erhöhen als die der BES-Patienten.

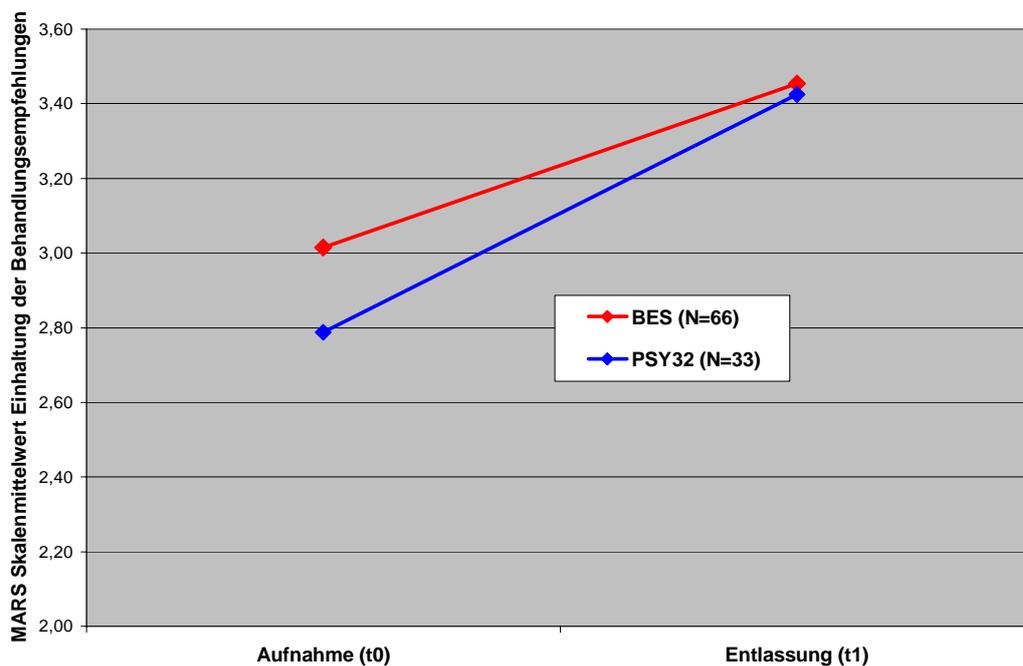


Abbildung 32. Veränderungen im Summenwert der Skala Einhaltung der Behandlungsempfehlungen der MARS von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Obwohl die Erhöhung der Summenwerte in der Skala Einhaltung der Behandlungsempfehlungen von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit $d = .32$ etwas geringer ist als bei den PSY32-Patienten mit $d = .46$, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse, dass auch hier der Ausgangswert als Kovariate, d.h. der Summenwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die Summenwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 24). Ein Einfluss des Faktors Station mit mindestens kleiner Effektstärke findet sich hier nicht.

Zusammenfassend zeigt sich hinsichtlich der *Medikamentencompliance* in der MARS in beiden Patientengruppen eine Verbesserung in der Einhaltung der Behandlungsempfehlungen bezüglich der Medikamente von Aufnahme zu Entlassung mit jeweils kleiner Effektstärke. Der *Outcomevergleich* der beiden Gruppen in den Kovarianzanalysen zeigt auch hier insgesamt einen starken Einfluss der unterschiedlichen Ausgangswerte der beiden Patientengruppen auf die Medikamentencompliance bei Entlassung. Unter Ausschluss des Einflusses der Ausgangswerte findet sich hinsichtlich der Medikamentencompliance kein Unterschied zwischen den Patienten der BES und den Patienten der PSY32 im Outcome.

Die Hypothese, dass die BES-Patienten eine signifikant stärkere Erhöhung der Medikamentencompliance mit mittlerer Effektstärke von Aufnahme zu Entlassung zeigen als die PSY32-Patienten, lässt sich damit nicht bestätigen.

Veränderung der Zufriedenheit mit Wohnsituation, finanzieller Situation und sozialen Kontakten im FLZ:

Für die Analyse der Veränderung der Zufriedenheit mit der psychosozialen Situation der Patienten von Aufnahme zu Entlassung wurden drei Skalen des FLZ, *Zufriedenheit mit der finanziellen Situation*, *Zufriedenheit mit der Wohnsituation* und *Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten*, ausgewertet. In Tabelle 25 sind jeweils zu den drei FLZ-Skalen die deskriptiven Ergebnisse, die Effektstärken von Aufnahme zu Entlassung sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalysen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 25: Statistische Kennwerte der Ergebnisse und zu den drei FLZ-Skalenmittelwerten für die Interventionsgruppe (BES) und die Vergleichsgruppe (PSY32)

FLZ-Skalen- mittelwerte	Aufnahme (t0)		Entlassung (t1)		Effekt- stärke (d) t0 zu t1	ANCOVA	
	M	SD	M	SD		Faktor Station	Kovariate Ausgangswert
Zufriedenheit mit der finanziellen Situation							
BES (N=67) ¹	3,63	1,54	4,15	1,59	.34 ⁺	F(1,98) = 0.433 p = .512; $\eta^2 = .003$	F(1,98) = 59.189 p < .001***; $\eta^2 = .376^{+++}$
PSY32 (N=34) ¹	4,03	1,43	4,22	1,31	.13		
Zufriedenheit mit der Wohnsituation							
BES (N=66) ¹	4,87	1,36	4,97	1,58	.08	F(1,96) = 0.835 p = .363; $\eta^2 = .005$	F(1,96) = 36.238 p < .001***; $\eta^2 = .267^{+++}$
PSY32 (N=33) ¹	5,27	1,18	5,46	1,28	.15		
Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten							
BES (N=64) ¹	4,31	1,30	4,46	1,50	.12	F(1,95) = 1.104 p = .296; $\eta^2 = .008$	F(1,95) = 31.353 p < .001***; $\eta^2 = .242^{+++}$
PSY32 (N=34) ¹	4,67	1,09	4,95	1,28	.23 ⁺		

Anmerkungen. ¹Von einigen Patienten der Gesamtstichprobe (BES N=79; PSY32 N=40) liegen zu dieser Skala keine Angaben vor, da diese über 50% der Items zu einem der beiden Befragungszeitpunkte nicht beantwortet haben. Die Signifikanzgrenzen wurden auf dem 5%- (*), dem 1%- (**), und dem 0,1%- Niveau (***) festgelegt. Die Effektstärkenmaße werden als kleine (+), mittlere (++) und große (+++) Effekte interpretiert.

In den drei untersuchten FLZ-Skalen zeigen sich insgesamt in beiden Gruppen nur wenig *Veränderungen der Skalenmittelwerte* von Aufnahme zu Entlassung. Hinsichtlich der Skala *Zufriedenheit mit der Wohnsituation* finden sich in beiden Gruppen keine Veränderungen mit mindestens kleiner Effektstärke. In der Skala *Zufriedenheit mit der finanziellen Situation* er-

reichen lediglich die BES-Patienten eine Veränderung mit einer kleinen Effektstärke und in der Skala *Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten* ergibt sich hinsichtlich der Veränderung des Skalenmittelwerts von Aufnahme zu Entlassung nur bei den PSY32-Patienten eine Erhöhung der Skalenmittelwerte von kleiner Effektstärke (vgl. auch Abbildung 33).

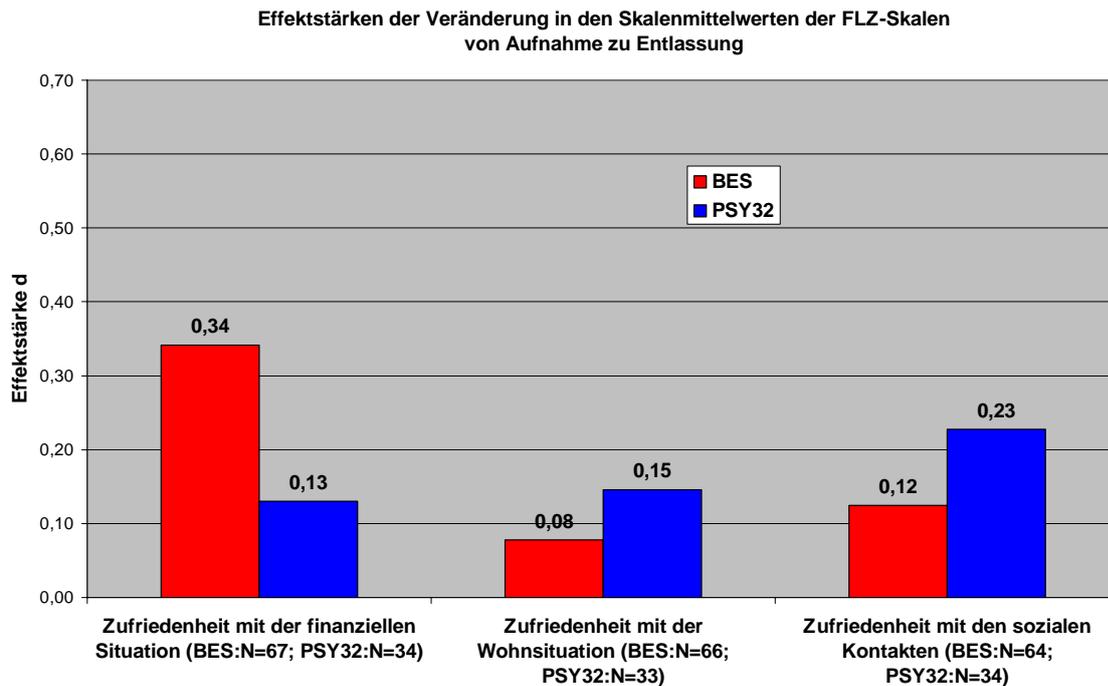


Abbildung 33. Veränderungen in den Skalenmittelwerten der drei FLZ-Skalen von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Effektstärken (d).

Die Ergebnisse der *Kovarianzanalysen* für die drei untersuchten FLZ-Skalen ergeben insgesamt keinen Hinweis darauf, dass sich die BES- und die PSY32-Patienten hinsichtlich ihres Outcomes bezüglich der Zufriedenheit mit der psychosozialen Situation deutlich voneinander unterscheiden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kovarianzanalysen für jede der drei FLZ-Skalen dargestellt.

In Abbildung 34 wird im Hinblick auf die Skala **Zufriedenheit mit der finanziellen Situation** ersichtlich, dass die BES-Patienten bei Aufnahme im Mittel deutlich niedrigere Skalenmittelwerte aufweisen als die PSY32-Patienten. Bei Entlassung liegen die mittleren Summenwerte der beiden Gruppen jedoch etwa in gleicher Höhe.

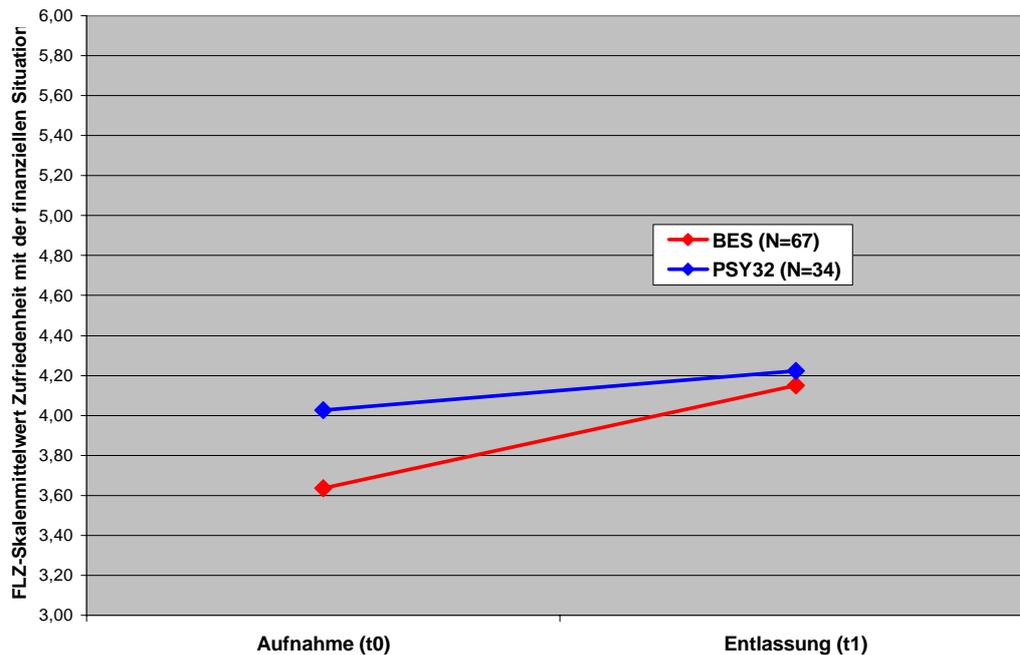


Abbildung 34. Veränderungen im FLZ-Skalenmittelwert Zufriedenheit mit der finanziellen Situation von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Obwohl die Erhöhung der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit $d = .34$ etwas stärker ist als bei den PSY32-Patienten, die hier weniger als eine kleine Effektstärke erreichen, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse, dass der Ausgangswert als Kovariate, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die Skalenmittelwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 25). Ein Einfluss des Faktors Station mit mindestens kleiner Effektstärke findet sich hier nicht.

In Abbildung 35 zeigen sich hinsichtlich der Skala **Zufriedenheit mit der Wohnsituation** für die Veränderungen der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung in beiden Gruppen nahezu parallele Verläufe. Die Gruppe der BES-Patienten weist hier sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung im Vergleich zu den PSY32-Patienten geringere Mittelwerte auf.

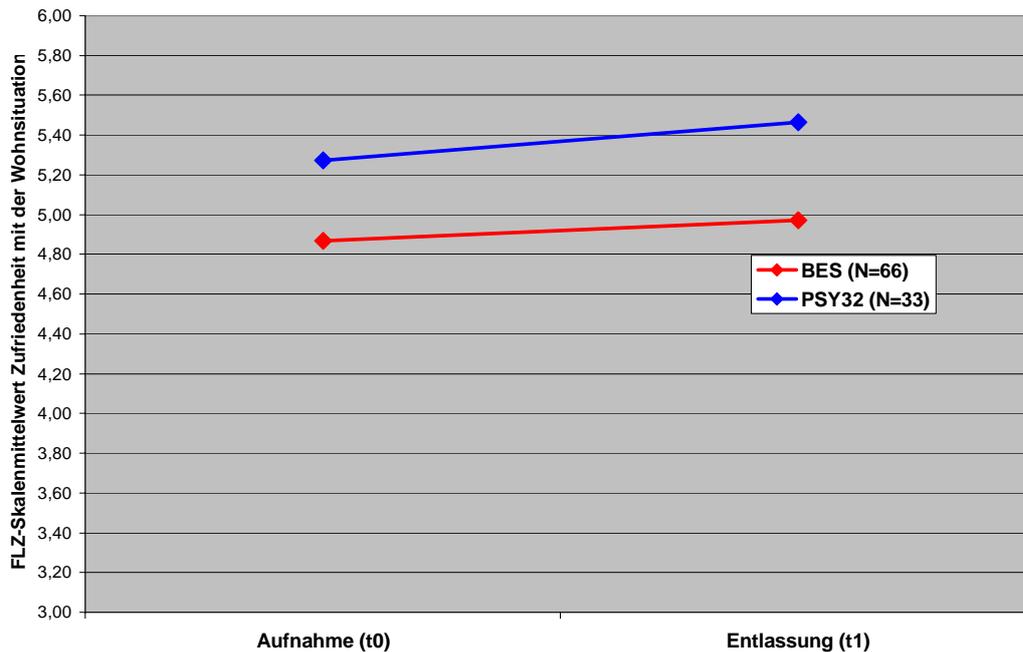


Abbildung 35. Veränderungen im FLZ-Skalenmittelwert Zufriedenheit mit der Wohnsituation von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse zeigen hier entsprechend, dass der Ausgangswert als Kovariate, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die unterschiedlichen Skalenmittelwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 25). Ein Einfluss des Faktors Station, d.h. der Zugehörigkeit zu entweder der Gruppe der BES- oder PSY32-Patienten, mit mindestens kleiner Effektstärke findet sich hier nicht.

In Abbildung 36 wird für die Skala **Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten** ersichtlich, dass die Veränderung der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung, trotz einer etwas geringeren Erhöhung bei den BES-Patienten, in beiden Gruppen auch hier relativ parallel verläuft. Die Gruppe der BES-Patienten weist hier im Vergleich zu den PSY32-Patienten wiederum geringere Mittelwerte sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung auf.

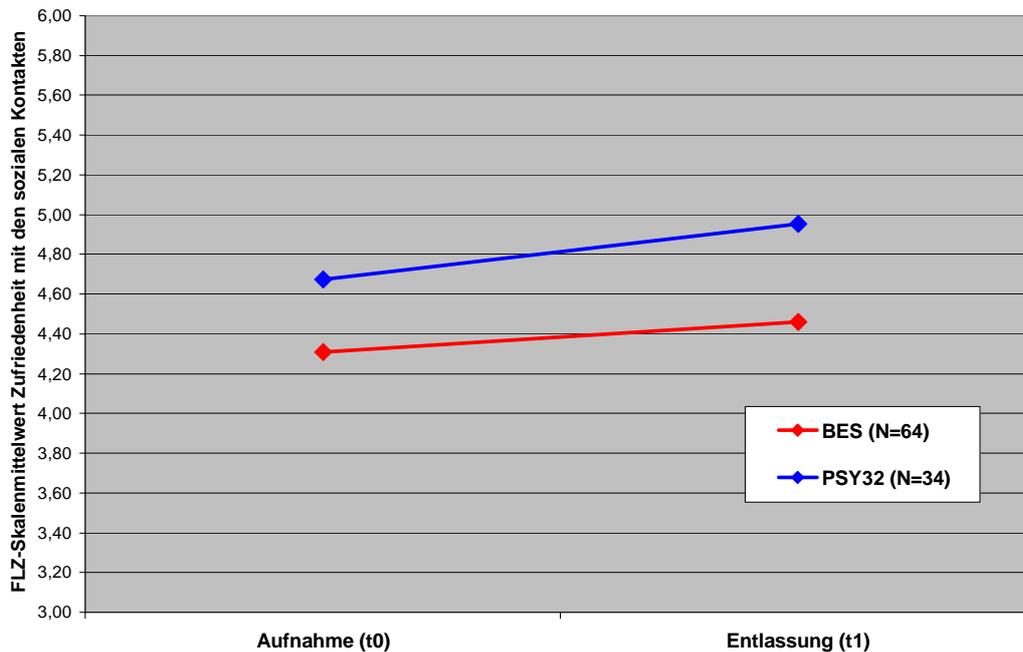


Abbildung 36. Veränderungen im FLZ-Skalenmittelwert Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten von Aufnahme (t0) zu Entlassung (t1) für die Patienten der Station BES (Interventionsgruppe) und die Patienten der Station PSY32 (Vergleichsgruppe). Mittelwerte pro Station und Messzeitpunkt.

Obwohl die Erhöhung der Skalenmittelwerte von Aufnahme zu Entlassung bei den BES-Patienten mit weniger als einer kleinen Effektstärke geringer ist als bei den PSY32-Patienten mit $d = .23$, zeigen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse, dass der Ausgangswert als Kovariate, d.h. der Skalenmittelwert bei Aufnahme, signifikant und mit großer Effektstärke den stärksten Einfluss auf die unterschiedlichen Skalenmittelwerte bei Entlassung hat (vgl. Tabelle 25). Ein Einfluss des Faktors Station mit mindestens kleiner Effektstärke findet sich auch hier nicht.

Zusammenfassend zeigt sich hinsichtlich der *Zufriedenheit mit der psychosozialen Situation* über alle drei FLZ-Skalen in beiden Gruppen eine nur sehr geringe Erhöhung der Zufriedenheit von Aufnahme zu Entlassung. Die *Zufriedenheit mit der Wohnsituation* verändert sich in beiden Gruppen nur unwesentlich. Die *Zufriedenheit mit der finanziellen Situation* erhöht sich bei nur bei den BES-Patienten und die *Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten* lediglich bei den PSY32-Patienten mit kleiner Effektstärke.

Der *Outcomevergleich* der beiden Gruppen in den Kovarianzanalysen zeigt in allen Skalen bei Entlassung eine geringere Zufriedenheit der BES-Patienten im Vergleich zu den PSY32-

Patienten. Dies ist jedoch ausschließlich auf die durchgängig geringere Zufriedenheit der BES-Patienten bei Aufnahme zurückzuführen. Unter Ausschluss des Einflusses der Ausgangswerte finden sich keine Outcomeunterschiede zwischen den Patientengruppen mit mindestens kleiner Effektstärke.

Die Hypothese, dass die BES-Patienten eine signifikant stärkere Erhöhung der Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Situation, ihrer Wohnsituation und ihren sozialen Kontakten mit mittlerer Effektstärke von Aufnahme zu Entlassung zeigen als die PSY32-Patienten, lässt sich damit nicht bestätigen.

Zu Hypothese B.2: Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten der Vergleichsstation PSY32) unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Behandlungszufriedenheit. Patienten der BES sind bei Entlassung mit ihrem Aufenthalt auf Station insgesamt zufriedener als die Patienten der Vergleichsstation PSY32.

Die Zufriedenheit mit dem gesamten Stationsaufenthalt wurde bei Entlassung mit zwei globalen nicht-standardisierten Items erhoben (vgl. Abschnitt 4.1.1.4.2).

Beim ersten Item „**Die BES/PSY32 würde ich einem guten Freund weiterempfehlen.**“ hatten die Patienten die Möglichkeit diese Aussage auf einer fünfstufigen Skala von 1 = „trifft zu“ bis 5 = „trifft nicht zu“ zu beantworten. Vier der in den Prä-Post-Vergleich einbezogenen BES-Patienten haben dieses Item nicht beantwortet. Die PSY32-Patienten stimmen dieser Aussage im Durchschnitt eher zu ($M = 1,5 / SD = 0,9$) als die BES-Patienten ($M = 1,9 / SD = 1,1$) und auch die deskriptive Verteilung der relativen Antworthäufigkeiten in Abbildung 37 weist auf eine höhere Zufriedenheit der PSY32-Patienten hin. Dies spiegelt sich auch in der hierzu durchgeführten einfaktoriellen Varianzanalyse (über den zweistufigen Faktor Station) wieder, die einen tendenziellen Gruppenunterschied von kleiner Effektstärke zeigt, der sich allerdings aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht absichern und daher nicht interpretieren lässt ($F = 2.640$; $df = 1, 112$; $p = .107$, $\eta^2 = .023^+$).

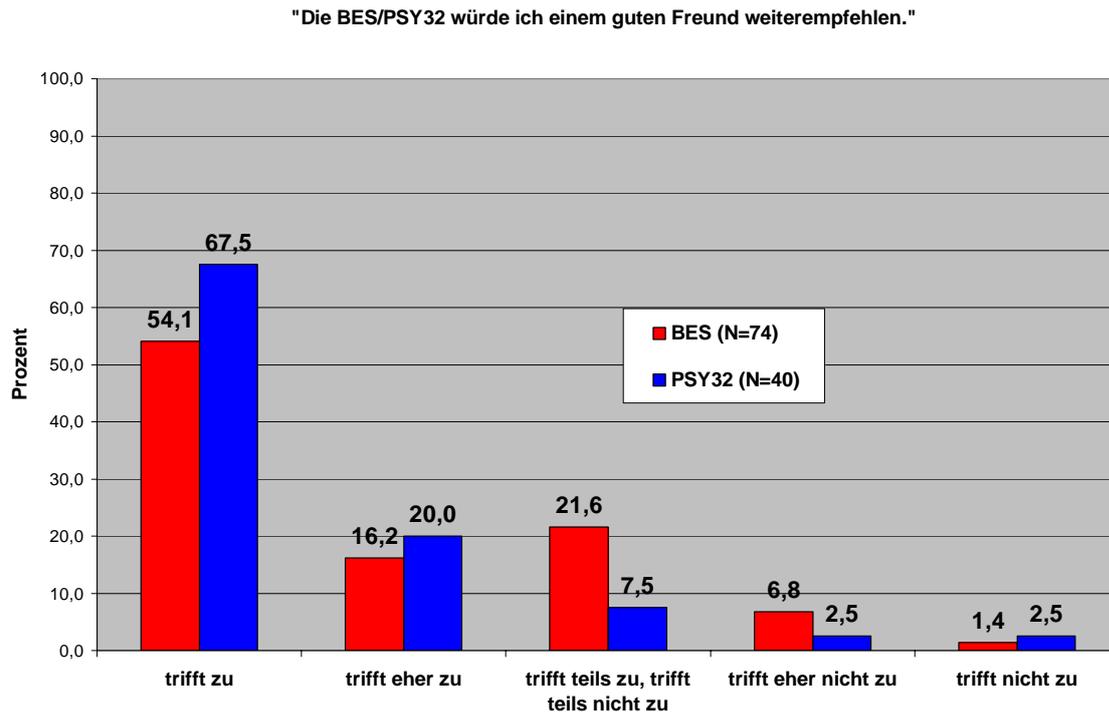


Abbildung 37. Relative Antworthäufigkeiten der BES-Patienten und der PSY32-Patienten in Prozent für das globale Item zur Behandlungszufriedenheit: „Die BES/PSY32 würde ich einem guten Freund weiterempfehlen.“

Die Verteilung der relativen Antworthäufigkeiten des zweiten Items **„Insgesamt beurteile ich den Aufenthalt in der BES/PSY32 als...“** ist in Abbildung 38 dargestellt. Hier hatten die Patienten die Möglichkeit den Stationsaufenthalt auf einer fünfstufigen Skala in Schulnoten von 1-5 zu bewerten. Vier der in den Prä-Post-Vergleich einbezogenen BES-Patienten und ein PSY32-Patient haben dieses Item nicht beantwortet. Wie in der Abbildung 38 ersichtlich, deutet sich auch hier eine höhere Zufriedenheit der PSY32-Patienten an.

Im Mittelwertsvergleich findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen in Höhe einer kleinen Effektstärke ($F = 6.223$; $df = 1, 111$; $p = .014^*$, $\eta^2 = .053^+$). Die PSY32-Patienten beurteilen demnach den Aufenthalt mit einer Durchschnittsnote von 1,4 ($SD = 0,8$) besser als die Patienten der BES mit 1,9 ($SD = 1,0$).

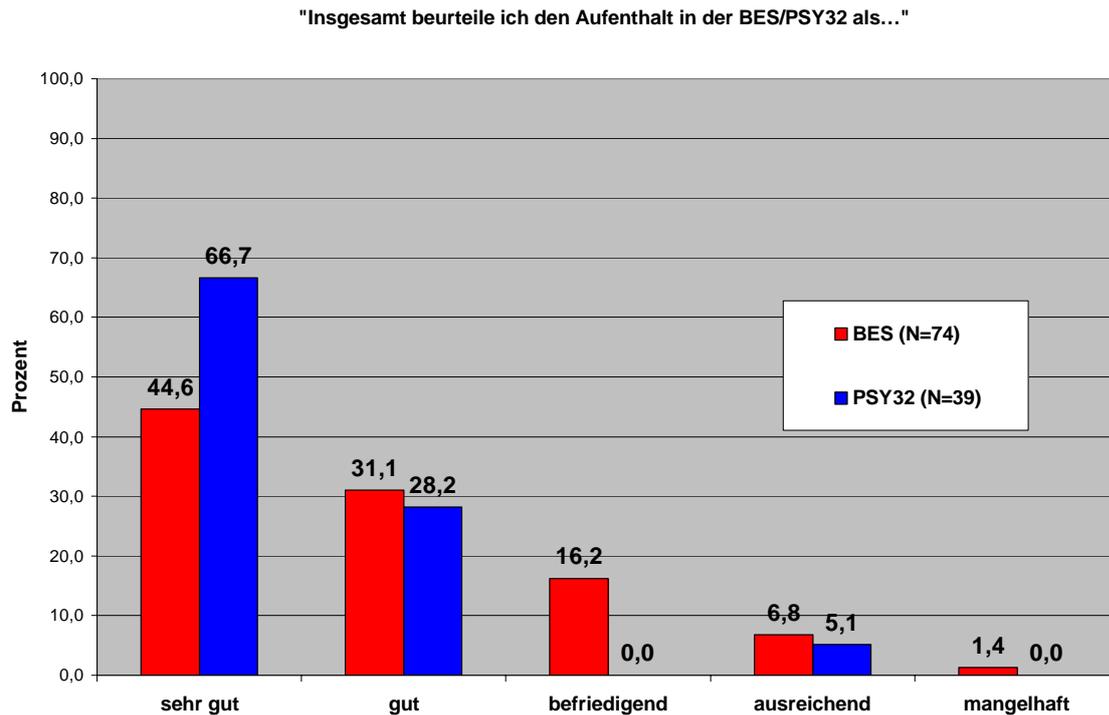


Abbildung 38. Relative Antworthäufigkeiten der BES-Patienten und der PSY32-Patienten in Prozent für das globale Item zur Behandlungszufriedenheit: „Insgesamt beurteile ich den Aufenthalt in der BES/PSY32 als...“

Zusammenfassend zeigt sich hinsichtlich der Gesamtbeurteilung des Aufenthaltes in der BES bzw. der PSY32, dass die Patienten der PSY32 im zweiten Item signifikant und mit kleiner Effektstärke zufriedener mit ihrem Aufenthalt sind als die Patienten der BES. Der tendenzielle Unterschied von kleiner Effektstärke im ersten Item, ebenfalls in Richtung einer höheren Zufriedenheit der PSY32-Patienten, ist jedoch aufgrund der geringen Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und damit nicht interpretierbar.

Die Hypothese, dass BES-Patienten bei Entlassung mit ihrem Aufenthalt auf Station insgesamt zufriedener sind als die PSY32-Patienten, kann damit nicht bestätigt werden.

6 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die Umsetzung und die Effektivität eines innovativen, integrierten Behandlungsprogramms für schizophrene Patienten (BES) untersucht. Hierzu wurde unter naturalistischen Bedingungen eine quasi-experimentelle Untersuchung im Rahmen einer Evaluationsstudie in der Asklepios Klinik Nord in Hamburg durchgeführt, bei der Patienten der BES sowie Patienten einer Vergleichsstation mittels standardisierter Selbstrating-Instrumente zur psychopathologischen Symptomatik, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, Medikamentencompliance und Selbstfürsorge bei Aufnahme und Entlassung be-

fragt wurden. Zusätzlich wurden die Patienten bei Entlassung mittels selbstentwickelter Items nach ihrer Behandlungszufriedenheit sowie ihrer subjektiven Einschätzung der Umsetzung spezifischer Behandlungskonzepte befragt. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen und Fragestellungen der Reihe nach zusammengefasst und diskutiert, anschließend werden einige Besonderheiten und methodische Herausforderungen bei der Studienrealisierung erläutert und diskutiert. Darauf aufbauend wird erörtert, inwieweit intern valide Schlussfolgerungen aus den Befunden abgeleitet werden können, was unter besonderer Berücksichtigung des gewählten naturalistischen, quasi-experimentellen Designs und der damit verbundenen Einschränkungen, Störvariablen zu kontrollieren, erfolgen soll. Anschließend folgt eine Diskussion der Generalisierbarkeit der Befunde, d.h. der externen Validitätsaspekte, bevor abschließend eine generelle Einschätzung der Bedeutung der Untersuchungsergebnisse sowie ein Ausblick auf mögliche Folgestudien und Implikationen für die Versorgungspraxis gegeben wird.

6.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zur Nebenfragestellung, der Umsetzung des BES-Konzepts und anschließend zur Hauptfragestellung, der Effektivität der BES-Behandlung zusammengefasst und diskutiert.

6.1.1 Zu Nebenfragestellung A: Überprüfung der Umsetzung zentraler Behandlungselemente des BES-Konzepts aus Patientensicht

Hinsichtlich der subjektiven Bewertung der Umsetzung BES-spezifischer Konzeptelemente aus Sicht der Patienten ergaben sich insgesamt Hinweise auf einen substantiellen Anteil an Patienten auf beiden Stationen, die verschiedene Konzeptelemente nicht in einem ausreichenden Maß als umgesetzt erleben. Hervorzuheben ist hier vor allem die Behandlungskontinuität durch institutionelle Vernetzung sowie die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen, insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitung der Entlassung.

Im Stationsvergleich zeigten sich insgesamt wenig Unterschiede zwischen den BES- und den PSY32-Patienten. Die wenigen gefundenen Unterschiede deuten dabei nicht darauf hin, dass die BES-Patienten die Umsetzung der BES-spezifischen Konzeptelemente auf ihrer Station in einem stärkeren Maße wahrgenommen haben als die Patienten der Vergleichstation PSY32. Es zeigte sich eher im Gegenteil, dass die Patienten der PSY32 mit kleinen bis mittleren Effektstärken, die meisten der eigentlich als explizit BES-spezifisch angenommenen Konzeptelemente, wie z.B. Behandlungskontinuität, Patientenbeteiligung, gesundheitsförderndes Mi-

lieu und Stationsklima, flexible Anpassung der Behandlung an den individuellen Behandlungsbedarf, Förderung von Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe und Betonung salutogenetischer Faktoren, auf ihrer Station in einem stärkeren Maße umgesetzt erlebten als die BES-Patienten. Lediglich hinsichtlich des Konzeptelements ‚Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in die Behandlung vor Ort (Triadlog)‘ deutet sich tendenziell, jedoch ohne statistische Absicherung an, dass auf der BES zumindest in einem höheren Maße die strukturellen Rahmenbedingungen für die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung gegeben zu sein scheinen.

Insgesamt können die Ergebnisse zu Fragestellung A als Hinweis darauf bewertet werden, dass zumindest aus subjektiver Sicht der Patienten größtenteils keine ausreichende und adäquate Umsetzung des BES-Konzepts erfolgt ist.

Eine Erklärung hierfür wäre, dass das BES-Konzept möglicherweise zu umfangreich konzipiert wurde, um in der Routineversorgung im Rahmen einer großen psychiatrischen Klinik mit den dort zu Verfügung stehenden strukturellen und personellen Ressourcen umsetzbar zu sein. Denkbar wäre z.B. dass bei den ohnehin knapp bemessenen personellen Ressourcen auf beiden Stationen im Krankheitsfall auf der BES möglicherweise, um eine Mindestversorgung auf Station aufrechterhalten zu können, gerade die zeit- und ressourcenintensiven BES-spezifischen Angebote reduziert werden. Für integrierte Versorgungskonzepte, zu denen sich auch die BES zählt, wurde in der Vergangenheit deutlich, dass ein sehr umfangreiches Konzept die Umsetzung in die Routineversorgung erheblich erschwert, und unter anderem daher z.B. Modellprojekte zur Integrierten Versorgung im psychiatrischen Bereich oftmals gescheitert und folglich in diesem Versorgungssektor bisher wenig verbreitet sind (Kissling, 2008). Möglicherweise wäre eine begrenzte Anzahl an zu verändernden Prozessen in der BES im Rahmen der klinischen Routine besser und zuverlässiger umsetzbar gewesen und hätte dann den erwünschten Effekt auf das Behandlungsergebnis der Patienten erzielen können.

Eine Alternativerklärung für die geringen Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Patienten zur Umsetzung des BES-Konzepts könnte darin liegen, dass viele der im BES-Konzept beschriebenen Konzeptelemente, z.B. Maßnahmen zur Gewährleistung von Behandlungskontinuität oder Patientenbeteiligung, möglicherweise im Rahmen der aktuellen und an modernen Standards orientierten psychiatrischen Versorgung bereits regelhaft in der Routineversorgung implementiert sind und es sich dabei nicht um BES-spezifische Besonderheiten handelt.

Um jedoch verlässliche Aussagen zur Umsetzung des BES-Konzepts machen zu können, wären weitere Daten zum Behandlungsprozess erforderlich. Die hier erhobene subjektive Sichtweise der Patienten kann zwar als zentrales Maß für die Überprüfung der Umsetzung der einzelnen Konzeptelemente angesehen werden, dennoch muss sie für eine reliablere und validere Überprüfung der Implementierung des BES-Konzepts durch weitere Angaben, z.B. des Behandlungsteams oder durch objektive Daten der Stationsdokumentation ergänzt werden. Die folgende Diskussion der Ergebnisse zur Effektivität der BES-Behandlung im Rahmen der Hauptfragestellung B sollte jedoch vor dem Hintergrund der hier gefundenen ersten Hinweise auf eine möglicherweise ungenügende Implementierung des BES-Konzepts erfolgen.

6.1.2 Zu Hauptfragestellung B: Überprüfung der Effektivität der BES-Behandlung

Zu Hypothese B.1:

Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten der Vergleichstation) unterscheiden sich im Hinblick auf ihr Behandlungsergebnis.

Die Hypothese B.1 konnte nicht bestätigt werden. Insgesamt lässt sich in keinem der untersuchten primären und sekundären Outcomeparameter eine Überlegenheit der BES hinsichtlich der Effektivität der Behandlung nachweisen. Im Folgenden wird dieses Ergebnis im Einzelnen zusammengefasst und vor dem Hintergrund der Forschungsbefunde diskutiert.

Zu a) Patienten der BES zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der schizophrenen Symptomatik von Aufnahme zu Entlassung als die Patienten der Vergleichstation. Die Unterschiede in der Reduktion sind dabei von mittlerer Effektstärke.

Insgesamt zeigte sich hinsichtlich des primären Outcomes, der schizophrenen Symptomatik im ESI sowohl bei den Patienten der BES als auch bei den Patienten der Vergleichsgruppe (PSY32) eine Verbesserung der Symptomatik von Aufnahme zu Entlassung mit kleinen Effektstärken in der BES und kleinen bis mittleren Effektstärken in der PSY32. Damit liegen die Effektstärken insgesamt unter denen, die im Rahmen der Outcomeforschung in der Routineversorgung von Schizophrenie, z.B. für die Kombination eines kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramms in Kombination mit Psychopharmakotherapie berichtet werden und die zwischen mittleren bis großen Effektstärken variieren (Rector & Beck, 2001). Sie sind in ihrer

Höhe dagegen eher vergleichbar mit den Effektstärken einer supportiven Therapie in Kombination mit Psychopharmakotherapie, die ebenfalls überwiegend im kleinen bis mittleren Bereich angegeben werden (Rector & Beck 2001). Wobei hier anzumerken ist, dass die in der Literatur angegebenen Effektstärken sich überwiegend auf Fremdratinginstrumente beziehen, wobei möglicherweise, insbesondere durch einen unter Umständen nicht ausreichend kontrollierten Behandler-Bias, etwas höhere Effektsstärken zu erwarten sind.

Entgegen der Erwartungen zeigte sich kein besseres Behandlungsergebnis der BES-Patienten hinsichtlich der Reduktion der schizophrenen Symptomatik. Die Hypothese, dass die BES-Patienten eine signifikant stärkere Reduktion der schizophrenen Symptomatik mit mittlerer Effektstärke von Aufnahme zu Entlassung zeigen als die PSY32-Patienten, konnte nicht bestätigt werden. Bei Entlassung zeigte sich eine höhere Symptombelastung der BES-Patienten im Vergleich zu den PSY32-Patienten, wobei dies jedoch vor allem auf die durchgängig höhere Ausgangsbelastung der BES-Patienten zurückzuführen war. Unter Ausschluss des Einflusses der Ausgangsbelastung zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der schizophrenen Symptomatik zwischen den Gruppen bei Entlassung. Zwar fanden sich in allen untersuchten Parametern tendenzielle Unterschiede zwischen den Gruppen in Richtung eines geringeren Outcomes der BES-Patienten, diese sind jedoch von maximal kleiner Effektstärke und können aufgrund der kleinen Stichproben und der damit verbundenen geringen statistischen Power nicht abgesichert und damit nicht interpretiert werden. Es können auf dieser Grundlage daher keine Aussagen darüber gemacht werden, ob die Patienten der PSY32 entgegen der Erwartungen tatsächlich ein besseres Behandlungsergebnis erzielt haben. In Folgeuntersuchungen mit größeren Stichproben und einer damit verbundenen höheren statistischen Power müsste überprüft werden, ob sich die hier gefundenen tendenziellen Unterschiede replizieren und statistisch nachweisen lassen.

Zu b) Patienten der BES zeigen von Aufnahme zu Entlassung eine signifikant stärkere

- **Reduktion der depressiven Symptomatik,**
- **Verbesserung der funktionalen Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität,**
- **Erhöhung der Selbstfürsorge,**
- **Erhöhung der Medikamentencompliance,**
- **Erhöhung der Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Situation, ihrer Wohnsituation und ihren sozialen Kontakten**

als die Patienten der Vergleichsstation. Die Unterschiede sind dabei von mittlerer Effektstärke.

Insgesamt verbesserten sich die Patienten der Interventions- und Vergleichsgruppe in den meisten untersuchten sekundären Outcomeparametern von Aufnahme zu Entlassung. Die stärksten Verbesserungen mit mittleren bis großen Effektstärken zeigten sich hinsichtlich der depressiven Symptomatik sowie der psychischen Aspekte der funktionalen Gesundheit und Lebensqualität. Hinsichtlich der körperlichen Aspekte der funktionalen Gesundheit und Lebensqualität sowie der Lebenszufriedenheit zeigten sich nur geringfügige Verbesserungen mit maximal kleiner Effektstärke.

Korrespondierend zum primären Outcome zeigten sich auch hinsichtlich der sekundären Outcomeparameter insgesamt keine wesentlichen Unterschiede im Behandlungsergebnis zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe. In allen untersuchten Outcomeparametern fand sich ein deutlicher Einfluss der unterschiedlichen Ausgangswerte auf das Behandlungsergebnis bei Entlassung, nach Kontrolle der Ausgangsbelastung konnten jedoch keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen nachgewiesen werden.

Die Hypothese, dass die BES-Patienten von Aufnahme zu Entlassung eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik, Verbesserung der Funktionalen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Erhöhung der Selbstfürsorge, Erhöhung der Medikamentencompliance sowie Erhöhung der Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Situation, ihrer Wohnsituation und ihren sozialen Kontakten mit mittlerer Effektstärke zeigen als die PSY32-Patienten, konnte somit nicht bestätigt werden.

Hinsichtlich der sekundären Outcomeparameter wäre ein besseres Behandlungsergebnis der BES-Patienten zu erwarten gewesen, da bei einem Großteil der BES-spezifischen Konzeptelemente neben dem Einfluss auf die schizophrene Symptomatik eine Wirkung auf die untersuchten sekundären Outcomeparameter angenommen werden kann.

Auf der BES sollen psychoedukative Maßnahmen sowie Angehörigen orientierte Interventionen im Rahmen des trialogischen Konzepts in besonderer Weise und stärker als auf der Vergleichsstation PSY32 systematisch in das Behandlungskonzept integriert werden. Entsprechende trialogische und psychoedukative Gruppenangebote, an denen regelhaft sowohl Patienten als auch Angehörige teilnehmen, sollten demnach im Therapieplan der BES-Patienten einen höheren zeitlichen Stellenwert einnehmen als bei den PSY32-Patienten. Obgleich für psychoedukative Maßnahmen und Angehörigen orientierte Interventionen, bei denen gleichermaßen Patienten und Angehörige einbezogen werden, ein positiver Einfluss auf sekundäre Outcomeparameter, z.B. die Medikamentencompliance, erwartet werden kann (Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Geddes & Orbach, 2002; O'Donnel et al., 2003; Pekkala & Merinder, 2006; Pharoah et al., 2006; Patterson & Leeuwenkamp, 2008), zeigten sich jedoch entgegen der Erwartung keine Unterschiede hinsichtlich der Medikamentencompliance zwischen den Patienten der BES und der PSY32.

Eine Besonderheit der BES ist die Förderung eines Stationsmilieus, welches angelehnt an die Soteria-Kriterien mit Hilfe von milieutherapeutischen Maßnahmen sowie einer anregenden räumlichen Gestaltung salutogenetische Faktoren und soziale Kommunikation und Interaktion im Stationsalltag fördern soll. Etwa ein Drittel der schizophrenen Patienten leidet an einer ausgeprägten Negativsymptomatik, diese beeinträchtigt die Durchführung alltäglicher Aktivitäten, die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung und hat einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität und Stimmung der Patienten (Mäkinen et al., 2008). Bei einem Großteil der schizophrenen Patienten findet sich eine komorbide depressive Störung (Fenton, 2001), die in ihrer Symptomausgestaltung der Negativsymptomatik sehr ähnlich ist. Es finden sich Hinweise darauf, dass eine erlebnisarme und deprivierende Klinikatmosphäre bei längeren Klinikaufenthalten unter anderem zu einer Verstärkung der Negativsymptomatik führen kann (Wing & Brown, 1970; Klass et al., 1977; Hartmann, 1980). Eine anregende und fördernde Milieugestaltung auf Station könnte dem während des stationären Aufenthaltes entgegenwirken. Obwohl dies im Stationskonzept der BES als potentiell wirksames Element im Rahmen der Gesamtbehandlung in einem stärkeren Maße hervorgehoben wird als im Konzept der

PSY32, zeigen sich dennoch wider Erwarten keine Unterschiede hinsichtlich der Verbesserung der depressiven Symptomatik, der Selbstfürsorge sowie der Lebensqualität.

Einerseits in den im BES-Konzept formulierten Grundhaltungen des therapeutischen Handelns, nach denen der Patient im Behandlungsprozess als ‚Partner‘ betrachtet werden soll und andererseits durch spezifizierte Konzeptelemente, wie z.B. die ‚schriftliche Behandlungsvereinbarung‘, wird der Patientenbeteiligung in der BES ein besonderer Stellenwert beigemessen. Behandlungsentscheidungen sollen im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung stets von Patient und Behandler gemeinsam getroffen werden. Im Stationskonzept der PSY32 ist dies nicht explizit vorgesehen. Obwohl für Partizipative Entscheidungsfindung in der Behandlung von schizophrenen Patienten ein positiver Trend in Richtung eines verbesserten Wissens über die Erkrankung vereinzelt nachgewiesen werden konnte (Hamann et al., 2006) sowie eine verbesserte Behandlungcompliance und damit eine Reduzierung der Krankenhauswiederaufnahmeraten diskutiert wird (Hamann et al., 2007), zeigte sich im Rahmen der vorliegenden Studie keine Überlegenheit der BES-Behandlung hinsichtlich sekundärer Outcomeparameter, die möglicherweise durch Maßnahmen der Partizipativen Entscheidungsfindung beeinflussbar wären, z.B. Verbesserung der Medikamentencompliance und Selbstfürsorge.

Eine strukturelle Besonderheit der BES ist die Möglichkeit des flexiblen Wechsels zwischen dem stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungssetting. Dies soll eine an den individuellen und krankheitsphasenspezifischen Bedarf des Patienten angepasste Behandlungsintensität bei gleichzeitiger Wahrung der personellen Behandlungskontinuität im Rahmen der BES-Behandlung ermöglichen. Auf der PSY32 besteht ausschließlich die Möglichkeit zur stationären Behandlung. Die Praxisleitlinie Schizophrenie der DGPPN empfiehlt vor der Entscheidung für eine stationäre Aufnahme je nach individuellem phasenspezifischen Behandlungsbedarf des Patienten, mögliche ambulante und teilstationäre Behandlungsalternativen in Erwägung zu ziehen, um die stationäre Behandlungsdauer zu verkürzen (Gaebel et al., 2006), da eine längerfristige Herausnahme aus den alltäglichen beruflichen und sozialen Funktionsbereichen im Rahmen einer stationären Behandlung psychosoziale Beeinträchtigungen begünstigen und die Negativ-Symptomatik verstärken kann (Wing & Brown, 1970; Klass et al., 1977; Hartmann, 1980). Tagesklinische Behandlungen haben sich hinsichtlich der Reduktion der psychotischen Symptomatik als wirksame und zugleich kostengünstigere Alternative zur stationären Behandlung erwiesen und konnten die stationäre Behandlungsdauer insgesamt verkürzen (Marshall et al., 2001).

Es zeigte sich zwar, dass die stationäre Behandlungsdauer der BES-Patienten deutlich kürzer war als die der PSY32-Patienten, dies führte jedoch höchstens zu einem vergleichbaren, jedoch nicht zu einem besseren kurzfristigen Behandlungsergebnis der Patienten im Hinblick auf sowohl das primäre als auch das sekundäre Outcome. Ein vergleichbares Behandlungsergebnis der BES-Patienten bei deutlich verkürzter stationärer Behandlungsdauer könnte als Hinweis auf eine Überlegenheit der BES hinsichtlich ökonomischer Aspekte gedeutet werden. Da im Rahmen der vorliegenden Studie von ökonomischen Analysen abgesehen wurde, lassen sich jedoch keine Aussagen über die Effizienz der Behandlung ausschließlich auf Grundlage der Länge der stationären Behandlungsdauer treffen. Zumindest scheint jedoch ein übergeordnetes Ziel der BES, die Verkürzung der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer zugunsten teilstationärer und ambulanter Angebote, erreicht worden zu sein.

Als ein zentraler Wirkfaktor im Rahmen der Behandlung schizophrener Patienten auf der BES wird im BES-Konzept die Gewährleistung von Behandlungskontinuität über den gesamten Behandlungsprozess angesehen. Dies erscheint insbesondere im Hinblick auf die modulare, auf den individuellen Bedarf abgestimmte Behandlungskonzeption erforderlich. Auf der BES werden durch das Konzept des ‚Persönlichen Therapiebegleiters‘ sowie durch die angestrebte systematische Zusammenarbeit und Kooperation mit externen Behandlern und Institutionen insbesondere die Beziehungskontinuität zwischen Patient und Behandler sowie die strukturelle Vernetzung als Teilaspekte der Behandlungskontinuität betont. Das Behandlungskonzept der PSY32 sieht keine explizite Förderung der Behandlungskontinuität vor, die über das System der primären Verantwortung im Rahmen der pflegerischen Betreuung hinausgeht. Obgleich über einen mittel- und langfristig positiven Einfluss der Behandlungskontinuität auf die Lebensqualität, die soziale Funktionsfähigkeit, die psychopathologische Symptomatik und die Behandlungszufriedenheit berichtet wurde (Adair et al., 2005), zeigte sich in der vorliegenden Studie, zumindest bezogen auf das kurzfristige Behandlungsergebnis, keine Überlegenheit der BES-Behandlung mit systematisch integrierten Elementen zur Förderung der Behandlungskontinuität im Vergleich zur Regelversorgung ohne expliziten Fokus auf die Behandlungskontinuität.

Angesichts der bezüglich des primären und sekundären Outcomes unerwarteten Befunde stellt sich die Frage nach **Erklärungsmöglichkeiten für die fehlenden Outcomeunterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe**, die im Folgenden erörtert werden sollen.

Erklärbar wären die geringen Unterschiede im primären Outcome zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe durch einen *primären Einfluss der medikamentösen Therapie* auf die Verbesserung der schizophrenen Symptomatik. Bei schizophrenen Erkrankungen stellt die medikamentöse Therapie, aufgrund ihrer gesicherten Evidenz im Hinblick auf die Reduktion der psychotischen Symptomatik den Behandlungsschwerpunkt dar und wird in nationalen und internationalen Leitlinien als erste Behandlungsoption mit höchstem Evidenzgrad empfohlen (Falkai et al., 2005, 2006; Gaebel et al., 2006). Ergänzende psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen sollen dabei die medikamentöse Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans ergänzen. Sie können das Behandlungsergebnis schizophrener Patienten im Hinblick auf sekundäre Outcomeparameter, wie z.B. die Medikamentencompliance und Lebensqualität, mittel- und langfristig verbessern (Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Der Haupteinfluss auf die kurzfristige Verbesserung insbesondere der schizophrenen Positiv-Symptomatik könnte in der antipsychotischen Medikation gesehen werden. In den Behandlungs- und Stationskonzepten sowohl der BES als auch der PSY32 wird eine leitliniengerechte und an nationalen und internationalen Standards orientierte Behandlung garantiert. Bei Einhaltung einer leitliniengerechten Behandlung auf beiden Stationen sollte sich daher die medikamentöse Therapie auf der BES und der PSY32 nicht wesentlich unterscheiden. Das ESI mit seinen Skalen ‚Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung‘, ‚Akustische Unsicherheit‘, ‚Beziehungsideen‘ und ‚Wahrnehmungsabweichungen‘ fokussiert insbesondere die Positiv-Symptomatik der schizophrenen Erkrankung. Bei einer vergleichbaren, leitliniengerechten medikamentösen Behandlung auf den beiden Stationen erscheint es daher plausibel, dass sich die Positiv-Symptomatik gemessen im ESI durch den primären Einfluss der antipsychotischen Medikation bei den Patienten beider Stationen gleichermaßen von Aufnahme zu Entlassung reduziert.

Tendenziell deutet sich an, dass die *BES-Patienten bei Aufnahme in einem höheren Ausmaß durch psychosoziale Einschränkungen belastet* sind und über ein *geringeres Maß an sozialer Eingebundenheit und Vernetzung* verfügen als die PSY32-Patienten. Dies könnte bedeuten, dass bei den BES-Patienten in einem stärkeren Ausmaß als bei den PSY32-Patienten psychosoziale Ressourcen, wie z.B. soziale Unterstützung, fehlen, welche den weiteren Krankheits-

verlauf und die Prognose der Erkrankung günstig beeinflussen könnten (Bailer, 2000). Das Behandlungsergebnis der BES-Patienten hinsichtlich der schizophrenen Symptomatik könnte dadurch reduziert worden sein. Die Unterschiede hinsichtlich der psychosozialen Eingebundenheit sind jedoch sehr gering und lassen sich statistisch nicht nachweisen, daher können sie die fehlenden Outcomeunterschiede zwischen den beiden Gruppen nicht erklären. Zudem zeigt sich der protektive Einfluss der psychosozialen Unterstützung in der Regel erst im weiteren längerfristigen Krankheitsverlauf (Bailer, 2000).

Die auf beiden Stationen relativ geringen Effektstärken hinsichtlich der Verbesserung der schizophrenen Symptomatik im kleinen bis mittleren Bereich können möglicherweise eine *Unterschätzung des Behandlungsergebnisses* darstellen. Bei Patienten, die bei Aufnahme auf die Station eine akute schizophrene Positiv-Symptomatik aufwiesen, wurde mit der Befragung bis zu einer Woche gewartet, bis eine Stabilisierung eingetreten war und sich die Positiv-Symptomatik soweit reduziert hatte, dass eine Befragung mit Selbstrating-Instrumenten möglich war, ansonsten wurden die Patienten aus der Untersuchung ausgeschlossen. Die erhobene Baseline der schizophrenen Symptombelastung liegt damit bei diesen Patienten unter ihrer tatsächlichen Symptombelastung direkt am Aufnahmetag auf Station und die Symptomreduktion von Baseline zu Entlassung fällt somit geringer aus als sie bei einer Befragung direkt am Aufnahmetag ausfiele. Im Durchschnitt betrug der Zeitraum zwischen dem Aufnahmetag auf Station und dem Ausfüllen des Fragebogens ca. fünf Tage.

Wenn diese Verzögerungszeit bis zur Befragung auf der BES möglicherweise länger war als auf der PSY32, könnte es zu einer stärkeren Unterschätzung des Behandlungsergebnisses auf der BES gekommen sein, was die gefundenen geringen Outcomeunterschiede zwischen den Stationen erklären könnte. Dafür spricht, dass auf der PSY32 die Fragebögen direkt am Aufnahmetag im Aufnahmegespräch von dem behandelnden Arzt an die Patienten ausgegeben wurden, während dies auf der BES durch die wissenschaftliche Hilfskraft erst in dem Zeitraum nach dem Aufnahmegespräch erfolgte, wodurch eine Verzögerung eingetreten sein könnte. Vergleichende Analysen haben jedoch gezeigt, dass sich die Zeit zwischen der Aufnahme auf Station und dem Ausfüllen des Fragebogens zwischen den beiden Stationen nicht unterscheidet, womit dies als Erklärung für die geringen Outcomeunterschiede ausgeschlossen werden kann.

Die *Patienten der BES sind zu Beginn der Behandlung tendenziell stärker durch die schizophrene Symptomatik belastet*. Dies zeigt sich vor allem in den Kovarianzanalysen. Der Vergleich der Aufnahme- und Befragungsmodalitäten zwischen den beiden Stationen bietet je-

doch keine eindeutigen Erklärungen für die stärkere Ausgangsbelastung der BES-Patienten. Denkbar wäre zum einen, dass der Anteil der Patienten, die zunächst in der P-ZNA oder auf anderen Stationen aufgenommen wurden und erst nach ausreichender Stabilisierung auf die BES oder die PSY32 überwiesen wurden, möglicherweise auf der PSY32 höher war als auf der BES, sodass ein größerer Anteil an bereits stabilisierten Patienten auf der PSY32 aufgenommen wurde. Ein Vergleich des Stationszugangs zeigt hier jedoch keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Der Anteil der Patienten, die über die P-ZNA auf Station überwiesen wurden, ist auf beiden Stationen mit etwa 40% gleich hoch. Ebenso finden sich keine Hinweise beim Vergleich des Aufnahmezustatus. Bei einem tendenziell höheren Anteil an als Notfall in die Klinik eingewiesenen Patienten unter den PSY32-Patienten, wäre hier eher eine stärkere Symptombelastung der PSY32-Patienten zu erwarten. Auch der Zeitraum zwischen der Aufnahme auf Station und dem Ausfüllen des Fragebogens unterschied sich, wie bereits erwähnt, zwischen den Patientengruppen nicht, sodass auch dies nicht die unterschiedliche Ausgangsbelastung der beiden Gruppen erklären kann.

Über die Hälfte der befragten Patienten wird von externen Behandlern direkt auf die BES oder die PSY32 eingewiesen oder meldet sich dort selbst für einen Stationsaufenthalt an. Im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit in psychiatrischen Fachkreisen sowie im Rahmen der Patienten- und Angehörigenverbände wurde seit Gründung der BES vor ca. fünf Jahren das BES-Konzept intensiv beworben und seine besonderen Vorteile bei der Behandlung von schwer und chronisch erkrankten schizophrenen Patienten herausgestellt. Möglicherweise haben die einweisenden Ärzte und Institutionen sowie die Patienten selbst daher mittlerweile gute Kenntnis über die Besonderheiten und die spezifischen Behandlungsangebote des BES-Konzepts. Dies könnte zum einen die externen Behandler in den letzten Jahren vermehrt dazu veranlasst haben, gerade schwer erkrankte schizophrene Patienten mit besonders intensivem Behandlungsbedarf in die Spezialbehandlung auf der BES zu überweisen und dies der Regelversorgung vorzuziehen. Zum anderen könnte die Akzeptanz der schwer erkrankten Patienten für eine flexible und an ihren individuellen Bedarf angepasste Behandlung in der BES erhöht worden sein und zu einer vermehrten Anmeldung geführt haben. Diese möglicherweise bei der Zuweisung entstandenen Selektionseffekte könnten die tendenziell stärkere Ausgangsbelastung der BES-Patienten erklären. Dies müsste ergänzend im Rahmen weiterer Forschung, z.B. einer Einweiserbefragung, genauer überprüft werden.

Im Rahmen der Kovarianzanalysen konnte der Einfluss der unterschiedlichen Ausgangsbelastung der Patienten beider Gruppen auf das Outcome statistisch kontrolliert werden. Eine

Überlegenheit der BES hinsichtlich der Verbesserung der schizophrenen Symptomatik konnte jedoch auch dann nicht nachgewiesen werden.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für die fehlenden Outcomeunterschiede hinsichtlich des primären und sekundären Outcomes betrifft die Frage der *Auswahl der Vergleichsstation und ihrer Repräsentativität für die Regelversorgung*. Im Rahmen des naturalistischen Designs wurde eine Vergleichsstation für schizophrene Patienten innerhalb der Asklepios Klinik Nord gewählt, die bezüglich ihrer strukturellen Voraussetzungen mit der BES vergleichbar erschien, in der jedoch, gemäß des Stationskonzepts, im Gegensatz zur BES eine Behandlung nach Regelversorgung erfolgen sollte. Möglicherweise ist jedoch die Vergleichsstation im Hinblick auf die Versorgungspraxis keine repräsentative Station für die Regelversorgung. Denkbar wäre z.B., dass die Versorgung dort durch ein besonders engagiertes Team erfolgt und dieses erheblichen Einfluss auf die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit haben könnte. Die Bereitschaft zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie könnte unter Umständen als Hinweis auf ein besonderes Engagement des Behandlungsteams bewertet werden, da wissenschaftliches Arbeiten, anders als in Universitätskliniken, im Rahmen der Regelversorgung nicht vorausgesetzt wird und nicht regelhaft in die Versorgungsstrukturen integriert ist. Um dies zu überprüfen, wären jedoch weitere Angaben zum Behandlungsprozess erforderlich, die im Rahmen der vorliegenden Studie nicht erhoben wurden.

Eine Erklärung für die fehlenden Outcomeunterschiede wäre zudem, dass im Rahmen der aktuellen stationären psychiatrischen Versorgung möglicherweise bereits flächendeckend *auch innerhalb der Regelversorgung eine leitliniengerechte an nationalen und internationalen Standards orientierte Behandlung* mit wirksamen Behandlungsmaßnahmen erfolgt, einerseits, wie schon erwähnt im Hinblick auf die Psychopharmakotherapie, andererseits aber auch hinsichtlich wirksamer psychotherapeutischer Interventionen, wie z.B. Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Familien- und Angehörigeninterventionen, kognitives Training und Training sozialer Fertigkeiten. Ebenso könnten einige der als BES-spezifisch beschriebene Konzeptelemente, z.B. der ‚Persönliche Therapiebegleiter‘, in der Regelversorgung bereits unter einer anderen Bezeichnung, z.B. ‚Pfleagesystem der Primären Verantwortung‘ etabliert sein und eine vergleichbare Wirkung auf das Behandlungsergebnis der Patienten haben.

Außerdem könnten einige im BES-Konzept definierte Wirkfaktoren, wie z.B. die Behandlungskontinuität oder die Förderung salutogenetischer Faktoren, bereits implizit im Rahmen der Regelversorgung auf der PSY32 berücksichtigt werden, ohne dass dies eine explizite Erwähnung im Stationskonzept findet. Hierfür sprechen auch die Ergebnisse zur Nebenfrage-

stellung A, nach denen die Patienten der PSY32 die Umsetzung verschiedener, eigentlich BES-spezifischer Konzeptelemente, auf ihrer Station in gleichem und sogar häufig in einem höheren Maße erlebten als die BES-Patienten. Dagegen spricht jedoch ein substantieller Anteil an Patienten auf beiden Stationen, die einige Konzeptelemente dennoch als nicht ausreichend umgesetzt erlebten.

Insbesondere im Hinblick auf die Ergebnisse zur Nebenfragestellung A, liegt eine *lückenhafte und inadäquate Implementierung des BES-Konzepts* als Erklärung für die fehlenden Outcomeunterschiede nahe. Zumindest die subjektive Sicht der Patienten deutet nicht darauf hin, dass die BES-spezifischen Konzeptelemente auf der BES in einem stärkeren Maße umgesetzt wurden als auf der PSY32. Wenn die als wirksam angenommenen spezifischen Konzeptelemente auf der BES nicht ausreichend in der Versorgungsroutine etabliert werden konnte, wäre es nicht verwunderlich, dass sich im Vergleich zur Standardbehandlung keine Unterschiede im Behandlungsergebnis finden. Um die Frage der adäquaten Implementierung des BES-Konzepts jedoch umfassend beantworten zu können, wären neben den Angaben zur subjektiven Sicht der Patienten noch weitere Angaben zum Behandlungsprozess, z.B. aus Sicht der Mitarbeiter, oder objektive Angaben aus den Patientenakten sowie der Routinedokumentation erforderlich.

Ein weiterer zentraler Erklärungsansatz für die fehlenden Outcomeunterschiede ist die Tatsache, dass in der vorliegenden Studie *lediglich das kurzfristige Behandlungsergebnis von Aufnahme zu Entlassung untersucht* wurde und keine Überprüfung des mittel- und langfristigen Behandlungsverlaufs und -ergebnisses vorgenommen werden konnte. Über die lang- und mittelfristige Wirkung der BES-Behandlung im Vergleich zur Behandlung auf der PSY32 lassen sich daher auf Grundlage der Auswertungen der vorliegenden Studie keine Aussagen treffen. Für die BES-Behandlung mit ihren spezifischen Konzeptelementen wird, wie bereits erwähnt, neben dem Einfluss auf die schizophrene Symptomatik eine Wirkung auf sekundäre Outcomeparameter, wie Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, soziales Funktionsniveau und Selbstfürsorge angenommen. Hinsichtlich dieser Outcomeparameter wäre eine mittel- und langfristige Veränderung durch die BES-Behandlung denkbar, die insbesondere nach Entlassung bei Wiederaufnahme der alltäglichen Lebensgewohnheiten außerhalb des Klinikmilieus deutlich werden könnte. Unberücksichtigt bleibt in diesem Zusammenhang ebenso das langfristige Outcome bezüglich der Rezidivraten und Krankenhauswiederaufnahmeraten. Gerade für Konzeptelemente, wie Patientenbeteiligung im Behandlungsprozess, Empowerment und triadische Psychoedukation, auf die in der BES ein besonderer Schwerpunkt gelegt wird, wird

ein mittel- bis langfristiger Einfluss auf die Rezidiv- und Krankenhauswiederaufnahmeraten angenommen (O'Donnell et al., 2003; Gaebel et al., 2006; Pekkala & Merinder 2006; Hamann et al., 2007).

Zu Hypothese B.2:

Interventions- und Vergleichsgruppe (Patienten der BES und Patienten der Vergleichsstation) unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Behandlungszufriedenheit. Patienten der BES sind bei Entlassung mit ihrem Aufenthalt auf Station insgesamt zufriedener als die Patienten der Vergleichsstation.

Korrespondierend zu den Ergebnissen aus dem Vergleich des primären und sekundären Outcomes zeigten sich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe keine wesentlichen Unterschiede im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit.

Die Hypothese B.2, dass die BES-Patienten bei Entlassung mit ihrem Aufenthalt auf Station insgesamt zufriedener sind als die PSY32-Patienten, konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Es deutete sich sogar entgegen der Erwartung eine etwas höhere Behandlungszufriedenheit der PSY32-Patienten an.

Insbesondere bezüglich der Behandlungszufriedenheit wäre hier eine Überlegenheit der BES-Behandlung mit einem dort konzeptionell verankerten hohen Ausmaß an Patientenorientierung zu erwarten gewesen. Die verstärkte Berücksichtigung der Patienteninteressen auf der BES im Rahmen der an den individuellen Behandlungsbedarf angepassten Behandlung mit dem Ziel der Reduzierung der stationären Behandlungsdauer sowie die Betonung einer kontinuierlichen therapeutischen Beziehungsgestaltung sollte die Behandlungszufriedenheit der Patienten erhöhen können (Joy et al., 2000; Adair et al., 2005; Reichhart et al., 2008).

Die Erklärungsmöglichkeiten für die fehlenden Unterschiede zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit korrespondieren mit denen für die fehlenden Unterschiede hinsichtlich der primären und sekundären Outcomeparameter, die bereits in diesem Abschnitt diskutiert wurden. Insbesondere sei hier nochmals auf eine möglicherweise ungenügende oder inadäquate Implementierung des BES-Konzepts hingewiesen, auf die auch die Ergebnisse der Nebenfragestellung A hinweisen.

6.2 Besonderheiten und methodische Herausforderungen bei der Studienrealisierung

Selbstrating vs. Fremdrating bei schizophrenen Patienten:

In der vorliegenden Studie wurden bei der Datenerhebung überwiegend standardisierte Selbst-rating-Instrumente eingesetzt, obwohl üblicherweise im Rahmen der klinischen Forschung zu Schizophrenie, insbesondere zur Messung der schizophrenen Symptomatik, Fremdrating-Instrumente, wie z.B. die Positiv-And-Negativ-Symptom-Scale (PANSS; Kay et al., 1987) eingesetzt werden. Selbst-rating-Instrumente stellen eine weniger zeitintensive und ökonomische Alternative zu Fremdratings dar, die mit begrenztem personellem Aufwand insbesondere die subjektive Sicht der Patienten zum Behandlungserfolg valider und reliabler abbilden können (Hays et al., 1995) und keine Beeinflussung des Befragten durch einen Interviewführer beinhalten. Zudem ist es dem Patienten beim Ausfüllen von Fragebögen jederzeit möglich, eine Pause zu machen, wenn eine mangelnde kognitive Leistungsfähigkeit dies erforderlich macht, wodurch die Belastung für den Patienten reduziert wird. Erfahrungen mit der Durchführung von PANSS-Interviews durch unabhängige und geschulte Rater bei einem Teil der Patienten der BES und der PSY32, die im Rahmen einer in die vorliegende Evaluationsstudie eingebetteten Qualifikationsarbeit durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass diese Interviews insbesondere bei Aufnahme von den befragten Patienten als sehr belastend erlebt wurden, da häufig eine eingeschränkte Konzentration und Aufmerksamkeit bestand und die Patienten sich daher überfordert fühlten. Dies schränkte die Compliance der Patienten für die Teilnahme an weiteren Befragungen und Interviews deutlich ein, so dass nur ein sehr geringer Teil der Patienten für die Teilnahme an einem weiteren PANSS-Interview bei Entlassung motiviert werden konnte. Hierbei handelte es sich vor allem um die Patienten, die in einem geringeren Ausmaß durch Symptome belastet waren.

Aufgrund der beschriebenen Vorteile von Selbst-rating-Instrumenten für die in der vorliegenden Studie zu untersuchenden Fragestellungen und im Hinblick auf den Fokus der subjektiven Sicht der Patienten, wurden trotz der sich daraus ergebenden höheren organisatorischen Anforderungen bei der Studiendurchführung und Datenerhebung aufgrund des erhöhten Unterstützungsbedarfs der Patienten beim Ausfüllen der Fragebögen und des aufwendigen Monitorings des Rücklaufs, hauptsächlich Selbst-rating-Instrumente eingesetzt.

Zum Einsatz kamen dabei standardisierte Instrumente, die sich als reliabel und valide erwiesen haben. Für einen Großteil der eingesetzten Fragebögen liegen Normstichproben zum Teil auch für schizophrene Patienten vor. Bei der Auswahl der Fragebögen wurden, falls vorhan-

den, jeweils Kurzformen gewählt, um den Gesamtbearbeitungsaufwand der Fragebögen zu minimieren und damit die Belastung der Patienten zu reduzieren. Es resultierte dennoch ein Gesamt-Fragebogenset im Umfang von jeweils etwa 20 Seiten zu Aufnahme und zu Entlassung (siehe Anhang).

Es zeigte sich im Rahmen der Datenerhebung auf beiden Stationen, dass der Einsatz von relativ umfangreichen Selbstrating-Instrumenten bei Patienten mit Schizophrenie im Rahmen einer stationären Behandlung zumindest nach Abklingen der akuten psychotischen Positiv-Symptomatik möglich und praktikabel ist. Allerdings erforderte dies einen deutlich erhöhten organisatorischen und personellen Aufwand und ein kontinuierliches Begleiten der Datenerhebung auf Station durch eine wissenschaftliche Assistentin vor Ort. Eine zentrale Aufgabe der Assistentin war die Hilfestellung beim Ausfüllen der Fragebögen und das Beantworten von diesbezüglich auftretenden Fragen der Patienten. In der BES war diese kontinuierliche Unterstützung und Begleitung in einem stärkeren Umfang gegeben als auf der Vergleichsstation PSY32, was sich auch in den unterschiedlichen Rücklaufquoten widerspiegelte. Auf der BES, auf der die Datenerhebung durch eine wissenschaftliche Assistentin unterstützt wurde, die im Rahmen eines Praktikums täglich auf der Station anwesend war, war der Rücklauf und die Ausschöpfung der potentiell zu befragenden Stichprobe knapp drei mal so hoch wie auf der PSY32, auf der die Datenerhebung lediglich durch die Anwesenheit einer wissenschaftlichen Hilfskraft an zwei Tagen pro Woche unterstützt wurde.

Eine Schlussfolgerung aus diesem Ergebnis wäre, dass der Einsatz von Selbstrating-Instrumenten für Messungen des Behandlungserfolges bei schizophrenen Patienten durchaus praktikabel ist, jedoch ein besonders intensives Monitoring der Datenerhebung erfordert, um eine ausreichende Compliance der Patienten zu gewährleisten und damit den Fragebogenrücklauf zu erhöhen. Fehlt das kontinuierliche Monitoring, ist der Rücklauf deutlich geringer, was Selektionseffekte zur Folge haben und die externe Validität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse erheblich einschränken kann. Eine Einschränkung ist jedoch, dass Selbstrating-Instrumente im Rahmen von akuten Psychosen nicht einsetzbar sind und zu Beginn der Behandlung zunächst eine Verbesserung der Positiv-Symptomatik abgewartet werden muss, was bei einem Prä-Post-Design möglicherweise zu einer Unterschätzung des Behandlungsergebnisses bezüglich der schizophrenen Symptomatik führen könnte.

Förderung der Teamcompliance bei der Durchführung komplexer Evaluationsstudien:

Die Evaluationsstudie erfolgte bereits in der Planungsphase in enger Abstimmung und Kooperation mit verschiedenen an der Evaluation beteiligten Gremien und Personen. Es fanden regelmäßige Planungs- und Abstimmungstreffen während der gesamten Studienlaufzeit statt. An der Entwicklung des Evaluationsdesigns und insbesondere der Auswahl und Erprobung der Instrumente wurden alle an der Evaluation beteiligten Personen intensiv beteiligt. Teilnehmer der regelmäßigen Treffen waren Mitarbeiter der Evaluationsgruppe aus dem UKE (Wissenschaftler sowie wissenschaftliche Hilfskräfte), der Oberarzt der Behandlungseinheit Schizophrenie, der Oberarzt der Vergleichsstation PSY32, Mitarbeiter der BES aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst, Doktoranden und Diplomanden, deren Qualifikationsarbeiten im Rahmen der BES-Evaluation bearbeitet werden sollten, Hilfskräfte und Praktikanten, die die Fragebogenerhebungen vor Ort unterstützten sowie Vertreter von Patienten- und Angehörigenverbänden. Mitarbeiter der Vergleichsstation PSY32 waren allerdings unterrepräsentiert und nicht von Beginn an beteiligt, da die Entscheidung für die Auswahl der PSY32 als Vergleichsgruppe erst nach einer längeren Planungsphase getroffen wurde. Ziel der regelmäßigen Treffen war in erster Linie die Einbeziehung aller beteiligten Personen in den inhaltlichen Austausch, um die Compliance und die Akzeptanz für die mit hohem Aufwand für das gesamte Behandlungsteam verbundene Studie zu erhöhen und eine Identifikation mit den geplanten Untersuchungsschritten zu erreichen.

Ein Hinweis dafür, dass durch die systematische Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung und Durchführung des Evaluationsvorhabens die Teamcompliance bei der Durchführung der Studie erhöht werden konnte, könnte darin zu sehen sein, dass der Fragebogenrücklauf und die Ausschöpfung der Stichprobe der potentiell in die Studie einzuschließenden Patienten auf der BES wesentlich höher war als auf der PSY32, bei der das Behandlungsteam in geringerer Anzahl und nicht von Anfang an intensiv in die Planungen einbezogen wurde.

Lediglich die von den Stationsärzten für jeden teilnehmenden Patienten auszufüllenden Arzt-Anamnese-Bögen sind auch auf der BES nur sehr selten ausgefüllt worden, sodass diese Angaben für die Studie nicht ausgewertet werden konnten. Als Grund hierfür wurde von den Ärzten eine sehr hohe Arbeitsbelastung, insbesondere in Zeiten mit Krankheitsausfall angeführt, die ihnen keine Zeit für das Ausfüllen der Fragebögen erübrigte. Wesentliche Informationen zum Krankheitsstatus, zur Krankheitsgeschichte und zur medikamentösen Behandlung der Patienten konnten daher nicht berücksichtigt werden, und es musste sich auf weniger ausführliche Angaben aus dem klinikinternen EDV-gestützten Dokumentationssystem beschränkt

werden, in dem z.B. die Diagnosen und der Aufnahmezustand für jeden Patienten dokumentiert sind. Hilfreich für eine bessere Umsetzung der evaluationsbezogenen Dokumentation im Rahmen des gesamten Behandlungsteams wäre es sicherlich, wenn im Versorgungsalltag auf Station regelhaft Anreize und Freiräume für die Beteiligung der Mitarbeiter an Evaluations- und Forschungsaufgaben geschaffen werden könnten.

6.3 Methodische Einschränkungen und Auswirkungen auf die interne und externe Validität sowie die Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Im Anschluss an die Diskussion zu den einzelnen Hypothesen und Fragestellungen sollen im Folgenden im Rahmen einer etwas allgemeineren Diskussion, sowohl Aspekte der internen als auch der externen Validität, d.h. der Generalisierbarkeit der Ergebnisse diskutiert werden.

Ein zentraler zu diskutierender Aspekt betrifft die Frage nach der *Vergleichbarkeit von Interventions- und Vergleichsgruppe*. Im Rahmen des gewählten quasi-experimentellen Designs wurde besonderer Wert darauf gelegt, mit der Untersuchung möglichst wenig in die natürliche Klinikroutine einzugreifen, um eine Abbildung der Behandlungsprozesse und der Behandlungsergebnisse unter naturalistischen Bedingungen zu ermöglichen und somit die externe Validität zu erhöhen. Daher wurde als Vergleichsgruppe eine Station gewählt, die bereits in der Klinikroutine integriert war. Eine randomisierte Zuweisung zu Interventions- und Kontrollgruppe war daher nicht möglich. Damit konnte über das Design (d.h. über eine randomisierte Zuweisung) keine Kontrolle möglicher konfundierender Variablen erfolgen, z.B. von soziodemographischen, klinischen und sozialmedizinischen Patientenvariablen, die neben der spezifischen BES-Behandlung einen zusätzlichen Einfluss auf das Behandlungsergebnis gehabt haben könnten und hinsichtlich derer sich die befragten Patienten der BES und der PSY32 möglicherweise systematisch unterscheiden. Durch die fehlende Kontrolle möglicher konfundierender Variablen durch Randomisierung könnte es daher zu einer Einschränkung der internen Validität kommen. Ein Hinweis auf eine eventuell stärkere Selektion der Stichprobe auf der PSY32 könnte sich aus der deutlich geringeren Rücklaufquote bei der Prä-Post-Befragung in der PSY32 ergeben, die auf der BES fast dreimal so hoch war wie auf der PSY32. Mögliche Gründe für den deutlich geringeren Rücklauf auf der PSY32 wurden bereits unter Abschnitt 6.2 diskutiert. Wenn davon ausgegangen wird, dass der geringere Rücklauf bei den PSY32-Patienten in erster Linie aus dem Fehlen einer täglichen und kontinuierlichen Unterstützung der Patienten bei der schriftlichen Befragung auf der Vergleichsstation resul-

tiert hat, wäre vorstellbar, dass diejenigen Patienten, die auf der PSY32 dennoch an der Befragung teilnahmen, eventuell weniger stark beeinträchtigt waren und somit wenig Schwierigkeiten hatten, ohne Unterstützung den Fragebogen auszufüllen.

Der Vergleich der Stichprobencharakteristika zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe ergibt zwar vereinzelt Hinweise auf tendenzielle Selektionseffekte in die erwartete Richtung, z.B. dass die PSY32-Patienten tendenziell bei Aufnahme in einem geringeren Ausmaß durch die schizophrene Symptomatik sowie durch psychosoziale Einschränkungen belastet sind und über ein höheres Maß an sozialer Eingebundenheit und Vernetzung verfügen als die BES-Patienten, die Unterschiede sind jedoch mit maximal kleiner Effektstärke sehr gering und häufig aufgrund der geringen statistischen Power nicht abzusichern und damit nicht interpretierbar. Insgesamt ergeben sich also wenig Hinweise darauf, dass sich die befragten Patienten auf der BES und der PSY32 hinsichtlich soziodemographischer, klinischer und sozialmedizinischer Variablen deutlich voneinander unterscheiden. Die einzige Ausnahme bildet die stationäre Behandlungsdauer, die bei den BES-Patienten signifikant und mit mittlerer Effektstärke kürzer ist als bei den PSY32-Patienten. Dies ist jedoch nicht als konfundierende Variable sondern im Sinne der Zielsetzungen des BES-Konzepts als intendiertes BES-spezifisches Konzeptelement zu sehen, dessen möglicher Einfluss auf das Behandlungsergebnis im Rahmen der Überprüfung des Gesamtbehandlungskonzepts der BES berücksichtigt werden sollte.

Im Rahmen der Outcomeanalysen wurde zudem zumindest die tendenziell unterschiedliche Ausgangsbelastung von Interventions- und Vergleichsgruppe als Kovariate berücksichtigt und damit nachträglich im Rahmen der statistischen Auswertungen kontrolliert.

Insgesamt deutet sich an, dass eine durch fehlende Randomisierung möglicherweise entstandene mangelnde Vergleichbarkeit von Interventions- und Vergleichsgruppe hinsichtlich konfundierender Variablen hier keine gravierenden Einschränkungen der internen Validität der Ergebnisse zur Effektivität der BES zur Folge zu haben scheint.

Ein weiterer wichtiger zu diskutierender Aspekt betrifft mögliche *Selektionseffekte in der Datenerhebung* und die damit möglicherweise verbundenen Einschränkungen der externen Validität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Lediglich ein Drittel, der auf beiden Stationen potentiell in die Studie einzuschließenden Patienten konnte für eine schriftliche Befragung bei Aufnahme und Entlassung gewonnen werden. Die Stichprobe, die aus der betreffenden Gesamtpopulation in diesem Versorgungsbereich befragt wurde, ist damit relativ gering. Es stellt sich die Frage, ob diese Patienten eine repräsentative Auswahl für die Gesamtpopulation dar-

stellen oder ob es Selektionseffekte bei der Datenerhebung gab, die eine Verzerrung der Ergebnisse zur Folge gehabt haben könnten. Repräsentativitätsanalysen auf beiden Stationen zeigten jedoch wenig Unterschiede zwischen befragten und nicht befragten Patienten hinsichtlich Alter, Geschlecht, Diagnose und Behandlungsdauer und sprechen gegen starke Selektionseffekte bei der Datenerhebung. Die annähernd analog auf der BES und der PSY32 gefundenen Unterschiede hinsichtlich der Diagnoseverteilung und der Behandlungsdauer, in Richtung eines höheren Anteils an Patienten mit paranoider Schizophrenie und einer längeren Behandlungsdauer der befragten Patienten, erreichten lediglich kleine Effektstärken, die jedoch in den meisten Fällen aufgrund geringer Stichprobengrößen statistisch nicht abzusichern und damit nicht zu interpretieren waren. Allerdings beschränkten sich die Analysen auf wenige Angaben, die von allen in der Klinik behandelten Patienten im Rahmen der EDV-Routinedokumentation verfügbar waren. Nicht untersucht wurden Angaben zum Schweregrad der Erkrankung, z.B. die Symptombelastung, die psychosoziale Beeinträchtigung oder die Länge der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Aufnahme, sowie Angaben zum Bildungsstand, wie z.B. Schulabschluss oder Berufsausbildung, da diese Daten im Rahmen der EDV-Dokumentation nicht verfügbar waren. Möglicherweise sind jedoch gerade hinsichtlich dieser Variablen Selektionseffekte vorhanden. Denkbar wäre zum Beispiel, dass Patienten mit einem hohen Ausmaß an psychopathologischer Symptomatik und psychosozialer Beeinträchtigung bei gleichzeitig niedrigem Bildungsstand möglicherweise mit dem Ausfüllen der Fragebögen überfordert waren und somit eher nicht an der Befragung teilnahmen. Als Hinweis hierauf könnte gedeutet werden, dass auf beiden Stationen mit 22-33% ein relativ hoher Anteil an Patienten von der Untersuchung ausgeschlossen wurde, bei denen aufgrund akuter schizophrener Positiv-Symptomatik eine schriftliche Befragung innerhalb der ersten Behandlungswoche nicht möglich war. Dies könnte bedeuten, dass möglicherweise insbesondere die schwer und chronisch erkrankten und psychosozial stark beeinträchtigten schizophrenen Patienten, deren besonderen Bedarf das Behandlungskonzept der BES insbesondere berücksichtigen soll, systematisch seltener befragt wurden und die Studie daher keine verlässlichen Aussagen zum Behandlungsergebnis dieser Patientengruppe machen kann.

Insgesamt müssen die Ergebnisse der vorliegenden Studie daher vor dem Hintergrund einer möglicherweise eingeschränkten Generalisierbarkeit auf die Gesamtheit aller normalerweise auf den beiden psychiatrischen Stationen versorgten Patienten betrachtet werden. Aufgrund des gewählten quasi-experimentellen Studiendesigns im naturalistischen Forschungskontext ist jedoch, im Gegensatz zu z.B. experimentellen Studien, eher von einer Generalisierbarkeit

der Ergebnisse auf die Routineversorgung auszugehen, da durch das Design relativ wenig in die tägliche klinische Routine eingegriffen wurde.

Weiterhin lassen, wie bereits bei der Diskussion der Ergebnisse zu den einzelnen Fragestellungen und Hypothesen erwähnt, die Ergebnisse der vorliegenden Studie *keine Aussagen über die mittel- und langfristige Wirksamkeit* der BES-Behandlung zu. Es lassen sich lediglich Aussagen zum kurzfristigen Behandlungsergebnis bei Entlassung treffen. Da, wie bereits erwähnt, für viele der untersuchten sekundären Outcomeparameter eher ein mittel- und langfristiger Effekt der Behandlung zu erwarten wäre, wären katamnestische Untersuchungen des Behandlungsergebnisses erforderlich um hier entsprechende Aussagen treffen zu können.

Die im Rahmen der Gesamtevaluation des BES-Konzepts geplante katamnestische Befragung zeigte jedoch, dass die Rekrutierung der Patienten ein halbes Jahr nach Entlassung trotz eines erheblichen organisatorischen Aufwandes mit mehrfacher telefonischer und schriftlicher Kontaktaufnahme und der Vergabe von Incentives nicht in einem ausreichenden Maße gelang. Gründe hierfür könnten in spezifischen Krankheitsmerkmalen schizophrener Patienten, z.B. der hohen Chronifizierungsrate und der psychosozialen Beeinträchtigungen zu sehen sein, welche die Erreichbarkeit der Patienten und die Compliance zur Teilnahme in einem stärkeren Maße einschränken könnten als dies bei anderen psychischen Erkrankungen, z.B. Angststörungen, der Fall wäre. Für nachfolgende Forschung sollten die krankheitsspezifischen Aspekte bei der Organisation katamnestischer Befragungen in diesem Indikationsbereich in einem stärkeren Ausmaß berücksichtigt werden, z.B. durch die Kooperation der Forschenden mit komplementären Wohn- und Arbeitseinrichtungen, über die die Patienten möglicherweise nach Entlassung besser zu erreichen sind.

7 Fazit und Ausblick

In einem aufwendigen, quasi-experimentellen Design und mittels des Einsatzes von Selbst-rating-Instrumenten konnte die vorliegende Studie zwar eine generelle Wirksamkeit eines innovativen integrierten Behandlungskonzepts für schizophrene Patienten hinsichtlich des kurzfristigen Behandlungsergebnisses zeigen, eine Überlegenheit gegenüber der Regelversorgung für schizophrene Patienten konnte hierfür jedoch nicht nachgewiesen werden.

Die Frage, ob das BES-Konzept zur Implementierung in die Routineversorgung empfohlen werden kann oder nicht, lässt sich jedoch auf Grundlage der Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht abschließend beantworten. Die Ergebnisse bieten erste Hinweise darauf, dass zum

aktuellen Zeitpunkt noch keine ausreichende und adäquate Umsetzung des BES-Konzepts erfolgt ist. Daher müsste zunächst eine weitere Implementierungsstudie durchgeführt werden, um zu überprüfen welche Konzeptelemente in welchem Ausmaß bereits umgesetzt sind. Möglicherweise ist das BES-Konzept zu umfangreich, um in bestehende Strukturen eines großen psychiatrischen Krankenhauses implementiert werden zu können. Eine Verbesserung der Umsetzbarkeit des BES-Konzepts könnte eventuell durch eine Reduzierung des sehr umfangreichen Konzepts auf einige wenige jedoch gleichzeitig sehr wirksame innovative Konzeptelemente erreicht werden. Im Rahmen von Prozess-Outcome-Analysen könnten diejenigen Konzeptelemente hierfür ermittelt werden, die den größten Einfluss auf das Outcome haben. Hierbei wäre auch eingehender zu prüfen, welche der Konzeptelemente sich tatsächlich von den in der Regelversorgung bereits vorgehaltenen Elementen abgrenzen und eine Besonderheit darstellen. Für eine reduzierte Form des BES-Konzepts bei entsprechender adäquater Implementierung wären dann weitere Analysen zur Effektivität der Behandlung im Vergleich zur Regelversorgung mit größeren Stichproben erforderlich, um Aussagen über eine mögliche Verbesserung der Wirksamkeit treffen zu können. Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass insbesondere für eine Befragung von schizophrenen Patienten mit Selbstrating-Instrumenten hier jedoch ein intensives und kontinuierliches Monitoring der Datenerhebung erforderlich ist, um eine ausreichende Ausschöpfung der Stichprobe zu erreichen, Selektionseffekte zu vermeiden und damit die Aussagekraft der Ergebnisse zu gewährleisten.

Für Aussagen über die mittel- und langfristige Wirksamkeit des BES-Konzepts sind darüber hinaus katamnestische Outcomeuntersuchungen erforderlich, die für diesen Indikations- und Versorgungsbereich jedoch sehr hohe Anforderungen an die Organisation der Patientenrekrutierung stellen und nur mit ausreichenden personellen Ressourcen und intensivem Aufwand eine ausreichende Teilnehmerquote erwarten lassen.

Auch eine langfristige Veränderung von objektiv messbaren Outcomeparametern, wie z.B. die Krankenhauswiederaufnahmerate, die Rezidivrate oder der Beschäftigungsstatus, über die diese Studie keine Aussagen treffen kann, sollte im Rahmen einer katamnestischen Untersuchung überprüft werden. Für integrierte Versorgungsmodelle, die angesichts des fragmentierten Versorgungssystems in Deutschland, die institutionelle Vernetzung stärken und Schnittstellen reduzieren sollen, sind gerade diese Outcomeparameter von zentraler Bedeutung.

Wichtig wäre in diesem Zusammenhang auch die Überprüfung der Effizienz der BES-Behandlung im Rahmen von ökonomischen Analysen, die in der vorliegenden Studie nicht durchgeführt wurden. Es deutete sich zwar an, dass die BES bei einem vergleichbaren kurzfri-

stigen Behandlungsergebnis der Patienten im Vergleich zur Regelversorgung kürzere stationäre Behandlungsdauern aufweist, ob dies jedoch zur Reduktion der Gesamtbehandlungskosten führt, muss Gegenstand von nachfolgenden ökonomischen Analysen sein, in denen auch weitere ökonomische Parameter, wie z.B. die Personalkosten und die Kosten für Behandlungsmaßnahmen im Katamnesezeitraum, berücksichtigt werden.

8 Zusammenfassung

Angesichts der in Deutschland bestehenden fragmentierten psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen nehmen zunehmend integrierte, an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten angepasste Versorgungsmodelle an Bedeutung zu. Ein zentrales Ziel ist dabei die Vernetzung von stationären und teilstationären Behandlungsangeboten mit ambulanten und komplementären Vor- und Nachsorgemaßnahmen, um Schnittstellen in der Versorgung zu reduzieren und die Behandlungsqualität zu verbessern. Für die Diagnose Schizophrenie besteht hierfür, aufgrund ihrer häufigen Verbreitung im psychiatrischen Versorgungssektor, der besonderen Schwere der Erkrankung, ihres oft phasenhaften Verlaufs mit häufig drohender Chronifizierung und der damit verbundenen erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen ein besonderer Bedarf. Die Behandlungseinheit Schizophrenie (BES) in der Hamburger Asklepios Klinik Nord wurde als innovative Behandlungseinheit für Patienten mit Schizophrenie nach dem Modell der integrierten Behandlung konzipiert, d.h. Patienten können je nach Behandlungsbedarf innerhalb der Einheit zwischen stationärem, teilstationärem und ambulantem Behandlungssetting wechseln. Weitere innovative Konzeptelemente betreffen unter anderem Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungskontinuität, eine enge Einbeziehung von externen Behandlern und Angehörigen in die Behandlung sowie ein hohes Ausmaß an Patientenorientierung und -beteiligung. Eingebettet in eine externe Evaluation der BES im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen der Asklepios Klinik Nord sollte in der vorliegenden quasi-experimentellen Studie zum einen die Umsetzung des BES-Konzepts und zum anderen die Effektivität der BES-Behandlung, d.h. das Behandlungsergebnis im Vergleich zur Regelversorgung überprüft werden. Hierfür wurde eine konsekutive Stichprobe von 79 Patienten der BES sowie 40 Patienten einer Vergleichsstation derselben Klinik in einer prospektive Mehrzeitpunktbefragung bei Aufnahme (t_0) und bei Entlassung (t_1) schriftlich befragt. Als primäres Outcome wurde die Veränderung der schizophrenen Symptomatik (ESI) untersucht. Sekundäre Zielvariablen waren die depressive Symptomatik (PHQ-D), die funktionale Gesundheit / Lebensqualität (SF-12), die Medikamentencompliance (MARS), die

Selbstfürsorge (HSF) sowie die Lebenszufriedenheit (FLZ). Die Überprüfung der Umsetzung des BES-Konzepts erfolgte anhand subjektiver Einschätzungen der Patienten bei Entlassung. Die Ergebnisse zur Effektivität der BES-Behandlung zeigten in fast allen untersuchten Outcomebereichen ein positives Behandlungsergebnis der BES-Patienten mit kleinen bis mittleren Effektstärken. Eine Überlegenheit der BES-Behandlung gegenüber der Regelversorgung auf der Vergleichsstation konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Die Ergebnisse zur Überprüfung der Umsetzung des BES-Konzepts weisen zudem auf eine ungenügende Implementierung hin. Nachfolgende Outcomeuntersuchungen sollten nach einer eingehenden Überprüfung der Implementierung, eines möglicherweise weniger umfangreichen und daher innerhalb der Klinikstrukturen besser umsetzbaren Konzepts, neben dem kurzfristigen auch das mittel- und langfristige Outcome sowie die ökonomische Effizienz der BES-Behandlung berücksichtigen, um Empfehlungen zu einer möglichen Übernahme des BES-Konzepts in die Routineversorgung von schizophrenen Patienten aussprechen zu können.

9 Literatur

- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., Costigan, N., Kowalsky, L., Pasmenny, G. & Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56 (9), 1061-1069.
- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung und Einführung von Henning Saß*. Göttingen: Hogrefe.
- Andreasen, N. C. (1982). Negative Syndromes in schizophrenia: Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39, 784-788.
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden. (2007). *Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven* [PDF]. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hrsg.). Verfügbar unter: <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/referate/versorgung/strukturen-leistungen-perspektiven.pdf> [15.8.2009].
- Bailer, J. (2000). *Prognose und Verlauf der schizophrenen Psychosen: Ergebnisse einer fünfjährigen prospektiven Verlaufsstudie*. Frankfurt: Lang.
- Bäumel, J. & Pitschel-Walz, G. (2003). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"*. Stuttgart: Schattauer.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (1997). *Social Skills Training for schizophrenia: A Step-By-Step-Guide*. New York: Guilford Press.
- Bieber, C., Loh, A., Ringel, N., Eich, W. & Härter, M. (2007). *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making)*. Heidelberg & Freiburg: Selbstverlag.

- Bleich, C., Nickel, S. & Trojan, A. (in Druck). Der "Patienten-Monitor" als Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich: Überprüfung seiner psychometrischen Eignung. *Diagnostica*.
- Bleuler, E. (1911). *Demetia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke.
- Bock, T. (2002). Das Psychose-Seminar - Beitrag zum Dialog: Ohne Absicht therapeutisch. In F. M. Sadre Chirazi-Stark, I. Esterer & F. Bremer (Hrsg.), *Wege aus dem Wahnsinn - Therapien, Begleitung, Selbsthilfe bei psychotischen Erkrankungen* (S. 227-236). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, T. & Buck, D. (2002). Dialog als Modell - Erfahrungen aus den Psychoseseminaren. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 3 (3), 252-256.
- Bond, G. R. & Drake, R. E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21 (4), 362-369.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bottlender, R., Sato, T. & Jäger, M. (2003). The impact of the duration of untreated psychosis prior to the first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 37-44.
- Bramesfeld, A., Wedegartner, F., Elgeti, H. & S. Bisson (2007). How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Services Research*, 7, 99-110.
- Bronisch, T. (2008). Suizidalität. In H. J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie* (S. 1281-1306). Heidelberg: Springer.
- Buck, D. & Barteld-Paczkowski, D. (2002). Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. Vom Club 70 bis zum Bundesverband. In F. M. Sadre Chirazi-Stark, I. Esterer & F. Bremer (Hrsg.), *Wege aus dem Wahnsinn - Therapien, Begleitung, Selbsthilfe bei psychotischen Erkrankungen* (S. 218-226). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bühning, P. (2009). Massregelvollzug: Nachsorgeangebote noch unzureichend. *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (3), 60.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. & Morfeld, M. (2004). Der Health Survey SF-36/SF-12: Darstellung und aktuelle Entwicklungen. In C. Maurischat, M. Morfeld, T. Kohlmann & M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualität: Nützlichkeit und Psychometrie des Health Survey SF-36/SF-12 in der medizinischen Rehabilitation* (S. 15-27). Lengerich: Pabst Science Publish.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2003). *Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen*. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (2006). Verfügbar unter: <http://www.bag-gpv.de> [15.8.2009].
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie*. Bonn: BMJFFG.
- Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Watt, H. & Wright, C. (2001). Home treatment for mental health problems: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 5 (15).
- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N. & Spandler, H. (2008). A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (1), 181-192.

- Carpenter, W. T., Buchanan, R. W. & Kirkpatrick, B. (1991). Negative symptoms: A critique of current approaches. In A. Marneros, N. C. Andreasen & M. T. Tsuang (Hrsg.), *Negative versus positive schizophrenia* (S. 126-133). New York: Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Corrigan, P. W. (2006). Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6 (7), 993-1004.
- Daban, C., Amado, I., Bourdel, M. C., Loo, H., Olie, J. P., Poirier, M. F. & Krebs, M. O. (2005). Cognitive dysfunctions in medicated and unmedicated patients with recent-onset schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 39 (4), 391-398.
- Deister, A. & Möller, H. J. (1997). *Schizophrenie und verwandte Psychosen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Demling, J. (1988). Zur Suizidalität schizophrener Erkrankter: Klinische und biologische Aspekte. In W. P. Kaschka, P. Joraschky & E. Lungershausen (Hrsg.), *Die Schizophrenie. Biologische und familiendynamische Konzepte zur Pathogenese* (S. 95-102). Heidelberg: Springer.
- Dempster, A. P., Laird, N. M. & Rubin, D. B. (1977). Maximum-Likelihood from incomplete data via the EM algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)*, 39 (1), 1-38.
- Deutscher Bundestag. (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie-Enquête)*. Bonn: Bundesdrucksache 7/4200.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Deutsche Übersetzung*. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Dowell, D. A. & Ciarlo, J. A. (1983). Overview of the Community Mental Health Centers Program from an evaluation perspective. *Community Mental Health Journal*, 19 (2), 95-125.
- Eck, D. (2006). *Konzept der Behandlungseinheit Schizophrenie (BES)*. Unveröffentlichtes Manuskript. Hamburg: Asklepios Klinik Nord. Auf Anfrage verfügbar über: <http://www.asklepios.com/klinikumnord/html/fachabt/psych3/Psychosen/psych43.asp> [13.1.2006].
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Möller, H.J.; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2005). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 1: Acute treatment of schizophrenia. *World Journal of Biological Psychiatry*, 6 (3), 132-191.
- Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Möller, H.J.; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2006). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: Long-term treatment of schizophrenia. *World Journal of Biological Psychiatry*, 7 (1), 5-40.
- Fenton, W. S. (2001). Comorbid conditions in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 17-23.
- Fialko, L., Garety, P. A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D. & Freeman, D. (2008). A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research*, 100, 53-59.

- Fleischmann, H. (2003). Was erwarten psychisch Kranke von der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus? *Psychiatrische Praxis*, 30 (2), 136-139.
- Frison, L. & Pocock, S. J. (1992). Repeated measures in clinical trials: Analysis using mean summary statistics and its implications for design. *Statistics in Medicine*, 11, 1685-1704.
- Gaebel, W., Falkai, P., Weinmann, S. & Wobrock, T. (2006). *S3 - Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde - DGPPN (Hrsg.). Heidelberg: Steinkopff Verlag.
- Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V. & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48 (2), 335-342.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Ergebnisse einer deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica*, 50 (4), 171-181.
- Green, A. I., Canuso, C. M., Brenner, M. J. & Wojcik, J. D. (2003). Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia. *Psychiatric clinics of north america*, 26, 115-139.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L. & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 119-136.
- Greve, N. (2007). Kooperation stärken. Gemeindepsychiatrische Verbände - ein Beitrag zur Inklusion im Gemeinwesen. *Soziale Psychiatrie*, 1, 33-35.
- Häfner, H. (1993). What ist schizophrenia? *Neurology, Psychopharmacology and Brain Research*, 2, 36-52.
- Häfner, H. (1995). *Was ist Schizophrenie?* Stuttgart: Fischer.
- Häfner, H. (2000). *Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Beck.
- Häfner, H. & Maurer, K. (1991). Are there two types of schizophrenia? True onset and sequence of positive and negative syndromes prior to first admission. In A. Marneros, N. C. Andreasen & M. T. Tsuang (Hrsg.), *Negative versus positive schizophrenia* (S. 134-160). New York: Springer.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327 (7425), 1219-1221.
- Haller, R., Kemmler, G., Kocsis, E., Maetzler, W., Prunlechner, R. & Hinterhuber, H. (2001). Schizophrenie und Gewalttätigkeit. Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Der Nervenarzt*, 72, 859-866.
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. & Kissling, W. (2007). Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of clinical psychiatry*, 68, 992-997.
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S. & Kissling, W. (2006). Shared decision making for inpatients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 265-273.
- Hartmann, W. (1980). *Schizophrene Dauerpatienten*. Stuttgart: Enke.
- Hays, R. D., Bickery, B. G., Hermann, B. P., Perrine, K., Cramer, J., Meador, K., Spitzer, K. & Devinsky, O. (1995). Agreement between self reports and proxy reports of quality of life in epilepsy patients. *Quality of Life Research*, 4, 159-168.
- Heiden, W. an der (1996). Der Langzeitverlauf schizophrener Psychosen - Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 8-21.

- Heim, S. (2002). Selbsthilfegruppen für Angehörige. In F. M. Sadre Chirazi-Stark, I. Esterer & F. Bremer (Hrsg.), *Wege aus dem Wahnsinn - Therapien, Begleitung, Selbsthilfe bei psychotischen Erkrankungen* (S. 208-217). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Herzog, T. und A. Hartmann (1990). Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage. *Der Nervenarzt*, 61, 281-293.
- Herzog, T., Stein, B., Söllner, W. & Franz, M. (2003). *Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und-psychiatrie*. Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, S. R. & Weinberger, D. R. (2003). *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell.
- Hogarty, G. E., Goldberg, S. C., Schoola, N. R. & Ulrich, R. F. (1974). Drug an sociotherapie in the aftercare of schizophrenic patients. Two-year relapse rates. *Archives of General Psychiatry*, 31, 603-608.
- Janssen, P. L., Franz, M., Herzog, T., Heuft, G., Paar, G. & Schneider, W. (1999). *Psychotherapeutische Medizin: Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker*. Stuttgart: Schattauer.
- Johnstone, P. & Zolese, G. (2000). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Reviews*.
- Joy, C. B., Adams, C. E. & Rice, K. (2000). Crisis intervention for people with severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Review*.
- Joyce, A. S., Wild, T. C., Adair, C. E., McDougall, G. M., Gordon, A. & Costigan, N. (2004). Continuity of care in mental health services: Toward clarifying the construct. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (8), 539-50.
- Kallert, T. W., Schutzwahl, M. & Matthes, C. (2003). Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 30 (2), 72-82.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2006). *Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2004*. Köln: KBV.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2008a). *Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008 - Zahlen, Fakten, Informationen*. Köln: KBV.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2008b). *Medizinische Versorgungszentren aktuell. 3. Quartal 2008*. Köln: KBV.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The Positiv and Negativ Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P. & David, A. (1998). Randomized controlled trail of compliance therapy. 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.
- King, J. T. J., Horowitz, M. B., Kassam, A. B., Yonas, H. & Roberts, M. S. (2005). The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: Performance, validity and reliability. *Journal of Neurosurgery*, 102 (3), 489-494.
- Kissling, W. (2006). Integrierte Versorgung in der Psychiatrie. *Neurotransmitter*, 7, 26-31.
- Kissling, W. (2008). Integrierte Versorgung / Disease Management. In H. J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie* (S. 963-969). Heidelberg: Springer.
- Klass, D. B., Grove, G. A. & Strizich, M. (1977). Ward treatment milieu and post-hospital functioning. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1047-1052.
- Klemperer, D. & Rosenwirth, M. (2005). *Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen* [PDF]. Bertelsmann Stiftung & Universität Bremen (Hrsg.). Verfügbar unter: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/shared-decision-making.pdf> [1.3.2010].

- Klepsch, R., Zaworka, W., Hand, I., Lünenschloß, K. & Jauernig, G. (1993). *Hamburger Zwangsinventar - Kurzform. HZI-K. Manual*. Weinheim: Beltz.
- Klosterkötter, J. (2006). Jeder Schizophreniekranken sollte so früh wie möglich behandelt werden. *Psychiatrische Praxis*, 33, 106-107.
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M. & Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of General Psychiatry*, 58, 158-164.
- Kluiter, H. (1997). Inpatient treatment and care arrangements to replace or avoid it - searching for evidence-based balance. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 160-167.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 12-23.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2002). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
- Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., Alberti, L. & Tress, W. (1999). Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogen Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 49, 14-22.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G. & Jeste, D. V. (2002). Prevalenz of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *Journal of clinical psychiatry*, 63, 892-909.
- Lambert, M. & Naber, D. (2004). Current issues in schizophrenia: Overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*, 18 (2), 5-17.
- Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2004). Zur Validität eines Transformationsalgorithmus' für die Fehlerwertersetzung bei psychosomatischen Patienten: Wer fehlende Werte im SF-12 ersetzt, wird mit mangelnder Vergleichbarkeit bestraft, aber mit höherer Stichprobenausschöpfung belohnt. In C. Maurischat, M. Morfeld, T. Kohlmann & M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualität: Nützlichkeit und Psychometrie des Health Survey SF-36/SF-12 in der medizinischen Rehabilitation* (S. 49-61). Lengerich: Pabst Science Publish.
- Leucht, S., Barnes, T. R. & Kissling, W. (2003). Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: A systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *American Journal of Psychiatry*, 160: 1209-1222.
- Liebermann, J., Stroup, T. S. & Evoy, M. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 35: 1209-1223.
- Linden, M. & Helmchen, H. (1995). Results from the Berlin Centre. In T. B. Üstün & N. Sartorius (Hrsg.), *Mental illness in General Health Care* (S. 99-120). Chichester: Wiley.
- Lingnau, M. L. & Hesse, S. (2004). Lebensqualität nach Schlaganfall. In C. Maurischat, M. Morfeld, T. Kohlmann & M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualität: Nützlichkeit und Psychometrie des Health Survey SF-36/SF-12 in der medizinischen Rehabilitation* (S. 139-150). Lengerich: Pabst Science Publish.
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W. & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81 (1), 61-66.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D): Manual und Testunterlagen*. Karlsruhe: Pfizer.
- Luo, X., Lynn George, M., Kakouras, I., Edwards, C. L., Pietrobon, C. L. & Richardson, W. (2003). Reliability, validity an responsiveness of the short form 12-item survey (SF-12) in patients with back pain. *Spine*, 28, 1739-1745.

- Lutz, R. (1998). Indikatoren von Gesundheit und Krankheit: Zur Bedeutung des Itemformats. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 85-99). Berlin: Springer.
- Lutz, R. (2001). *Marburger Untersuchungs-Instrumentarium (MUM)*. Unveröffentlichtes Manuskript. Marburg. Beziehbar über den Autor: lutzr@mail.uni-marburg.de.
- Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M. & Koponen, H. (2008). Negative symptoms in schizophrenia: A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (5), 334-341.
- Malone, D., Newron-Howes, G., Simmonds, S., Marriot, S. & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illness and disordered personality. *Cochrane Database Systematic Reviews*.
- Marker, K. R. (2002). Programmpaket COGPACK. In W. Huber, P. W. Schönle, P. Weber & R. Wiechers (Hrsg.), *Computer helfen heilen und leben* (S. 257-264). Bad Honnef: Hippocampus.
- Marneros, A., Deister, A. & Rohde, A. (1991). *Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie*. Heidelberg: Springer.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W. & Kluiter, H. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 5 (21), 1-75.
- Marshall, M. & Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Systematic Reviews*.
- Marshall, M. & Rathbone, J. (2006). Early interventions for psychosis. *Cochrane Database Systematic Reviews*.
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- Maß, R. (2001). *Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Maß, R., Haasen, C. & Wolf, K. (2000). Das Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI) Entwicklung und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung charakteristischer Selbstwahrnehmungen kognitiver Dysfunktionen schizophrener Erkrankter. *Der Nervenarzt*, 71 (11), 885-892.
- Maurischat, C., Krüger-Bödeker, A., Kohlmann, T. & Bullinger, M. (2004). Einsatz des SF-12 bei Patienten mit Diabetes mellitus: Zur faktoriellen Validität. In C. Maurischat, M. Morfeld, T. Kohlmann & M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualität: Nützlichkeit und Psychometrie des Health Survey SF-36/SF-12 in der medizinischen Rehabilitation* (S. 165-178). Lengerich: Pabst Science Publish.
- McBurney, C. R., Eagle, K. A., Kline-Rogers, E. M., Cooper, J. V., Mani, O. C. & Smith, D. E. (2002). Health-related quality of life in patients 7 months after a myocardial infarction: Factors affecting the Short Form-12. *Pharmacotherapy*, 22, 1616-1622.
- Möller, H. J. (1981). Milieuthérapie. In H. J. Möller (Hrsg.), *Kritische Stichwörter zur Psychotherapie* (S. 214-219). München: Fink.
- Möller, H. J. (2001). Are atypicals better than antipsychotics in long-term schizophrenia? *European Neuropsychopharmacology*, 11 (3), 119.
- Möller, H. J. (2004). Course and long-term treatment of schizophrenic psychoses. *Pharmacopsychiatry*, 37, 126-135.
- Möller, H. J., Deister, A., Schaub, A. & Riedel, M. (2008). Schizophrene Psychosen. In H. J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie* (S. 254-356). Heidelberg: Springer.

- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S. & Bentall, R. P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.
- Nuechterlein, K. H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: State of the art. In H. Häfner, W. F. Gattaz & W. Janzarik (Hrsg.), *Search for the causes of schizophrenia* (S. 297-316). Berlin: Springer.
- O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M. & Harries, R. (2003). Compliance therapy: A randomised controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal*, 327 (7419), 834.
- Pajonk, F. G., Wobrock, T. & Falkai, P. (2005). Langzeittherapie der Schizophrenie. Teil II: Psychotherapie, Soziotherapie, Versorgungsstrukturen, Suizidalität, Zusammenfassung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 73, 218-234.
- Patterson, T. L. & Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100, 108-119.
- Pekkala, E. & Merinder, R. (2006). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews*.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 64-80.
- Pharoah, F. M., Mari, J. J., Rathbone, J. & Wong, W. (2006). Family Intervention in Schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews*.
- Pilling, S., Bebbington, P. E., Kuipers, E., Garety, P. A., Geddes, J. & Martindale, B. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32 (5), 783-791.
- Pilling, S., Bebbington, P. E., Kuipers, E., Garety, P. A., Geddes, J. & Orbach, G. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behavior therapy. *Psychological Medicine*, 32 (5), 763-782.
- Pinikahana, J., Happell, B. & Keks, N. A. (2003). Suicide and schizophrenia: A review of literature for the decade (1990-1999) and implications for mental health nursing. *Issues of Mental Health Nursing*, 24 (1), 27-43.
- Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 50, 15-20.
- Rector, N. A. & Beck, A. T. (2001). Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: An Empirical Review. *Journal of nervous and mental disease*, 189 (5), 278-287.
- Reichhart, T., Kissling, W., Scheuring, E. & Hamann, J. (2008). Patientenbeteiligung in der Psychiatrie - eine kritische Bestandsaufnahme. *Psychiatrische Praxis*, 35, 111-121.
- Resch, F. und Strobl, R. (1989). Selbstmord bei schizophrenen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 16, 136-140.
- Rey, E. R. (2006). Psychotische Störungen und Schizophrenie. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 677-729). Heidelberg: Springer.
- Rief, W., Nanke, A., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2004). Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 82, 271-276.
- Roberts, C. & Torgerson, D. J. (1999). Baseline imbalance in randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 319, 185.
- Rohrman, B. (1978). Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 9, 222-245.

- Rössler, W. (2008). Versorgungsstrukturen. In H. J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie* (S. 937-962). Heidelberg: Springer.
- Rössler, W. & Theodoridou, A. (2006). Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung. *Der Nervenarzt*, 77 (2), 111-120.
- Roth-Sackenheim, C. (2003). Qualifizierte ambulante Versorgung psychisch Erkrankter durch fehlgeleitete Ressourcenverteilung nur noch Utopie. *Der Nervenarzt*, 74, 1057-1065.
- Ruhrmann, S., Klosterkötter, J. & Maier, W. (2004). *Pharmakologische und psychologische Frühintervention bei Risikopersonen mit psychosenahen Prodromen*. Beitrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 2004 in Berlin.
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F. & Klosterkötter, J. (2003). Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 36 (3), 162-167.
- Salize, H. J., Rössler, W. & Becker, T. (2007). Mental health care in Germany: Current state and trends. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257 (2), 92-103.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1994). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe.
- Schalast, N., Seifert, D. & Leygraf, N. (2007). Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1 (1), 34-42.
- Schneider, K. (1946). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Schumacher, J., Laubach, W. & Brähler, E. (1995). Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemographische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 17-26.
- Schwartz, F. (1991). Strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen für die nichtstationäre rehabilitative Betreuung chronisch psychisch Kranker. *Sozialpsychiatrische Information*, 21, 47-53.
- Seidler, K. P., Garlipp, P., Machleidt, W. & Haltenhof, H. (2006). Treatment concepts of day hospitals for general psychiatric patients. Findings from a national survey in Germany. *European Psychiatry*, 21, 110-7.
- Seifert, D. & Leygraf, N. (1997). Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Psychiatrische Praxis*, 24, 237-244.
- Siddique, R., Ricci, J. A., Stewart, W. F., Sloan, S. & Farup, C. E. (2002). Quality of life in a US national sample of adults with diabetes and motility-related upper gastrointestinal symptoms. *Digestive Diseases & Sciences*, 47, 683-689.
- Slayers, M. P., Bosworth, H. B., Swanson, J. W., Lamb-Pagone, J. & Osher, F. C. (2000). Reliability and validity of the SF-12 health survey among people with severe mental illness. *Medical Care*, 38, 1141-1150.
- Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J. & Gregory, W. M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57 (1), 109-112.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282 (18), 1737-1744.

- Statistisches Bundesamt (2003). *Fachserie 12, Reihe 6.1 Gesundheitswesen - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2006a). *Fachserie 12 / Reihe 6.1 - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2004*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2006b). *Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2004*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Sutherby, K., Szmukler, G. I., Halpern, A., Alexander, M., Thornicroft, G., Johnson, C. & Wright, S. (1999). A study of "crisis cards" in an community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 56-61.
- Thompson, K., Kulkarni, J. & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of an new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42, 241-247.
- Treack, B. von (2008). Integrierte Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker - Erfahrungen aus Nordrhein. *Der Nervenarzt*, 79 (4), 497.
- Tulloch, A. D., Fearon, P. & David, A. S. (2006). Social outcomes in schizophrenia: From description to action. *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (2), 140-144.
- Velligan, D. I. & Gonzalez, J. M. (2007). Rehabilitation and recovery in schizophrenia. *The psychiatric clinics of north America*, 30 (3), 535-548.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (2005). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2004 (Vol.154)*. Frankfurt am Main: VDR.
- Vickers, A. J. & Altman, D. G. (2001). Analysing controlled trials with baseline and follow up measures. *British Medical Journal*, 323, 1123-1124.
- Vogel, H. (1996). Psychotherapie in der ambulanten Gesundheitsversorgung - eine kritische Übersicht. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28 (1), 106 - 126.
- Wietersheim, J. von, Zeeck, A. & Küchenhoff, J. (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55 (2), 79-83.
- Ware, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34 (3), 220-233.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-12 Health Survey Manual and interpretation guide*. Bosten: New England Medical Center, The Health Institute.
- Weig, W. (2003). Rehabilitation psychisch Kranker unter den Bedingungen des deutschen Sozialrechts in Abgrenzung von der Soziotherapie. *Krankenhaupsychiatrie*, 14, 134-137.
- Wexler, B. E. & Bell, M. D. (2005). Cognitive Remediation and Vocational Rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31 (4), 931-941.
- Wing, K. J. & Brown, G. W. (1970). *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- Zeeck, A., Herzog, T., Kuhn, K., Hartmann, A., Scheidt, C. & Wirsching, M. (2002). Teilstationäre Psychotherapie - Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 492-499.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53, 152-162.

- Zubin, J. (1985). Negative symptoms: Are they indigenous to schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 11, 461-470.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability - a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zwerenz, R., Knickenberg, R. J. & Beutel, M. E. (2004). Lebensqualität und berufliche Belastungen bei Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In C. Maurischat, M. Morfeld, T. Kohlmann & M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualität: Nützlichkeit und Psychometrie des Health Survey SF-36/SF-12 in der medizinischen Rehabilitation* (S. 117-128). Lengerich: Pabst Science Publish.

10 Anhang

- I Einverständniserklärung BES
- II Einverständniserklärung PSY32
- III **B_{BES}** Fragebogen für Patientinnen und Patienten der BES bei Behandlungsbeginn
- IV **B_{Psy32}** Fragebogen für Patientinnen und Patienten der PSY32 bei Behandlungsbeginn
- V **E_{BES}** Fragebogen für Patientinnen und Patienten der BES bei Entlassung
- VI **E_{Psy32}** Fragebogen für Patientinnen und Patienten der PSY32 bei Entlassung
- VII **ESI** Fragebogen für Patientinnen und Patienten
- VIII **FLZ** Fragebogen zur Lebenszufriedenheit für Patientinnen und Patienten

Einverständniserklärung

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Ich bin über den **Inhalt und das Ziel** der Befragung (Überprüfung des langfristigen Behandlungserfolgs und der Zufriedenheit mit der Behandlung in der BES) sowie über das **Vorgehen** der Befragung ausführlich **informiert worden**. Zu diesem Zweck wurde ein persönliches Gespräch mit mir geführt, in dem die Informationsblätter zu den einzelnen Fragebögen mit mir durchgegangen wurden.

Ich weiß, dass die Teilnahme an der Untersuchung **freiwillig** ist, und dass mir durch Nichtbeantwortung oder kritische Antworten **keine Nachteile** entstehen.

Mir wurde versichert, dass **keine persönlichen Angaben** (Name, Adresse oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen) an die Forschungsabteilung Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Dr. Uwe Koch) oder sonstige Dritte weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Klinikmitarbeiter medizinische Daten aus der Krankenakte und den elektronischen Dokumentationssystemen entnehmen und den Forschungsunterlagen in der zugesicherten **anonymisierten** Form zuführen.

Unter den hier genannten Voraussetzungen **erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an der Untersuchung**.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten

Einverständniserklärung

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Ich bin über den **Inhalt und das Ziel** der Befragung (Überprüfung des langfristigen Behandlungserfolgs und der Zufriedenheit mit der Behandlung auf der Station Psy32) sowie über das **Vorgehen** der Befragung ausführlich **informiert worden**.

Ich weiß, dass die Teilnahme an der Untersuchung **freiwillig** ist, und dass mir durch Nichtbeantwortung oder kritische Antworten **keine Nachteile** entstehen.

Mir wurde versichert, dass **keine persönlichen Angaben** (Name, Adresse oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen) an die Forschungsabteilung Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Dr. Uwe Koch) oder sonstige Dritte weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Klinikmitarbeiter medizinische Daten aus der Krankenakte und den elektronischen Dokumentationssystemen entnehmen und den Forschungsunterlagen in der zugesicherten **anonymisierten** Form zuführen.

Unter den hier genannten Voraussetzungen **erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an der Untersuchung**.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten

B_{BES}



Fragebogen für Patientinnen und Patienten der BES bei Behandlungsbeginn

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

in diesem Fragebogen möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen. Die Befragung dient dazu, die Qualität der Behandlung in der BES zu verbessern und patientengerechter zu gestalten. Darum ist es für uns wichtig, dass Sie den Fragebogen sorgfältig ausfüllen.

- Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten ein Kästchen/eine Zahl ankreuzen.
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Antworten Sie einfach so, wie es am besten auf Sie zutrifft.

Alle Fragen beziehen sich auf die Zeit vor Ihrer jetzigen Aufnahme in die BES!

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym, d.h. es werden keine Rückschlüsse auf die einzelne Person vorgenommen.

Um die Qualität der Behandlung beurteilen zu können, ist es notwendig zu erfahren, wie es Ihnen auch *im weiteren Verlauf* geht. Am Ende Ihrer stationären bzw. teilstationären Behandlung in der BES werden Sie daher von uns noch einen weiteren, vergleichbaren Fragebogen erhalten.

Außerdem werden wir Ihnen etwa ein halbes Jahr nach Ende der stationären bzw. teilstationären Behandlung einen weiteren Fragebogen mit der Post nach Hause senden.

Wenn sich Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens ergeben, wenden Sie sich bitte an Frau Bodensteiner, Herrn Karallus oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BES. Sie unterstützen Sie gerne beim Ausfüllen!

Es ist selbstverständlich möglich, bei der Beantwortung der Fragen Pausen einzulegen, d.h. den Fragebogen „in Etappen“ auszufüllen.

Chiffre

Heutiges Datum

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6stellig

A Im Folgenden bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person:

1 Geschlecht	Alter	Sprachkenntnisse, wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist.		
<input type="checkbox"/> ₁ weiblich <input type="checkbox"/> ₂ männlich	_____Jahre	<input type="checkbox"/> ₁ gut	<input type="checkbox"/> ₂ mittel	<input type="checkbox"/> ₃ schlecht

2 Schulische Ausbildung	3 Höchster Berufsabschluss
<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Schule <input type="checkbox"/> ₂ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₃ Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> ₄ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> ₅ Realschulabschluss <input type="checkbox"/> ₆ Fachabitur/Abitur <input type="checkbox"/> ₇ sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ₂ abgeschlossene Lehre/ Fachschule <input type="checkbox"/> ₃ Meister <input type="checkbox"/> ₄ Fachhochschule/Universität <input type="checkbox"/> ₅ ohne Berufsabschluss <input type="checkbox"/> ₆ sonstiges: _____

4 Aktuelle berufliche Situation (Mehrfachnennungen sind möglich)

<input type="checkbox"/> ₁ berufstätig, Vollzeit <input type="checkbox"/> ₂ berufstätig, Teilzeit <input type="checkbox"/> ₃ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig <input type="checkbox"/> ₄ Ausbildung im Betrieb <input type="checkbox"/> ₅ Wehr-/Zivildienst/FSJ/FÖJ <input type="checkbox"/> ₆ Praktikum <input type="checkbox"/> ₇ Student/Studentin <input type="checkbox"/> ₈ geschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> ₉ Firma für Psych. Kranke <input type="checkbox"/> ₁₀ Werkstatt für Behinderte <input type="checkbox"/> ₁₁ Unterstützung durch Fachdienst Arbeit	<input type="checkbox"/> ₁₂ geringfügig beschäftigt (400 €) <input type="checkbox"/> ₁₃ arbeitslos (Arbeitslosengeld I) <input type="checkbox"/> ₁₄ arbeitslos (Arbeitslosengeld II „Hartz IV“) <input type="checkbox"/> ₁₅ Grundsicherung <input type="checkbox"/> ₁₆ Erwerbsminderungs-/unfähigkeitsrente seit: . _ _ _ . _ _ _ Monat Jahr <input type="checkbox"/> ₁₇ Frührente/Frühpension <input type="checkbox"/> ₁₈ Altersrente <input type="checkbox"/> ₁₉ Witwen-/Witwer-Rente <input type="checkbox"/> ₂₀ sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> ₂₁ unbekannt/unklar
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5 Familienstand	6 Partnersituation/Kinder
-----------------	---------------------------

<input type="checkbox"/> ₁ ledig <input type="checkbox"/> ₂ verheiratet <input type="checkbox"/> ₃ verheiratet aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> ₄ geschieden <input type="checkbox"/> ₅ verwitwet	<input type="checkbox"/> ₁ kein Partner <input type="checkbox"/> ₂ wechselnder Partner <input type="checkbox"/> ₃ fester Partner (Ehepartner) <input type="checkbox"/> ₄ fester Partner (nicht Ehepartner) Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ₅ nein <input type="checkbox"/> ₆ ja (Anzahl _____)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7 Aktuelle Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ alleine lebend | <input type="checkbox"/> ₇ Personenbezogene pädagogische Maßnahme für psychisch kranke Menschen (PPM) |
| <input type="checkbox"/> ₂ mit Partner und/oder Kindern lebend | <input type="checkbox"/> ₈ RPK-Einrichtung/Therapiezentrum Psychose/Sucht (TPS)/Tagesstätte |
| <input type="checkbox"/> ₃ zusammen mit den Eltern lebend | <input type="checkbox"/> ₉ psychosoziale Kontaktstelle (PsK) |
| <input type="checkbox"/> ₄ ambulantes Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> ₁₀ ohne festen Wohnsitz |
| <input type="checkbox"/> ₄ Betreute Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> ₁₁ Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> ₅ Psychiatrisches Übergangwohnheim | |
| <input type="checkbox"/> ₆ Alten-, Pflegeheim oder -wohnanlage | |

- Wo befindet sich die Wohnung/Einrichtung?**
- ₁ innerhalb Hamburgs
₂ außerhalb Hamburgs

8 Für Berufstätige/ arbeitslos Gemeldete:

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 6 Monaten:

Ich war in den letzten 6 Monaten insgesamt ca. _____ Wochen arbeitsunfähig.

Bitte zählen Sie alle Tage/ Wochen zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren. Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

9 Nur für Nicht-Berufstätige (Rentner/-in, Student/-in, Hausfrau/-mann, etc.):

Ich war in den letzten 6 Monaten insgesamt ca. _____ Wochen so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.

Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

B Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Vorbehandlungen aufgrund Ihrer psychischen Erkrankung, d.h. die Behandlungen, die Sie vor Aufnahme in die BES erhalten haben:

1 Sind Sie in den letzten 6 Monaten schon einmal in der BES behandelt worden?

	nein	ja	Wie oft ?	Wie viele Tage insgesamt?
a. ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Mal)	_____ (Tage)
b. teilstationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Mal)	_____ (Tage)
c. stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Mal)	_____ (Tage)

2 An welchen anderen <u>ambulanten</u> psychosozialen Behandlungsmaßnahmen haben Sie (außerhalb der BES) in den letzten 6 Monaten teilgenommen?			
	nicht teilgenommen	1 bis 5 Termine	mehr als 5 Termine
a. ambulante Psychotherapie (Einzel/Gruppe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Psychiater/Nervenarzt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e. Tagesklinik/teilstationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f. Hausarzt/Internist/Frauenarzt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g. Homöopath/Naturheilmediziner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h. Informationsveranstaltungen über Psychose/Schizophrenie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
i. Selbsthilfegruppen für Menschen mit Psychosen/Schizophrenie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

3 Sind Sie (außerhalb der BES) in den letzten 6 Monaten schon einmal <u>stationär</u> , d. h. in einem <u>anderen Krankenhaus</u> , behandelt worden?			
	nein	ja	Wie viele Krankenhaustage insgesamt (in Tagen)?
a. stationäre Krankenhausaufenthalte aufgrund Ihrer psychischen Erkrankung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Tage)
b. sonstige stationäre Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Tage)

4 Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Beziehen Sie sich bitte auf Ihre <u>Behandlungen</u> , <u>VOR</u> der <u>jetzigen Aufnahme</u> in die BES:						
Falls Sie bisher <u>keine Behandlung Ihrer psychischen Probleme</u> erhalten haben, überspringen Sie bitte die Fragen 4a-4e und machen mit Frage C weiter.						
		trifft zu	trifft eher zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
a.	Ich fühle mich über meine Erkrankung ausreichend gut informiert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b.	Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern verschiedene Ursachen und Erklärungen für meine Erkrankung gesucht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c.	Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern eine schriftlich festgelegte Behandlungsvereinbarung getroffen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

		trifft zu	trifft eher zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
d.	Bei der Planung und Durchführung meiner Therapien (außer Medikamente) hatte ich Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e.	Bei der Auswahl und ggf. notwendigen Veränderung meiner medikamentösen Behandlung hatte ich Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

C Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Art Ihrer Aufnahme in die BES:

Sind Sie über die zentrale Psychiatrische Aufnahmestation gekommen und von dort in die BES verlegt worden?

₁ ja

₂ nein

Wenn „nein“.....

Durch wen wurde die aktuelle Behandlung in der BES hauptsächlich angeregt?

Nur eine Antwort ist möglich!

₁ eigene Initiative

₂ Familie/ Freunde/ Bekannte

₃ ehemaliger Patient der BES

₄ Hausarzt / Allgemeinmediziner

₅ Psychiater / Nervenarzt / Neurologe

₆ Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut

₇ Sonstiger Facharzt

₈ Mitarbeiter der BES (bei Wiederaufnahme)

₉ Allgemeinkrankenhaus

₁₀ Psychiatrisches Krankenhaus

₁₁ Psychosomatische Klinik

₁₂ Suchtklinik

₁₃ Beratungsstelle/ Beratungsdienste

₁₄ Selbsthilfegruppe

₁₅ Übergangseinrichtung

₁₆ Sozialpsychiatrischer Dienst

₁₇ Gesetzlicher Betreuer

₂₀ sonstige, und zwar: _____

Wie lange mussten Sie auf einen Aufnahmetermin warten?

 _____ Tage

D Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf <u>der letzten 2 Wochen vor Aufnahme in die BES</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

E Fragen zum Thema „Angst“:		
	NEIN	JA
1. Hatten Sie in den <u>letzten vier Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage F		
2. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

F Wenn eines oder mehrere der unter den Fragen D bis E beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:			
Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

G In den folgenden Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

Die Fragen beziehen sich auf die letzte Woche vor Ihrer Aufnahme in die BES!

		Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1.	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<p>Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.</p> <p><i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?</i> Wenn ja, wie stark?</p>		Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt		
2.	mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, kegeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	
3.	mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	
<p>Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?</p>		Ja		Nein		
4.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	
5.	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	
<p>Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?</p>		Ja		Nein		
6.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	
7.	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	
		Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8.	Inwieweit haben Schmerzen Sie <i>in der vergangenen Woche</i> bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in der vergangenen Woche</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)						
Wie oft waren Sie <i>in der vergangenen Woche</i>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9. ... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10. ... voller Energie?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11. ... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <i>in der vergangenen Woche</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

H Im Folgenden geht es um Ihre Einstellung zu Medikamenten:

(Sollten Sie keine Medikamente einnehmen, machen Sie bitte mit Frage I weiter)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (Aussagen), indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten Ihr Verhalten oder Ihre Einstellung beschreibt, die Sie gegenüber Ihrer Medikation in der letzten Woche vor Aufnahme in die BES eingenommen haben!

		Ja	Nein
1. Vergessen Sie jemals Ihre Medikamente einzunehmen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
2. Sind Sie manchmal hinsichtlich der Einnahme Ihrer Medikamente nachlässig?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
3. Wenn Sie sich besser fühlen, hören Sie dann manchmal auf, Ihre Medikamente einzunehmen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
4. Setzen Sie die Medikamente ab, wenn Sie sich schlecht fühlen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
5. Ich nehme meine Medikamente nur, wenn ich krank bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
6. Es ist für meinen Körper und meinen Geist unnatürlich, unter der Kontrolle von Medikamenten zu stehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
7. Meine Gedanken sind unter Medikamenten klarer.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
8. Indem ich Medikamente weiter nehme, kann ich dem Krankwerden vorbeugen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
9. Ich fühle mich seltsam, wie ein „Zombie“, unter Medikamenten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
10. Medikamente machen mich müde und träge.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

I						
Im Folgenden geht es um Ihren Umgang mit „Frühwarnzeichen“ Ihrer psychischen Erkrankung. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:						
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
1.	Ich merke, wenn ich an meine Belastungsgrenze komme.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.	Ich kenne die „Frühwarnzeichen“ meiner psychischen Erkrankung bei mir genau.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.	Meine Angehörigen bemerken als erstes „Frühwarnzeichen“ bei mir.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke...						
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
4.	...hole ich mir sofort professionelle Hilfe (z.B. beim Psychiater oder in einer psychiatrischen Klinik).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.	...warte ich erstmal ab und beobachte, ob sie von selbst wieder verschwinden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6.	...befolge ich die Ratschläge meines Arztes.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7.	...teile ich mich zunächst meinen Angehörigen mit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8.	...bitte ich meine Angehörigen um Hilfe.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.	...weiß ich genau, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

J						
Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, wie sehr Sie etwas <u>in den letzten vier Wochen vor Aufnahme in die BES</u> genießen konnten, positive Dinge getan oder angenehme Gefühle erlebt haben.						
Bitte geben Sie an, wie zutreffend die jeweilige Aussage für Sie <u>in den letzten vier Wochen vor Aufnahme in die BES</u> war.						
		gar nicht zutreffend	eher nicht zutreffend	mittel	eher zutreffend	sehr zutreffend
1.	Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2.	Ich habe mir Pausen gegönnt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3.	Ich konnte mich über schöne Dinge freuen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4.	Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5.	Ich konnte positive Erlebnisse annehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

		gar nicht zutreffend	eher nicht zutreffend	mittel	eher zutreffend	sehr zutreffend
6.	Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7.	Ich konnte mich freuen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8.	Ich konnte positive Gefühle zulassen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9.	Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10.	Auch im Alltag habe ich Dinge getan, die mir gut tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11.	Ich habe gut für mich gesorgt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12.	Ich nahm mir Zeit für Dinge, die ich gerne mag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Vielen Dank für Ihre Mühe!



Fragebogen für Patientinnen und Patienten der Station Psy 32 bei Behandlungsbeginn

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

in diesem Fragebogen möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen. Die Befragung dient dazu, die Qualität der Behandlung auf der Station Psy 32 zu verbessern und patientengerechter zu gestalten. Darum ist es für uns wichtig, dass Sie den Fragebogen sorgfältig ausfüllen.

- Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten ein Kästchen/eine Zahl ankreuzen.
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Antworten Sie einfach so, wie es am besten auf Sie zutrifft.

Alle Fragen beziehen sich auf die Zeit vor Ihrer jetzigen Aufnahme auf die Station Psy 32!

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym, d.h. es werden keine Rückschlüsse auf die einzelne Person vorgenommen.

Um die Qualität der Behandlung beurteilen zu können, ist es notwendig zu erfahren, wie es Ihnen auch *im weiteren Verlauf* geht. Am Ende Ihrer stationären Behandlung auf der Station Psy 32 werden Sie daher von uns noch einen weiteren, vergleichbaren Fragebogen erhalten. Außerdem werden wir Ihnen etwa ein halbes Jahr nach Ende der stationären Behandlung einen weiteren Fragebogen mit der Post nach Hause senden.

Wenn sich Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens ergeben, wenden Sie sich bitte an Herrn Gebauer oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station Psy 32. Sie unterstützen Sie gerne beim Ausfüllen!

Es ist selbstverständlich möglich, bei der Beantwortung der Fragen Pausen einzulegen, d.h. den Fragebogen „in Etappen“ auszufüllen.

Chiffre | | | | | | | |

Heutiges Datum | | | | | | | |

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens | Geburtsdatum
6stellig

A Im Folgenden bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person:

1 Geschlecht	Alter	Sprachkenntnisse, wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist.		
<input type="checkbox"/> ₁ weiblich <input type="checkbox"/> ₂ männlich	_____ Jahre	<input type="checkbox"/> ₁ gut	<input type="checkbox"/> ₂ mittel	<input type="checkbox"/> ₃ schlecht

2 Schulische Ausbildung	3 Höchster Berufsabschluss
<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Schule <input type="checkbox"/> ₂ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₃ Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> ₄ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> ₅ Realschulabschluss <input type="checkbox"/> ₆ Fachabitur/Abitur <input type="checkbox"/> ₇ sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ₂ abgeschlossene Lehre/ Fachschule <input type="checkbox"/> ₃ Meister <input type="checkbox"/> ₄ Fachhochschule/Universität <input type="checkbox"/> ₅ ohne Berufsabschluss <input type="checkbox"/> ₆ sonstiges: _____

4 Aktuelle berufliche Situation (Mehrfachnennungen sind möglich)

<input type="checkbox"/> ₁ berufstätig, Vollzeit <input type="checkbox"/> ₂ berufstätig, Teilzeit <input type="checkbox"/> ₃ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig <input type="checkbox"/> ₄ Ausbildung im Betrieb <input type="checkbox"/> ₅ Wehr-/Zivildienst/FSJ/FÖJ <input type="checkbox"/> ₆ Praktikum <input type="checkbox"/> ₇ Student/Studentin <input type="checkbox"/> ₈ geschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> ₉ Firma für Psych. Kranke <input type="checkbox"/> ₁₀ Werkstatt für Behinderte <input type="checkbox"/> ₁₁ Unterstützung durch Fachdienst Arbeit	<input type="checkbox"/> ₁₂ geringfügig beschäftigt (400 €) <input type="checkbox"/> ₁₃ arbeitslos (Arbeitslosengeld I) <input type="checkbox"/> ₁₄ arbeitslos (Arbeitslosengeld II „Hartz IV“) <input type="checkbox"/> ₁₅ Grundsicherung <input type="checkbox"/> ₁₆ Erwerbsminderungs-/unfähigkeitsrente seit: . _ _ . _ _ Monat Jahr <input type="checkbox"/> ₁₇ Frührente/Frühpension <input type="checkbox"/> ₁₈ Altersrente <input type="checkbox"/> ₁₉ Witwen-/Witwer-Rente <input type="checkbox"/> ₂₀ sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> ₂₁ unbekannt/unklar
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5 Familienstand	6 Partnersituation/Kinder
-----------------	---------------------------

<input type="checkbox"/> ₁ ledig <input type="checkbox"/> ₂ verheiratet <input type="checkbox"/> ₃ verheiratet aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> ₄ geschieden <input type="checkbox"/> ₅ verwitwet	<input type="checkbox"/> ₁ kein Partner <input type="checkbox"/> ₂ wechselnder Partner <input type="checkbox"/> ₃ fester Partner (Ehepartner) <input type="checkbox"/> ₄ fester Partner (nicht Ehepartner) Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ₅ nein <input type="checkbox"/> ₆ ja (Anzahl _____)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7 Aktuelle Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> ₁ alleine lebend	<input type="checkbox"/> ₇ Personenbezogene pädagogische Maßnahme für psychisch kranke Menschen (PPM)
<input type="checkbox"/> ₂ mit Partner und/oder Kindern lebend	<input type="checkbox"/> ₈ RPK-Einrichtung/Therapiezentrum Psychose/Sucht (TPS)/Tagesstätte
<input type="checkbox"/> ₃ zusammen mit den Eltern lebend	<input type="checkbox"/> ₉ psychosoziale Kontaktstelle (PsK)
<input type="checkbox"/> ₄ ambulantes Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> ₁₀ ohne festen Wohnsitz
<input type="checkbox"/> ₄ Betreute Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> ₁₁ Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> ₅ Psychiatrisches Übergangwohnheim	
<input type="checkbox"/> ₆ Alten-, Pflegeheim oder -wohnanlage	

Wo befindet sich die Wohnung/Einrichtung?

<input type="checkbox"/> ₁ innerhalb Hamburgs
<input type="checkbox"/> ₂ außerhalb Hamburgs

8 Für Berufstätige/ arbeitslos Gemeldete:

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 6 Monaten:

Ich war in den letzten 6 Monaten insgesamt ca. _____ Wochen arbeitsunfähig.

Bitte zählen Sie alle Tage/ Wochen zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren. Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

9 Nur für Nicht-Berufstätige (Rentner/-in, Student/-in, Hausfrau/-mann, etc.):

Ich war in den letzten 6 Monaten insgesamt ca. _____ Wochen so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.

Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

B Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Vorbehandlungen aufgrund Ihrer psychischen Erkrankung, d.h. die Behandlungen, die Sie vor Aufnahme auf die Station Psy 32 erhalten haben:

1 Sind Sie in den letzten 6 Monaten schon einmal auf der Station Psy 32 behandelt worden?

nein	ja	Wie oft ?	Wie viele Tage insgesamt?
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Mal)	_____ (Tage)

2 An welchen anderen <u>ambulanten</u> psychosozialen Behandlungsmaßnahmen haben Sie (außerhalb der Station Psy 32) <u>in den letzten 6 Monaten</u> teilgenommen?			
	nicht teilgenommen	1 bis 5 Termine	mehr als 5 Termine
a. ambulante Psychotherapie (Einzel/Gruppe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Psychiater/Nervenarzt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e. Tagesklinik/teilstationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f. Hausarzt/Internist/Frauenarzt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g. Homöopath/Naturheilmediziner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h. Informationsveranstaltungen über Psychose/Schizophrenie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
i. Selbsthilfegruppen für Menschen mit Psychosen/Schizophrenie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

3 Sind Sie (außerhalb der Station Psy 32) <u>in den letzten 6 Monaten</u> schon einmal <u>stationär</u> , d. h. in einem <u>anderen Krankenhaus</u> , behandelt worden?			
	nein	ja	Wie viele Krankenhaustage insgesamt (in Tagen)?
a. stationäre Krankenhausaufenthalte aufgrund Ihrer psychischen Erkrankung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Tage)
b. sonstige stationäre Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Tage)

4 Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Beziehen Sie sich bitte auf Ihre <u>Behandlungen, VOF der jetzigen Aufnahme auf die Station Psy 32</u> :						
Falls Sie bisher <u>keine Behandlung Ihrer psychischen Probleme</u> erhalten haben, überspringen Sie bitte die Fragen 4a-4e und machen mit Frage c weiter.						
		trifft zu	trifft eher zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
a.	Ich fühle mich über meine Erkrankung ausreichend gut informiert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b.	Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern verschiedene Ursachen und Erklärungen für meine Erkrankung gesucht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c.	Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern eine schriftlich festgelegte Behandlungsvereinbarung getroffen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

		trifft zu	trifft eher zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
d.	Bei der Planung und Durchführung meiner Therapien (außer Medikamente) hatte ich Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e.	Bei der Auswahl und ggf. notwendigen Veränderung meiner medikamentösen Behandlung hatte ich Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

C Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Art Ihrer Aufnahme auf die Station Psy 32:

Sind Sie über die zentrale Psychiatrische Aufnahmestation gekommen und von dort auf die Station Psy 32 verlegt worden?

₁ ja

₂ nein

Wenn „nein“.....

Durch wen wurde die aktuelle Behandlung auf der Station Psy 32 hauptsächlich angeregt?

Nur eine Antwort ist möglich!

₁ eigene Initiative

₂ Familie/ Freunde/ Bekannte

₃ ehemaliger Patient der Station Psy 32

₄ Hausarzt / Allgemeinmediziner

₅ Psychiater / Nervenarzt / Neurologe

₆ Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut

₇ Sonstiger Facharzt

₈ Mitarbeiter der Station Psy 32 (bei Wiederaufnahme)

₉ Allgemeinkrankenhaus

₁₀ Psychiatrisches Krankenhaus

₁₁ Psychosomatische Klinik

₁₂ Suchtklinik

₁₃ Beratungsstelle/ Beratungsdienste

₁₄ Selbsthilfegruppe

₁₅ Übergangseinrichtung

₁₆ Sozialpsychiatrischer Dienst

₁₇ Gesetzlicher Betreuer

₂₀ sonstige, und zwar: _____

Wie lange mussten Sie auf einen Aufnahmetermin warten?

 _____ Tage

D Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf <u>der letzten 2 Wochen vor Aufnahme auf die Station Psy 32</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

E Fragen zum Thema „Angst“:		
	NEIN	JA
1. Hatten Sie in den <u>letzten vier Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage F		
2. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

F Wenn eines oder mehrere der unter den Fragen D bis E beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:			
Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

G In den folgenden Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

Die Fragen beziehen sich auf die letzte Woche vor Ihrer Aufnahme auf die Station Psy 32!

		Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1.	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<p>Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.</p> <p><i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i></p>		Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt		
2.	mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, kegeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃		
3.	mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃		
<p>Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?</p>		Ja		Nein		
4.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			
5.	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			
<p>Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?</p>		Ja		Nein		
6.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			
7.	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			
		Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8.	Inwieweit haben Schmerzen Sie <i>in der vergangenen Woche</i> bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in der vergangenen Woche</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)						
Wie oft waren Sie <i>in der vergangenen Woche</i>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9. ... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10. ... voller Energie?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11. ... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <i>in der vergangenen Woche</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

H Im Folgenden geht es um Ihre Einstellung zu <u>Medikamenten</u>: (Sollten Sie keine Medikamente einnehmen, machen Sie bitte mit Frage I weiter)		
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (Aussagen), indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten Ihr Verhalten oder Ihre Einstellung beschreibt, die Sie gegenüber Ihrer Medikation <u>in der letzten Woche vor Aufnahme auf die Station Psy 32</u> eingenommen haben!		
	Ja	Nein
1. Vergessen Sie jemals Ihre Medikamente einzunehmen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2. Sind Sie manchmal hinsichtlich der Einnahme Ihrer Medikamente nachlässig?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. Wenn Sie sich besser fühlen, hören Sie dann manchmal auf, Ihre Medikamente einzunehmen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4. Setzen Sie die Medikamente ab, wenn Sie sich schlecht fühlen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Ich nehme meine Medikamente nur, wenn ich krank bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6. Es ist für meinen Körper und meinen Geist unnatürlich, unter der Kontrolle von Medikamenten zu stehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7. Meine Gedanken sind unter Medikamenten klarer.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
8. Indem ich Medikamente weiter nehme, kann ich dem Krankwerden vorbeugen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9. Ich fühle mich seltsam, wie ein „Zombie“, unter Medikamenten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
10. Medikamente machen mich müde und träge.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

I						
Im Folgenden geht es um Ihren Umgang mit „Frühwarnzeichen“ Ihrer psychischen Erkrankung. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:						
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
1.	Ich merke, wenn ich an meine Belastungsgrenze komme.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.	Ich kenne die „Frühwarnzeichen“ meiner psychischen Erkrankung bei mir genau.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.	Meine Angehörigen bemerken als erstes „Frühwarnzeichen“ bei mir.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke...						
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
4.	...hole ich mir sofort professionelle Hilfe (z.B. beim Psychiater oder in einer psychiatrischen Klinik).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.	...warte ich erstmal ab und beobachte, ob sie von selbst wieder verschwinden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6.	...befolge ich die Ratschläge meines Arztes.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7.	...teile ich mich zunächst meinen Angehörigen mit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8.	...bitte ich meine Angehörigen um Hilfe.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.	...weiß ich genau, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

J						
Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, wie sehr Sie etwas <u>in den letzten vier Wochen vor Aufnahme auf die Station Psy 32</u> genießen konnten, positive Dinge getan oder angenehme Gefühle erlebt haben.						
Bitte geben Sie an, wie zutreffend die jeweilige Aussage für Sie <u>in den letzten vier Wochen vor Aufnahme auf die Station Psy 32</u> war.						
		gar nicht zutreffend	eher nicht zutreffend	mittel	eher zutreffend	sehr zutreffend
1.	Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2.	Ich habe mir Pausen gegönnt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3.	Ich konnte mich über schöne Dinge freuen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4.	Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5.	Ich konnte positive Erlebnisse annehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

		gar nicht zutreffend	eher nicht zutreffend	mittel	eher zutreffend	sehr zutreffend
6.	Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7.	Ich konnte mich freuen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8.	Ich konnte positive Gefühle zulassen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9.	Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10.	Auch im Alltag habe ich Dinge getan, die mir gut tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11.	Ich habe gut für mich gesorgt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12.	Ich nahm mir Zeit für Dinge, die ich gerne mag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Vielen Dank für Ihre Mühe!



Fragebogen für Patientinnen und Patienten nach der stationären Behandlung in der BES

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

nach Beendigung Ihrer stationären bzw. teilstationären Behandlung in der BES möchten wir Sie nun erneut bitten, einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen. Einige der Fragen kennen Sie bereits aus der ersten Befragung. Die Befragung dient dazu, die Qualität der Behandlung in der BES zu verbessern und patientengerechter zu gestalten. Darum ist es für uns wichtig, dass Sie den Fragebogen sorgfältig ausfüllen.

- Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten ein Kästchen/eine Zahl ankreuzen.
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Antworten Sie einfach so, wie es am besten auf Sie zutrifft.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym, d.h. es werden keine Rückschlüsse auf die einzelne Person vorgenommen.

Um die Qualität der Behandlung beurteilen zu können, ist es notwendig zu erfahren, wie es Ihnen auch *im weiteren Verlauf* geht. Daher werden wir Ihnen etwa ein halbes Jahr nach Ende der stationären bzw. teilstationären Behandlung in der BES noch einen weiteren Fragebogen mit der Post nach Hause senden.

Wenn sich Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens ergeben, wenden Sie sich bitte an Frau Bodensteiner, Herrn Karallus oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BES. Sie unterstützen Sie gerne beim Ausfüllen!

Es ist selbstverständlich möglich, bei der Beantwortung der Fragen Pausen einzulegen, d.h. den Fragebogen „in Etappen“ auszufüllen.

Chiffre | | | | | | | |

Heutiges Datum | | | | | | | |

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6stellig

A Im Folgenden bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person:

1 Schulische Ausbildung	2 Höchster Berufsabschluss
<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Schule <input type="checkbox"/> ₂ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₃ Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> ₄ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> ₅ Realschulabschluss <input type="checkbox"/> ₆ Fachabitur/Abitur <input type="checkbox"/> ₇ sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ₂ abgeschlossene Lehre/ Fachschule <input type="checkbox"/> ₃ Meister <input type="checkbox"/> ₄ Fachhochschule/Universität <input type="checkbox"/> ₅ ohne Berufsabschluss <input type="checkbox"/> ₆ sonstiges: _____

3 Aktuelle berufliche Situation (Mehrfachnennungen sind möglich)

<input type="checkbox"/> ₁ berufstätig, Vollzeit <input type="checkbox"/> ₂ berufstätig, Teilzeit <input type="checkbox"/> ₃ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig <input type="checkbox"/> ₄ Ausbildung im Betrieb <input type="checkbox"/> ₅ Wehr-/Zivildienst/FSJ/FÖJ <input type="checkbox"/> ₆ Praktikum <input type="checkbox"/> ₇ Student/Studentin <input type="checkbox"/> ₈ geschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> ₉ Firma für Psych. Kranke <input type="checkbox"/> ₁₀ Werkstatt für Behinderte <input type="checkbox"/> ₁₁ Unterstützung durch Fachdienst Arbeit	<input type="checkbox"/> ₁₂ geringfügig beschäftigt (400 €) <input type="checkbox"/> ₁₃ arbeitslos (Arbeitslosengeld I) <input type="checkbox"/> ₁₄ arbeitslos (Arbeitslosengeld II „Hartz IV“) <input type="checkbox"/> ₁₅ Grundsicherung <input type="checkbox"/> ₁₆ Erwerbsminderungs-/unfähigkeitsrente seit: . _ _ _ _ . _ _ _ _ Monat Jahr <input type="checkbox"/> ₁₇ Frührente/Frühpension <input type="checkbox"/> ₁₈ Altersrente <input type="checkbox"/> ₁₉ Witwen-/Witwer-Rente <input type="checkbox"/> ₂₀ sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> ₂₁ unbekannt/unklar
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4 Familienstand	5 Partnersituation/Kinder
-----------------	---------------------------

<input type="checkbox"/> ₁ ledig <input type="checkbox"/> ₂ verheiratet <input type="checkbox"/> ₃ verheiratet aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> ₄ geschieden <input type="checkbox"/> ₅ verwitwet	<input type="checkbox"/> ₁ kein Partner <input type="checkbox"/> ₂ wechselnder Partner <input type="checkbox"/> ₃ fester Partner (Ehepartner) <input type="checkbox"/> ₄ fester Partner (nicht Ehepartner) Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ₅ nein <input type="checkbox"/> ₆ ja (Anzahl _____)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6 Aktuelle Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ alleine lebend | <input type="checkbox"/> ₇ Personenbezogene pädagogische Maßnahme für psychisch kranke Menschen (PPM) |
| <input type="checkbox"/> ₂ mit Partner und/oder Kindern lebend | <input type="checkbox"/> ₈ RPK-Einrichtung/Therapiezentrum Psychose/Sucht (TPS)/Tagesstätte |
| <input type="checkbox"/> ₃ zusammen mit den Eltern lebend | <input type="checkbox"/> ₉ psychosoziale Kontaktstelle (PsK) |
| <input type="checkbox"/> ₄ ambulantes Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> ₁₀ ohne festen Wohnsitz |
| <input type="checkbox"/> ₄ Betreute Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> ₁₁ Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> ₅ Psychiatrisches Übergangwohnheim | |
| <input type="checkbox"/> ₆ Alten-, Pflegeheim oder -wohnanlage | |

Wo befindet sich die Wohnung/Einrichtung?

- ₁ innerhalb Hamburgs
₂ außerhalb Hamburgs

B Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

C Fragen zum Thema „Angst“:		
	NEIN	JA
1. Hatten Sie in den <u>letzten vier Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage D		
2. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

D Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:				
Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	

E In den folgenden Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. <i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i>			
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, kegeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?		Ja	Nein
4.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5.	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?		Ja	Nein
6.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7.	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

		Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8.	Inwieweit haben Schmerzen Sie <i>in der vergangenen Woche</i> bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in der vergangenen Woche</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)							
	Wie oft waren Sie <i>in der vergangenen Woche</i>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9.	... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10.	... voller Energie?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11.	... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

		Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12.	Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <i>in der vergangenen Woche</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

F		
Im Folgenden geht es um Ihre Einstellung zu Medikamenten: (Sollten Sie keine Medikamente einnehmen, machen Sie bitte mit Frage G weiter)		
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (Aussagen), indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten Ihr Verhalten oder Ihre Einstellung beschreibt, die Sie gegenüber Ihrer Medikation <u>in der letzten Woche</u> eingenommen haben!		
		Ja Nein
1.	Vergessen Sie jemals Ihre Medikamente einzunehmen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
2.	Sind Sie manchmal hinsichtlich der Einnahme Ihrer Medikamente nachlässig?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
3.	Wenn Sie sich besser fühlen, hören Sie dann manchmal auf, Ihre Medikamente einzunehmen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
4.	Setzen Sie die Medikamente ab, wenn Sie sich schlecht fühlen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
5.	Ich nehme meine Medikamente nur, wenn ich krank bin.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
6.	Es ist für meinen Körper und meinen Geist unnatürlich, unter der Kontrolle von Medikamenten zu stehen.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
7.	Meine Gedanken sind unter Medikamenten klarer.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
8.	Indem ich Medikamente weiter nehme, kann ich dem Krankwerden vorbeugen.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
9.	Ich fühle mich seltsam, wie ein „Zombie“, unter Medikamenten.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
10.	Medikamente machen mich müde und träge.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂

G						
Im Folgenden geht es um Ihren Umgang mit „Frühwarnzeichen“ Ihrer psychischen Erkrankung. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:						
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
1.	Ich merke, wenn ich an meine Belastungsgrenze komme.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.	Ich kenne die „Frühwarnzeichen“ meiner psychischen Erkrankung bei mir genau.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.	Meine Angehörigen bemerken als erstes „Frühwarnzeichen“ bei mir.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke...						
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
4.	...hole ich mir sofort professionelle Hilfe (z.B. beim Psychiater oder in einer psychiatrischen Klinik).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.	...warte ich erstmal ab und beobachte, ob sie von selbst wieder verschwinden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke...						
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
6.	...befolge ich die Ratschläge meines Arztes.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7.	...teile ich mich zunächst meinen Angehörigen mit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8.	...bitte ich meine Angehörigen um Hilfe.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.	...weiß ich genau, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

H Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, wie sehr Sie etwas in den letzten vier <u>Wochen</u> genießen konnten, positive Dinge getan oder angenehme Gefühle erlebt haben. Bitte geben Sie an, wie zutreffend die jeweilige Aussage für Sie <u>in den letzten vier Wochen</u> war.						
		gar nicht zutreffend	eher nicht zutreffend	mittel	eher zutreffend	sehr zutreffend
1.	Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2.	Ich habe mir Pausen gegönnt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3.	Ich konnte mich über schöne Dinge freuen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4.	Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5.	Ich konnte positive Erlebnisse annehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6.	Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7.	Ich konnte mich freuen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8.	Ich konnte positive Gefühle zulassen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9.	Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10.	Auch im Alltag habe ich Dinge getan, die mir gut tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11.	Ich habe gut für mich gesorgt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12.	Ich nahm mir Zeit für Dinge, die ich gerne mag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

In den folgenden Fragen interessiert uns Ihre Meinung zur BES:

I Ihre Aufnahme in die BES:

1. Am Tag der Aufnahme in die BES musste ich lange auf mein Aufnahmegespräch warten.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

2. Ich wurde in der BES freundlich empfangen.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

3. Bei der Aufnahme in die BES wurde mir der Tagesablauf erklärt und die Station gezeigt.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

4. Der Arzt/Psychologe nahm sich für das Aufnahmegespräch ausreichend Zeit.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

5. Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern eine schriftlich festgelegte Behandlungsvereinbarung getroffen.

₁ trifft zu ₂ trifft nicht zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

J Die Atmosphäre und das Klima in der BES:

1. Die Atmosphäre in der BES hat mich belastet.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

2. Das Klima in der BES war ruhig und ausgeglichen.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

K Die Mitarbeiter in der BES:

1. Die Mitarbeiter in der BES waren zu den Patienten freundlich und zugewandt.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

2. Das Verhältnis zwischen Patienten und Mitarbeitern in der BES war distanziert.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

3. Ich habe die Mitarbeiter in der BES als wohlwollend und unterstützend mir gegenüber erlebt.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
4. Die Mitarbeiter in der BES wirkten überlastet und gestresst.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
5. Ich hatte das Gefühl, dass die Mitarbeiter in der BES „an einem Strang ziehen“ was meine Behandlung betrifft.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu

L Die Mitpatienten in der BES:

1. In der BES wurden Patienten behandelt, die ähnliche Probleme hatten wie ich.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
2. Die Patienten haben sich untereinander gut verstanden.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu

M Ihre Behandlung/Therapie in der BES:

1. Meine Diagnose wurde mit mir besprochen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
2. In der BES wurden meine Probleme richtig erkannt.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
3. Ich fühle mich über meine Erkrankung ausreichend gut informiert.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
4. Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern verschiedene Ursachen und Erklärungen für meine Erkrankung gesucht.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
5. Meine eigene Meinung bezüglich der Entstehung und Behandlung meiner Erkrankung wurde in der BES ernst genommen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu

6. Ich wurde über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und Therapien in der BES informiert.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
7. Es gab genügend Raum für meine Fragen zur Behandlung.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
8. Bei der Planung und Durchführung meiner psychotherapeutischen Behandlung hatte ich Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
9. Bei der Auswahl und ggf. notwendigen Veränderung meiner medikamentösen Behandlung hatte ich Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
10. Die Behandlung war speziell auf meine Problembereiche zugeschnitten.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
11. Meine Angehörigen/gesetzlichen Betreuer/Freunde wurden, falls es mein Wunsch war, in meine Behandlung einbezogen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
12. Für die Gespräche mit meinen Angehörigen/gesetzlichen Betreuern/Freunden gab es einen festen Rahmen (z.B. die Trialogische Sprechstunde oder eine gemeinsame Therapieversammlung).	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
13. Ich wusste immer, an wen ich mich bei Problemen wenden konnte.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
14. Während der Behandlung hatte ich durchgängig einen festen Ansprechpartner („Persönlichen Therapiebegleiter“).	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
15. Wenn Probleme zwischen mir und meinem Persönlichen Therapiebegleiter auftraten, hatte ich eine Möglichkeit, diese anzusprechen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
16. Der Persönliche Therapiebegleiter war für mich hilfreich.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu

17. Eine kontinuierliche Behandlung war nicht gegeben (z.B. durch häufig wechselnde Therapeuten).

₁ trifft zu
 ₂ trifft eher zu
 ₃ trifft teils zu, teils nicht zu
 ₄ trifft eher nicht zu
 ₅ trifft nicht zu

18. Wie viele Tage sind sie in der BES behandelt worden?

Stationär:  _____ Tage

Teilstationär:  _____ Tage

19. Die Dauer der Behandlung fand ich angemessen.

₁ trifft zu
 ₂ trifft eher zu
 ₃ trifft teils zu, teils nicht zu
 ₄ trifft eher nicht zu
 ₅ trifft nicht zu

20. Wie hilfreich waren die folgenden Behandlungsangebote und Möglichkeiten in der BES für die Besserung Ihrer Beschwerden?	nicht stattgefunden bzw. verordnet				
		sehr hilfreich	ziemlich hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
a. Einzelgespräche mit den Ärzten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b. Einzelgespräche mit den Psychologen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c. Gespräche mit dem Persönlichen Therapiebegleiter (PTB)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d. Kontakt mit Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e. Gruppenpsychotherapie (geschlossen)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f. offene Gesprächsgruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g. Trialogische Gruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h. Psychoedukationsgruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i. Suchtgruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j. Einbeziehung von Angehörigen (Paar- und Familiengespräche, Angehörigengruppen)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k. Zusammensein und Gespräche mit Mitpatienten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l. Zuwendung durch das Pflegepersonal	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
m. Ergotherapie / Beschäftigungstherapie / Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
n. Sport / Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
o. Tanztherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
p. Musiktherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
q. Kunsttherapie / Kreativtherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

		nicht stattgefunden bzw. verordnet	sehr hilfreich	ziemlich hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
r.	Theatergruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
s.	Entspannungstraining	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
t.	Cog Pack	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
u.	Freizeitangebote	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
v.	Medikamente	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Welcher der oben genannten Punkte (a. bis v.)
erschien Ihnen am wichtigsten?

(Bitte den entsprechenden Buchstaben hier eintragen)

Sind Sie in der BES.....	nein	ja
1. ... ausschließlich stationär behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2. ... ausschließlich teilstationär behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. ... sowohl stationär als auch teilstationär behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Falls Sie die Fragen 1. oder 2. mit „ja“ beantwortet haben, überspringen Sie bitte die folgenden Fragen und machen weiter mit den Fragen unter O.

Falls Sie Frage 3 mit „ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Fragen unter N.

N Wechsel in die teilstationäre bzw. stationäre Behandlung (Modulwechsel):				
	nein	ja	Wie oft insgesamt?	
1. Sind Sie von der stationären in die teilstationäre Behandlung gewechselt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Mal)	
2. Sind Sie von der teilstationären in die stationäre Behandlung gewechselt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____ (Mal)	
3. Nach dem Modulwechsel hat mein Persönlicher Therapiebegleiter gewechselt.				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂			
trifft zu	trifft nicht zu			
4. Es wurde der richtige Zeitpunkt für den Modulwechsel gewählt.				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
trifft zu	trifft eher zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
5. Das Wohnen zuhause während der teilstationären Behandlungsphase hat mich überfordert.				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
trifft zu	trifft eher zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu

6. Anstelle der teilstationären Behandlung wäre es besser für mich gewesen, wenn ich länger stationär behandelt worden wäre.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

7. Die Kombination aus stationärer und teilstationärer Behandlung war die richtige Therapieform für mich.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

8. Die Kombination aus stationärer und teilstationärer Behandlung trägt dazu bei, dass ich mich jetzt wieder besser zuhause zurecht finden werde.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

9. Meine Behandler haben mich gut auf den Modulwechsel vorbereitet.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

O Das Behandlungsende in der BES:

1. Wurden für Sie weitere medizinische oder therapeutische Maßnahmen für die Zeit nach der Behandlung in der BES eingeleitet oder empfohlen? ja nein
₁ ₀

Wenn „nein“ weiter mit Frage L4

Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten sind möglich)

- ₁ Ambulante psychiatrische Behandlung durch den Facharzt
- ₂ Ambulante Psychotherapie
- ₃ Behandlung in einer Tagesklinik
- ₄ Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe
- ₅ Teilnahme meiner Angehörigen an einer Selbsthilfegruppe
- ₆ Veränderung der Medikamenteneinnahme
- ₇ Veränderung meiner Wohnsituation (z.B. betreutes Wohnen)
- ₈ Veränderung meiner Arbeitssituation (z.B. berufliche Rehabilitation)
- ₉ Gespräche in Beratungsstellen
- ₁₀ andere, und zwar: _____

2. Ich wurde in der BES bei der Vorbereitung auf die eben genannten ambulanten Maßnahmen (z.B. Kontaktaufnahme oder Terminvereinbarung) unterstützt.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

3. In der BES wurde mir eine für meine Probleme passende Weiterbehandlung empfohlen.

₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

4. In den Gesprächen nahm sich der Arzt/Psychologe für die Vorbereitung meiner Entlassung ausreichend Zeit.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
5. In der BES wurde vor meiner Entlassung für eine Verbesserung meiner sozialen Situation (Wohnung, Finanzen, Arbeit usw.) gesorgt.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
6. In die Vorbereitung meiner Entlassung wurden meine Angehörigen/gesetzlichen Betreuer/Freunde einbezogen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
7. Aus der Behandlung in der BES besitze ich einen „Krisenpass“, damit ich weiß, was zu tun ist, falls es mir zu Hause wieder schlechter gehen sollte.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft nicht zu			

P Ihre Bewertung Ihres Aufenthalts in der BES:					
1. Es war gut, während der Behandlung die BES als „Schutzraum“ zu haben.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
2. Es war wichtig, während der Behandlung aus meinem normalen Alltag herausgenommen worden zu sein.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
3. Ich fühlte mich durch die Aufnahme in der BES entlastet.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
4. Ich habe davon profitiert, dass meine Behandlung in einem stationären/teilstationären Rahmen und nicht ambulant stattfand.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
5. Die BES würde ich einem guten Freund weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
6. Insgesamt beurteile ich den Aufenthalt in der BES als...					
<input type="checkbox"/> ₁ sehr gut	<input type="checkbox"/> ₂ gut	<input type="checkbox"/> ₃ befriedigend	<input type="checkbox"/> ₄ ausreichend	<input type="checkbox"/> ₅ mangelhaft	

Vielen Dank für Ihre Mühe!



Fragebogen für Patientinnen und Patienten nach der Behandlung auf der Station Psy 32

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

nach Beendigung Ihrer stationären Behandlung auf der Station Psy32 möchten wir Sie nun erneut bitten, einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen. Einige der Fragen kennen Sie bereits aus der ersten Befragung. Die Befragung dient dazu, die Qualität der Behandlung auf der Station Psy 32 zu verbessern und patientengerechter zu gestalten. Darum ist es für uns wichtig, dass Sie den Fragebogen sorgfältig ausfüllen.

- Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten ein Kästchen/eine Zahl ankreuzen.
- Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Antworten Sie einfach so, wie es am besten auf Sie zutrifft.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym, d.h. es werden keine Rückschlüsse auf die einzelne Person vorgenommen.

Um die Qualität der Behandlung beurteilen zu können, ist es notwendig zu erfahren, wie es Ihnen auch *im weiteren Verlauf* geht. Daher werden wir Ihnen etwa ein halbes Jahr nach Ende der stationären Behandlung auf der Station Psy 32 noch einen weiteren Fragebogen mit der Post nach Hause senden.

Wenn sich Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens ergeben, wenden Sie sich bitte an Herrn Gebauer oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station Psy 32. Sie unterstützen Sie gerne beim Ausfüllen!

Es ist selbstverständlich möglich, bei der Beantwortung der Fragen Pausen einzulegen, d.h. den Fragebogen „in Etappen“ auszufüllen.

Chiffre | | | | | | | |

Heutiges Datum | | | | | | | |

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6stellig

A Im Folgenden bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person:

1 Schulische Ausbildung	2 Höchster Berufsabschluss
<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Schule <input type="checkbox"/> ₂ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₃ Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> ₄ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> ₅ Realschulabschluss <input type="checkbox"/> ₆ Fachabitur/Abitur <input type="checkbox"/> ₇ sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ₂ abgeschlossene Lehre/ Fachschule <input type="checkbox"/> ₃ Meister <input type="checkbox"/> ₄ Fachhochschule/Universität <input type="checkbox"/> ₅ ohne Berufsabschluss <input type="checkbox"/> ₆ sonstiges: _____

3 Aktuelle berufliche Situation (Mehrfachnennungen sind möglich)

<input type="checkbox"/> ₁ berufstätig, Vollzeit <input type="checkbox"/> ₂ berufstätig, Teilzeit <input type="checkbox"/> ₃ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig <input type="checkbox"/> ₄ Ausbildung im Betrieb <input type="checkbox"/> ₅ Wehr-/Zivildienst/FSJ/FÖJ <input type="checkbox"/> ₆ Praktikum <input type="checkbox"/> ₇ Student/Studentin <input type="checkbox"/> ₈ geschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> ₉ Firma für Psych. Kranke <input type="checkbox"/> ₁₀ Werkstatt für Behinderte <input type="checkbox"/> ₁₁ Unterstützung durch Fachdienst Arbeit	<input type="checkbox"/> ₁₂ geringfügig beschäftigt (400 €) <input type="checkbox"/> ₁₃ arbeitslos (Arbeitslosengeld I) <input type="checkbox"/> ₁₄ arbeitslos (Arbeitslosengeld II „Hartz IV“) <input type="checkbox"/> ₁₅ Grundsicherung <input type="checkbox"/> ₁₆ Erwerbsminderungs-/unfähigkeitsrente seit: . _ _ _ _ . _ _ _ _ Monat Jahr <input type="checkbox"/> ₁₇ Frührente/Frühpension <input type="checkbox"/> ₁₈ Altersrente <input type="checkbox"/> ₁₉ Witwen-/Witwer-Rente <input type="checkbox"/> ₂₀ sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> ₂₁ unbekannt/unklar
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4 Familienstand	5 Partnersituation/Kinder
-----------------	---------------------------

<input type="checkbox"/> ₁ ledig <input type="checkbox"/> ₂ verheiratet <input type="checkbox"/> ₃ verheiratet aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> ₄ geschieden <input type="checkbox"/> ₅ verwitwet	<input type="checkbox"/> ₁ kein Partner <input type="checkbox"/> ₂ wechselnder Partner <input type="checkbox"/> ₃ fester Partner (Ehepartner) <input type="checkbox"/> ₄ fester Partner (nicht Ehepartner) Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ₅ nein <input type="checkbox"/> ₆ ja (Anzahl _____)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6 Aktuelle Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ alleine lebend | <input type="checkbox"/> ₇ Personenbezogene pädagogische Maßnahme für psychisch kranke Menschen (PPM) |
| <input type="checkbox"/> ₂ mit Partner und/oder Kindern lebend | <input type="checkbox"/> ₈ RPK-Einrichtung/Therapiezentrum Psychose/Sucht (TPS)/Tagesstätte |
| <input type="checkbox"/> ₃ zusammen mit den Eltern lebend | <input type="checkbox"/> ₉ psychosoziale Kontaktstelle (PsK) |
| <input type="checkbox"/> ₄ ambulantes Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> ₁₀ ohne festen Wohnsitz |
| <input type="checkbox"/> ₄ Betreute Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> ₁₁ Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> ₅ Psychiatrisches Übergangwohnheim | |
| <input type="checkbox"/> ₆ Alten-, Pflegeheim oder -wohnanlage | |

Wo befindet sich die Wohnung/Einrichtung?

- ₁ innerhalb Hamburgs
₂ außerhalb Hamburgs

B Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

C Fragen zum Thema „Angst“:		
	NEIN	JA
1. Hatten Sie in den <u>letzten vier Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage D		
2. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

D Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:				
Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	

E In den folgenden Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<p>Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.</p> <p><i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i></p>					
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, kegeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche</i> aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?		Ja	Nein
4.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5.	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Hatten Sie <i>in der vergangenen Woche</i> aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?		Ja	Nein
6.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7.	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

		Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8.	Inwieweit haben Schmerzen Sie <i>in der vergangenen Woche</i> bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in der vergangenen Woche</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)							
	Wie oft waren Sie <i>in der vergangenen Woche</i>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9.	... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10.	... voller Energie?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11.	... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

		Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12.	Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <i>in der vergangenen Woche</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

F Im Folgenden geht es um Ihre Einstellung zu Medikamenten: (Sollten Sie keine Medikamente einnehmen, machen Sie bitte mit Frage G weiter)		
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (Aussagen), indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten Ihr Verhalten oder Ihre Einstellung beschreibt, die Sie gegenüber Ihrer Medikation <u>in der letzten Woche</u> eingenommen haben!		
	Ja	Nein
1. Vergessen Sie jemals Ihre Medikamente einzunehmen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2. Sind Sie manchmal hinsichtlich der Einnahme Ihrer Medikamente nachlässig?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. Wenn Sie sich besser fühlen, hören Sie dann manchmal auf, Ihre Medikamente einzunehmen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4. Setzen Sie die Medikamente ab, wenn Sie sich schlecht fühlen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Ich nehme meine Medikamente nur, wenn ich krank bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6. Es ist für meinen Körper und meinen Geist unnatürlich, unter der Kontrolle von Medikamenten zu stehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7. Meine Gedanken sind unter Medikamenten klarer.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
8. Indem ich Medikamente weiter nehme, kann ich dem Krankwerden vorbeugen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9. Ich fühle mich seltsam, wie ein „Zombie“, unter Medikamenten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
10. Medikamente machen mich müde und träge.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

G Im Folgenden geht es um Ihren Umgang mit „Frühwarnzeichen“ Ihrer psychischen Erkrankung. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:					
	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
1. Ich merke, wenn ich an meine Belastungsgrenze komme.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Ich kenne die „Frühwarnzeichen“ meiner psychischen Erkrankung bei mir genau.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Meine Angehörigen bemerken als erstes „Frühwarnzeichen“ bei mir.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Ich bemerke keine Frühwarnsymptome und bin sofort in der akuten Psychose.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke...					
	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
4. ...hole ich mir sofort professionelle Hilfe (z.B. beim Psychiater oder in einer psychiatrischen Klinik).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. ...warte ich erstmal ab und beobachte, ob sie von selbst wieder verschwinden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Wenn ich Frühwarnzeichen bei mir bemerke...						
		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
6.	...befolge ich die Ratschläge meines Arztes.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7.	...teile ich mich zunächst meinen Angehörigen mit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8.	...bitte ich meine Angehörigen um Hilfe.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.	...weiß ich genau, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

H Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, wie sehr Sie etwas in den letzten vier <u>Wochen</u> genießen konnten, positive Dinge getan oder angenehme Gefühle erlebt haben. Bitte geben Sie an, wie zutreffend die jeweilige Aussage für Sie <u>in den letzten vier Wochen</u> war.						
		gar nicht zutreffend	eher nicht zutreffend	mittel	eher zutreffend	sehr zutreffend
1.	Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2.	Ich habe mir Pausen gegönnt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3.	Ich konnte mich über schöne Dinge freuen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4.	Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5.	Ich konnte positive Erlebnisse annehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6.	Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7.	Ich konnte mich freuen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8.	Ich konnte positive Gefühle zulassen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9.	Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10.	Auch im Alltag habe ich Dinge getan, die mir gut tun.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11.	Ich habe gut für mich gesorgt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12.	Ich nahm mir Zeit für Dinge, die ich gerne mag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

In den folgenden Fragen interessiert uns Ihre Meinung zur Station Psy 32:

I Ihre Aufnahme auf die Station Psy 32:

1. Am Tag der Aufnahme in die Psy 32 musste ich lange auf mein Aufnahmegespräch warten.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

2. Ich wurde auf der Station Psy 32 freundlich empfangen.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

3. Bei der Aufnahme in die Psy 32 wurde mir der Tagesablauf erklärt und die Station gezeigt.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

4. Der Arzt/Psychologe nahm sich für das Aufnahmegespräch ausreichend Zeit.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

5. Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern eine schriftlich festgelegte Behandlungsvereinbarung getroffen.

- ₁ trifft zu ₂ trifft nicht zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

J Die Atmosphäre und das Klima auf der Station Psy 32:

1. Die Atmosphäre auf der Station Psy 32 hat mich belastet.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

2. Das Klima auf der Station Psy 32 war ruhig und ausgeglichen.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

K Die Mitarbeiter auf der Station Psy 32:

1. Die Mitarbeiter auf der Station Psy 32 waren zu den Patienten freundlich und zugewandt.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

2. Das Verhältnis zwischen Patienten und Mitarbeitern auf der Station Psy 32 war distanziert.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

3. Ich habe die Mitarbeiter auf der Station Psy 32 als wohlwollend und unterstützend mir gegenüber erlebt.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
4. Die Mitarbeiter auf der Station Psy 32 wirkten überlastet und gestresst.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
5. Ich hatte das Gefühl, dass die Mitarbeiter der Station Psy 32 „an einem Strang ziehen“ was meine Behandlung betrifft.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu

L Die Mitpatienten auf der Station Psy 32:					
1. Auf der Station Psy 32 wurden Patienten behandelt, die ähnliche Probleme hatten wie ich.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
2. Die Patienten haben sich untereinander gut verstanden.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu

M Ihre Behandlung/Therapie auf der Station Psy 32:					
1. Meine Diagnose wurde mit mir besprochen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
2. Auf der Station Psy 32 wurden meine Probleme richtig erkannt.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
3. Ich fühle mich über meine Erkrankung ausreichend gut informiert.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
4. Ich habe gemeinsam mit meinen Behandlern verschiedene Ursachen und Erklärungen für meine Erkrankung gesucht.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
5. Meine eigene Meinung bezüglich der Entstehung und Behandlung meiner Erkrankung wurde auf der Station Psy 32 ernst genommen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu

6. Ich wurde über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und Therapien auf der Station Psy 32 informiert.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
7. Es gab genügend Raum für meine Fragen zur Behandlung.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
8. Bei der Planung und Durchführung meiner psychotherapeutischen Behandlung hatte ich Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
9. Bei der Auswahl und ggf. notwendigen Veränderung meiner medikamentösen Behandlung hatte ich Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
10. Die Behandlung war speziell auf meine Problembereiche zugeschnitten.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
11. Meine Angehörigen/gesetzlichen Betreuer/Freunde wurden, falls es mein Wunsch war, in meine Behandlung einbezogen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
12. Für die Gespräche mit meinen Angehörigen/gesetzlichen Betreuern/Freunden gab es einen festen Rahmen (z.B. eine Angehörigengruppe).	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
13. Ich wusste immer, an wen ich mich bei Problemen wenden konnte.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
14. Während der Behandlung war durchgängig eine feste Bezugsperson aus dem Pflegeteam (Bezugspfleger/Bezugspflegerin) für mich zuständig.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
15. Wenn Probleme zwischen mir und meinem Bezugspfleger / meiner Bezugspflegerin auftraten, hatte ich eine Möglichkeit, diese anzusprechen.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
16. Mein Bezugspfleger / meine Bezugspflegerin war für mich hilfreich.	<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu

17. Eine kontinuierliche Behandlung war nicht gegeben (z.B. durch häufig wechselnde Therapeuten).

₁
trifft zu

₂
trifft eher zu

₃
trifft teils zu, teils
nicht zu

₄
trifft eher nicht zu

₅
trifft nicht zu

18. Wie viele Tage sind Sie auf der Station Psy 32 behandelt worden?  _____ Tage

19. Die Dauer der Behandlung fand ich angemessen.

₁
trifft zu

₂
trifft eher zu

₃
trifft teils zu, teils
nicht zu

₄
trifft eher nicht zu

₅
trifft nicht zu

20. Wie hilfreich waren die folgenden Behandlungsangebote und Möglichkeiten auf der Station Psy 32 für die Besserung Ihrer Beschwerden?	nicht stattgefunden bzw. verordnet				
		sehr hilfreich	ziemlich hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
a. Einzelgespräche mit den Ärzten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b. Ärztliche Behandlung meiner körperlichen Beschwerden (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c. Einzelgespräche mit den Psychologen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d. Gespräche mit dem Bezugspfleger / der Bezugspflegerin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e. Kontakt mit der Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f. offene Gesprächsgruppen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g. Psychoedukationsgruppen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h. Einbeziehung von Angehörigen (Paar- und Familiengespräche, Angehörigengruppen)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i. Zusammensein und Gespräche mit Mitpatienten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j. Zuwendung durch das Pflegepersonal	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k. Ergotherapie / Beschäftigungstherapie / Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l. Sport / Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
m. Tanztherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
n. Musiktherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
o. Kunsttherapie / Kreativtherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

		nicht stattgefunden bzw. verordnet				
			sehr hilfreich	ziemlich hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
p.	Theatergruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
q.	Entspannungstraining	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
r.	Cog Pack / X-Kog	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
s.	Freizeitangebote	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
t.	Stationsämter und -aufgaben (z.B. Kochen, Einkauf, Fische füttern, Tischdienst)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
u.	Physikalische Therapie (z.B. Krankengymnastik, Bäder, Massage)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
v.	Medikamente	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Welcher der oben genannten Punkte (a. bis v.) erschien Ihnen am wichtigsten?

(Bitte den entsprechenden Buchstaben hier eintragen)

N Fragen zu den Nebenwirkungen der Medikamente während des Klinikaufenthaltes:

1. **Musste die medikamentöse Behandlung wegen auftretender Nebenwirkungen geändert werden?** ja, einmalig ₁ ja, mehrfach ₂ nein ₃

2. **Mit welchen Medikamenten sind Sie nicht zurecht gekommen?**

(Mehrfachantworten möglich)

Medikamente.....	nicht zurecht gekommen	nicht verordnet
a. Abilify	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
b. Leponex	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
c. Seroquel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
d. Solidan	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
e. Risperdal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
f. Zeldox	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
g. Zyprexa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Andere Medikamente:

h. _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
i. _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
j. _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
k. _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

3. **Welche Nebenwirkungen** haben Sie unter diesen Medikamenten bei sich bemerkt?

Medikamente...	verordnet	nicht verordnet	Nebenwirkung:
a. Abilify	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
b. Leponex	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
c. Seroquel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
d. Solidan	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
e. Risperdal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
f. Zeldox	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
g. Zyprexa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
Andere Medikamente:			
h. _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
i. _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
j. _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____
k. _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	_____

O Fragen zu den Nebenwirkungen der Medikamente bei Entlassung:

1. **Haben Sie das Gefühl, dass Sie jetzt bei Entlassung frei von Nebenwirkungen sind?** ja nein
₁ ₀

Wenn „ja“ weiter mit Frage P

Wenn „nein“, **welche Nebenwirkungen haben Sie noch?** (Mehrfachantworten sind möglich)

- ₁ Appetitsteigerung
- ₂ Gewichtszunahme
- ₃ Bewegungsunruhe
- ₄ Eingeschränkte Beweglichkeit
- ₅ Milchfluss
- ₆ Muskelkrämpfe
- ₇ Müdigkeit
- ₈ Kopfschmerzen
- ₉ Sehstörungen
- ₁₀ Sexuelle Funktionsstörungen (z.B. Impotenz)
- ₁₁ Speichelfluss
- ₁₂ Übelkeit
- ₁₃ Verstopfung
- ₁₄ andere, und zwar: _____

P Das Behandlungsende auf der Station Psy 32:

1. Wurden für Sie weitere medizinische und/oder therapeutische Maßnahmen für die Zeit nach der Behandlung auf der Station Psy 32 eingeleitet oder empfohlen? ja nein
₁ ₀

Wenn „nein“ weiter mit Frage P3

Wenn „ja“, welche? (Mehrfachantworten sind möglich)

- ₁ Ambulante psychiatrische Behandlung durch den Facharzt
₂ Ambulante Psychotherapie
₃ Behandlung in einer Tagesklinik
₄ Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe
₅ Teilnahme meiner Angehörigen an einer Selbsthilfegruppe
₆ Veränderung der Medikamenteneinnahme
₇ Veränderung meiner Wohnsituation (z.B. betreutes Wohnen)
₈ Veränderung meiner Arbeitssituation (z.B. berufliche Rehabilitation)
₉ Gespräche in Beratungsstellen
₁₀ andere, und zwar: _____

2. Ich wurde auf der Station Psy 32 bei der Vorbereitung auf die eben genannten ambulanten Maßnahmen (z.B. Kontaktaufnahme oder Terminvereinbarung) unterstützt.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

3. Auf der Station Psy 32 wurde mir eine für meine Probleme passende Weiterbehandlung empfohlen.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

4. In den Gesprächen nahm sich der Arzt/Psychologe für die Vorbereitung meiner Entlassung ausreichend Zeit.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

5. Auf der Station Psy 32 wurde vor meiner Entlassung für eine Verbesserung meiner sozialen Situation (Wohnung, Finanzen, Arbeit usw.) gesorgt.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

6. In die Vorbereitung meiner Entlassung wurden meine Angehörigen/gesetzlichen Betreuer/Freunde einbezogen.

- ₁ trifft zu ₂ trifft eher zu ₃ trifft teils zu, teils nicht zu ₄ trifft eher nicht zu ₅ trifft nicht zu

7. Aus der Behandlung auf der Station Psy 32 besitze ich einen Liste mit Maßnahmen, die ich anwenden kann, falls es mir zu Hause wieder schlechter gehen sollte.

- ₁ trifft zu ₂ trifft nicht zu

Q Ihre Bewertung Ihres Aufenthalts auf der Station Psy 32:				
1. Es war gut, während der Behandlung die Station Psy 32 als „Schutzraum“ zu haben.				
<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
2. Es war wichtig, während der Behandlung aus meinem normalen Alltag herausgenommen worden zu sein.				
<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
3. Ich fühlte mich durch die Aufnahme auf die Station Psy 32 entlastet.				
<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
4. Ich habe davon profitiert, dass meine Behandlung in einem stationären Rahmen und nicht ambulant stattfand.				
<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
5. Die Station Psy 32 würde ich einem guten Freund weiterempfehlen.				
<input type="checkbox"/> ₁ trifft zu	<input type="checkbox"/> ₂ trifft eher zu	<input type="checkbox"/> ₃ trifft teils zu, teils nicht zu	<input type="checkbox"/> ₄ trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/> ₅ trifft nicht zu
6. Insgesamt beurteile ich den Aufenthalt auf der Station Psy 32 als...				
<input type="checkbox"/> ₁ sehr gut	<input type="checkbox"/> ₂ gut	<input type="checkbox"/> ₃ befriedigend	<input type="checkbox"/> ₄ ausreichend	<input type="checkbox"/> ₅ mangelhaft

Vielen Dank für Ihre Mühe!



Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Viele Menschen machen gelegentlich besondere Erfahrungen mit sich selbst oder in ihrer Umgebung. Auf den beiden folgenden Seiten finden Sie eine Sammlung von Beschreibungen derartiger Erfahrungen und Zustände. Manches davon kennen Sie vielleicht aus eigenem Erleben, anderes kann Ihnen völlig unbekannt erscheinen. Mit diesem Fragebogen sollen solche subjektiven Erfahrungen, über die meistens wenig gesprochen wird, untersucht werden.

Beachten Sie bei der Bearbeitung folgende Hinweise:

- Wenn eine der Aussagen jetzt oder in der letzten Zeit (das heißt, innerhalb der letzten vier Wochen) für Sie selbst zutrifft, dann machen Sie bitte an der passenden Stelle ein Kreuz: „stimmt genau“, „stimmt überwiegend“ oder „stimmt etwas“.
- Wenn die Aussage für Sie noch nie zutraf bzw. seit längerem nicht mehr zutrifft, kreuzen Sie bitte „stimmt gar nicht“ an.
- Vielleicht decken sich einige der Formulierungen nicht ganz genau mit Ihren Erlebnissen; entscheiden Sie bitte trotzdem, inwieweit die Aussage zutrifft. Lassen Sie keine Aussage aus!
- Bitte bewerten Sie die Aussagen so, wie es Ihrem eigentlichen Zustand jetzt bzw. in den letzten vier Wochen entspricht. Veränderungen, die auf Medikamente oder Suchtmittel (z.B. Alkohol) zurückgehen, sind hier nicht gemeint.

Bitte zögern Sie nicht lange mit Ihrer Antwort, der erste Eindruck ist meistens der richtige. Es kommt nicht darauf an, welche Antwort den „besten Eindruck“ macht; es gibt keine „guten“ oder „schlechten“ Antworten, weil jeder Mensch seine ganz persönlichen Lebenserfahrungen macht.

Wenn sich Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens ergeben, wenden Sie sich bitte an Frau Bodensteiner, Herrn Karallus oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BES.

Sie unterstützen Sie gerne beim Ausfüllen!

Es ist selbstverständlich möglich, bei der Beantwortung der Fragen Pausen einzulegen, d.h. den Fragebogen „in Etappen“ auszufüllen.

Chiffre

Heutiges Datum

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens

Geburtsdatum
6stellig

Alle Aussagen beziehen sich auf die letzten vier Wochen!

		stimmt genau	stimmt überwie- gend	stimmt etwas	stimmt gar nicht
1.	Ich kann nicht klar und deutlich genug aufnehmen, was um mich herum ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.	Manchmal ist mein Gehör äußerst fein, ich höre dann normale Geräusche ungewöhnlich laut und scharf.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.	Ich sehe mit meinen Augen manchmal Dinge, die für andere Menschen unsichtbar sind.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4.	Mitunter scheinen sich Ereignisse, Radiosendungen o.ä. auf mich zu beziehen, obwohl das eigentlich nicht sein kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.	Wenn jemand längere Sätze beim Sprechen macht, habe ich Schwierigkeiten, den Sinn zu erfassen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6.	Auch wenn ich etwas ganz deutlich höre, bin ich manchmal unsicher, ob ich es mir nicht nur einbilde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7.	Wenn ich mir normale Gegenstände wie Tische oder Stühle ansehe, erscheinen sie mir manchmal fremdartig.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8.	Manchmal habe ich den Verdacht, dass es eine Verschwörung gegen mich gibt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.	Ich habe manchmal hässliche Bemerkungen über andere Menschen gemacht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10.	Ich muss bei ganz alltäglichen Wörtern oft überlegen, was sie bedeuten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11.	Ich glaube, dass Gedanken, Gefühle oder Verhalten bei mir gelegentlich von anderen Wesen gelenkt werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12.	Mitunter spüre ich bei Bewegungen meine Glieder nicht richtig.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13.	Ich habe das Gefühl, dass meine Gedanken überwacht werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14.	Beim Fernsehen macht es mir Mühe, Bilder und Wörter zu verfolgen und gleichzeitig die Handlung zu erfassen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15.	Oft halte ich versehentlich irgendwelche Geräusche für Stimmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16.	Manchmal kommt mir ein Teil meines Körpers kleiner vor, als er tatsächlich ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17.	Manchmal ist mir, als wären Dinge meiner Umgebung auf eine Art angeordnet, die eine merkwürdige Bedeutung hat.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18.	Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19.	Alltägliche Wörter scheinen manchmal eine eigentümlich fremdartige Bedeutung zu haben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20.	Manchmal höre ich in mir die Stimmen von nicht anwesenden Menschen oder geistigen Wesen (Gott, Engel, Teufel).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Bitte auf der nächsten Seite weitermachen!

Alle Aussagen beziehen sich auf die letzten vier Wochen!

		stimmt genau	stimmt überwie- gend	stimmt etwas	stimmt gar nicht
21.	Beim Sehen fallen mir oft Einzelteile viel stärker ins Auge als das Ganze (z.B. ein Finger von einer Hand).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22.	Manchmal glaube ich, dass mir persönlich besondere Zeichen gegeben werden, die kein anderer bemerkt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23.	Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
24.	Ich habe vieles von meinen Gewohnheiten einfach vergessen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
25.	Ich höre meine "innere Stimme" manchmal fast so deutlich, als würde tatsächlich jemand zu mir sprechen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
26.	Ich hatte schon für Momente das Gefühl, dass mein Körper verformt und missgestaltet ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
27.	Oft habe ich das Gefühl, dass etwas Eigenartiges und Ungewöhnliches um mich herum geschieht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
28.	Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
29.	Manchmal treffe ich Personen und merke erst hinterher, dass ich sie gut kenne.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
30.	Hin und wieder kommt es mir vor, als werden mir meine Gedanken weggenommen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
31.	Häufig verliere ich schon mein inneres Gleichgewicht, wenn um mich herum hantiert oder gesprochen wird.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
32.	Manche Menschen können auf irgendeine ungewöhnliche Weise meine Gedanken lesen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
33.	Manchmal bin ich beleidigt, wenn es nicht nach meinem Willen geht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
34.	Es ist bei Gesprächen anstrengend, mich aktiv zu beteiligen und eigene Vorstellungen einzubringen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
35.	Manchmal klingen ganz normale, bekannte Geräusche für mich merkwürdig verändert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
36.	Ich kann unter bestimmten Umständen die Gedanken anderer Menschen lesen (durch Telepathie o.ä.).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
37.	Ich fühle mich schon auf der Schwelle zu einer bedeutsamen Offenbarung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
38.	Wenn jemand mit mir spricht, erfasse ich oft den Sinn der Wörter nicht richtig.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
39.	Manchmal habe ich „Aussetzer“ und weiß nicht, was gerade um mich herum vorgegangen ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
40.	Ich habe alle Fragen so genau wie möglich beantwortet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Vielen Dank!

FLZ



Fragebogen zur Lebenszufriedenheit für Patientinnen und Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

kreuzen Sie bitte bei jeder der Feststellungen auf den folgenden Seiten jeweils jene Zahl an, die am ehesten Ihrer Zufriedenheit in Bezug auf die entsprechende Feststellung entspricht.

Beispiel	sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
Mit dem Wetter bin ich...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Wenn Sie – in diesem Beispiel – mit dem Wetter also weder zufrieden noch unzufrieden sind, dann kreuzen sie bitte das Kästchen „weder/noch“ an.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage nur ein Kästchen an.

Wenn sich Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens ergeben, wenden Sie sich bitte an Frau Bodensteiner, Herrn Karallus oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BES. Sie unterstützen Sie gerne beim Ausfüllen!

Es ist selbstverständlich möglich, bei der Beantwortung der Fragen Pausen einzulegen, d.h. den Fragebogen „in Etappen“ auszufüllen.

Chiffre

Heutiges Datum

Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum 6stellig

GESUNDHEIT		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Mit meiner seelischen Verfassung bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Mit meiner körperlichen Verfassung bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Mit meiner geistigen Leistungsfähigkeit bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheit bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Wenn ich daran denke, wie häufig ich Schmerzen habe, dann bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Wenn ich daran denke, wie oft ich bisher krank gewesen bin, dann bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Sind Sie zur Zeit berufstätig? ja nein

Falls nein, überspringen Sie bitte die nächsten Fragen und machen Sie weiter mit dem Block „FINANZIELLE LAGE“

ARBEIT UND BERUF		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Wenn ich daran denke, wie sicher mir meine berufliche Zukunft ist, dann bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem Arbeitsplatz habe, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Was das Ausmaß meiner beruflichen Anforderungen und Belastungen betrifft, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

FINANZIELLE LAGE		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Mit meinem Einkommen bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Mit dem, was ich besitze bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Mit meinem Lebensstandard bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit meinen zukünftigen Verdienstmöglichkeiten bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Mit den Möglichkeiten, die ich meiner Familie aufgrund meiner finanziellen Lage bieten kann, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Mit meiner voraussichtlichen (finanziellen) Alterssicherung bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

FREIZEIT		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Mit der Länge meines Jahresurlaubs bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Mit der Länge meines Feierabends und meiner Wochenenden bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Mit dem Erholungswert meines Jahresurlaubs bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Mit dem Erholungswert meiner Feierabende und meiner Wochenenden bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit der Menge der Zeit, die ich für meine Hobbys zur Verfügung habe, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Mit der Zeit, die ich den mir nahe stehenden Personen widmen kann, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Mit der Abwechslung in meiner Freizeit bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Leben Sie zur Zeit in einer Ehe/Partnerschaft?

ja

nein

Falls nein, überspringen Sie bitte die nächsten Fragen
und machen Sie weiter mit dem Block „EIGENE PERSON“

EHE UND PARTNERSCHAFT		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Mit den Anforderungen, die meine Ehe/Partnerschaft an mich stellt, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines/meiner (Ehe-) Partners/Partnerin bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Mit dem Verständnis, das mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) entgegenbringt bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mir mein(e) Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Mit der Geborgenheit, die mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) gibt, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Mit der Hilfsbereitschaft, die mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

EIGENE PERSON		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit meiner charakterlichen Eigenart/meinem Wesen bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Mit meiner Vitalität (d.h. Lebensfreude und Lebenskraft) bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen Menschen auskomme, bin ich...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls nein, überspringen Sie bitte die nächsten Fragen und machen Sie weiter mit dem Block „FREUNDE, BEKANNTE, VERWANDTE“		

BEZIEHUNG ZU DEN EIGENEN KINDERN		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Wenn ich daran denke, wie meine Kinder und ich miteinander auskommen, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Wenn ich an das schulische und berufliche Fortkommen meiner Kinder denke, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Wenn ich daran denke, wie viel Freude ich mit meinen Kindern habe, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Wenn ich an die Mühen und Kosten denke, die mich meine Kinder gekostet haben, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit dem Einfluss, den ich auf meine Kinder habe, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Mit der Anerkennung, die mir meine Kinder entgegenbringen, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

FREUNDE, BEKANNTE, VERWANDTE		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Wenn ich an meinen Freundes- und Bekanntenkreis denke, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Mit der Hilfe und Unterstützung durch Freunde und Bekannte bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit meinen Außen- und gemeinschaftlichen Aktivitäten (Verein, Kirche, etc.) bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Mit meinem gesellschaftlichen Engagement bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Wenn ich daran denke, wie oft ich unter die Leute komme, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Falls es Ihnen unangenehm ist die Fragen zur Sexualität zu beantworten,
überspringen Sie diese bitte und machen Sie weiter mit dem Block „WOHNUNG“

SEXUALITÄT		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Mit meiner körperlichen Attraktivität bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Mit meiner sexuellen Leistungsfähigkeit bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Mit der Häufigkeit, mit der mein(e) (Ehe-) Partner(in) sich mir körperlich zuwendet (streichelt, berührt), bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit meinen sexuellen Reaktionen bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Wenn ich daran denke, wie unbefangen ich über den sexuellen Bereich sprechen kann, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Wenn ich daran denke, inwiefern mein Partner und ich in der Sexualität harmonieren, bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

WOHNUNG		sehr unzu- frieden	unzu- frieden	eher unzu- frieden	weder /noch	eher zu- frieden	zu- frieden	sehr zu- frieden
1.	Mit der Größe meiner Wohnung bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
2.	Mit dem Zustand meiner Wohnung bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
3.	Mit den Ausgaben (Miete bzw. Abzahlung) für meine Wohnung bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
4.	Mit der Lage meiner Wohnung bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
5.	Mit der Anbindung an Verkehrsmittel bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
6.	Wenn ich an den Grad der Lärmbelästigung denke, bin ich mit meiner Wohnung ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
7.	Mit dem Standard meiner Wohnung bin ich ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!