

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf  
Direktor: Prof. Dr. D. Naber

Poststationäre Versorgung schizophrener Patienten unter besonderer  
Berücksichtigung atypischer Neuroleptika

Dissertation  
Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Nicola Lauterwein  
aus Leutkirch

Hamburg, 2002

Angenommen von dem Fachbereich Medizin  
der Universität Hamburg am:

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs  
Medizin der Universität Hamburg

Dekan:

Referent:

Koreferent:

# Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
1.1. Problemstellung	4
1.2. Literatursuche	4
1.3. Literaturüberblick	5
1.4. Theoretischer Teil	5
1.4.1. Aktuelle Praxis der Verordnung	6
1.4.2. Charakteristika der atypischen Neuroleptika	11
1.4.2.1. Therapeutische Vorteile	11
1.4.2.2. Kosten	13
1.5. Fragestellungen	17
1.6. Ziele der Arbeit	18
<b>2. Methoden</b>	<b>19</b>
2.1. Wahl des Forschungsdesigns	19
2.2. Wahl des Datenerhebungsverfahrens	19
2.3. Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche	20
2.4. Operationalisierungen	21
2.4.1. Patientenmerkmale und früherer Verlauf	21
2.4.1.1. Soziodemographische Daten	21
2.4.1.2. Indexaufenthalt und frühere Behandlungen	21
2.4.2. Poststationärer Behandlungsverlauf	22
2.4.2.1. Medikation	22
2.4.2.2. Versorgungssituation	22
2.4.3. Subjektive Zufriedenheit mit Aspekten der Behandlung	22
2.5. Stichprobenansatz	23
2.6. Vorgehen bei der Datenerhebung	23
2.7. Auswertungsverfahren	24

<b>3. Ergebnisse</b>	<b>25</b>
3.1. Art der Ergebnisdarstellung	25
3.2. Darstellung der Stichprobe	25
3.2.1. Stichprobengröße und Teilnehmerquote	25
3.2.2. Untersuchungszeitpunkt	26
3.3. Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche	26
3.3.1. Merkmale des Patienten und seiner Lebenssituation	26
3.3.1.1. Soziodemographische Daten	26
3.3.1.2. Indexaufenthalt und frühere Behandlungen	28
3.3.2. Poststationärer Behandlungsverlauf	29
3.3.2.1. Medikation	29
3.3.2.2. Versorgungssituation	32
3.3.3. Subjektive Zufriedenheit mit Aspekten der Behandlung	34
<b>4. Diskussion</b>	<b>40</b>
4.1. Diskussion der gewählten Methodik	40
4.2. Diskussion der Befunde	41
4.2.1. Poststationärer Behandlungsverlauf	41
4.2.2. Subjektive Zufriedenheit mit Aspekten der Behandlung	43
4.3. Zusammenfassende Diskussion und Ausblick	44
<b>5. Zusammenfassung</b>	<b>45</b>
<b>6. Literatur</b>	<b>47</b>
<b>7. Anhang</b>	<b>51</b>
7.1. Anschreiben	51
7.2. Telefoninterview	52

## **1. Einleitung**

### **1.1. Problemstellung**

Die Behandlung der Schizophrenie hat sich in den letzten Jahren mit der Einführung neuer Medikamente deutlich verbessert. Die modernen sogenannten atypischen Antipsychotika überzeugen durch bessere Wirksamkeit und vor allem durch ihre bessere Verträglichkeit. Dennoch werden sie in der Bundesrepublik nach wie vor nur relativ selten verschrieben. Vor allem bei den niedergelassenen Nervenärzten werden als Begründung dafür immer wieder die, im Vergleich zu den herkömmlichen Präparaten, hohen Kosten der Medikamente angeführt. Als weitere Gründe werden das weitgehende Fehlen von Depot-Präparaten und die im Vergleich zu den Typika geringe klinische Erfahrung angegeben (Naber, 2000).

Untersuchungen zur aktuellen Verschreibungspraxis der Atypika gibt es allerdings bislang in Deutschland kaum, insbesondere zur Frage, inwieweit die neuen Medikamente im ambulanten Bereich Anwendung finden.

### **1.2 Literatursuche**

#### **1. Datenbanken**

In die Suche einbezogen wurden die Datenbanken MEDLINE (1993-2002) und Embase (1997-2002). Zunächst wurde dabei der Suchterm „*schiz\* or psychosis*“ and „*neuroleptics or antipsychotics*“ and „*atypical*“ eingesetzt. Anschließend wurde mit Hilfe der Suchtermini „*costs*“ or „*prescriptions*“ or „*pharmacoeconomic*“ eingegrenzt.

#### **2. Weitere Quellen**

Kontaktet wurden die Firmen Lilly und Janssen Cilag mit der Bitte, Material zur Verfügung zu stellen. Weiter wurden die Veröffentlichungen der KVen (Kassenärztlichen Vereinigung), insbesondere der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), auf relevante Beiträge durchgesehen.

### **1.3 Literaturüberblick**

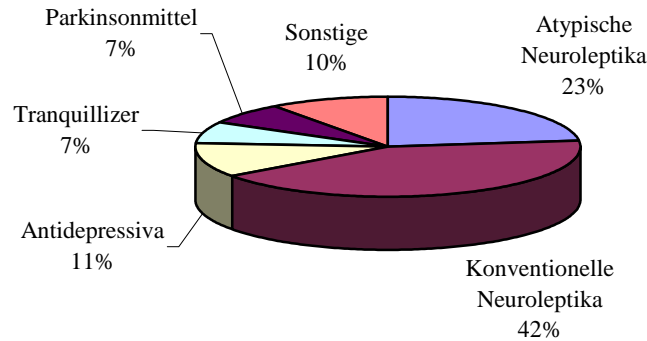
Die Literatur zur Verschreibungspraxis der atypischen Neuroleptika bei schizophrenen Patienten ist sehr begrenzt. Die existierenden Daten stammen zumeist aus Erhebungen der Industrie oder der verschiedenen Kostenträger. In Studien aus dem universitären Bereich scheint diese Thematik bislang nur wenig Aufmerksamkeit zu erhalten. Zwar wird in zahlreichen Veröffentlichungen immer wieder der Mangel an innovativen Therapien in der Schizophreniebehandlung kritisiert und es existieren verschiedene Studien zur Analyse der Effizienz der Atypika, doch gibt es kaum valide Daten bzgl. der Kontinuität der Verordnung, bzw. von Unterschieden zwischen ambulantem und stationärem Bereich im deutschsprachigen Raum. Die Literaturrecherche ergab zu diesem Thema lediglich zwei Arbeiten (Haberfellner & Rittmannsberger, 1998; Hamman et al., 2000).

### **1.4. Theoretischer Teil**

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie stand die Untersuchung der Verschreibungskontinuität atypischer Neuroleptika im poststationären Behandlungsverlauf. Zunächst soll ein theoretischer Hintergrund zur aktuellen Lage der Versorgungspraxis vor der gesundheitsökonomischen Situation in Deutschland geschaffen werden. Hierbei werden einige für diese Arbeit besonders relevante Aspekte zusätzlich Beachtung finden, etwa Fragen der Kosteneffektivität der atypischen Präparate und deren therapeutische Vorteile.

### 1.4.1. Aktuelle Praxis der Verordnungen

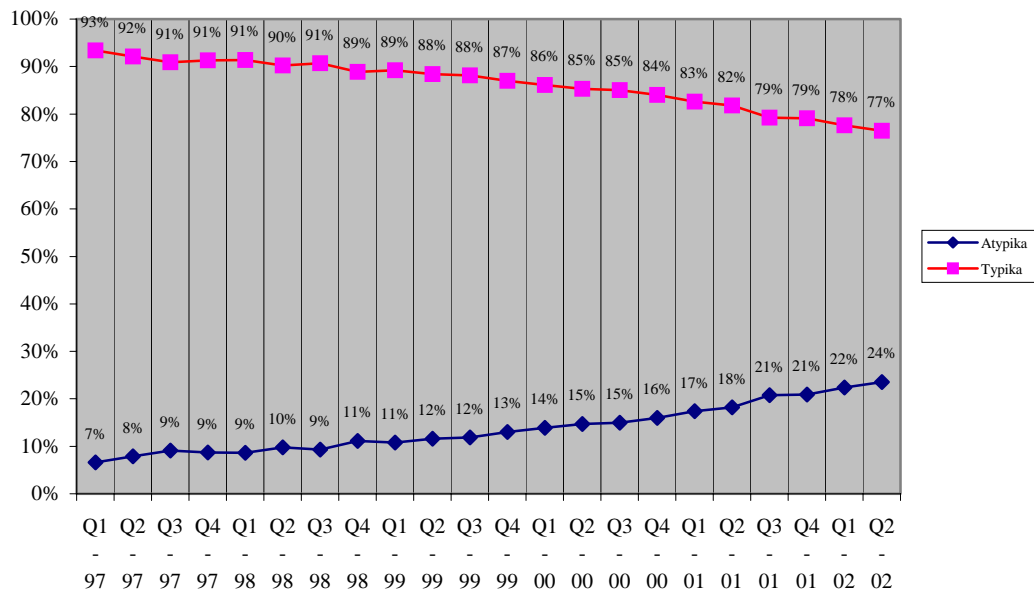
In der Pharmakotherapie der Schizophrenie kommen verschiedene Substanzklassen zum Einsatz, wobei die Neuroleptika jedoch eindeutig den größten Anteil einnehmen (65%; s. Abb. 1).



**Abbildung 1:** Diagnose Schizophrenie F-20, führende ATC-Gruppen (anatomic therapeutical classes, 2001)

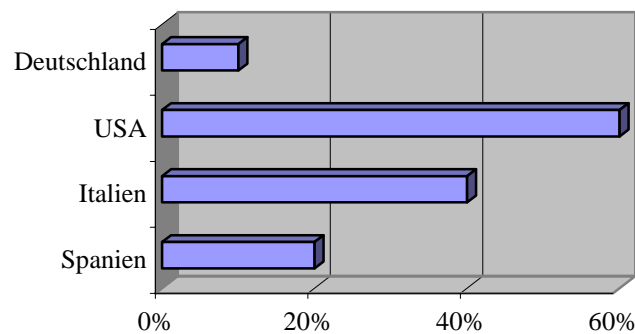
Aktuelle Erhebungen ergaben, dass es in Deutschland im Jahr 2001 insgesamt rund 12.7 Mio. Verordnungen an Neuroleptika gab (IMS Health Frankfurt, 2002).

Auch wenn der Anteil der Verordnungen atypischer Neuroleptika daran in den letzten Jahren zunimmt (s. Abb.2), waren 2001 nur 19% dieser Summe in der Bundesrepublik den atypischen Präparaten zuzuordnen.



**Abbildung 2:** Verschreibungen typischer versus atypischer Neuroleptika (Eli Lilly and Company, 2002)

Vor allem verglichen mit anderen Ländern erscheint dies als noch immer relativ selten. Abbildung 3 gibt einen Überblick über den Anteil der Atypika an der Gesamtheit der Neuroleptikaverordnungen im internationalen Vergleich.



**Abbildung 3:** Anteil der Atypika an der Gesamtheit der Neuroleptikaverordnungen im internationalen Vergleich (nach Naber et al., 2001)

In deutlichem Kontrast zu diesen Zahlen steht, dass bei einer europaweiten Befragung 87 Prozent der deutschen Psychiater angaben, dass sie die modernen Antipsychotika als entscheidend für eine erfolgreiche Schizophrenie-Behandlung ansehen und auch ihre Familienangehörigen im Bedarfsfall damit behandeln würden. Als Hauptgrund für die trotzdem zögerliche Verordnung geben 34 Prozent der europäischen und 60 Prozent der deutschen Psychiater dabei die zu hohen Kosten an (Hamblin, 1999).

Bezüglich der Verordnungspraxis der niedergelassenen Nervenärzte gibt es im Gegensatz zum stationären Bereich bislang kaum Analysen. Folglich liegen kaum Informationen darüber vor, ob die ambulanten Pharmakotherapien den aktuellen Standards entsprechen und sich die Therapie der Schizophrenie an den gegenwärtigen Leitlinien orientiert (etwa DGPPN, 1998). In einer österreichischen Studie (Haberfellner & Rittmannsberger, 1998) wurde die Neuroleptikabehandlung durch den niedergelassenen Psychiater genauer untersucht. Die Studie ergab, dass die meisten Abweichungen von den aktuell geltenden Empfehlungen im Einsatz von Mehrfachkombinationen, Unterdosierungen und langfristiger Gabe von Anticholinergika bestand. Am häufigsten wurde auch hier Haloperidol verwendet



(37%), das atypische Clozapin wurde bei 30% der Patienten eingesetzt. Die bislang einzige deutsche Studie zum Thema legten Hamman et al. (2000) vor. Bei einer Stichprobe von 200 schizophrenen Patienten wurden drei Monate nach Entlassung aus der Klinik deren ambulant betreuende Psychiater kontaktiert und zur aktuellen Medikation befragt. Die Studie ergab, allen Erwartungen zum Trotz, dass nur bei fünf Prozent aller mit einem Atypikum entlassenen Patienten in den ersten drei Monaten nach Entlassung ein Wechsel auf ein konventionelles Antipsychotikum stattgefunden hatte.

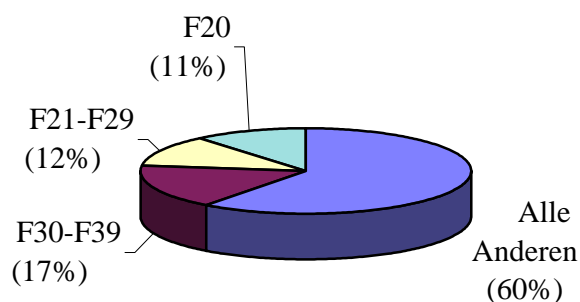
Der relativ geringe Anteil an Atypikaverschreibungen wird in Deutschland oft auf die Budgetlimitierungen, denen die deutschen Ärzte im Gegensatz zu ihren ausländischen Nachbarn aktuell unterworfen sind, zurückgeführt. Sie erschweren den niedergelassenen Psychiatern die Verordnung innovativer aber teurerer Medikamente, da sie im Falle einer Überschreitung ihres Budgets selbst haftbar gemacht werden können. Diese Arzneimittelbudgetierungen sind eine in Deutschland mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 in Kraft getretene Maßnahme zur Rationierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (Güther, 1995). Mit der Gesundheitsreform im Jahre 2000 wurden die kollektiven Budgets durch sogenannte arztgruppenspezifische Richtgrößen ersetzt (KBV, 2000). In den Empfehlungen zu Richtgrößen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) werden all jene Arzneimittelwirkstoffe von der Richtgrößenfestlegung ausgenommen, die „gesicherte Indikationen bei schweren oder chronischen Erkrankungen aufweisen und keine Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Ausweitung der Indikationsstellung bieten“ (KBV, 2001). Die atypischen Neuroleptika sind jedoch bislang, auch in der aktualisierten Fassung vom September 2001, nicht in dieser Liste enthalten.

Weiter besteht die Möglichkeit, eine Therapie zur „Praxisbesonderheit“ zu erklären: „Für das Verfahren bei Überschreitung der Richtgrößen (Praxisbudgets) sind Regelungen zu treffen, die Praxisschwerpunkte oder Praxisbesonderheiten mit erhöhtem Versorgungsaufwand entsprechend berücksichtigen. Die KBV wird hierfür einen Katalog von Praxisbesonderheiten erarbeiten“ (KBV, 2001). Auch die Liste der Praxisbesonderheiten enthält die Therapie der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika jedoch nicht.

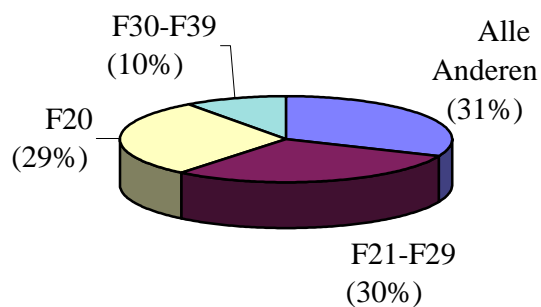
In den Arzneimittelrichtlinien der KBV werden zur Therapie der Schizophrenie noch immer die konventionellen Antipsychotika als ausreichend empfohlen und von einem generellen Gebrauch der Atypika abgeraten. So heißt es beispielsweise:

„Eine generelle Bevorzugung der atypischen Neuroleptika ist derzeit nicht begründet, (...)“ und auch: „Der generelle Einsatz der mit sehr viel höheren Kosten verbundenen atypischen Neuroleptika ist bei der Akutbehandlung schizophrener Patienten medizinisch nicht gerechtfertigt“ (Arzneimittelrichtlinien, Stand 4.6.2002). Die Empfehlungen der KBV werden weitestgehend von den KVen (Kassenärztlichen Vereinigungen) der Länder übernommen, wobei aber durchaus die Möglichkeit der unterschiedlichen Auslegung besteht. Dies führt zu einer bundesweit uneinheitlichen Liste der Praxisbesonderheiten. Beispielsweise wurden in der KV Hessen bereits vor ein paar Jahren die atypischen Neuroleptika zur Behandlung der Schizophrenie der Budgetierung entzogen, in anderen KVen wird lediglich der Mehrkostenbedarf, der durch die Verschreibung der teureren Medikamente entsteht, als Praxisbesonderheit anerkannt.

Ein weiterer Grund für den im Vergleich zu anderen Ländern nach wie vor hohen Anteil an Typikaverordnungen könnte zudem in den vorrangigen Indikationen liegen. So werden rund 77% der konventionellen Neuroleptika in Deutschland nicht zur eigentlichen antipsychotischen Therapie verschrieben, während sich dieser Anteil bei den atypischen Präparaten auf lediglich 41% beläuft (IMS Health, 2002). Der Anteil der einzelnen Diagnosegruppen nach ICD-10 (WHO, 1994) ist in Abbildung 4 und 5 dargestellt.



**Abbildung 4:** Verteilung der Typikaverordnungen auf verschiedene Diagnosegruppen nach ICD-10



**Abbildung 5:** Verteilung der Atypikaverordnungen auf verschiedene Diagnosegruppen nach ICD-10

Vor allem die niedrigpotenten Typika scheinen hauptsächlich als Tranquillantien eingesetzt zu werden, eine Indikation, für die Atypika nicht in Frage kommen. So konnten Linden & Thiels (2001) eine deutliche Parallele zwischen dem Anstieg der Verschreibungen von Neuroleptika und einem gleichzeitigen Absinken der Verschreibungen von Benzodiazepinen in Deutschland belegen. Dies scheint auch in den unterschiedlichen Altersgruppen der Patienten zum Ausdruck zu kommen. Der Großteil der mit konventionellen Präparaten versorgten Patienten weist ein Alter von über 65 Jahren auf (51%), während sich dieser Anteil bei den Atypika lediglich auf 36% beläuft. Der größte Unterschied scheint hier in der Altersgruppe der 20 bis 39jährigen zu liegen, die sich bei den Typika auf lediglich 11%, bei den Atypika hingegen auf 25% beläuft. Weiter fällt auf, dass atypische Präparate hauptsächlich von Neurologen und Psychiatern verordnet werden (68% der Atypika; 39% der Typika), im Gegensatz zu den konventionellen Mitteln, deren häufigste Verschreiber sich unter den Praktischen Ärzten wiederfinden (47% der Typika; 26% der Atypika). Ein letzter beträchtlicher Unterschied den Einsatz atypischer versus konventioneller Neuroleptika betreffend, findet sich in der Unterscheidung der Therapie von akuten im Gegensatz zu chronischen Störungen: Nur 7% der Atypika werden zur Behandlung von akuten Störungen verordnet, bei den Typika beläuft sich dieser Anteil auf immerhin 11% (IMS Health, 2002).

Keine wesentlichen Unterschiede scheint es dagegen im Verschreibungsverhalten zwischen alten und neuen Bundesländern zu geben und auch zwischen

Ballungsräumen und ländlichen Gebieten, scheinen die Unterschiede nur minimal zu sein. So werden in Städten mit über 500000 Einwohnern im Verhältnis mehr Atypika verschrieben (18%; Typika 14%), wohingegen sich in den kleineren Gemeinden (<5000 Einwohner) eine nur leicht gegenläufige Tendenz zeigt (Atypika 5%; Typika 8%).

Auch bei den verschiedenen Kostenträgern scheinen keine wesentlichen Unterschiede zu bestehen, so werden 26% der Atypika von den Ersatzkassen bezahlt, bei den Typika beläuft sich dieser Anteil auf rund 23%. Private Versicherungen zahlen 4% der konventionellen Verordnungen und 4% der atypischen. Den Hauptteil der Verordnungen trägt in beiden Fällen die Rentenversicherung (73% der Typika und 69% der Atypika). Bezüglich der Geschlechterverteilung scheinen die Differenzen ebenfalls nur minimal, 64% der Typika werden Frauen verschrieben, bei den Atypika beträgt dieser Anteil 57% (Panelerhebung, IMS Health, Frankfurt, 2002).

## **1.4.2. Charakteristika der Atypika**

### **1.4.2.1. Therapeutische Vorteile**

Die sogenannten atypischen Neuroleptika haben in etlichen Studien ihre Vorteile gegenüber den konventionellen Präparaten unter Beweis gestellt. Die Verwendung des Begriffes „atypisch“ unterliegt dabei jedoch unterschiedlich engfassten Definitionen. Einige Autoren verstehen darunter „Substanzen, die eine mit typischen Neuroleptika vergleichbare antipsychotische Wirksamkeit aufweisen, jedoch im therapeutischen Dosisbereich keine relevanten extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen verursachen“ (etwa Herz, 1997). Dagegen lautet eine erweiterte Fassung: „nicht keine, sondern weniger EPMS als typische Neuroleptika, bessere Wirksamkeit auf Negativsymptomatik, ein geringeres Potential für eine Prolaktinerhöhung, Wirksamkeit bei Therapieresistenz, Effizienz in der Behandlung kognitiver Störungen und (ein) bestimmtes Rezeptorbindungsprofil“ (Kinon & Liebermann, 1996; Möller, 1997). Auch wenn es sich bei den verschiedenen Medikamenten nicht um eine einheitliche Substanzklasse im engeren Sinne handelt, so lassen sich die meisten Aussagen, das therapeutische Spektrum betreffend, doch

auf alle in Deutschland gegenwärtig zugelassenen Präparate, also auf Clozapin, Risperidon, Olanzapin, Zotepin, Amisulprid, Quetiapin und Ziprasidon, in unterschiedlicher Ausprägung beziehen.

Der wohl entscheidendste Vorteil der Atypika besteht in ihrer besseren Verträglichkeit. So treten unter atypischen Antipsychotika keine, oder nur sehr geringe motorische Nebenwirkungen auf. Diese unter Typikatherapie weit verbreiteten Störungen führen klinisch zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer tardiven Dyskinesie (besonders Parkinsonoid; Kane et al., 1988; Andrew, 1994), der Gefahr von Fehldiagnosen mit falschen Behandlungskonsequenzen (Casey, 1995) und der Beeinflussung kognitiver Leistungen (Keefe et al., 1999). Ein weiterer Vorteil besteht im selteneren Auftreten affektiver Nebenwirkungen, die ebenfalls unter atypischen Präparaten kaum zu beobachten sind (Naber et al. 2000).

Weiter konnte eine bessere Wirksamkeit der Atypika auf die schizophrene Negativsymptomatik gezeigt werden (Loo et al., 1997; Petit et al., 1996). Die Wirkung auf die Positivsymptomatik gilt als besser oder zumindest vergleichbar mit den konventionellen Präparaten (Puech et al, 1998; Petit et al, 1996). Auch im Bereich der kognitiven Defizite (Metaanalyse von Keefe et al., 1999) sowie in der Wirksamkeit auf depressive Symptome (Naber et al., 1994; Tollefson et al., 1998) konnten die Vorteile bestätigt werden. Für einige Substanzen, insbesondere Clozapin, konnte eine größere Effektivität in der Behandlung therapieresistenter Patienten gezeigt werden (Chakos et al., 2001; Wahlbeck et al., 1999).

Für die Atypikatherapie resultiert daraus eine, im Vergleich zu konventionellen Präparaten, bessere Medikamentencompliance, mit niedrigeren Rehospitalisierungsraten (Naber et al., 2000). Insgesamt kann durch die neuen Medikamente die subjektive Befindlichkeit der Patienten erheblich gebessert werden (Naber, 1995).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Wirksamkeit einiger atypischer Medikamente im Vergleich zu konventionellen Präparaten (Referenzsubstanzen u.a. Haloperidol, Fluphenazin, Flupentixol).

**Tabelle 1:** Wirksamkeit atypischer Medikamente in der Akutbehandlung

(nach Naber et al., 2000)

	<b>Clozapin</b>	<b>Zotepin</b>	<b>Risperidon</b>	<b>Olanzapin</b>	<b>Amisulprid</b>
<b>Positivsymptomatik</b>	= oder +	= oder +	= oder +	= oder +	= oder +
<b>Negativsymptomatik</b>	++	+	+	++	++
<b>Kognitive Symptome</b>	+	+	+	++	+
<b>Depressive Symptome</b>	++	+	+	++	+
<b>Subjektive Befindlichkeit</b>	+	?	+	+	?
<b>Effektivität bei Therapieresistenz</b>	++	= oder +	= oder +	+	?
<b>Compliance</b>	++	+	++	++	+

#### 1.4.2.2. Kosten

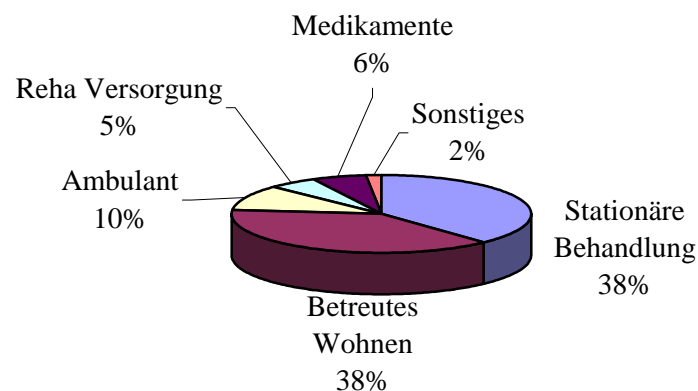
Aufgrund der wachsenden finanziellen Probleme im Gesundheitssystem gewinnen Kostenanalysen, vor allem im Bereich chronischer und rezidivierender Krankheiten, zunehmend an Bedeutung (Kilian et al., 2001). Unter wirtschaftlichen Aspekten spielt vor allem der Nachweis einer Kosten-Nutzen-Relation eine große Rolle, denn nicht immer sind die auf den ersten Blick kostengünstigeren Maßnahmen auch langfristig gesehen die Effektiveren. Auch zum Einsatz atypischer Antipsychotika liegen inzwischen einige Untersuchungen bezüglich deren Kosteneffektivität vor. In diesen Studien wird unter Effektivität in der Regel die „Wirksamkeit im klinischen Alltag, wobei Verschwendungen, nicht angemessene Verordnungen, mangelnde Compliance der Patienten, Therapieabbrüche etc. miteinbezogen sind“ verstanden (Schöffski, 2001). Dabei finden neben der Psychopathologie und den Kosten der verschiedenen Behandlungen zunehmend auch moderne Outcome-Maße, etwa die Auswirkungen der Medikation auf die Lebensqualität, Berücksichtigung (Revicki, 2000).

Die Aufwendungen für Medikamente zählen bei der Ermittlung der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten zu den sogenannten direkten Kosten. Hierunter fasst man sämtliche Behandlungs- und Versorgungskosten einer Krankheit zusammen, während unter den indirekten Kosten diejenigen verstanden werden, die nicht unmittelbar mit der Behandlung der Erkrankung, sondern sekundär damit

verbunden sind, etwa Produktivitätsverlust. Es bestehen internationale Unterschiede die jeweilige Höhe der Kosten betreffend, alle Untersuchungen stimmen jedoch in ihren Angaben insoweit überein, dass im Bereich der Schizophrenie der weitaus größere Teil der Ausgaben den indirekten Kosten zuzuschreiben ist, welche allerdings zu einem großen Anteil Schätzungen unterliegen (Rössler, Salize & Knapp, 1998).

Die durchschnittlichen Behandlungskosten pro schizophrenem Patienten im Jahr betragen in Deutschland etwa 12.726 DM (Kilian et al., 2001). Damit liegt die Schizophrenie auf Platz 5 der teuersten Krankheiten in Deutschland überhaupt (Salize, 2001) und ist vergleichbar etwa mit den Ausgaben für Volkskrankheiten wie der Koronaren Herzkrankheit oder Diabetes mellitus. Es fällt auf, dass die Schizophrenie, trotz ihrer relativ niedrigen Prävalenz einen überproportional großen Anteil an Gesundheitsausgaben in Deutschland notwendig macht. Dies lässt sich vor allem durch den meist chronischen Verlauf der Erkrankung bei relativ frühem Erkrankungsalter, hohen Rehospitalisierungsraten und aufwendigen Rehabilitationsleistungen begründen. Laut einer Studie, die im Auftrag der WHO erstellt wurde, fällt die Schizophrenie weltweit auf Platz neun der häufigsten Ursachen für Behinderungen, was noch einmal die Bedeutsamkeit der Kosten zur Behandlung dieser Erkrankung verdeutlicht (Murray & Lopez, 1990).

Die genauere Analyse der direkten Kosten ergibt, dass deren Hauptteil durch stationäre Klinikaufenthalte und betreute Wohneinrichtungen verursacht wird (jeweils 38%). Die außerstationäre Medikamentenverordnung beläuft sich hingegen lediglich auf einen Anteil von 6% (s. Abb. 6).



**Abbildung 6:** Direkte Gesamtversorgungskosten schizophrener Patienten  
(nach Rössler, Salize & Knapp, 1998)

Auch wenn es sich dabei nur um einen verhältnismäßig geringen Prozentsatz handelt, hat sich doch gezeigt, dass die Medikation einen erheblichen Einfluss auf die Summe der Kosten insgesamt hat. Schätzungen lassen vermuten, dass es aufgrund mangelnder Medikamentencompliance zu ca. einem Drittel aller Rehospitalisierungen kommt (Rössler, Salize & Knapp, 1998).

In Deutschland werden allerdings nach wie vor und im Gegensatz zu anderen Ländern die Kosten für ambulante und stationäre Behandlung nur getrennt voneinander betrachtet. Denn auch wenn die Kosten für die Neuroleptika der zweiten Generation zunächst höher ausfallen als die der älteren Medikamente (Tagestherapiekosten: 10–20 DM versus 1.70–2.30 DM; Quelle: KV Mecklenburg-Vorpommern, 2001), konnte doch in mehreren pharmako-ökonomischen Studien gezeigt werden, dass die Gesamtkosten der Schizophreniebehandlung bei Verwendung der neuen Präparate reduziert werden oder aber zumindest konstant bleiben (Übersicht bei Revicki, 2000).

Im Bereich der gesundheitsökonomischen Studien sind allerdings unterschiedliche methodische Ansätze denkbar, so kann sich beispielsweise die Summe der Gesamtkosten aus verschiedenen Faktoren zusammensetzen, die von den zusätzlichen Behandlungskosten bis zur Berechnung der Lebensqualität reichen können (Schütz, Laux & Günther, 2001). Außerdem stammen die meisten dieser Studien dabei aus dem angloamerikanischen Raum und können aufgrund der unterschiedlichen Behandlungskonzepte und -institutionen, sowie unterschiedlichen sozialen Strukturen, nicht ohne weiteres auf Deutschland und andere Länder übertragen werden (Schütz, Laux & Günther, 2001).

Die vorhandenen Studien sind sich allerdings darüber einig, dass die entstehenden Einsparungen vor allem durch eine Verkürzung der stationären Therapiedauer und geringeren Rehospitalisierungsraten zustande kommen und dass das wahre Ausmaß der Einsparungen erst nach einiger Zeit deutlich wird, was Studien über einen längeren Zeitraum (z.B. 2-5 Jahre) erforderlich macht (Revicki, 1999). Für Clozapin konnte so eine eindeutige Überlegenheit im Falle der therapieresistenten Schizophrenie gezeigt werden (Revicki, 1999). Sowohl Olanzapin als auch Risperidon erwiesen sich zumindest als kostenneutral im Gegensatz zu den konventionellen Präparaten, hatten jedoch beide bessere Ergebnisse das klinische Outcome betreffend (Mahmoud et al., 1999; Foster & Goa, 1998). Im Falle der



anderen Präparate reicht die Menge der Daten bislang nicht aus um valide Aussagen über deren Kosteneffektivität zu treffen (Übersicht bei Revicki, 2000).

Tabelle 2 soll einen Überblick über die Ergebnisse verschiedener pharmako-ökonomischer Untersuchungen im Bereich der Neuroleptika geben.

**Tabelle 2:** Ergebnisse verschiedener Studien zum Kostenvergleich atypischer und konventioneller Antipsychotika (Revicki, 2000)

Studie	Dauer (in Jahren)	Kostenschätzungen (US \$)	Kosten- Effektivitäts- Quotient
<b><i>Clozapin</i></b>			
Revicki & Brown	5	CLZ \$63,820 TAP \$ 68,284	Clozapin führend
Davies & Drummond	lifetime	Keine Angaben	US\$ 146 / Jahr Einsparungen US\$ 2133 / Lebenszeit Einsparungen
Oh et al.	1	CLZ \$48,992 TAP \$ 69,988	Clozapin führend
<b><i>Risperidon</i></b>			
Glazer & Ereshefsky	1	HAL \$ 5,752 DEP \$ 4,595 RIS \$ 7,162	Haldol Depot führend
Oh et al.	1	HAL \$ 57,274 FLU \$ 61,698 RIS \$ 51,641	Risperidon führend
Davies et al.	2	HAL \$ 14,965 RIS \$ 12,693	Risperidon führend
<b><i>Olanzapin</i></b>			
Palmer et al.	5	OLZ \$ 92,593 RIS \$ 94,468 HAL \$ 94,132	Olanzapin führend
Almond & O'Donnell	5	OLZ \$ 56,856 Hal \$ 58,149	Olanzapin führend

CLZ : Clozapin, DEP : Haloperidol-depot; FLU: Fluphenazin; HAL: Haloperidol; OLZ: Olanzapin; RIS: Risperidon ; TAP : Typische Antipsychotika

Tabelle 3 gibt am Beispiel des Kostenvergleiches von Olanzapin und Haloperidol einen Überblick über die Verteilung der direkten Kosten auf die verschiedenen therapeutischen Bereiche.

**Tabelle 3:** Kostenvergleich am Beispiel Olanzapin und Haloperidol  
(nach Hamilton et al., 1999)

	<b>Olanzapin (im Mittel)</b>	<b>Haloperidol (im Mittel)</b>
<i>Akute Phase (6 Wochen)<sup>a</sup></i>		
Gesamtkosten	\$ 6114	\$ 6502
Stationäre Kosten	\$ 5125	\$ 5795
Ambulante Kosten	\$ 663	\$ 692
Kosten für die Medikation	\$ 326	\$ 15
<i>Erhaltungsphase(46 Wo.)<sup>b</sup></i>		
Gesamtkosten	\$ 15 594	\$ 16 230
Stationäre Kosten	\$ 8322	\$ 10 662
Ambulante Kosten	\$ 3810	\$ 5473
Kosten für die Medikation	\$ 3461	\$ 95

*Alle Beträge sind in US- Dollar*

*a Olanzapin: n= 543; Haloperidol: n= 260*

*b Olanzapin: n= 268; Haloperidol: n= 74*

### **1.5. Fragestellungen und Hypothesen**

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte im wesentlichen drei Fragestellungen nachgegangen werden:

1. In welchem Umfang werden schizophrene Patienten im Anschluss an einen stationären Aufenthalt weiter mit atypischen Neuroleptika behandelt?
2. Lassen sich, falls ein poststationärer Medikamentenwechsel stattfindet, die Ursachen näher charakterisieren?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen Verschreibungskontinuität und subjektiver Zufriedenheit?

Aufgrund der weitgehend fehlenden Vorbefunde hatte die Untersuchung explorativen Charakter und es wurde von der Formulierung von Hypothesen abgesehen.

### **1.6. Ziele der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit soll in erster Linie dazu dienen, einen Eindruck von der Verschreibungskontinuität im Bereich der atypischen Antipsychotika zu gewinnen. Es sollen erste Daten zu diesem wichtigen, aber bislang kaum systematisch untersuchten Feld gewonnen werden.

## **2. Methoden**

### **2.1. Wahl des Forschungsdesigns**

Das gewählte Forschungsdesign entspricht einer katamnesticen Studie, mit Untersuchung der Stichprobe innerhalb eines definierten Zeitraums nach deren Entlassung. Es wurde ein zeitlicher Abstand zum stationären Indexaufenthalt von neun bis 12 Monaten angestrebt.

### **2.2. Wahl des Datenerhebungsverfahrens**

Als Mittel der Datenerhebung wurde die wissenschaftliche Befragung in Form eines Telefoninterviews gewählt. Diese Art der Befragung bietet sich besonders zur rationellen Untersuchung einer größeren Gruppe von Probanden an. Der Hauptvorteil liegt dabei in der Verringerung des Zeit- und Kostenaufwandes, sowohl für den Untersucher als auch den Probanden. Dem Untersucher wird durch die relative Unabhängigkeit von räumlichen Gegebenheiten eine größerer Flexibilität in Planung und Durchführung ermöglicht, dem Proband eine Untersuchung in seiner häuslichen Umgebung. Das telefonische wird im Gegensatz zum persönlichen Interview in der Regel als anonym und weniger bedrängend erlebt. Im Falle eines unpassenden Zeitpunkts besteht außerdem die Möglichkeit, ohne großen Aufwand einen neuen Termin zu vereinbaren. All diese Umstände wirken sich förderlich für die Bereitschaft zur Mitwirkung an einem Interview aus und erhöhen die Teilnehmerraten (Siemiatycki, 1979; Downs et al., 1980).

Die telefonische Befragung hat jedoch auch ihre Grenzen, die zum einen darin bestehen, dass sich die Dauer des Interviews auf einen relativ kurzen Zeitraum beschränken muss. So sollte das gesamte Interview dabei nicht mehr als 20 Minuten erfordern. Die Etablierung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Interviewer und Probanden fällt deutlich schwerer, was die Übermittlung persönlicher oder die Privatsphäre betreffender Angaben einschränken kann. Überdies lassen sich die Begleitumstände des Interviews (Ablenkungen, Müdigkeit etc.) nur schwer kontrollieren (Bortz & Döhring, 1995).

## Datenquellen

Soweit möglich wurden die Informationen von den Patienten selbst erhoben. Da eine direkte telefonische Befragung nicht bei allen Personen durchzuführen war, wurden in Einzelfällen stattdessen deren gesetzliche Betreuer befragt, die über die aktuelle Medikation informiert waren. In diesen Fällen konnten zwar keine Angaben bzgl. der subjektiven Zufriedenheit erhalten werden, die Anzahl von Datensätzen bzgl. der poststationären Versorgungssituation erhöhte sich jedoch.

Zur Erfassung der soziodemografischen Daten und Informationen zur Krankheitsgeschichte (Voraufenthalte, Art der Einweisung) wurden Daten aus der hausinternen Basisdokumentation ausgewertet. Diese wird bei Entlassung vom Behandler ausgefüllt und umfasst wesentliche Teile der von der DGPPN empfohlenen „BADO in Psychiatrischen Kliniken“ (Cording et al., 1995).

## **2.3. Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche**

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Art und Häufigkeit eines eventuellen poststationären Medikationswechsels zu untersuchen und die jeweiligen Gründe hierfür zu erfassen. Die dafür in die Untersuchung einbezogenen Variablen lassen sich zu drei Merkmalsbereichen zusammenfassen:

### **1. Patientenmerkmale und früherer Verlauf**

- Soziodemographische Daten (2.4.1.1.)
- Indexaufenthalt und frühere Behandlungen (2.4.1.2.)

### **2. Poststationärer Behandlungsverlauf**

- Medikation (2.4.2.1.)
- Versorgungssituation (2.4.2.2.)

### **3. Subjektive Zufriedenheit mit Aspekten der Behandlung** (2.4.3.)

## **2.4. Operationalisierungen**

Da auch nach sorgfältiger Recherche kein geeignetes Instrumentarium zur Erfassung des poststationären Behandlungsverlaufs und der subjektiven Zufriedenheit ausfindig gemacht werden konnte, wurde hierfür selbst ein kurzes strukturiertes Interview mit 15 Fragen formuliert (s. 6.2.). Zur Erfassung der Patientenmerkmale und der Situation bei Entlassung wurden die in den Patientenakten enthaltenen Daten aus der Basisdokumentation verwendet.

### **2.4.1. Patientenmerkmale und früherer Verlauf**

#### **2.4.1.1. Soziodemographische Daten**

Neben Alter, Geschlecht und Familienstand wurde die Wohn- und Lebenssituation bei Entlassung berücksichtigt. Zur orientierenden Einschätzung des sozialen Status wurde außerdem der höchste Abschluss und der jeweilige Berufsstand erfasst.

#### **2.4.1.2. Indexaufenthalt und frühere Behandlungen**

Ermittelt wurden Daten zur Aufnahmeart (freiwillig, per Unterbringungsgesetz, etc.) und Beendigung (Entlassung mit oder gegen ärztlichen Rat) des Indexaufenthaltes. Zusätzlich wurden die Angaben bezüglich der Anzahl früherer stationärer Aufenthalte und zuvor bestehender ambulanter psychiatrischer Behandlungen aufgenommen.

## **2.4.2. Poststationärer Behandlungsverlauf**

### **2.4.2.1. Medikation**

Zunächst wurde aus der Basisdokumentation die jeweilige Medikation bei Entlassung ermittelt. Im Interview wurde zunächst erfragt, ob zum gegenwärtigen Zeitpunkt Medikamente eingenommen werden oder nicht, im Falle einer Medikamenteneinnahme das jeweilige Präparat festgehalten und mit der Entlassmedikation verglichen. Bei Übereinstimmung wurde, um zwischenzeitliche Wechsel auszuschließen, eine entsprechende Zusatzfrage gestellt. Im Falle einer Diskrepanz zwischen aktueller Medikation und Entlassmedikation wurde zunächst erfragt auf wessen Wunsch der Wechsel stattfand, weiter wurden die evtl. bekannten Gründe für das Umsetzen ermittelt. Nahm der Patient zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Medikamente mehr ein, wurde ebenfalls nach den hierfür verantwortlichen Gründen gefragt.

### **2.4.2.2. Versorgungssituation**

Erfragt wurden Rehospitalisierungen sowie ambulante ärztliche und nichtärztliche Weiterbehandlung seit Entlassung. Außerdem wurde die aktuelle Wohn- und Lebenssituation der Patienten ermittelt.

## **2.4.3. Subjektive Zufriedenheit mit Aspekten der Behandlung**

Hierfür wurden die Patienten gebeten mit Hilfe einer Notenskala (1= sehr gut, 2= gut, 3= befriedigend, 4= ausreichend, 5= mangelhaft, 6= ungenügend) zu urteilen. Zunächst wurde um eine Bewertung der Wirkung des aktuellen Medikamentes gebeten, wobei im Falle eines zwischenzeitlichen Medikamentenwechsels sowohl die aktuelle, als auch die Entlassmedikation beurteilt werden sollten. Weiter wurden die Patienten gebeten, die jeweilige Verträglichkeit des Medikamentes zu benoten. Es folgten Fragen zur Zufriedenheit mit der Medikamentenaufklärung, dem stationären Aufenthalt sowie der ambulanten Weiterbehandlung.

Zuletzt wurde eine offene Frage zu evtl. Verbesserungsvorschlägen, Lob oder Kritik bezüglich der Versorgung im Anschluss an den stationären Aufenthalt gestellt.

## **2.5. Stichprobenansatz**

Nach entsprechenden Vorüberlegungen wurde entschieden, alle Patienten einzubeziehen, die während eines sechsmonatigen Zeitraums (1.10.2000 - 31.3.2001) aus der Psychiatrischen Klinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf entlassen wurden und folgende Kriterien erfüllen:

### Einschlusskriterien

- Diagnose einer F2- Störung laut ICD- 10 (F20-29)
- Atypikamedikation bei Entlassung (Leponex<sup>®</sup>, Zyprexa<sup>®</sup>, Risperdal<sup>®</sup>, Solian<sup>®</sup>, Seroquel<sup>®</sup> oder Nipolept<sup>®</sup>)

### Ausschlusskriterien

- Keine ausreichenden Deutschkenntnisse, um eine zuverlässige Befragung zu ermöglichen

## **2.6. Vorgehen bei der Datenerhebung**

Zunächst wurden alle betroffenen Patienten angeschrieben und über einen bevorstehenden Anruf informiert. Die Patienten wurden im Anschreiben um ihre Teilnahme an einem Telefoninterview gebeten und es wurde ihnen die voraussichtliche Dauer des Gespräches genannt (s. 6.1.).

Anschließend wurden die Patienten telefonisch kontaktiert und erneut um die Bereitschaft zu einem kurzen Gespräch gebeten, dabei wurde auch die Vereinbarung eines Termins zu einem späteren Zeitpunkt angeboten. Im Falle der Einwilligung wurde ein ca. 5–10 minütiges Interview durchgeführt. Es wurde ausdrücklich auf die Schweigepflicht und die Anonymisierung der Daten hingewiesen.



## **2.7. Statistische Auswertung**

Zur Beantwortung der Fragestellungen kamen die Methoden der deskriptiven Statistik zur Anwendung (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, Medianwerte), unabhängige t-Tests und Kreuztabellen. Das Signifikanzniveau wurde auf fünf Prozent zweiseitig gesetzt. Die verwendete Software war SPSS Version 9.0 für Windows ( SPSS = Statistic Package for the Social Science).

## **3. Ergebnisse**

### **3.1. Art der Ergebnisdarstellung**

Nach einem kurzen die Stichprobe beschreibenden Kapitel werden im Folgenden die Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche dargestellt. Zunächst sollen auch hier die Daten bezüglich der Stichprobeneigenschaften, z.B. soziodemographische Daten oder Anzahl der Voraufenthalte dargestellt werden. Es folgen die Ergebnisse des Merkmalsbereichs „Poststationärer Behandlungsverlauf“, der den Schwerpunkt der Arbeit bildete, sowie die Daten zur subjektiven Zufriedenheit.

Gemäß den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP, 1997) werden für statistische Kennwerte die englischen Symbole verwendet. Prozentzahlen sind aus Gründen der Übersichtlichkeit gerundet.

### **3.2. Darstellung der Stichprobe**

#### **3.2.1. Stichprobengröße und Teilnehmerquote**

Insgesamt 132 Patienten wurden im gewählten Zeitraum mit Atypikamedikation entlassen. Zwei Patienten waren vor Befragung durch Suizid verstorben, zwei weitere mussten aufgrund zu geringer Deutschkenntnisse ausgeschlossen werden. Von den verbleibenden 128 konnten 104 Patienten kontaktiert werden (81%). Von den nicht kontaktierten 24 Patienten konnten 12 (9%) trotz intensiver Bemühungen nicht ausfindig gemacht werden (keine Telefonanschlüsse bzw. nicht bei der Auskunft gemeldet und Briefe mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ zurück). Weitere 12 meldeten sich auch auf wiederholtes Anschreiben nicht oder waren telefonisch zu keinem Zeitpunkt zu erreichen. Vier Patienten lehnten eine Teilnahme ab, ein Patient unterbrach das Interview nach der Hälfte der Fragen, so dass von 99 Patienten komplette Daten vorliegen (77%, bei 13% stammen die Auskünfte dabei von den gesetzlichen Betreuern).

**Tabelle 4:** Stichprobengröße und Teilnahmequote

Patienten, die Einschlusskriterien erfüllten:	<i>N</i> =128
Erreichte Kontakte	<i>n</i> = 104 (81%)
Komplette Datensätze:	<i>n</i> = 99 (77%)

### **3.2.2. Untersuchungszeitpunkt**

Die Patienten konnten in einem Zeitraum von neun Monaten bis 18 Monaten nach Entlassung befragt werden, bei einem Mittelwert von 13.4 Monaten (SD = 2.5).

## **3.3. Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche**

### **3.3.1. Merkmale des Patienten und seiner Lebenssituation**

#### **3.3.1.1. Soziodemographische Daten**

Die Eigenschaften der Stichprobe hinsichtlich Geschlecht, Familienstand und höchster Abschluss sind in Tabelle 5 zusammengefasst. Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 36.7 Jahre bei den befragten und 36.4 Jahre bei den nichtbefragten Patienten (Min.= 19, Max.= 75; SD= 12.7 bzw. Min.= 20, Max.= 70; SD= 12.5). Zur Beschreibung der Stichprobe wurde außerdem die Wohnsituation berücksichtigt, welche in Tabelle 6 dargestellt ist. Bei der Gegenüberstellung der Daten ist allerdings darauf hinzuweisen, dass sich die Wohnsituation in Falle der nicht befragten Patienten auf den Zeitpunkt der Entlassung bezieht, da keine Informationen zum gegenwärtigen Zeitpunkt zur Verfügung standen.

**Tabelle 5:** Stichprobeneigenschaften

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Befragte Patienten</b>	<b>Nicht erfasste Patienten</b>
<i>Geschlecht</i>	Männlich	57 (58%)	19 (66%)
	Weiblich	42 (42%)	10 (35%)
<i>Familienstand</i>	Ledig	76 (77%)	20 (69%)
	Verheiratet	10 (10%)	1 (3%)
	Geschieden od. getrennt lebend	12 (12%)	5 (17%)
	Verwitwet	1 (1%)	3 (10%)
<i>Höchster Abschluss*</i>	Keinen	7 (7%)	3 (12%)
	Sonderschule	1 (1%)	-
	Hauptschule	20 (21%)	5 (19%)
	Mittlere Reife	27 (28%)	3 (12%)
	Abitur/ Fachabitur	35 (37%)	10 (39%)
	Hochschulabschluss	5 (5%)	5 (19%)

\*Anmerkung.N= 95

**Tabelle 6:** Wohnsituation zum Zeitpunkt der Befragung bzw. bei Entlassung

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Befragte Patienten</b>	<b>Nicht erfasste Patienten</b>
<i>Wohnsituation</i>	Therapeut.		
	Wohngemeinschaft	9 (9%)	5 (17%)
	Psych. Krankenhaus u.a. Einrichtungen	5 (5%)	2 (7%)
	Ohne festen Wohnsitz	3 (3%)	1 (3%)
	Wohnung/ Haus	77 (78%)	20 (69%)
	Sonstiges	5 (5%)	-
<i>Lebt zusammen mit:</i>	Lebt alleine	55 (56%)	18 (62%)
	Eltern(-teil)	12 (12%)	1 (3%)
	(Ehe-)partner u./od.		
	Kinder	12 (12%)	2 (7%)
	Andere nicht verwandte Personen	20 (20%)	8 (28%)

### 3.3.1.2. Indexaufenthalt und frühere Behandlungen

Zur Charakterisierung des Indexaufenthaltes wurde die Art der Aufnahme sowie der Beendigung erfasst (s. Tab. 7). Dabei zeigte sich, dass in beiden Gruppen die überwiegende Mehrheit der Patienten freiwillig zur stationären Aufnahme kam. Weiterhin wurde die Anzahl der stationären psychiatrischen Aufenthalte und eine etwaige ambulante psychiatrische Behandlung vor dem Indexaufenthalt erfasst (s. Tab. 8).

**Tabelle 7:** Art der Aufnahme und der Beendigung des Indexaufenthaltes

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Befragte Patienten</b>	<b>Nicht erfasste Patienten</b>
<i>Aufnahmeart</i>	Freiwillig	81 (82%)	22 (76%)
	Unterbringungsgesetz	16 (16%)	6 (21%)
	Pflegschaft	2 (2%)	1 (3%)
<i>Beendigung der Behandlung</i>	Entlassung	87 (88%)	25 (86%)
	Entlassung gegen ärztlichen Rat	12 (12%)	4 (14%)

**Tabelle 8:** Anzahl der stationären Voraufenthalte und ambulante Vorbehandlung

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Befragte Patienten</b>	<b>Nicht erfasste Patienten</b>
<i>Stationäre Aufenthalte</i>	Erstaufnahme	16 (16%)	3 (10%)
	Ein bis zwei Aufnahmen	27 (27%)	8 (29%)
	Drei bis Fünf Aufnahmen	28 (28%)	7 (24%)
	Mehr als fünf Aufnahmen	28 (28%)	11 (38%)
<i>Ambulante Behandlung*</i>	Nein	38 (38%)	15 (52%)
	Ja	60 (61%)	14 (48%)

\*Anmerkung.N= 98

Die Gruppe der Patienten, die erreicht wurden, aber eine Teilnahme verweigerten (N=5), sowie die Gruppe der Patienten, zu denen kein Kontakt hergestellt werden konnte (N=24), wurden zusammengefasst und mit der schließlich untersuchten Stichprobe hinsichtlich der Soziodemographischen Daten, Aufnahmeart und Beendigung des Indexaufenthaltes, Zahl der früheren stationärpsychiatrischen Aufenthalte und einer vorbestehenden ambulanten Behandlung verglichen.

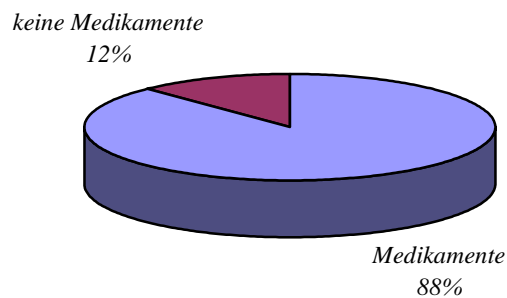
Sowohl hinsichtlich des Geschlechts, des Familienstandes, des höchsten Abschlusses und der aktuellen Wohnsituation zeigten sich dabei keine signifikanten Unterschiede (Chi-Quadrat-Tests). Auch bezüglich des Alters unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $t = -.115$ ,  $df = 46.5$ ,  $p = .909$ ).

Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bestanden im Bezug auf die Art der stationären Aufnahme und die Beendigung des Aufenthaltes, sowie, im Hinblick auf psychiatrische Vorbehandlung (Zahl der stationären Aufenthalte und ambulante Vorbehandlung). Allerdings zeigte sich dass in der Gruppe der Nichterreichten deutlich mehr Patienten bereits über fünf Voraufnahmen aufwiesen (38% versus 28%) und die Anzahl der Erstaufnahmen dementsprechend geringer war (10% versus 16%).

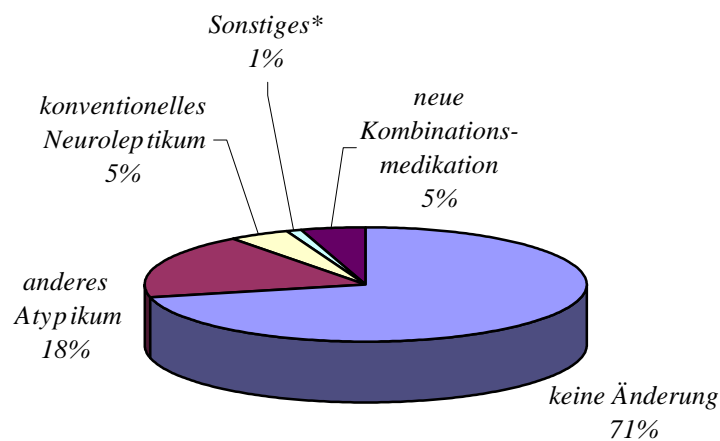
### **3.3.2. Poststationärer Behandlungsverlauf**

#### **3.3.2.1. Medikation**

Zum Zeitpunkt des Interviews gaben 87 (88%), der kontaktierten 99 Patienten an, zum gegenwärtigen Zeitpunkt Medikamente einzunehmen. Von diesen Patienten bestätigten 62 (71%) noch immer das gleiche Präparat, wie zum Zeitpunkt der Entlassung, einzunehmen. Bei weiteren 16 (18%) war eine Umstellung auf ein anderes atypisches Antipsychotikum erfolgt und bei vier Patienten (5%) wurde ein zusätzliches Atypikum verordnet. Insgesamt wurden demnach 82 Patienten (94%) zum Zeitpunkt des Interviews mit einem Atypikum behandelt.



**Abbildung 7:** Medikation zum Befragungszeitpunkt



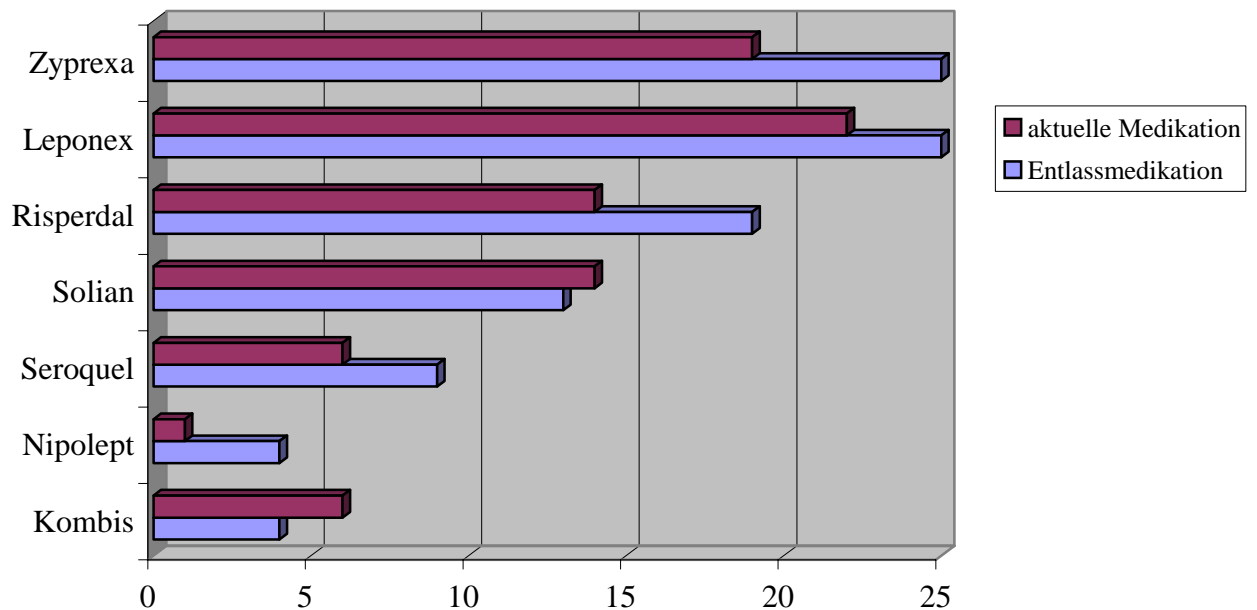
**Abbildung 8:** Änderungen der Medikation seit Entlassung

\* Neuroleptikum durch Phasenprophylaktikum ersetzt

Die Mehrzahl der Patienten war entweder mit Olanzapin (n= 25) oder Clozapin (n=25) als Einfachmedikation entlassen worden. In der Reihenfolge ihrer Häufigkeiten folgten Risperidon (n= 19), Amisulprid (n= 13), Quetiapin (n= 9), sowie Zotepin (n= 4). Als Kombinationen war bei zwei Patienten Clozapin und Amisulprid zum Einsatz gekommen, bei je einem Patienten Amisulprid und Quetiapin bzw. Quetiapin und Risperidon. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sich die Verteilung etwas zugunsten von Amisulprid und Atypikakombinationen verändert. Drei Patienten erhielten die Kombination aus Clozapin und Amisulprid,

die anderen beiden blieben bestehen und bei einem Patienten kam zusätzlich Clozapin und Quetiapin zum Einsatz.

Abbildung 9 stellt die Verteilung der Medikation auf die verschiedenen Präparate dar, jeweils bezogen auf den Zeitpunkt der Entlassung und den Zeitpunkt des Interviews.



**Abbildung 9:** Anzahl der Patienten nach Medikament und Zeitpunkt

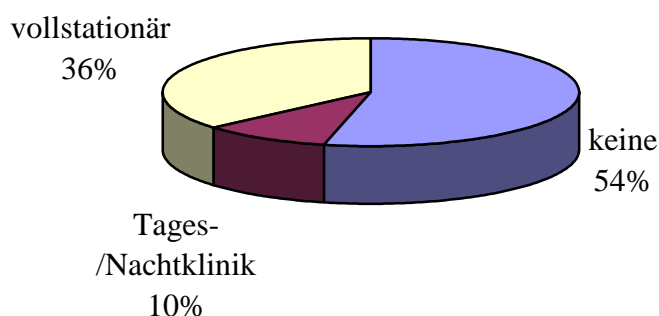
Als Erklärung für den Medikamentenwechsel zu einem anderen Atypikum gaben sieben Patienten (44%) beeinträchtigende Nebenwirkungen (häufig Sedation und Gewichtszunahme) und sechs (38%) eine unzureichende Wirkung des vorherigen Präparates an, den restlichen drei (19%) war die Ursache für einen Wechsel unbekannt. Die Begründung für den Wechsel zu einem Typikum war drei der vier Patienten unbekannt, eine Patientin gab an, auf eigenen Wunsch wegen der besseren Verträglichkeit eines ihr bereits bekannten Typikums gewechselt zu haben. Als Begründung für eine zusätzliche Medikation wurde in allen vier Fällen eine unzureichende Wirkung des zuvor als Einzelmedikation eingenommenen Präparates genannt.

Die meisten der Patienten (n=10, 83%), die zum Interviewzeitpunkt keine Medikamente mehr einnahmen, gaben an, diese eigenständig und ohne ärztliche Begleitung abgesetzt zu haben, lediglich in zwei Fällen geschah dies in Absprache mit dem behandelnden Arzt.



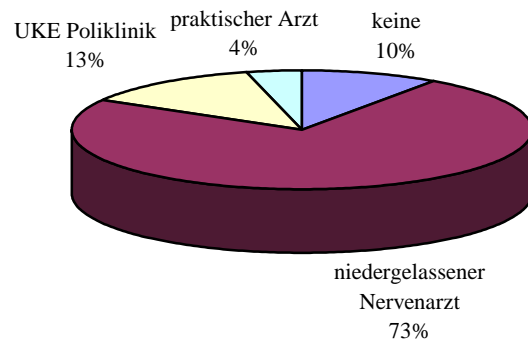
### 3.3.2.2. Versorgungssituation

Bezüglich der poststationären Versorgungssituation wurden zunächst eventuelle Rehospitalisierungen in der Zeit nach dem Indexaufenthalt erfasst. Hierbei zeigte sich, dass es bei der Mehrheit der Patienten zwischenzeitlich zu keinem erneuten stationären Aufenthalt gekommen war (s. Abb. 10).



**Abbildung 10:** Erneute stationäre Aufenthalte nach Entlassung aus Indexaufenthalt

Bei der Erfassung der ambulanten Versorgungssituation zeigte sich, dass sich zehn Patienten (10%) zum Zeitpunkt der Befragung nicht in ärztlicher Behandlung befanden. Die Mehrzahl der Patienten (73%) wurde von einem niedergelassenen Psychiater/Nervenarzt betreut. Die meisten Patienten gaben an, ihren ambulant behandelnden Arzt dabei etwa einmal pro Monat zu sehen (41%; s. Tab. 10).

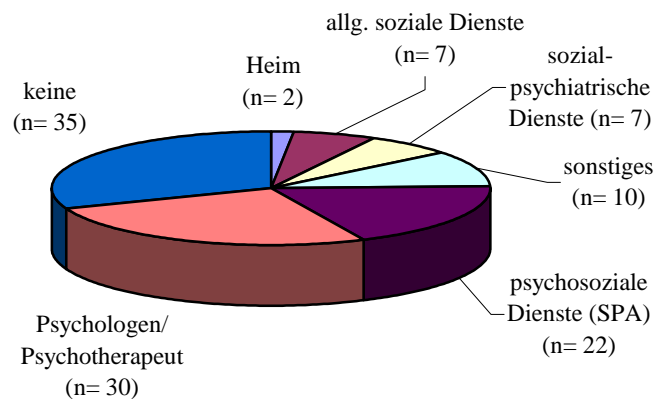


**Abbildung 11:** Ambulante ärztliche Betreuung seit Entlassung

**Tabelle 9:** Frequenz der Kontakte zum ärztlichen Versorgungssystem

Wöchentlich	7 (8%)
14-tägig	11 (13%)
Monatlich	41 (48%)
Vierteljährlich	12 (14%)
Seltener	5 (6%)
Keine Angaben	10 (12%)

Bezüglich der poststationären Kontakte zum nichtärztlichen Versorgungssystem gaben 35 Patienten (35%) an, keinerlei Kontakte zu haben. Von den verbleibenden besuchten 30 Patienten (30%) regelmäßig einen Psychologen bzw. nichtärztlichen Psychotherapeuten und 22 Patienten (22%) hatten Kontakt zur Sozialpsychiatrischen Ambulanz des UKE (s. Abb. 12).



**Abbildung 12:** Kontakte zum nichtärztlichen Versorgungssystem nach Entlassung (Mehrfachnennungen möglich)

Die Gruppe der Patienten, die zum Befragungszeitpunkt keine Medikation mehr erhielten wurde hinsichtlich der poststationären Versorgung mit der Gruppe der „Nochmedizierten“ verglichen. Dabei zeigten sich auch signifikant weniger Kontakte zum nichtärztlichen Versorgungssystem ( $p = .016$ ). Auch in Bezug auf die ambulante ärztliche Betreuung nach Entlassung zeigte sich ein hochsignifikanter Effekt in diese Richtung ( $p = .000$ ). Hinsichtlich der Rate der Rehospitalisierungen fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den medizierten und den nichtmedizierten Patienten.

Auch beim Vergleich der Patienten, bei denen ein Wechsel auf ein anderes Präparat stattgefunden hatte mit denjenigen, die noch dieselbe Medikation erhielten, fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der poststationären Versorgung. Allerdings muss hierbei berücksichtigt werden, dass die Gruppe der Typika erhaltenden Patienten für einen eigenen Vergleich zu klein war ( $n = 4$ ) und somit zu einer Gruppe mit den Patienten mit Veränderungen innerhalb der Gruppe der Atypika zusammengefasst werden musste.

### **3.3.3. Subjektive Zufriedenheit mit Aspekten der Behandlung**

Hinsichtlich der subjektiven Zufriedenheit wurde die Gruppe der Patienten, die keine Medikamente mehr einnahm ( $n = 12$ ), sowie der Patienten, bei denen es zwischenzeitlich zu einer Änderung in der Medikation gekommen war ( $n = 25$ ), mit denjenigen verglichen, die bei der Befragung noch immer das gleiche Präparat wie bei Entlassung einnahmen ( $n = 62$ ). Die Ergebnisse der Benotung sind in den Tabellen 10 bis 13 dargestellt. Die statistische Analyse der Daten folgt auf Seite 37.

**Tabelle 10:** Benotung der Wirkung des Medikamentes bei Entlassung  
(alle Gruppen; n= 82)

1 = sehr gut	11 (13%)
2 = gut	38 (46%)
3 = befriedigend	20 (24%)
4 = ausreichend	11 (13%)
5 = mangelhaft	1 (1%)
6 = ungenügend	1 (1%)

**Tabelle 11:** Benotung der Wirkung des Medikamentes bei Entlassung, Aufteilung  
nach Gruppen (n= 82)

	<i>Keine Medikamente</i>	<i>Änderungen in der Medikation</i>	<i>Medikation unverändert</i>
1 = sehr gut	1 (17%)	1 (5%)	9 (16%)
2 = gut	2 (33%)	6 (32%)	30 (53%)
3 = befriedigend	2 (33%)	6 (32%)	12 (21%)
4 = ausreichend	1 (17%)	5 (26%)	5 (9%)
5 = mangelhaft	-	-	1 (2%)
6 = ungenügend	-	1 (5%)	-

**Tabelle 12:** Benotung der Verträglichkeit des Medikaments bei Entlassung  
(alle Gruppen; n= 82)

1 = sehr gut	14 (17%)
2 = gut	25 (31%)
3 = befriedigend	24 (29%)
4 = ausreichend	13 (16%)
5 = mangelhaft	5 (6%)
6 = ungenügend	1 (1%)

**Tabelle 13:** Benotung der Verträglichkeit des Medikaments bei Entlassung,  
Aufteilung nach Gruppen (n= 82)

	<i>Keine Medikamente</i>	<i>Änderungen in der Medikation</i>	<i>Medikation unverändert</i>
1 = sehr gut	1 (17%)	-	13 (23%)
2 = gut	2 (33%)	8 (42%)	15 (26%)
3 = befriedigend	2 (33%)	2 (11%)	20 (35%)
4 = ausreichend	1 (17%)	7 (37%)	5 (9%)
5 = mangelhaft	-	1 (5%)	4 (7%)
6 = ungenügend	-	1 (5%)	-

Bezüglich der Benotung fanden sich signifikante Unterschiede, sowohl die Wirkung als auch die Verträglichkeit betreffend, zwischen der Gruppe der Patienten, bei denen ein Wechsel der Medikation stattgefunden hatte und den Übrigen. Hier wurde insgesamt schlechter benotet (Wirkung:  $M= 3.0/sd= 1.2$  versus  $2.3/sd 0.9$ ,  $p= .02$ ; Verträglichkeit:  $M= 3.2/sd= 1.2$  versus  $2.5/sd 1.2$ ,  $p= .037$ ). Aufgrund der geringen Gruppengröße bei den Patienten ohne Medikation wurden explorative Vergleiche angestellt, die keine deutlichen Mittelwertsunterschiede ergaben (Wirkung:  $M= 2.5$  versus  $2.3$ ; Verträglichkeit  $M= 2.5$  versus  $2.5$ ). Erwähnt werden muss allerdings, dass der Anteil derjenigen, bei denen zur subjektiven Zufriedenheit keine Angaben möglich waren (z.B. Interview mit dem gesetzlichen Betreuer), in der Gruppe der Patienten, die keine Medikamente mehr einnahmen, relativ am höchsten war. So konnten nur bei sechs von 12 Patienten (50%) Angaben zur Zufriedenheit erhalten werden, wohingegen sich dieser Anteil bei den Patienten mit unveränderter Medikation beispielsweise auf 91% ( $n= 57$ ) belief. Die Patienten, die mittlerweile ein neues Präparat einnahmen ( $n= 25$ ), wurden auch in Bezug hierauf um eine Benotung gebeten. In dieser Gruppe konnten insgesamt von 19 (79%) der befragten Patienten Angaben zur Zufriedenheit gewonnen werden, allerdings erhielten zwei der Patienten ihr neues Medikament erst seit wenigen Tagen, so dass bei der Benotung des aktuellen Präparats nur 17 (71%) Angaben zustande kamen.

**Tabelle 14:** Benotung der Wirkung des aktuellen Medikaments (n= 17)

1 = sehr gut	2 (12%)
2 = gut	5 (29%)
3 = befriedigend	9 (53%)
4 = ausreichend	1 (6%)
5 = mangelhaft	-
6 = ungenügend	-

**Tabelle 15:** Benotung der Verträglichkeit des aktuellen Medikaments (n= 17)

1 = sehr gut	3 (19%)
2 = gut	4 (25%)
3 = befriedigend	3 (19%)
4 = ausreichend	4 (25%)
5 = mangelhaft	2 (13%)
6 = ungenügend	-

Die neuen Präparate wurden sowohl hinsichtlich Wirkung als auch Verträglichkeit signifikant besser benotet als die Medikamente bei Entlassung (Wirkung:  $M=2.6/sd=.81$  versus  $2.9/sd=.93$ ,  $p=.000$ ; Verträglichkeit:  $M=2.8/sd=1.37$  versus  $3.3/sd=1.03$ ,  $p=.000$ ).

Die Ergebnisse bezüglich der Zufriedenheit mit der Medikamentenaufklärung, dem stationären Aufenthalt und den poststationären Angeboten sind in den Tabellen 16 bis 18 zusammengefasst.

Hinsichtlich der Aufklärung über ihr Medikament befand ein Großteil der Patienten (62%) diese als nur „befriedigend“ oder sogar schlechter ( $M=2.6$ ), wohingegen die Mehrzahl der befragten Patienten ihren stationären Aufenthalt als „sehr gut“ oder „gut“ bezeichneten (60%;  $M=2.4$ ). Die Benotung der poststationären Angebote fiel einem Teil der Patienten insofern schwer, als sie keine dieser Angebote in Anspruch genommen hatten, was die größerer Rate der fehlenden Angaben zu dieser Frage erklärt (26% versus 14% bei z.B. der Benotung der Aufklärung). Der Mittelwert belief sich in diesem Falle auf 2.5.

**Tabelle 16:** Benotung der Medikamentenaufklärung (n= 85)

1 = sehr gut	8 (9%)
2 = gut	24 (28%)
3 = befriedigend	18 (21%)
4 = ausreichend	18 (21%)
5 = mangelhaft	11 (13%)
6 = ungenügend	6 (7%)

**Tabelle 17:** Benotung des stationären Aufenthaltes (n= 84)

1 = sehr gut	12 (14%)
2 = gut	38 (45%)
3 = befriedigend	23 (27%)
4 = ausreichend	7 (8%)
5 = mangelhaft	4 (5%)
6 = ungenügend	-

**Tabelle 18:** Benotung der poststationären Angebote (n= 73)

1 = sehr gut	11 (15%)
2 = gut	32 (44%)
3 = befriedigend	18 (25%)
4 = ausreichend	8 (11%)
5 = mangelhaft	3 (4%)
6 = ungenügend	1 (1%)

Auch bezüglich Benotung der Aufklärung, des stationären Aufenthaltes und der poststationären Angebote wurde die Gruppe der Patienten, die keine Medikamente mehr einnahmen, mit der Gruppe der nochmedizierten Patienten verglichen. Es fanden sich hierbei in keinem der Bereiche signifikante Unterschiede.

Bei der offenen Frage zu Kritik oder Lob der Übergangszeit wurde deutlich, dass das Wichtigste für die meisten Patienten die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu einer betreuenden Person oder Institution zu sein schien. Hierbei wurde einerseits von

mehreren Patienten die Sozialpsychiatrische Ambulanz des UKEs sehr positiv bewertet, andererseits aber auch einige Male die Schwierigkeit der Suche nach ambulant betreuenden Therapeuten und Einrichtungen, die sehr häufig mit erheblichen Wartezeiten und somit therapeutischen Pausen verbunden ist, beklagt. Des Weiteren wurde von mehreren Patienten eine größere Beteiligung der Klinik in der Nachsorgezeit, sowie größere Unterstützung im sozialen Bereich (z.B. Wohnungssuche) gewünscht. Außerdem wurden noch einige individuelle Vorschläge zur weiteren nachstationären Betreuung geäußert (z.B. Tanztherapie, ambulante Gartengruppe).



## **4. Diskussion**

### **4.1. Diskussion der gewählten Methodik**

Einige methodische Aspekte müssen bei der Interpretation der Ergebnisse kritisch gewürdigt werden. Dies betrifft zunächst die Wahl des Datenerhebungsverfahrens. Aus den im Methodenteil genannten Gründen war bei der Untersuchung einer telefonischen gegenüber einer „face-to-face“ oder einer schriftlichen Befragung der Vorzug gegeben worden. Hierdurch konnte auch eine vergleichsweise gute Teilnehmerquote erreicht werden, die sich beispielsweise bei postalischen Befragungen meist weitaus geringer beläuft. Andererseits birgt diese Art der Befragung jedoch die Gefahr der Stichprobenselektion, da nicht jeder Patient einen Telefonanschluss besitzt. Des Weiteren muss sicherlich die Tatsache berücksichtigt werden, dass sich gerade bei psychotischen Patienten, die Schaffung einer vertrauensvollen, persönlicheren Atmosphäre in Form eines „face-to-face“ Interviews evtl. günstiger auf die Qualität der Befragung ausgewirkt hätte. Aus den im Methodenteil genannten Gründen wurde aber hier zugunsten einer erhöhten Teilnehmerzahl dennoch die telefonische Befragung gewählt.

Eine weitere methodische Schwierigkeit besteht darin, dass bei telefonischen Kontakten noch eher die Gefahr besteht, dass Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit gegeben werden. Die Objektivierung der Angaben wäre hier durch eine zusätzliche Befragung der behandelnden Ärzte wünschenswert gewesen, was jedoch zu erheblichen datenschutzrechtlichen Hemmnissen geführt hätte. Die Kontakte fanden bei der Mehrzahl der untersuchten Patienten nach etwas mehr als einem Jahr statt, mit akzeptabler Varianz, die keinen diesbezüglichen Bias erwarten lässt. Insgesamt muss bei der Betonung gruppenstatistischer Auswertungen bedacht werden, dass die Tendenz besteht, den klinisch relevanten Einzelfall zu vernachlässigen. Praktisch relevante Effekte könnten auch aufgrund zu kleiner oder ungleich verteilter Gruppengrößen keine Signifikanz erreicht haben.

## **4.2. Diskussion der Befunde**

### **4.2.1. Poststationärer Behandlungsverlauf**

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie stand die Untersuchung der poststationären Kontinuität einer bei Entlassung bestehenden Therapie mit atypischen Neuroleptika. In der vorliegenden Stichprobe ergab sich hier entgegen der Annahme, dass dies bei einem erheblichen Teil der Patienten zwischenzeitlich nicht mehr der Fall sei und diese mittlerweile mit einem konventionellen Präparat versorgt werden, ein sehr hoher Prozentsatz nach wie vor mit Atypika behandelter Patienten.

Einfluss auf dieses Ergebnis könnten zum einen Selektionseffekte im Hinblick auf die untersuchte Stichprobe gehabt haben. So ist beispielsweise anzunehmen, dass Patienten, die nicht erreicht werden konnten, eher eine geringere Compliance zeigten, bzw. sich auch nicht weiter in ärztlicher Behandlung befanden. Ein Indiz dafür ist auch, dass sich bei den Nicht-Erreichten Patienten eine Tendenz zu weniger psychiatrisch ambulanter Vorbehandlung zeigte. Andererseits könnten die Patienten, die nicht erreicht wurden bzw. auch auf ein Anschreiben nicht reagierten, sich zum Zeitpunkt des Kontaktversuches auch erneut in Institutionen (psychiatrische Krankenhäuser oder sonstige therapeutische Einrichtungen) befunden haben.

In Studien an schizophrenen Patienten wurde immer wieder eine Non-compliance-Rate von 50-60% beschrieben (Albus, Burkes & Scherer, 1995). Wie im Ergebnisteil dargestellt, beläuft sich der Anteil der Patienten, die ohne ärztliche Begleitung oder Rat ihre Medikation abgesetzt haben in dieser Studie nur auf etwa 10%. Zum einen ist daher anzunehmen, dass ein Großteil der nicht erreichten Patienten auch zu dieser Gruppe gehört. Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass es bei einigen der befragten Patienten seit ihrer Entlassung aus dem Indexaufenthalt wiederholt zu Rehospitalisierungen kam, die zu einem Grossteil durch Medikamenten-Non-Compliance verursacht werden (Olfson et al., 2000).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung decken sich mit den Befunden der bislang einzigen anderen deutschen Studie (Hamman et al., 2000), die ebenfalls ergab, dass 81% der Patienten, die drei Monate nach Klinikentlassung noch Medikamente nahmen, mit atypischen Präparaten versorgt waren. Aufgrund des längeren Follow-up-Intervalls der vorliegenden Studie (M=13.4 Monate) scheint die Annahme plausibel, dass dies auch nach einem längeren Zeitraum stabil bleibt.

Selbst unter der Annahme, dass lediglich die erreichten Patienten noch atypische Neuroleptika erhielten, würde sich dabei ein Anteil von 65% ergeben.

Weiterhin muss die Tatsache Berücksichtigung finden, dass es sich hier ausschließlich um Patienten handelte, die während eines stationären Aufenthaltes auf ein Atypikum eingestellt worden waren. Es ist jedoch anzunehmen, dass ein Großteil schizophrener Patienten sich ausschließlich in ambulanter Behandlung befindet. Dabei ist durchaus davon auszugehen, dass viele dieser Patienten eine evtl. seit mehreren Jahren gut eingestellte Medikation mit konventionellen Antipsychotika erhalten. Der Großteil der Stichprobe hielt außerdem auch poststationär noch Kontakt zur Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (Poliklinik und SPA), was wiederum eine Erklärung für den unerwartet hohen Anteil an Atypika-medizierten Patienten sein könnte.

Trotz der in Abschnitt 1.4.1. (S.10) dargestellten Befunde, ist auch nicht auszuschließen, dass regionale Unterschiede im Hinblick auf das Verschreibungsverhalten bestehen. So wurde die vorliegende Untersuchung in einem eher wohlhabenden, städtischen Sektor durchgeführt, der kaum repräsentativ für das Gesamtverschreibungsverhalten in der Bundesrepublik sein dürfte.

In den meisten Fällen waren die Ursachen für einen poststationären Wechsel in einer nicht ausreichenden Wirkung des Entlassmedikamentes bzw. einer Unverträglichkeit des betreffenden Präparates zu sehen. Bei Wechseln innerhalb der Gruppe der Atypika ist das insofern nicht allzu verwunderlich als Erfahrungen bzgl. der Differentialindikationen dieser neuen Präparate noch gesammelt werden müssen. In den wenigen Fällen, in denen in dieser Studie ein Wechsel auf ein konventionelles Neuroleptikum stattgefunden hatte, waren die Gründe hierfür leider nicht genauer zu eruieren. Lediglich eine Patientin gab an, den Wechsel auf eigenen Wunsch herbeigeführt zu haben, in den anderen Fällen waren die Ursachen für den Wechsel unbekannt. Erwähnenswert scheint noch die Tatsache, dass es sich in zwei der vier Fälle um einen Wechsel zu einem Depot-Präparat handelt und zum Untersuchungszeitpunkt noch keine Zulassungen aus dem Bereich der Atypika diesbezüglich bestanden.

Bezüglich der relativ hohen Rehospitalisierungsrate (46%) muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Mehrheit der teilstationären Aufenthalte um Folgeaufenthalte an den Indexaufenthalt und keine Rehospitalisierungen im eigentlichen Sinne handelte.

#### **4.2.2. Subjektive Zufriedenheit mit Aspekten der Behandlung**

Zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit wurde hier die Beurteilung von Behandlungsaspekten anhand einer Notenskala gewählt. Dabei zeigte sich, dass die gegebenen Antworten zumeist im mittleren Bereich lagen (zwei bis drei) und die Zufriedenheit insgesamt relativ hoch bewertet wurde. Dies deckt sich mit inzwischen zahlreich vorliegenden empirischen Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Bereich, die fast immer eine relativ hohe allgemeine Zufriedenheit ergaben (zusammenfassend Leimkühler 1995; Rentrop et al. 1999). So ist davon auszugehen, dass 70-90% der Angaben reine Zufriedenheitsäußerungen sind. Bei schriftlichen Befragungen antworten sogar an die 80%, unabhängig vom Inhalt der Fragen, stets im Sinne hoher Zufriedenheit (Lecher et al., 2002). Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit, Dankbarkeit gegenüber den Behandlern, sowie andere individuelle Störeinflüsse, auch in entgegengesetzte Richtung, müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

Bezüglich der Benotung der Entlassmedikation zeigte sich eindeutig ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Zufriedenheit und einer darauffolgenden Medikamentenänderung. Es konnte jedoch aufgrund der geringen Gruppengröße bei den Patienten, die mittlerweile ein typisches Neuroleptikum erhielten (n= 4), keine teststatistischen Überprüfung erfolgen.

### **4.3. Zusammenfassende Diskussion und Ausblick**

Die Mehrzahl der untersuchten schizophrenen Patienten, die mit einer Atypikamedikation aus der Klinik entlassen wurden erhielten diese auch weiterhin in der ambulanten Versorgung. Dies überrascht besonders vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Vorgaben. Im Falle eines zwischenzeitlichen Medikamentenwechsel schien es sich ebenfalls fast ausschließlich um Umstellungen auf ein anderes Atypikum zu handeln.

Laut dieser Studie wäre also die Ursache für den noch immer sehr geringen Anteil der Atypika an der Gesamtheit der Neuroleptikaverordnungen nicht in einem poststationären Medikamentenwechsel zu finden. Der Befund könnte aber auch darauf hindeuten, dass der aktuell noch immer geringe Anteil der Atypika sich in absehbarer Zeit weiter erhöhen könnte. Maßgebliche Einschränkungen ergeben sich allerdings aus der gewählten Methodik, so dass eine Bestätigung der Ergebnisse anhand anderer Untersuchungen, evtl. in einem größeren Rahmen, wünschenswert wären.

## **5. Zusammenfassung**

In Deutschland werden, trotz der deutlichen Vorteile atypischer Neuroleptika, diese nach wie vor relativ zu selten verordnet. So liegt der Anteil der Atypika an der Gesamtheit der Neuroleptikaverordnungen mit 20% in Deutschland weit unter dem internationalen Durchschnitt (z.B. 60% in den USA). Als häufige Ursache für das Verschreibungsverhalten wird der höhere Preis der Atypika im Zusammenhang mit den Budgetlimitierungen der deutschen Ärzte genannt, was zu einer poststationären Umstellung der Medikation führen könnte.

Um einen Eindruck von der Verschreibungssituation zu gewinnen, wurde eine telefonische Befragung an einer Stichprobe mit Atypika aus der Klinik über einen definierten Zeitraum entlassener schizophrener Patienten durchgeführt. Als zusätzliche Parameter, die einen Einfluss auf die Medikation haben könnten, fanden subjektive Zufriedenheit und weitere poststationäre Versorgung Berücksichtigung. Von 128 Patienten, die die Stichprobeneigenschaften erfüllten, konnten 99 telefonisch kontaktiert und befragt werden.

Zum Zeitpunkt der Befragung, nach durchschnittlich 13 Monaten ( $M=13.4$ ;  $SD=2.5$ ), nahmen 87 der erreichten 99 Patienten Medikamente ein (88%). Lediglich bei 25 Patienten handelte es sich mittlerweile um ein anderes Präparat als bei der Entlassung (30%) und nur in vier Fällen (5%) war dabei ein Wechsel auf ein konventionelles Antipsychotikum vollzogen worden.

Der Großteil der Patienten befand sich zum Befragungszeitpunkt sowohl in ärztlicher Behandlung (90%) als auch im Kontakt zum nichtärztlichen Versorgungssystem (65%). Bei 46% der Patienten war es zwischenzeitlich erneut zu einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt gekommen (vollstationär bzw. Tagesklinik). Bezüglich der poststationären Versorgungssituation zeigten die Patienten, die noch Medikamente einnahmen signifikant mehr Kontakte, sowohl zum ärztlichen als auch zum nichtärztlichen Versorgungssystem, als diejenigen, die diese mittlerweile abgesetzt hatten.

Im Hinblick auf die subjektive Zufriedenheit der Patienten benoteten diejenigen, bei denen das Medikament im Verlauf gewechselt wurde, ihre Entlassmedikation signifikant schlechter als die Patienten, die sie nach wie vor einnahmen.

Ansonsten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit der Medikamentenaufklärung, dem stationären Aufenthalt und den poststationären Angeboten.

Obgleich aufgrund der gewählten Methodik, Stichprobenverzerrungen und Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit nicht auszuschließen sind, könnte dieser Befund auf Veränderungen im Verschreibungsverhalten zugunsten der atypischen Neuroleptika hinweisen.

## 6. Literatur

Albus M, Burkes S, Scherer J (1995) Welche Faktoren beeinflussen die Medikamenten-Compliance? Psychiat Praxis 22: 228-230

Andrew HG (1994) Clinical relationship of extrapyramidal symptoms and tardive dyskinesia. Can J Psychiatry 39: 76-80

Bahlo E, Bausch J, Brech W, Brosig A, Dabrock P, Deckert C et al. (2001) Berliner Empfehlungen. In: Dierks C (Hrsg) Innovationen in der Therapie der Schizophrenie. Schattauer, Stuttgart New York

Bortz J, Döhring N (1995) Forschungsmethoden und Evaluation. Springer, Berlin Heidelberg New York

Casey D (1995) Motor and mental aspects of extrapyramidal syndromes. Int Clin Psychopharmacol 10: 105-114

Chakos M, Liebermann J, Hoffmann E, Bradford D, Sheitman B (2001) Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. Am J Psychiatry 158: 518-526

Cording C, Gaebel W, Spengler A et al. (1995) Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil)stationären Bereich. Spektrum Psychiat Nervenheilk 24: 3-41

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (1997) Richtlinien zur Manuskriptgestaltung. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle

Downs FS (1980) Teaching nursing research: strategies. Nurse-Educ 5: 27-29

Foster RH, Goa KL (1998) Risperidone. A pharmacoeconomic review of its use in schizophrenia. Pharmacoeconomics 14: 97-133

Gaebel W, Falkai P (1998) Behandlungsleitlinie Schizophrenie. In: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1. Brosch

Güther B. (1995) Auswirkungen des GSG auf das Verordnungsverhalten niedergelassener Ärzte. Gesundheits-Wesen 57: 185-191

Haberfellner EM, Rittmannsberger H (1998) Die Neuroleptikabehandlung beim niedergelassenen Psychiater. Psychiat Praxis 25: 284-285

Hamann J, Pfeiffer H, Leucht S, Kissling W (2000) Is there an under-treatment of schizophrenic patients with second generation antipsychotics? To be published



Hamilton S, Revicki D, Edgell E, Genduso L, Tollefson G (1999) Clinical and Economic Outcomes of Olanzapine compared with Haloperidol for Schizophrenia. *Pharmacoeconomics* 15: 469 -480

Herz MI (1997) Work group on schizophrenia: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington (DC): American Psychiatric Association 154

IMS Health (2002) Panelerhebung. Data view medical Datenbank, Frankfurt

Kane JM, Woerner M, Liebermann J (1988) Tardive dyskinesia: prevalence, incidence and risk factors. *J Clin Psychopharmacol* 8 : 52-56

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2002) Arzneimittel-Richtlinien, Anlage 4

Kassenärztliche Bundesvereinigung und Gesetzliche Krankenversicherungs-Spitzenverbände (2000, mit Ergänzungen 2001) Empfehlungen zu Richtgrößen

Keefe RS, Silva SG, Perkins DO, Liebermann JA (1999) The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 25: 201-222

Kilian R, Roick C, Matschinger H, Bernert S, Mory C, Angermeyer MC (2001) Die Analyse von Kostenstrukturen im Bereich der Schizophreniebehandlung mit einem standardisierten Instrumentarium. *Psychiat Praxis* 28: 102-108

Kinon BJ, Liebermann JA (1996) Mechanisms of action of atypical antipsychotic drugs: a critical analysis. *Psychopharmacology* 124: 2-34

Kormann S (1998) TIND - Telefoninterview für Neuropsychologische Defizite: Das Telefoninterview als Instrument zur kognitiven Diagnostik in epidemiologischen und katamnestischen Untersuchungen. Med Dissertation. Freie Universität, Berlin

Lambert M, Moritz S, Andresen B, Pajonk F, Naber D (1999) Subjektive well-being under atypical antipsychotics - clozapine, risperidone and olanzapine. *Curr Op Psychiatry* 2: PO 10-65

Lambert M (2002) Markt Europa. Ziprasidon Experten Workshop 22.-24.02.2002, Heidelberg

Lecher S, Satzinger W, Trojan A, Koch U (2002) Patientenorientierung durch Patientenbefragung als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 45: 3-12

Leimkühler AM (1995) Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel W (Hrsg) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Wien New York, pp. 163-172

Lewis M, McCrown P, Frangou S (2001) Service use and costs of Treating Schizophrenia with atypical antipsychotics. *Clin Psychiatry* 62: 749-756

- Linden M, Thiels C (2001) Epidemiology of Prescriptions for Neuroleptic Drugs: Tranquilizers rather than Antipsychotics. *Pharmacopsychiatry* 34: 150-154
- Loo H, Poirier-Littre M, Therom M, Rein W, Fleurot O (1997) Amisulpride in the medium-term treatment of the negative symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 170: 18-22
- Lopez AD, Murray CC (1998) The global burden of disease, 1990-2020. *Nat-Med* 4: 1242-1243
- Mahmoud R, Engelhart L, Ollendorf D et al. (1999) The risperidone outcomes study of effectiveness (ROSE): a model for evaluating treatment strategies in typical psychiatric practice. *J Clin Psychiatry* 60: 42-47
- Moeller HJ (1997) Atypische Neuroleptika: Ist der Begriff gerechtfertigt? *Psychopharmakotherapie* 4: 130-132
- Moeller HJ (2000) Aktuelle Bewertung neuer/atypischer Neuroleptika. *Nervenarzt* 71: 329-344
- Naber D (1995) A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Int Clin Psychopharmacology* 10: 133-138
- Naber D (2000) Atypische Antipsychotika. *Nervenarzt* 71: 327-328
- Naber D, Lambert M, Krausz M, Haasen C (2000) Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Patienten. 2. Aufl. UNI-MED, Bremen
- Neumann P (1999) Methods of Cost-Effectiveness Analysis in the Evaluation of New Antipsychotics: Implications for Schizophrenia Treatment. *J of Clin Psychiatry* 60: 9-14
- Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden P (2000) Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 51: 216-222
- Petit M, Raniwalla J, Tweed J, Leutenegger E, Dollfus S, Kelly F (1996) A comparison of an atypical and typical antipsychotic, zotepine versus haloperidol in patients with acute exacerbation of schizophrenia: A parallel-group double-blind trial. *Psychopharmacol Bull* 32: 81-87
- Puech A, Fleurot O, Rein W (1998) Amisulpride, an atypical antipsychotic in the treatment of acute episodes of schizophrenia: a dose-range finding study. *Acta Psychiatr Scand* 98: 65-72
- Reid W (1999) New vs. old Antipsychotics: the Texas Experience. *J of Clin Psychiatry* 60: 23-25

- Rentrop M, Boehm A, Kissling W (1999) Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. *Fortschr Neurol Psych* 67: 456-465
- Revicki D (1999) Pharmacoeconomic studies of atypical antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 35: 101-109
- Revicki D (1999) Pharmacoeconomic Evaluation of Treatments for Refractory Schizophrenia: Clozapine-Related Studies. *J of Clin Psychiatry* 60: 7-11
- Revicki D (2000) The new atypical antipsychotics: a review of pharmacoeconomic studies. *Exp Opin Pharmacother* 1: 249-260
- Rössler W, Salize J, Knapp M (1998) Die Kosten der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 66: 496-504
- Salize HJ (2001) Die Kosten der Schizophrenie - was wissen wir (nicht)? *Psychiat Praxis* 28: S21 - S28
- Schoeffski O, v. d. Schulenburg JM (2000) *Gesundheitsökonomische Evaluation*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schütz C, Laux G, Günther W (2001) Kosten-Nutzen-Analysen „atypischer“ Neuroleptika. *Psychopharmakotherapie* 8: 138-143
- Siemiatycki J (1979) A comparison of mail, telephone, and home interview strategies for household health surveys. *Am J Public Health* 69: 238-245
- Tollefson GD, Sanger TM, Lu Y, Thieme ME (1998) Depressive signs and symptoms in schizophrenia – a prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol. *Arch Gen Psychiatry* 55: 250-258
- Wahlbeck K, Cheine M, Essali A, Adams C (1999) Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Psychiatry* 156: 990-999
- WHO (1994) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V*. In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg). Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle

## 7. Anhang

### 7.1. Anschreiben



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

**Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie**  
Prof. Dr. Dieter Naber  
Geschäftsführender Direktor  
der Klinik

Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 42803-  
2205/2201

Zentrum für Psychosoziale  
Medizin, Psychiatrie und  
Psychotherapie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinstraße 52 20246  
Hamburg

Sehr geehrte(r) Frau/Herr....,

vor einigen Monaten waren Sie hier in der Klinik in stationärer Behandlung. Ich hoffe sehr, dass Sie in einem guten Zustand entlassen worden sind und dass es Ihnen weiterhin gut geht.

Zusammen mit meinen Mitarbeitern bin ich sehr daran interessiert, die Behandlung und Betreuung der Patienten auch nach dem stationären Aufenthalt zu verbessern. Gerne möchte ich wissen, wie es Ihnen jetzt geht und Anregungen für Verbesserungen (gerne auch Kritik) erhalten. Dafür wird sich in den nächsten Wochen eine Mitarbeiterin, Frau Lauterwein, telefonisch bei Ihnen melden.

Es wäre sehr schön und ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie zu einem 5-10 minütigen Gespräch bereit wären.

Alles Gute, mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. D. Naber  
Ärztlicher Direktor

## 7.2. Telefoninterview

*Guten Tag, mein Name ist Nicola Lauterwein, ich bin Mitarbeiterin in der Psychiatrischen Klinik des UKEs. Sie haben ja kürzlich einen Brief von uns erhalten, in dem wir Sie um ein kurzes Gespräch gebeten haben. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mir ein paar Fragen beantworten würden! All Ihre Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und anonym bleiben! Hätten Sie evtl. jetzt kurz Zeit dafür?*

### **1. Sind Sie seit Ihrer Entlassung erneut in stationärer/teilstationärer Behandlung gewesen?**

*(vom Befrager auszufüllen)*

- keine stationäre/ teilstationäre Behandlung
- psychiatrische Tages-/Nachtklinik
- stationärer Krankenhausaufenthalt
- psychosomatische/ psychotherapeutische Klinik
- stationäre Einrichtung für Suchtkranke
- sonstige Einrichtung: \_\_\_\_\_

falls ja, wo und wann? \_\_\_\_\_

### **2. Sind Sie seit Ihrer Entlassung in ambulanter ärztlicher Behandlung gewesen?**

*(Mehrfachnennung möglich)*

- nein

falls ja, **wie häufig?**

- niedergelassener Nervenarzt \_\_\_\_\_

- UKE Poliklinik/ Ambulanz \_\_\_\_\_ *(wöchentl.;*

*14tägig?)*

- praktischer Arzt \_\_\_\_\_

- anderer Facharzt: \_\_\_\_\_

### **3. Stehen Sie ansonsten in Kontakt mit beratenden oder unterstützenden Personen od. Einrichtungen, wie z.B. (Beispiele nennen)**

*(Mehrfachnennung möglich)*

- nein, kein Kontakt
- niedergelassener Psychologe, nichtärztlicher Psychotherapeut
- sozialpsychiatrischer Dienst/ Gesundheitsamt
- psychosoz. Dienst (z.B. Kontaktstelle, Patientenclub, Tagesstätte, psych. Beratungsstelle)
- allgemeiner sozialer Dienst (Gemeindeschwester, Familienfürsorge, Sozialstation, Pflegedienst, o.ä.)
- Suchtberatungsstelle
- sonstige Beratungsstelle

- Selbsthilfegruppe, Laienhelfer
- Werkstatt für Behinderte
- Heim
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**4. Wie ist Ihre Wohnsituation z.Zt.?**

- therapeutische Wohngemeinschaft
- psychiatrisches Übergangs-/ Wohnheim/ Nachtambulanz
- psychiatrisches Krankenhaus
- Altenwohnheim/ Altenpflegeheim
- anderes Heim (z.B. Lehrlingsheim)
- ohne festen Wohnsitz
- Mietwohnung
- Wohngemeinschaft
- Haus/ Eigentumswohnung
- Untermiete
- Pension/ Hotel
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**5. Leben Sie mit jemandem zusammen?**

- lebt alleine
- (Ehe-)Partner / in
- Eltern(teil)
- Kind(ern)
- Schwester / Bruder
- anderen Verwandten
- anderen nicht verwandten Personen

**6. Nehmen Sie momentan Medikamente ein?**

- ja                       nein

falls nein -> **weiter mit 9.**

**7. A) Welche?**

\_\_\_\_\_

Entlassmedikation (aus Akte):
-------------------------------

**B) Wurde seit Ihrem damaligen Aufenthalt nochmal umgesetzt?**

Falls nein und identisch mit Entlassmedikation -> **weiter mit 10**

**8. Wurde die Medikation auf Ihren Wunsch oder auf den Ihres Arztes umgesetzt?**

- auf eigenen Wunsch     auf Wunsch des verschreibenden Arztes

**A) Darf ich fragen warum?    B) Wissen Sie vielleicht warum?**

- unbekannt  
 unangenehme Nebenwirkungen  
 unangenehme Begleitscheinungen (z.B. Blutbildkontrollen)  
 Empfehlungen durch nichtärztliche Personen (z.B. Selbsthilfegruppen, Freunde)  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

→ weiter mit 10.

**9. Warum abgesetzt? Und seit wann?**

- auf eigenen Wunsch, ärztl. begleitet  
 auf eigenen Wunsch, selbständig  
 auf therapeut. Rat  
 auf Rat nichttherapeut. Personen

seit: \_\_\_\_\_

*Ich hätte jetzt ein paar Fragen, bei denen ich Sie bitte Dinge zu benoten, so wie in der Schule, von 1 bis 6, sehr gut bis ungenügend. Ist Ihnen das geläufig? (1= sehr gut, 2= gut, 3= befriedigend, 4= ausreichend, 5= mangelhaft, 6= ungenügend)*

**10. Wenn Sie die Wirkung Ihres Medikamentes bewerten sollten, welche Note zwischen 1-6 würden Sie dann geben?**

Aktuell:

Entlassmedikation (falls verändert):

**11. Und wenn Sie jetzt benoten sollten wie gut Sie das Medikament vertragen haben?**

Aktuell:

Entlassmedikation:

**12. Wie gut würden Sie Ihre Aufklärung über das Medikament benoten?**

**13. Wenn Sie Ihren stationären Aufenthalt benoten sollten, also Ihren Arzt, Ihre Bezugsperson, alles zusammen, was für eine Note würden Sie dem geben?**

**14. Wie zufrieden sind Sie mit den beratenden und unterstützenden Angeboten nach Ihrer Entlassung ?**

*Noch eine Frage zum Schluß:*

**15. Gibt es etwas, das in der Zeit nach Ihrem Aufenthalt hilfreich gewesen wäre bzw. war?**

---

---

---

---

---

---

---

*So, das war's dann auch schon! Vielen Dank, dass Sie mitgemacht haben!!  
Einen schönen Tag noch!*



## **Danksagung**

Herrn Prof. Dr. D. Naber möchte ich danken für die Überlassung des Themas, seine wertvollen inhaltlichen und methodischen Anregungen und seine stets freundliche und selbstverständliche Hilfe. Auch danke ich für die Unterstützung durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf.

Ganz besonders danken möchte ich Herrn Dr. Ingo Schäfer für viele Stunden tatkräftiger Mitarbeit und seine kompetente methodische und persönliche Unterstützung.

Schließlich sei auch, oder ganz besonders, den Patienten gedankt, die die Untersuchung zum größten Teil mit Interesse aufnahmen und bereitwillig ihre Zeit für die Befragung zur Verfügung stellten.

## Lebenslauf

23. Oktober 1974 geboren in Leutkirch/Allgäu als Tochter von Carl-August Lauterwein und Roswitha Lauterwein, geb. Mitschke

### *Schule*

1980 – 1984 Grundschule Leutkirch  
1984 – 1990 Gymnasium Leutkirch  
1990 – 1993 Gymnasium Pullach

### *Freiwilliges Soziales Jahr*

1993 – 1994 Abteilung für Hämatologie und Medizinische Onkologie, Universitätsklinik Ulm

### *Studium*

Nov. 1994 – Juni 2002 Medizinstudium Universität Hamburg  
(Frühjahr 1997 Ärztliche Vorprüfung,  
Frühjahr 1999 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,  
Frühjahr 2001 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,  
Juni 2002 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung)

## Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.