Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Tilman Steinert

Nichtmedikamentöse Therapie der Schizophrenie

Aktuelle Umsetzungen der Leitlinienempfehlungen

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der

Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Corbinian Wachter

Wangen Allgäu

2018

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1.Berichterstatter: Prof. Dr. Tilman Steinert

2.Berichterstatter: PD Dr. Karel Frasch

Tag der Promotion: 22.11. 2019

Die Widmung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis III
1. Einleitung 1
1.1. Allgemeines zur Schizophrenieerkrankung 1
1.2. Behandlung von Schizophrenie 2
1.3. Fragestellung 4
2. Material und Methoden 6
2.1. Material 6
2.1.1. Untersuchungsdesign und Erhebungsinstrument 6
2.1.2. Fragebogenkonstruktion 7
2.2. Rekrutierung der Teilnehmer 11
2.3. Statistische Auswertung 12
2.4. Ethik 13
3. Ergebnisse 14
3.1. Stichprobe 14
3.2. Repräsentativität der Stichprobe 14
3.3. Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen 17
3.3.1. Teilnahme an Interventionen 17
3.3.2. Häufigkeit der Interventionen 21
3.3.3. Letzter Therapiezeitpunkt 22
3.3.4. Beurteilung durch Studienteilnehmer 25
3.4. Hilfesysteme und soziotherapeutische Interventionen 26
3.4.1. Integrierte gemeindenahe Versorgungsstrukturen 26
3.4.2. Fachärztliche ambulante Behandlung 28
3.4.3. Zufriedenheit mit der ambulanten Betreuung 29
3.4.4. Arbeitsförderungsstrukturen 30
3.4.5. Wohnformen 33
3.4.6. Rehabilitationsprogramme 35
4. Diskussion 36
4.1. Vorgehen 36
4.2. Diskussion der Methoden 36
4.2.1. Untersuchungsdesign und Erhebungsinstrument 36
4.2.2. Fragebogenkonstruktion 39

4.2.3. Rekrutierung der Teilnehmenden ... 40
4.3. Überblick über die Ergebnisse ... 41
4.4. Diskussion Psychotherapien ... 42
4.4.1. Psychoedukation ohne/mit Angehörigen ... 42
4.4.2. Kognitive Verhaltenstherapie ... 45
4.4.3. Familienintervention und Angehörigengruppe ... 48
4.4.4. Social Skills Training und Life Skills Training ... 50
4.4.5. Metakognitives Training und Neuropsychologische Therapieformen ... 54
4.4.6. Psychoanalytische Verfahren ... 57
4.4.7. Gesprächstherapie ... 58
4.4.8. Ergotherapie ... 58
4.4.9. Kreativtherapien ... 60
4.4.10. Sport- und Bewegungstherapien ... 62
4.5. Diskussion der Patienteneinschätzungen ... 63
4.6. Hilfesysteme und soziotherapeutische Interventionen ... 64
4.6.1. Integrierte gemeindenahe Versorgungsstrukturen ... 64
4.6.2. Facharztzentrierte ambulante Behandlung ... 69
4.6.3. Arbeitsförderungsstrukturen ... 69
4.6.4. Wohnformen ... 73
4.6.5. Rehabilitationsprogramme ... 74
4.6.6. Selbsthilfe ... 75
4.7. Sektorenübergreifende Behandlung ... 76
4.8. Limitationen ... 78
4.9. Schlussfolgerung ... 80
5. Zusammenfassung ... 82
6. Literaturverzeichnis ... 84
7. Abbildungsverzeichnis ... 91
7.1. Tabellen ... 91
7.2. Abbildungen ... 91
8. Anhang ... 94
8.1. Fragebogen ... 94
8.2. Teilnehmerinformation ... 102
8.3. Einwilligungserklärung ... 103
Danksagung ... 104
Lebenslauf ... 105

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Assertive Community Treatment
BADO	Basisdokumentation
CMHT	Community Mental Health Team, Gemeindepsychiatrisches Team
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
GCP	Good Clinical Practice
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision
IPS	Individual Placement and Support
NICE	National Institute for Clinical Excellence
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PVT	Prevocational Training
RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke
SE	Supported Employment
SST	Social Skills Training
WfB, WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
ZfP	Zentrum für Psychiatrie

1. Einleitung

1.1. Allgemeines zur Schizophrenieerkrankung

Das Krankheitsbild der Schizophrenie ist laut ICD-Code (International Statistical Classification of Diseases) von einer grundlegenden und charakteristischen Störung von Denken und Wahrnehmung gekennzeichnet (DIMDI 2017). Zu den wichtigsten psychopathologischen Phänomenen zählen unter anderem Gedankenlautwerden, Wahnwahrnehmung, Gedankeneingebung sowie Denkstörungen. Eine Beeinträchtigung des Bewusstseins oder der intellektuellen Fähigkeiten liegt nicht vor, wobei im voranschreitenden Krankheitsverlauf durchaus kognitive Defizite auftreten können (ICD-10-GM, 2017).

Mindestens einmal im Leben ist etwa 1% der Bevölkerung weltweit von der Krankheit der Schizophrenie betroffen. Bei 20-25% der Betroffenen gelingt eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit nach der ersten psychotischen Episode. Zwischen 10% und 30% der Erkrankten entwickeln einen chronischen Krankheitsverlauf. Durch eine relativ frühe Erstmanifestation mit Häufigkeitsgipfel zwischen 18 und 35 Jahren betrifft es vor allem erwerbstätige Menschen und verursacht somit auch einen nicht von der Hand zu weisenden volkswirtschaftlichen Schaden. Diese indirekten, durch den Verlust der Produktivität verursachen Kosten, übersteigen die direkten Kosten der medizinischen und rehabilitativen Versorgung um ein Vielfaches. Die geschätzten Gesamtkosten der Gesundheitsleistungen, die durch die Therapie sowie den oftmals damit verbundenen Arbeitsausfall entstehen, sind vergleichbar mit den Kosten der großen Volkskrankheiten Diabetes und koronare Herzkrankheit (Robert Koch-Institut 2010; Salize/Rössler 1999).

Die Erkrankung der Schizophrenie wird mit einer zwei- bis dreifach höheren Sterblichkeitsrate im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Verbindung gebracht (Auquier et al. 2006; Barnes/Curson 1994; Brown 1997; Ward et al. 2015). Zur geringeren Lebenserwartung tragen Selbstmord, somatische Krankheiten im kardiovaskulären, respiratorischen und endokrinologischen Bereich sowie Erkrankungen des Verdauungsapparates oder des Nervensystems bei (Brown et al. 2000). Suizidales Verhalten kommt bei Schizophrenieerkrankten häufig vor (King et al. 2001; Walsh et al. 2001; Nordentoft et al. 2002). Von den Ersterkrankten der Schizophrenie versuchen innerhalb eines Jahres ungefähr 11% sich das Leben zu nehmen (Nordentoft et al. 2002). Die Erkrankung der Schizophrenie gehört nach Angaben der

Weltgesundheitsorganisation weltweit zu den zehn Erkrankungen, welche am häufigsten durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre verursachen (WHO, 2001). Weitere Bereiche, die von der Krankheit der Schizophrenie schwer beeinträchtigt werden, sind unter anderem „kommunikatives Verhalten und soziale Kompetenz“ (Robert-Koch-Institut 2010, S. 18). Diese Beeinträchtigungen führen zu großen sozialen Defiziten (Häfner et al. 1995). Hinzu kommt oftmals eine Stigmatisierung schizophren Kranker durch ihre Umwelt. Diese distanzierte, misstrauische oder ablehnende Haltung gegenüber Betroffenen wird vor allem durch mangelnden Kontakt, falsche Vorstellungen sowie unzureichendes Wissen über die Krankheit hervorgerufen (Gaebel et al. 2002). Diese Stigmatisierung kann nicht nur zu sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung führen, sondern auch zu Benachteiligungen bei der Arbeitsplatz- oder Wohnungssuche (Crisp et al. 2000).

1.2. Behandlung von Schizophrenie

Mit der Zielsetzung, den Betroffenen eine „von Krankheitssymptomen weitestgehend freie […] selbstbestimmte Lebensführung“ (DGPPN 2006, S. 38) zu ermöglichen, wurde die Behandlungsleitlinie Schizophrenie von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde im Jahr 2006 veröffentlicht. In dieser S3-Leitlinie wird die mehrdimensionale Behandlung von Schizophrenie in drei Teilbereich gegliedert. Es wird zwischen biologisch-somatischen, psychologisch-psychotherapeutischen und soziotherapeutisch-rehabilitativen Therapie- und Versorgungsangeboten unterschieden. Im Gesamtbehandlungsplan ist der Einbezug aller drei Komponenten vorgesehen, individuell und phasenspezifisch akzentuiert und gewichtet (DGPPN 2006).

Die somatisch-biologischen Therapieformen beziehen sich hauptsächlich auf pharmakologische Behandlungsverfahren, es gibt aber auch andere somatische Verfahren wie beispielsweise die Elektronenkrampftherapie (DGPPN 2006). Die Wirkung der pharmakologischen Therapieform wurde bereits durch zahlreiche Studien belegt (Adams et al. 2001; Davis/Andriukaitis 1986; Möller et al. 2005). Pharmakologische Therapieformen sind jedoch nicht bei allen Schizophreniepatienten wirksam, es gibt durchaus Subgruppen, die sich resistent gegenüber medikamentösen Therapien von Positivsymptomen (Liebermann et al. 1994) oder Negativsymptomen zeigen (Tattan/Creed 2001). Negativsymptome sind für die Betroffenen sehr belastend und durch Antipsychotika oft nur unzureichend zu behandeln

(Mitra et al. 2016; Blanchard/Cohen 2006). Ein ausbleibender Erfolg von pharmakologischen Therapien kann unter anderem auch auf eine mangelnde Medikamentencompliance (McIntosh et al. 2006, Tattan/Creed 2001), Supersensitivität (Fallon et al. 2012) und Stress (Khan et al. 2018) zurückgeführt werden.

Unterstützt und ergänzt werden die pharmakologischen Behandlungsstrukturen durch nicht-medikamentöse Behandlungsformen, unter anderem von den psychologisch-psychotherapeutischen Therapien. Ziel in diesem Bereich ist es, die individuelle Vulnerabilität (Anfälligkeit) und den ungünstigen Einfluss äußerer Stressoren zu vermindern, außerdem stehen die Verbesserung der Lebensqualität, die Verringerung von Krankheitssymptomen sowie die Förderung von Fähigkeiten der Kommunikation und Krankheitsbewältigung im Mittelpunkt (DGPPN 2006). Psychotherapeutische Interventionen dienen darüber hinaus dazu, den Patienten und ihren Angehörigen zu helfen, mit der Krankheit und den damit verbundenen Umständen umzugehen (WHO, 2001). Psychotherapeutische Interventionen sind im Alltag der Regelversorgung realisierbar (Wölfle et al. 1999) und gehören inzwischen zum „festen Repertoire […] psychiatrische[r] Einrichtungen“ (Pitschel-Walz/Bäumel 2007, S. 28). Die Wirksamkeit einiger Therapieformen wie beispielsweise Psychoedukation, Familientherapie und kognitiver Verhaltenstherapie konnte nachgewiesen werden (Pitschel-Walz/Bäumel 2007; Pitschel Walz et al. 2001; Pfammatter et al. 2006; Zygmunt et al. 2002; Pilling et al. 2002; Pharoah 2009; Morrison 2005; Klingenberg 2010, McFarlane 2016). Bei weiteren psychotherapeutischen Behandlungsformen konnten positive Effekte gefunden werden, oftmals liegen zu wenige groß angelegte Studien vor, um verlässliche Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit zu treffen (Pitschel-Walz/Bäumel 2007).

Die soziotherapeutisch-rehabilitativen Behandlungsformen gehören, ebenso wie die psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungsformen, zu den nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren. Im Mittelpunkt dieser Hilfeansätze stehen die sozialen Bezüge im Lebensumfeld des Betroffenen. Soziotherapien funktionieren meist mit Hilfesystemen, die die (Wieder-) Eingliederung des Erkrankten in die Gesellschaft fördern und ihn in Bezug auf Arbeit und Wohnen unterstützen. Die Selbstbestimmung des Patienten spielt hierbei eine große Rolle, vor allem im Bereich der Therapieentscheidungen. Aber auch Selbsthilfe und die Stärkung des Selbstbewusstseins gehören zu den Zielsetzungen der soziotherapeutisch-rehabilitativen Behandlungsformen (DGPPN 2006). Bei den soziotherapeutisch-rehabilitativen Behandlungsformen ist die Arbeitsrehabilitation ein sehr wichtiger Aspekt. Eine feste

Arbeitsstelle hilft beim Knüpfen von sozialen Kontakten, fördert und garantiert einen geregelten Tagesablauf und steigert das Selbstwertgefühl (Scheid/ Anderson 1995).
In der nachfolgenden Arbeit wird ausschließlich auf die nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren eingegangen.

1.3. Fragestellung

Im Mittelpunkt dieser Dissertation steht folgende Fragestellung:
Inwiefern werden die Leitlinienempfehlungen im Bereich der nichtmedikamentösen Therapie der Schizophrenie umgesetzt?
Diese Fragestellung sollte am Beispiel des Einzugsgebiets der ZfP Südwürttemberg beantwortet werden.
Im Zuge dieser Datenerhebung sollte herausgefunden werden, welche nichtmedikamentösen Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen Patienten mit Schizophrenie im Laufe ihrer Krankheitsgeschichte kennengelernt haben und ob dies den Empfehlungen der Leitlinien entspricht. Zum nichtmedikamentösen Therapiebereich zählen psychotherapeutische Interventionen, Hilfesysteme sowie soziotherapeutische und rehabilitative Interventionen (DGPPN 2006). Um der oben genannten Fragestellung auf den Grund zu gehen, wurden die Ergebnisse mit den entsprechenden Empfehlungen der Leitlinien verglichen.
Dem Vergleich wurden zwei Leitlinien zugrunde gelegt. Hierzu gehörten die im Jahr 2006 erschienene Behandlungsleitlinie Schizophrenie und die 2013 erschienene S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Die zuerst genannte Leitlinie ist der erste Band der S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Beide Leitlinien wurden von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegeben.
Zusätzlich zum Abgleich mit der Leitlinie sollte untersucht werden, inwiefern eine Verzahnung von ambulanten und stationären Therapieangeboten stattfindet. Aufgrund von chronischen Krankheitsverläufen ist eine sektorenübergreifende Behandlung bei psychischen Krankheiten besonders wünschenswert (Fritze 2005). Im Bereich der medikamentösen Therapie findet dies teilweise in Form von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden bereits Anwendung (Steinacher et al. 2012; Salize et al. 2015).

Anhand dieser Fragestellungen sollte festgestellt werden, ob und inwiefern es im Einzugsbereich des ZfP Südwürttemberg hinsichtlich der Leitlinienempfehlungen Verbesserungsmöglichkeiten gibt.

Zunächst werden das Material sowie die Methoden zur Datenerhebung vorgestellt. Daran anschließend werden die Ergebnisse der Datenerhebung präsentiert. In der Diskussion findet der Vergleich der Ergebnisse mit der Leitlinie und weiteren Erkenntnissen aus der Literatur statt. Am Ende der Arbeit steht eine Zusammenfassung des vorhergehenden, sowie das Literatur- und Abbildungsverzeichnis.

2. Material und Methoden

2.1. Material

2.1.1. Untersuchungsdesign und Erhebungsinstrument

Um Daten für die Fragestellung zu erhalten, wurde eine Erhebung im Querschnittsdesign durchgeführt. Die einmalige Erhebung fand in Form einer Befragung von Schizophreniepatienten statt. Als Erhebungsinstrument wurde ein fragebogengestütztes Interview gewählt. Die Befragung wurde bewusst als Interview konzipiert, um mögliche Rückfragen oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen ausräumen zu können. Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde auch stark darauf geachtet, die Länge der Befragung unter einer Stunde zu halten. Die zeitliche Beschränkung sollte Erinnerungslücken bei retrospektiven Fragen aufgrund von Ermüdungserscheinungen vorbeugen und die Motivation über den Zeitraum des Interviews konstant halten.

Der Fragebogen (einsehbar in Kapitel 8. Anhang; Unterpunkt 8.1. Fragebogen), mithilfe dessen der Interviewer die Befragung durchführte, bestand aus fünf Frageblöcken in folgender Reihenfolge: Soziodemographie, Erkrankung, Psychotherapeutische und Psychosoziale Interventionen, Systeminterventionen im medizinischen und sozialen Bereich und Systeminterventionen im Bereich der beruflichen Rehabilitation.

Die Frageblöcke zur Soziodemographie und zur Erkrankung wurden in den Fragebogen aufgenommen, da es sich bei der hier vorliegenden Stichprobe um keine Zufallsstichprobe handelt. Die erhobenen Daten zur Soziodemographie und zur Erkrankung sollten zur Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe dienen.

In den ersten beiden Frageblöcken wurden offene Fragen (z.B. bzgl. Alter, Diagnose, Nebendiagnose, Alter bei Erstdiagnose), halboffene Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien und einer offenen Möglichkeit (z.B. bzgl. Wohn-/Beschäftigungssituation vor Aufnahme, höchster Schul-/Berufsabschluss) und geschlossene Fragen (z.B. bzgl. Familienstand, Geschlecht) verwendet. Die Fragen wurden so oft wie möglich als geschlossene oder halboffene Fragen konzipiert, um längere Pausen aufgrund von Schreibarbeit bei der Durchführung zu vermeiden.

Die drei weiteren Frageblöcke wurden zur Beantwortung der hier zugrunde gelegten Fragestellung entworfen. Der genaue Aufbau dieses Teils des Fragebogens wird im nachfolgenden Kapitel 2.1.2 näher besprochen.

2.1.2. Fragebogenkonstruktion

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden zwei Leitlinien ausgewählt. Die maßgebliche Grundlage für den Fragebogen bildete die 2006 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegebene Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Verglichen und ergänzt wurde dies mit der 2013 von der DGPPN herausgegebenen S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.

Zunächst wurde anhand der Behandlungsleitlinie Schizophrenie eine Einteilung der nichtmedikamentösen Therapiebereiche der Schizophrenieerkrankung erstellt. Als ein großer Themenbereich wurden die psychotherapeutischen Interventionen ausgewählt, der zweite große Themenbereich bestand aus Hilfesystemen und soziotherapeutischen Interventionen.

Hinsichtlich der psychotherapeutischen Interventionen wurden die in der Behandlungsleitlinie Schizophrenie besprochenen Therapien gesichtet. Hierzu zählen folgende Interventionen: Psychoedukation mit/ohne Angehörige, kognitive Verhaltenstherapie, Familieninterventionen, Angehörigengruppe, Social Skills Training, kognitives Training, neuropsychologische Therapien, psychoanalytische Verfahren, Gesprächstherapie und Ergotherapie. Um eine möglichst große Bandbreite der Interventionen zu berücksichtigen, wurden die in der Behandlungsleitlinie Schizophrenie vorliegenden Interventionen mit denen der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verglichen. Folgende Interventionen wurden dementsprechend hinzugefügt: Training von Alltagsfähigkeiten, Kreativtherapien (Kunst-, Tanz-, Musik-, Dramatherapie), Sport- und Bewegungstherapie sowie Selbsthilfegruppen.

Insgesamt wurden mehrere Items zu den psychotherapeutischen Interventionen entwickelt. Das erste Item ‚Teilnahme an der Intervention' sollte unabhängig vom Interventionszeitpunkt messen, welche Therapien Schizophreniepatienten während ihres Krankheitsverlaufes erhalten haben. Anhand dieses Items sollte festgestellt werden, ob die

Empfehlungen der Leitlinien in Bezug auf die einzelnen Interventionen umgesetzt werden. Um zu erfassen, ob die Interventionen im ambulanten oder stationären Setting stattgefunden hatten, wurden beide Bereiche abgefragt.

Den Probanden wurde die Frage ‚Wurde eine der folgenden Therapien schon einmal bei Ihnen durchgeführt?' gestellt. Drei Antwortmöglichkeiten standen zur Verfügung: teilgenommen, nicht teilgenommen/kein Interesse, noch nie davon gehört. Da es sich um eine retrospektive Frage handelt, die gegebenenfalls einen sehr langen Zeitrahmen umfasst, wurden alle Teilnehmer zu allen Interventionsformen befragt. Bei einer offenen Fragestellung (z.B. ‚Welche Therapieformen haben Sie bereits erhalten?) wurde das Risiko des Vergessens deutlich höher eingestuft, als bei der hier verwendeten geschlossenen Fragestellung.

Das Item ‚Teilnahme an der Intervention' fungierte außerdem als Filterfrage für alle weiteren Daten, die für die jeweiligen Interventionsformen erhoben wurden. Anhand dieser Filterfragetechnik sollten überflüssige Fragen vermieden werden. Zu den Daten, welche bei positiver Antwort der Filterfrage gestellt wurden, gehörten folgende Items: ‚Häufigkeit der Intervention', ‚Letzter Interventionszeitpunkt', ‚Weiterführung von stationär durchgeführten Therapien im ambulanten Bereich' und ‚Beurteilung der Intervention durch die Studienteilnehmer'. Hatten die Teilnehmer die entsprechende Intervention noch nie erhalten, wurden die weiteren Items nicht abgefragt.

Das Item ‚Häufigkeit der Intervention' wurde entwickelt, um zu messen, ob durchgeführten Interventionen auch mit der von den Leitlinien empfohlenen Frequenz durchgeführt wurden. In den Leitlinien gibt es nicht für jede Intervention eine Empfehlung hinsichtlich der Frequenz. Das Item wurde dennoch für alle von den Teilnehmern erhaltenen Interventionen angefragt. Auf einen komplexen Fragenbogenaufbau mit verschiedenen spezifischen Filterfragen bei den einzelnen Interventionen konnte so verzichtet werden. Die Fragestellung war offen, es gab keine vorgegebenen Antwortkategorien. Bei der Auswertung wurden die verschiedenen Antworten den Kategorien ‚mehrmals wöchentlich', ‚wöchentlich', und ‚monatlich oder seltener' zugeordnet.

Beim Item ‚Letzter Interventionszeitpunkt' sollte gemessen werden, ob die Therapie zum Zeitpunkt der Befragung erhalten wurde. Somit sollte ermittelt werden, welche Interventionsformen die Teilnehmer während des jeweils aktuellen Klinikaufenthaltes besuchten. Dahinter stand die Überlegung, einen einheitlichen Zeitraum festzulegen, in dem die

Interventionen stattfanden. Die Intervention sollte auch eindeutig der Institution des ZfP Südwürttembergs zuordenbar sein.

Mit Hilfe des Items ‚Weiterführung von stationär durchgeführten Therapien im ambulanten Bereich' sollte gemessen werden, inwiefern eine Verzahnung von stationärem und ambulanten Bereich stattfindet.

Das Item ‚Beurteilung der Intervention durch die Studienteilnehmer' sollte messen, inwiefern die erhaltenen Therapien von den Studienteilnehmern als hilfreich empfunden wurden. Dieses Item wurde mit einbezogen, da Patientenbeurteilungen eine sehr wichtige Rolle im Hinblick auf die Compliance, Zufriedenheit und das Behandlungsergebnis spielen (Kuhnigk et al. 2012). Hier wurde den Studienteilnehmern die Frage ‚Wie hilfreich war die Therapie' gestellt. Die Fragestellung wurde geschlossen und als 6-Punkte-Ratingskala konzipiert. Die Studienteilnehmer hatten also sechs Antwortkategorien, mit welchen sie die besuchten Interventionen beurteilen konnten: ‚überhaupt nicht hilfreich', ‚nicht hilfreich', ‚eher nicht hilfreich', ‚eher hilfreich', ‚hilfreich' und ‚sehr hilfreich'. Es wurde bewusst eine gerade Zahl von Kategorien ausgewählt, um eine Mittelkategorie zu vermeiden. Die Studienteilnehmer mussten sich so also entscheiden, ob sie die Therapie eher dem Bereich ‚hilfreich' oder dem Bereich ‚nicht hilfreich' zuordnen. Um eine spätere Berechnung des Mittelwertes möglich zu machen, wurden die Antwortkategorien mit einem Punktesystem von eins (‚überhaupt nicht hilfreich') bis sechs (‚sehr hilfreich') versehen.

Der zweite große nicht-medikamentöse Bereich, auf den in der ‚Behandlungsleitlinie Schizophrenie' eingegangen wird, sind Hilfesysteme und soziotherapeutischen Interventionen. Im Fragebogen wurde dieser Bereich in zwei Frageblöcke unterteilt: zum einen in Systeminterventionen hinsichtlich der medizinischen und sozialen Versorgung, zum anderen in Systeminterventionen hinsichtlich der Unterstützung von Beschäftigung und Wohnen. In diesen beiden Bereichen wurden auch die Items zur sektorenübergreifenden Versorgung positioniert.

Bei den Systeminterventionen hinsichtlich der medizinischen und sozialen Versorgung wurden die Items anhand der Empfehlungen der beiden oben genannten Leitlinien entworfen. Anhand des ersten Items ‚Ambulante fachärztliche Behandlung' sollte gemessen werden, bei welchem Facharzt die Probanden aufgrund ihrer Schizophrenieerkrankung in ambulanter Behandlung waren. Die geschlossene Fragestellung (‚Bei welchem Arzt sind Sie wegen Ihrer Erkrankung in ambulanter medizinischer Behandlung?') beinhaltete fünf

Antwortkategorien (‚PIA', ‚niedergelassener Psychiater/Nervenarzt', ‚Hausarzt', ‚sonstiger', ‚keiner'). Durch das hinzufügen der Kategorie ‚keiner' sollte anhand des Items ebenfalls messbar sein, wie viele der Teilnehmer keine fachärztliche medizinische Behandlung im ambulanten Bereich erhalten hatten. Da sich das Interesse auf die fachärztliche Behandlung im Bereich der Schizophrenie bezieht, wurde auf eine halboffene Frage verzichtet und die Kategorie ‚sonstiges' eingeführt.

Bezüglich der aufsuchenden Behandlung wurde zunächst eine Filterfrage konzipiert. Das Item ‚Aufsuchende Behandlung' war als binäre Frage konzipiert (‚Wurde Ihnen die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung angeboten?') mit den Antwortmöglichkeiten ‚Ja' und ‚Nein'. Wurde diese Frage mit ‚Ja' beantwortet, folgten zwei weitere zu beantwortende Items. Zum einen das Item ‚Aufsuchende Behandlung in akuter Krankheitsphase' mit binärer Antwortmöglichkeit (‚Ja', ‚Nein') sowie das Item ‚Form der aufsuchenden Behandlung in nicht akuter Krankheitsphase'. Letzteres war eine geschlossene Fragestellung mit vier Antwortkategorien (‚Arzt', ‚Sozialdienst', ‚Pflegedienst', ‚Sonstige Hilfestellung'), bei der Mehrfachnennungen möglich waren. Außerdem wurden diejenigen, welche noch nie eine aufsuchende Behandlung erhalten hatten, gefragt, ob sie sich eine solche Behandlungsform wünschen würden.

Um den von beiden Leitlinien erwähnten Einsatz von Strukturen des Case Managements sowie der Soziotherapie zu überprüfen, wurden zwei Items entwickelt. Das Item ‚Hauptansprechpartner/Koordinator der Therapien im ambulanten Bereich' sollte prüfen, ob sich die Verantwortlichkeit auf eine einzelne Schlüsselperson konzentriert. Die Fragestellung wurde vollständig offen gehalten. Das Item ‚Teilnahme an einer ambulanten Soziotherapie' wurde aufgrund von Zeitersparnisgründen dem Frageblock ‚Psychotherapeutische und Psychosoziale Interventionen' zugeordnet.

Ein weiteres Item bezog sich nicht auf die Leitlinien, sondern auf die Nutzung bestehender Strukturen im Bereich des ZfP Südwürttemberg in Form des Projekts ‚Integrierte Versorgung'. Es sollte neben der allgemeinen Umsetzung der Leitlinie auch auf die spezielle Form der Realisierung der Leitlinienempfehlungen im Bereich der ZfP Südwürttemberg eingegangen werden. Dieses Angebot steht allerdings nicht allen, sondern nur DAK-und BEK-versicherten Patienten zur Verfügung. Das Item ‚Projekt Integrierte Versorgung' wurde als geschlossene Fragestellung (‚Nehmen sie am Projekt Integrierte Versorgung teil?') konzipiert.

Das abschließende Item des Fragblocks (‚Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung') war, ebenso wie das Item ‚Beurteilung der Intervention durch die Studienteilnehmer', als 6-Punkte-Ratingskala angelegt. Die Antwortmöglichkeiten waren hier entsprechend gleich aufgebaut und mit dem gleichen Punktesystem versehen.

Der letzte Block des Fragebogens bezog sich auf Systeminterventionen hinsichtlich der Unterstützung von Beschäftigung und Wohnen. Die Items wurden ebenfalls auf Grundlage der Empfehlungen der Leitlinie entworfen. Die ersten beiden Items bezogen sich auf die Unterstützung in Bezug auf Beschäftigung. Das erste Item ‚Formen der Unterstützung' war als offene Fragestellung konzipiert (‚Welche Unterstützung in Hinblick auf Ihre Berufliche Situation haben Sie erhalten?'). Um eventuellen Erinnerungslücken vorzubeugen, wurden verschiedene Beispiele genannt. Das zweite Item ‚Beurteilung der Unterstützung im Bereich der Beschäftigung durch die Studienteilnehmer' war gleich aufgebaut wie das Item ‚Beurteilung der Intervention durch die Studienteilnehmer'. Es gab eine 6-Punkte-Ratingskala, bei der die Teilnehmer entscheiden konnten, als wie hilfreich sie die Unterstützung empfanden.

Auch bezüglich der Unterstützung im Bereich des Wohnens wurde ein Item mit offener Fragestellung (‚Welche Unterstützung haben Sie bis jetzt in Hinblick auf Ihre Wohnsituation erhalten?') konzipiert. Das nachfolgende Item ‚Beurteilung der Unterstützung im Bereich des Wohnens durch die Studienteilnehmer' entsprach der oben bereits mehrfach erwähnten 6-Punkte-Ratingskala. Außerdem wurde anhand einer geschlossenen binären Fragestellung das Item ‚Teilnahme an einer Hilfeplankonferenz' abgefragt.

Das Item ‚Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme' wurde als geschlossene Frage mit binärer Antwortmöglichkeit (‚Ja', ‚Nein') konzipiert. Falls eine Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme vorlag, wurde die Einschätzung der Studienteilnehmer anhand des Items ‚Beurteilung der Unterstützung im Bereich der Rehabilitation durch die Studienteilnehmer' mit Hilfe der 6-Punkte-Ratingskala abgefragt.

2.2. Rekrutierung der Teilnehmer

Die Zielgröße der Stichprobe betrug 100 Patienten. In Frage kamen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie oder schizoaffektive Störung (F 20.X, F 25.X). Eine weitere Voraussetzung war zum einen, dass die Patienten mindestens einen stationären Voraufenthalt in der

Vergangenheit wegen einer psychotischen Episode vorweisen konnten. Damit sollte gewährleistet werden, dass die Betroffenen zumindest schon einmal Kontakt zum Versorgungsnetz und diversen Hilfesystemen gehabt hatten. Zum anderen mussten die Probanden einigermaßen belastbar sein, da die Dauer des Interviews von 20 min bis zu einer Stunde variierte, und es durfte keine Minderbegabung vorliegen.

Rekrutiert wurden stationäre Patienten in den Niederlassungen des ZfP Südwürttemberg in Weissenau, Friedrichshafen, Zwiefalten, Bad Schussenried und Wangen. Außer in Wangen wurde überall sonst vom behandelnden Arzt eine Liste mit in Frage kommenden Patienten erstellt und dann der Reihe nach angesprochen. In Wangen wurden die Patienten bereits im Vorfeld befragt, ob sie Interesse an der Befragung haben oder nicht.

Die Patienten wurden im Vorfeld über die Freiwilligkeit und die geltenden Datenschutzbestimmungen belehrt und gaben anschließend ihr schriftliches Einverständnis, an der Studie teilzunehmen.

2.3. Statistische Auswertung

Die statistischen Analysen zur Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe erfolgten mit dem Statistikprogram SPSS Version 11.5 für Microsoft Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Verglichen wurden die Merkmale der Studienteilnehmer mit den Merkmalen der Nicht-Teilnehmer, d.h. der zur Zeit der Rekrutierung auf den Stationen behandelten Patienten, für die die Studie in Frage gekommen wären, aber nicht erreicht wurden oder die Teilnahme ablehnten. Mit Hilfe von Kreuztabellen wurde die relative Häufigkeit bestimmter Ausprägungen bei beiden Gruppen (93 Studienteilnehmer und 1339 Nicht-Teilnehmer) ermittelt und mittels Chi-Quadrat-Test auf unabhängige Verteilung überprüft. Die Verteilung folgender Merkmale beider Gruppen wurden überprüft: Geschlecht, Alter, Muttersprache, Lebenspartnerschaft, Lebensunterhalt durch eigene Berufstätigkeit, selbstständige Wohnform, Diagnose, gesetzlicher Betreuer. Aufgrund der Möglichkeit zu unendlich vielen Ausprägungen erfüllten weitere Merkmale die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test nicht. Als Alternative diente der Mann-Whitney-U-Test. Dies traf für folgende Merkmale zu: Anzahl der Voraufenthalte, CGI-Schweregrad bei aktueller Aufnahme, Dauer des aktuellen Aufenthaltes.

Die Antworten der Teilnehmer in Bezug auf die Fragen zu nichtmedikamentösen Therapien wurden deskriptiv ausgewertet.

Die Daten, welche mit Hilfe der 6-Punkte-Ratingskala erhoben wurden, wurden wie folgt ausgewertet: Die Mittelwerte der sechs möglichen Merkmalsausprägungen (1= überhaupt nicht hilfreich, 2= nicht hilfreich, 3= eher nicht hilfreich, 4= eher hilfreich, 5= hilfreich, 6=sehr hilfreich) wurden auf Basis der relativen Häufigkeiten gebildet.

Die Daten bezüglich des Alters der Teilnehmer sind in Form eines Box-Plots dargestellt (vgl. Abb. 1 Boxplot: Alter der Teilnehmer in Jahren). Anhand Median, unterem und oberem Quantil sowie der Extremwerte sollte ein graphischer Überblick über die Verteilung des Alters der Stichprobe gegeben werden. Weitere deskriptive Daten wurden in tabellarischer oder graphischer Form anhand von relativen Häufigkeiten dargestellt.

2.4. Ethik

Die Studie wurde der Ethik-Kommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur berufsrechtlichen Beratung vorgelegt (Aktenzeichen F-2019-040). Gegen die Durchführung der Studie wurden seitens der Ethik-Kommission keine Bedenken geäußert.

3. Ergebnisse

3.1. Stichprobe

Die Stichprobe der hier durchgeführten Datenerhebung bestand aus insgesamt 93 Personen. Davon waren 51% männlich und 49% weiblich. Die Studienteilnehmer waren im Schnitt 43,8 Jahre alt (vgl. Abb. 1).

Für die Datenerhebung kamen nur Patienten mit der Diagnose Schizophrenie (F20.X) oder schizoaffektive Störung (F25.X) in Frage. Eine F20.X-Hauptdiagnose hatten 70% der Befragten, 30% hatten eine F25.X-Hauptdiagnose.

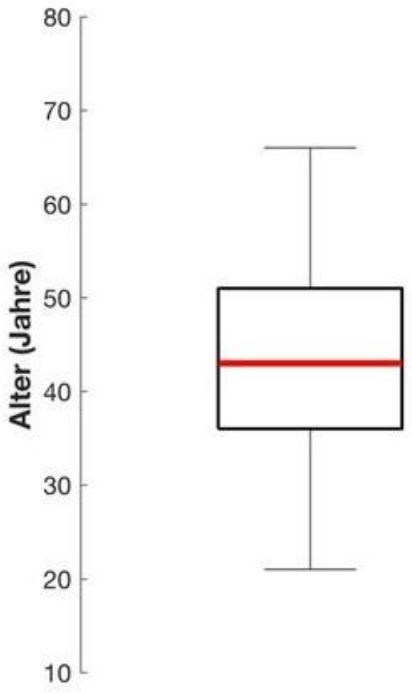


Abbildung 1 Boxplot: Altersverteilung der befragten Schizophreniepatienten in Jahren, dargestellt sind Median (rote Linie), oberes und unteres Quartil (die untere und obere Begrenzung der Box, die 50% der Daten umfasst) sowie die Whiskers (strichförmige Gebilde ober- und unterhalb der Box), welche das Maximum/Minimum der Altersverteilung anzeigen (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

3.2. Repräsentativität der Stichprobe

Um die Repräsentativität der Stichprobe zu überprüfen, wurden die Studienteilnehmer mit Nichtteilnehmern anhand der elektronischen Basisdokumentation (BADO) der Kliniken verglichen (dargestellt in Tabelle 1). Die Gruppe der 1339 Nichtteilnehmer setzt sich

zusammen aus Patienten, die theoretisch für die Studienteilnahme in Frage gekommen wären, aber aus verschiedensten Gründen nicht angesprochen wurden, und Patienten, die auf die Anfrage hin eine Teilnahme ablehnten.

Tabelle 1 Vergleich der personenbezogenen Daten von Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern (ermittelt aus den Daten der elektronischen Basisdokumentation im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013 auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg); Prüfung auf unabhängige Verteilung mittels Mann-Whitney-U-Test (korrigiert um verbundene Ränge, z- und p-Werte sind korrigiert) beziehungsweise Chi-Quadrat-Test ($\chi 2$ nach Pearson)

Variable	Ausprägung der Variable	Teilnehmer	Nicht-Teilnehmer	Chi-Quadrat	Mann-Whitney-U-Test
Geschlecht (Anzahl (%))	Männlich	47 (50,5)	774 (57,8)	$\chi 2$= 1,877 df=1 p=0,171	
	Weiblich	46 (49,5)	565 (42,2)		
Alter (Mittelwert (SD))		43,8 (10,7)	44,2 (11,1)	$\chi 2$=0,319 df= 1430 p=0,749	
Muttersprache (Anzahl (%))	Deutsch	74 (79,6)	990 (84,3)	$\chi 2$= 1,449 df=1 p=0,229	
	Andere	19 (20,4)	184 (15,7)		
Lebenspartnerschaft (Anzahl (%))	Ja	8 (8,6)	156 (14,2)	$\chi 2$= 2,295 df=1 p=0,130	
	Nein	85 (91,4)	939 (85,8)		
Lebensunterhalt durch eigene Berufstätigkeit (Anzahl (%))	ja	19 (21,4)	167 (15,6)	$\chi 2$=2,045 df=1 p=0,153	
	Nein	70 (78,7)	906 (84,4)		
Selbständige Wohnform (Anzahl (%))	Ja	62 (66,7)	516 (43,7)	$\chi 2$=4,527 df=1 p<0,05	
	Nein	31 (33,3)	638 (55,3)		

Fortsetzung Tabelle 1 Vergleich der personenbezogenen Daten von Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern

Diagnose (Anzahl (%))	F20	65 (69,9)	958 (71,6)	$\chi2$=0,117 df=1 p=0,733	
	F25	28 (30,1)	381 (28,5)		
Voraufenthalte (Anzahl (%))	1	12 (12,9)	62 (5,5)		U=43992,0 Z korr = -3,235 p<0,01
	2 bis 5	33 (35,5)	316 (27,8)		
	>5	48 (51,6)	759 (66,8)		
Gesetzl. Betreuung (Anzahl (%))	Ja	37 (39,8)	587 (52,0)	$\chi2$=5,09 df=1 p<0,05	
	nein	56 (60,2)	543 (48,1)		
CGI-Schweregrad bei aktueller Aufnahme (Anzahl (%))	Grenzfall	0 (0,0)	1 (0,1)		U=39454,5 Z korr=-0,366 p=0,714
	nur leicht krank	0 (0,0)	10 (0,9)		
	mäßig krank	3 (4,3)	113 (9,6)		
	deutlich krank	33 (47,8)	491 (41,9)		
	schwer krank	30 (43,5)	478 (40,8)		
	extrem schwer krank	3 (4,3)	79 (6,7)		
Dauer des aktuellen Aufenthaltes (Median (25%-, 75% Quartile))		39 (31;73)	22 (8,48)		U=33634,0 Z korr=-6,890 p<0,001

Soweit sie vorlagen, wurden die in der Befragung erfassten Merkmale der 93 Teilnehmer mit den in der BADO erfassten Merkmalen der Nichtteilnehmer verglichen. Diagnose, CGI und Dauer des aktuellen Aufenthaltes wurden auch bei den Teilnehmern der elektronischen Krankenakte bzw. der BADO entnommen. Die unterschiedlichen Grundgesamtheiten

vor allem bei den Nichtteilnehmern beruhen auf unvollständig ausgefüllten BADO-Datensätzen und auf den Verzicht auf die Antwortoption „unklar“.
Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer unterscheiden sich signifikant hinsichtlich

- des Anteils von Patienten, die in nicht betreuten Wohnformen leben
- der Anzahl stationärer Vorbehandlungen
- des Anteils von Patienten mit gesetzlicher Betreuung
- der Dauer des aktuellen Aufenthaltes

Anhand der Ergebnisse ist davon auszugehen, dass die Studienteilnehmer häufiger in selbständigen Wohnformen leben, eine etwas geringere Anzahl von Voraufenthalten hatten und nicht so häufig einen gesetzlichen Betreuer hatten wie die Nichtteilnehmer. Zudem waren die Aufenthalte der Teilnehmer im Durchschnitt länger. Die Hälfte der Teilnehmer war mindestens 39 Tage in stationärer Behandlung, während es bei der Hälfte der Nichtteilnehmer nur gut drei Wochen waren. Vermutlich waren Patienten mit längeren Aufenthalten bei der Rekrutierung leichter zu erreichen als solche mit sehr kurzen Aufenthalten.
Obwohl vergleichbar schwer krank bei der Aufnahme handelt es sich bei den Studienteilnehmern möglicherweise um eine Stichprobe, die sich im Durchschnitt noch etwas mehr Selbständigkeit erhalten konnte als der Großteil der Patienten mit den Einschlusskriterien, die in der Regel auf Station behandelt werden (auch der Anteil derer, die angeben, ihren hauptsächlichen Lebensunterhalt mit eigener Arbeit zu bestreiten, ist höher, wenn auch nicht signifikant).

3.3. Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

3.3.1. Teilnahme an Interventionen

Im folgenden Textteil wird besprochen, mit welchen Therapieformen die Patienten in ihrem gesamten bisherigen Leben bereits Erfahrungen gemacht haben. Es wird darauf eingegangen, ob die Therapien stationär stattfanden und anschließend ambulant weitergeführt wurden. Schriftlich erläutert werden alle Therapieformen, mit denen ein Großteil der Teilnehmer bereits Erfahrungen sammeln konnten. Ebenso wird auf die Therapieformen eingegangen, mit welchen die Probanden kaum Kontakt vorweisen konnten. Die restlichen

Anteile der verschiedenen Therapieformen können detailliert aus der dem Text nachfolgenden Tabelle (Tabelle 2) entnommen werden.

Am häufigsten hatten die Befragten bereits Erfahrungen im Bereich der Ergotherapie gemacht. Bereits 82% der Teilnehmer hatten zum Zeitpunkt der Erhebung bereits einmal Ergotherapie erhalten. Diese fand in allen Fällen stationär (100%) statt, bei 8% wurde die Therapie auch ambulant weitergeführt. Mit Sport- und Bewegungstherapie hatten 80% der Studienteilnehmer schon einmal Kontakt. Auch hier war die Therapie auf den stationären Bereich beschränkt, bei einem Prozent der Befragten wurde diese ambulant weitergeführt. Mit der Therapieform der Psychoedukation waren 63% der Befragten bereits vertraut. Diese war in allen Fällen auf den stationären Bereich beschränkt. Ambulant weitergeführt wurde die Psychoedukation bei keinem der Befragten. Ein Anteil von 55% der Teilnehmer hatte bereits Erfahrungen mit neuropsychologischen Therapieformen gesammelt, 94% davon sammelten diese stationär, bei 2% davon wurden die neuropsychologischen Therapieformen ambulant weitergeführt. Ebenfalls 55% der Probanden hatten schon einmal an einer Kunsttherapie teilgenommen. Stationär erfuhren davon 98% der Probanden diese Therapieform, bei 2% wurde die Therapie ambulant weitergeführt. An Entspannungsverfahren hatten sich 54% der Befragten beteiligt, die Therapie fand in allen Fällen ausschließlich stationär statt, eine ambulante Weiterführung war nie der Fall.

Keiner der Befragten gab an, in seinem bisherigen Leben bereits eine Gesprächspsychotherapie erhalten zu haben. Nur 2% der Teilnehmer hatten im Bereich der ambulanten Soziotherapie Erfahrungen gemacht. Ebenfalls 2% wiesen Erfahrungen mit der Therapieform der Psychoanalyse vor, alle Teilnehmer machten diese Erfahrungen im stationären Bereich. Eine ambulante Weiterführung war hierbei nie der Fall. Von allen Teilnehmern gaben 5% an, dass ihre Angehörigen bereits einmal an einer Angehörigengruppe teilgenommen hatten. An einer Dramatherapie hatten 5% der Studienteilnehmer bereits teilgenommen. Die Angehörigengruppe wurde ausschließlich dem ambulanten Bereich zugeordnet. Die Dramatherapie wurde hingegen ausschließlich im stationären Bereich besucht. Sie wurde von keinem der Teilnehmer ambulant weitergeführt. Mit einer Selbsthilfegruppe konnten 6% der Befragten in ihrem bisherigen Leben bereits Erfahrungen sammeln. 6% aller Angehörigen der Befragten hatten deren Angaben zufolge bereits einmal eine Psychoedukation mit Angehörigen besucht. Die Teilnehmer der Psychoedukation mit Angehörigen besuchten die Therapie mit einem Anteil von 100% stationär, ambulant weitergeführt wurde diese

Intervention in keinem der Fälle. Während einer stationären Behandlung besuchte keiner der Teilnehmer eine Selbsthilfegruppe.

Fast alle Therapieformen fanden nach Angaben der Befragten ausschließlich im stationären Rahmen statt. Eine Ausnahme ist hier die kognitive Verhaltenstherapie, hier gaben 55% der damit Behandelten an, diese im ambulanten Bereich erhalten zu haben. Der Anteil der stationär begonnenen und ambulant weitergeführten Therapien geht gegen null. Am häufigsten ambulant weitergeführt wurden Ergotherapie (8%), das metakognitives Training (6%), kognitive Verhaltenstherapie und Training von Alltagshandlungen (beide 5%).

Tabelle 2 Häufigkeit in Prozent: Anteil an Schizophreniepatienten, die die jeweiligen Therapieformen erhielten; Anteil an erhaltenen Therapieformen, die stationär durchgeführt wurden; Anteil an stationär erhaltenen Therapieformen, die ambulant weitergeführt wurden (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

Therapieform	Prozentualer Anteil an befragten Schizophreniepatienten, die die jeweilige Therapieform erhielten	Prozentualer Anteil an Therapieformen, die stationär durchgeführt wurden	Prozentualer Anteil an Therapieformen, die ambulant weitergeführt wurden
Ergotherapie	82%	100%	8%
Sport/Bewegungstherapie	80%	100%	1%
Musiktherapie	66%	98%	0%
Psychoedukation	63%	100%	0%
Kunsttherapie	55%	98%	2%
Neuropsychologische Therapien	55%	94%	2%
Entspannungsverfahren	54%	100%	0%
Sozial Skills Training	45%	100%	0%
Training von Alltagsfähigkeiten	41%	79%	5%
Familienintervention	26%	100%	0%
Kognitive Verhaltenstherapie	22%	45%	5%
Metakognitives Training	18%	100%	6%
Tanztherapie	16%	100%	0%
Psychoedukation mit Angehörigen	6%	100%	0%
Selbsthilfegruppe	6%	0%	0%
Dramatherapie	5%	100%	0%
Angehörigengruppe	5%	0%	0%
Psychoanalyse	2%	100%	0%
Ambulante Soziotherapie	2%	0%	0%
Gesprächstherapie	0%	-	-

3.3.2. Häufigkeit der Interventionen

Im nachfolgenden Textteil wird dargelegt, wie häufig die verschiedenen Therapien jeweils stattfanden. Wie bereits im oberen Teil des Textes werden die wichtigsten Informationen gesondert zur Tabelle aufgeführt. Aus der untenstehenden Tabelle (Tabelle 3) lassen sich die genauen Prozentangaben für die einzelnen Therapieformen jeweils entnehmen. Die Angaben in Prozent beziehen sich jeweils nur auf die Teilnehmer, welche die Therapieformen bereits besucht hatten. Teilnehmer, welche angaben, mit der jeweiligen Therapieform noch keine Erfahrungen gesammelt zu haben, sind nicht in den Angaben enthalten.

Von den Probanden, die eine Ergotherapie erhielten, besuchten 83% diese mehrmals pro Woche. Ein Anteil von 35% der Teilnehmer, welche an einer Sport- und Bewegungstherapie teilgenommen hatten, gab an, dass diese mehrmals die Woche stattfand. Jeweils 20% der Befragten, die eine Kunst- oder Dramatherapie besucht hatten, absolvierten diese mehrmals pro Woche. Alle Häufigkeiten unter 20% werden an dieser Stelle nicht weiter schriftlich ausgeführt, sind aber der Tabelle 3 zu entnehmen.

Alle Studienteilnehmer, welche bereits psychoanalytische Therapieformen besucht hatten, gaben an, dass diese wöchentlich stattfanden. Über 90% oder 90% der Probanden, die an folgenden Therapien teilgenommen hatten, erhielten diese wöchentlich: Metakognitives Training, Musiktherapie, Psychoedukation, kognitives Verhaltenstraining. Die jeweiligen Teilnehmer der Therapieformen Social Skills Training, Training von Alltagsfähigkeiten, Kunsttherapie und Tanztherapie erhielten diese Therapieformen zu mehr als 80% wöchentlich. Von den Befragten, welche Erfahrungen mit neuropsychologischen Therapieformen sammelten, taten dies zu 78% wöchentlich. Mehr als 60% der Teilnehmer der Sport- und Bewegungstherapie besuchten diese jeweils einmal pro Woche. Ebenfalls mehr als 60% der Angehörigen von Patienten, die eine Psychoedukation mit Angehörigen besucht hatten, erhielten diese wöchentlich. Die Entspannungstherapie, die Selbsthilfegruppe sowie die ambulante Soziotherapie erhielten die jeweiligen Teilnehmer wöchentlich. Die Therapieform der Familienintervention fand in 96% der Fälle monatlich oder seltener statt. Mehr als 60% der Probanden, welche die Dramatherapie oder Angehörigengruppe besuchten, und 50% derjenigen, welche eine ambulante Soziotherapie besuchten, erhielten diese ebenfalls nur einmal im Monat oder seltener.

Tabelle 3 Häufigkeit in Prozent: Häufigkeit der Sitzungen der von den Therapieteilnehmern besuchten Therapien; unterschieden wird hierbei zwischen mehrmaligen Sitzungen in der Woche, wöchentlichen Sitzungen und monatlichen (beziehungsweise seltener) Sitzungen (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

Therapieform	Häufigkeit		
	Mehrmals in der Woche	Wöchentlich	Monatlich oder seltener
Ergotherapie	83%	17%	0%
Sport/Bewegungstherapie	35%	65%	0%
Musiktherapie	7%	93%	0%
Psychoedukation	7%	92%	1%
Kunsttherapie	20%	80%	0%
Neuropsychologische Therapien	14%	78%	8%
Entspannungstherapie	10%	58%	32%
Social Skills Training	14%	81%	0%
Training von Alltagsfähigkeiten	13%	87%	0%
Familienintervention	0%	4%	96%
Kognitive Verhaltenstherapie	5%	90%	5%
Metakognitives Training	6%	94%	0%
Tanztherapie	13%	87%	0%
Psychoedukation mit Angehörigen	0%	67%	33%
Selbsthilfegruppe	17%	50%	33%
Dramatherapie	20%	20%	60%
Angehörigengruppe	0%	40%	60%
Psychoanalyse	0%	100%	0%
Ambulante Soziotherapie	0%	50%	50%
Gesprächstherapie	0%	0%	0%

3.3.3. Letzter Therapiezeitpunkt

Im nachfolgenden Abschnitt wird darauf eingegangen, ob die jeweilige Therapieform während des aktuellen Aufenthaltes, im letzten Jahr oder vor mehr als einem Jahr besucht wurde. Die Prozentangaben bezüglich des letzten Therapiezeitpunktes beziehen sich hierbei auf alle Studienteilnehmer. Der Anteil unter den Teilnehmern, welche die Therapieform noch nie erhalten hatten, wird hierzu nochmals aufgeführt. Auf die besuchten

Therapieformen während des aktuellen Aufenthaltes wird detaillierter eingegangen, da diese Ergebnisse für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit eher von Bedeutung sind. Alle Ergebnisse sind in Tabelle 4 aufgelistet.

Von den Studienteilnehmern besuchten 61% während ihres aktuellen Aufenthaltes eine Ergotherapie. Eine Sport- oder Bewegungstherapie besuchten 48% zum aktuellen Zeitpunkt. Jeweils unter 30% der Befragten besuchten während des gegenwärtigen Aufenthaltes folgende Therapieformen: Kunsttherapie, Entspannungstherapie, Musiktherapie. Jeweils unter 20% der Teilnehmer nahm zum Zeitpunkt der Befragung an einem Social Skills Training, einem Training von Alltagshandlungen, einem metakognitiven Training, einer Psychoedukation oder einer neuropsychologischen Therapieform teil. Weniger als 10% der Teilnehmer nahmen während des aktuellen Aufenthaltes an einer Familienintervention, einer kognitiven Verhaltenstherapie oder einer Tanztherapie teil. Keiner der Studienteilnehmer gab an, zum aktuellen Zeitpunkt eine der folgenden Interventionen zu erhalten: Psychoedukation mit Angehörigen, Psychoanalyse, Selbsthilfegruppe, Angehörigengruppe, Gesprächstherapie, Dramatherapie.

Jeweils mehr als 10% der Befragten hatten angegeben, folgende Therapieformen zuletzt im vergangenen Jahr erhalten zu haben: Psychoedukation, Training von Alltagshandlugen, Ergotherapie, Entspannungstherapie, Musiktherapie, Sport- und Bewegungstherapie. Das vergangene Jahr als letzten Therapiezeitpunkt gaben jeweils unter 10% der Teilnehmer bei den folgenden Therapien an: Kognitive Verhaltenstherapie, metakognitives Training, neuropsychologische Therapieformen, Social Skills Training, Familienintervention, Kunsttherapie, Tanztherapie, ambulante Soziotherapie, Selbsthilfegruppe, Angehörigengruppe. Bei keinem der Befragten lag der letzte Therapiezeitpunkt einer Psychoedukation mit Angehörigen, einer Psychoanalyse oder einer Dramatherapie innerhalb des vergangenen Jahres. Nicht selten wurde angegeben, dass der letzte Therapiezeitpunkt mehr als ein Jahr in der Vergangenheit liegt.

Tabelle 4 Häufigkeit in Prozent: Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten, die die jeweiligen Therapieformen (in Bezug auf den Befragungszeitpunkt) aktuell, im letzten Jahr oder vor mehr als einem Jahr besuchten; zur Steigerung der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit wird außerdem der Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten angegeben, die die jeweiligen Therapieformen zu keinem Zeitpunkt erhielten (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

Therapieform	Letzter Therapiezeitpunkt			Keine Teilnahme
	Aktuell	im letzten Jahr	vor mehr als einem Jahr	
Ergotherapie	61%	10%	11%	18%
Sport/Bewegungstherapie	48%	14%	17%	21%
Musiktherapie	22%	11%	33%	34%
Psychoedukation	13%	11%	40%	36%
Kunsttherapie	28%	5%	22%	45%
Neuropsychologische Therapien	10%	8%	37%	45%
Entspannungstherapie	23%	11%	20%	46%
Social Skills Training	17%	8%	20%	55%
Training von Alltagsfähigkeiten	16%	10%	15%	59%
Familienintervention	3%	3%	20%	74%
Kognitive Verhaltenstherapie	2%	7%	13%	78%
Metakognitives Training	15%	1%	2%	82%
Tanztherapie	1%	1%	14%	86%
Psychoedukation mit Angehörigen	0%	0%	7%	93%
Selbsthilfegruppe	0%	2%	4%	94%
Dramatherapie	0%	0%	5%	95%
Angehörigengruppe	0%	2%	3%	95%
Psychoanalyse	0%	0%	2%	98%
Ambulante Soziotherapie	0%	1%	1%	98%
Gesprächspsychotherapie	0%	0%	0%	100%

3.3.4. Beurteilung durch Studienteilnehmer

Im folgenden Textteil und in der dazugehörigen Abbildung wird darauf eingegangen, wie hilfreich die jeweiligen Therapieformen von den Teilnehmern eingeschätzt wurden. Im Folgenden wird nur auf die Therapieformen eingegangen, die mehr als 10% der Teilnehmer bereits einmal erhielten. In Abbildung 2 sind die Mittelwerte der Beurteilungen aller Therapieformen dargestellt. Der Wert eins entspricht hierbei der Kategorie ‚überhaupt nicht hilfreich', der Wert sechs entspricht der Kategorie ‚sehr hilfreich'. Weitere Merkmalsausprägungen sind der Legende der Abbildung 2 zu entnehmen. In Abbildung 2 sind im oberen Bereich die Bewertungen aller Therapieformen mit Teilnahme über 10% abgebildet, im unteren Bereich die mit Teilnahme unter 10% dargestellt.

Bei den Therapien, an denen über 10% der hier Befragten teilgenommen hatten, war die Sport- und Bewegungstherapie am beliebtesten. Der Mittelwert der Bewertung betrug hier 5.42, lag also zwischen den Kategorien ‚sehr hilfreich' und ‚hilfreich'. An zweiter Stelle stand das Training von Alltagsfähigkeiten mit einem Mittelwert von 5,33. Gefolgt von Kunsttherapie (5,12), Ergotherapie (5,02) und Musiktherapie (4,81). Im Durchschnitt als am wenigsten hilfreich wurden das metakognitive Training (4,29), das Social Skills Training (4,36) sowie Entspannungsverfahren (4,4) bewertet.

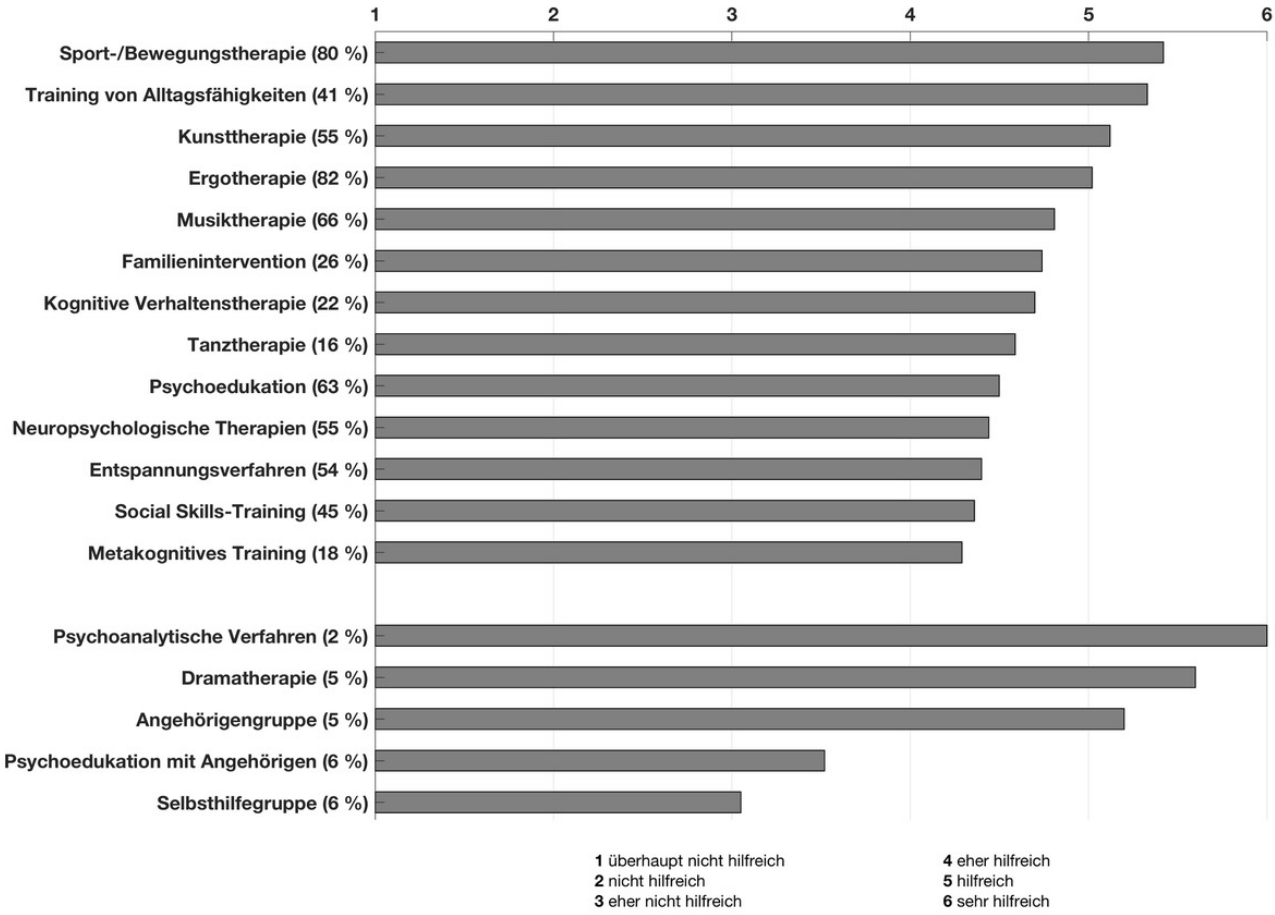


Abbildung 2 Mittelwerte der Bewertungen der Therapieteilnehmer bezüglich der erhaltenen Therapieformen; zur Steigerung der Vergleichbarkeit wird der prozentuale Anteil der Therapieteilnehmer unter den befragten Schizophreniepatienten in Klammern hinter der jeweiligen Therapieform aufgeführt; Therapieformen, die von weniger als 10 % der befragten Schizophreniepatienten besucht wurden, werden im unteren Bereich der Abbildung gesondert aufgeführt (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

3.4. Hilfesysteme und soziotherapeutische Interventionen

3.4.1. Integrierte gemeindenahe Versorgungsstrukturen

Im nachfolgenden Abschnitt wird auf die Ergebnisse der Befragung im Bereich der integrierten Versorgungsstrukturen eingegangen.

Von allen Befragten wurde einem Prozent eine aufsuchende Behandlung bei akuter Krankheitsphase angeboten. Dies geschah in Form des Projekts ‚Integrierte Versorgung'.

Von allen Befragten hatten bereits 43% eine aufsuchende Behandlung in nicht akuter Krankheitsphase erhalten, 57% der Befragten hatten noch nie Kontakt zu aufsuchenden Behandlungsstrukturen (vgl. Abb. 3). Von den Befragten, die bereits einmal eine

aufsuchende Behandlung in nicht akuter Krankheitsphase erhalten hatten, gaben 19% an, vom Sozialdienst aufgesucht worden zu sein. Bei 10% war dies der behandelnde Arzt, 7% gaben hier die Kombination aus Arzt, Sozialdienst und Pflegedienst an. Vom Pflegedienst wurden 3% der Teilnehmer in einer nicht akuten Krankheitsphase in aufsuchender Form betreut. Zwei Prozent gaben hier eine kombinierte Form von Arzt und Sozialdienst an. Ein Prozent wurde in diesem Fall von einem Arzt sowie Pflegedienst betreut. Fast die Hälfte der Befragten kennt demnach aufsuchende Behandlungsstrukturen, vor allem nicht-ärztliche (vgl. Abb. 3).

Von allen Befragten, die noch nie eine aufsuchende Behandlung erhalten hatten, gaben rund 35% an, sich eine aufsuchende Behandlungsform zu wünschen.

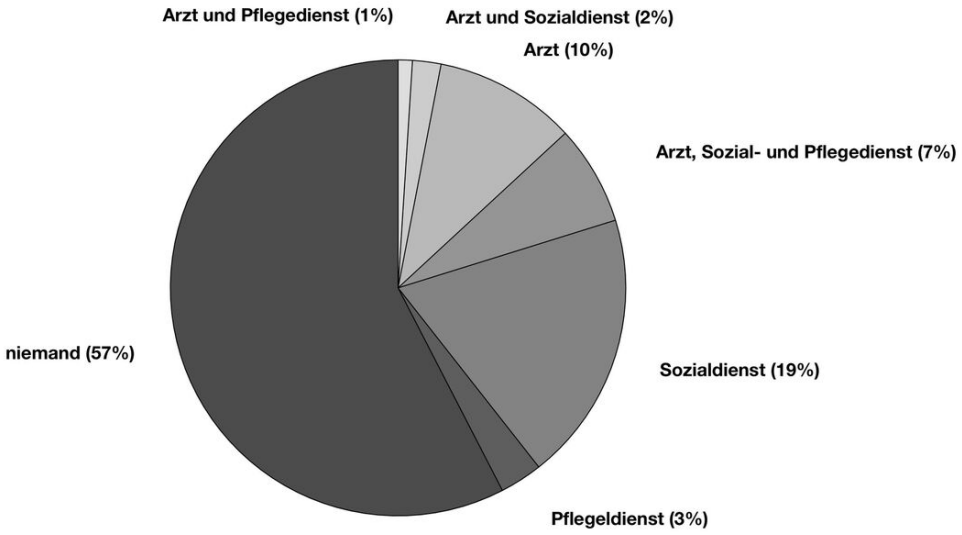


Abbildung 3 Häufigkeit in Prozent: Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten, die eine aufsuchende Behandlung durch einen Arzt und/oder Pflegedienst und/oder Sozialdienst erhielten beziehungsweise keine aufsuchende Behandlung erhielten (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

Der Hauptansprechpartner der Probanden bezüglich der Koordination der Therapien im ambulanten Bereich war bei 33% ein Psychiater. Bei 27% war ein Angehöriger oder Freund die Ansprechperson, bei 17% war dies eine Person aus dem Bereich der sozialen Arbeit. Von den Befragten gaben 12% an, keinen Hauptansprechpartner außerhalb der stationären Behandlung zu haben. Den Hausarzt als erste Ansprechperson gaben 6% der Befragten an.

Als Hauptansprechpartner sahen 4% der Probanden ihren gesetzlichen Betreuer (vgl. Abb. 4).

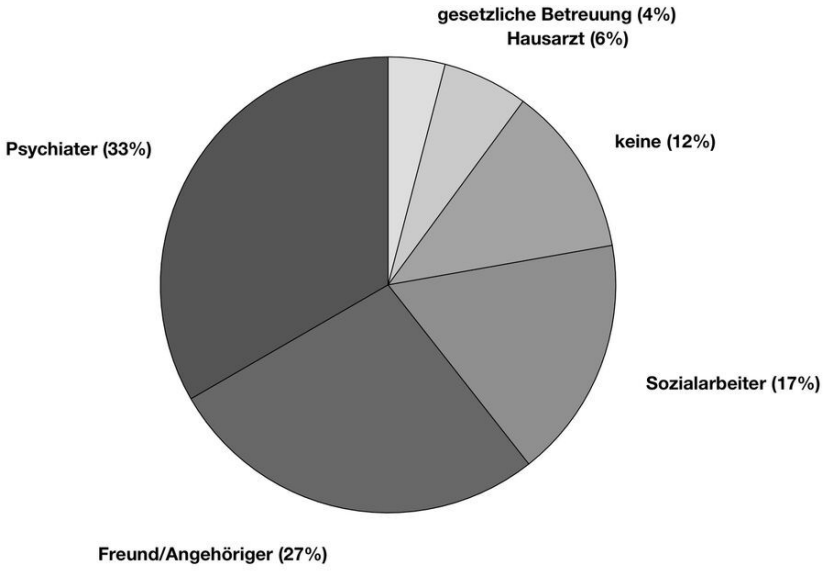


Abbildung 4 Häufigkeit in Prozent: Form des Hauptansprechpartners/Koordinators der befragten Schizophreniepatienten im ambulanten Bereich beziehungsweise Anteil der befragten Schizophreniepatienten ohne Hauptansprechpartner/Koordinator im ambulanten Bereich (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

3.4.2. Fachärztliche ambulante Behandlung

Im folgenden Abschnitt wird auf die medizinische Versorgung der Patienten im ambulanten Bereich eingegangen.

Von den Befragten waren 65% bei einem niedergelassenen Psychiater oder Nervenarzt in Behandlung. Von einer psychiatrischen Institutsambulanz wurden 20% der Probanden behandelt. Bei einem Hausarzt befanden sich 8% der Studienteilnehmer in ambulanter medizinischer Behandlung. Von den Befragten gaben ein Prozent an, sich bei einem sonstigen Arzt in medizinischer Betreuung zu befinden, 6% suchten im ambulanten Bereich keinen Arzt auf (vgl. Abb. 5).

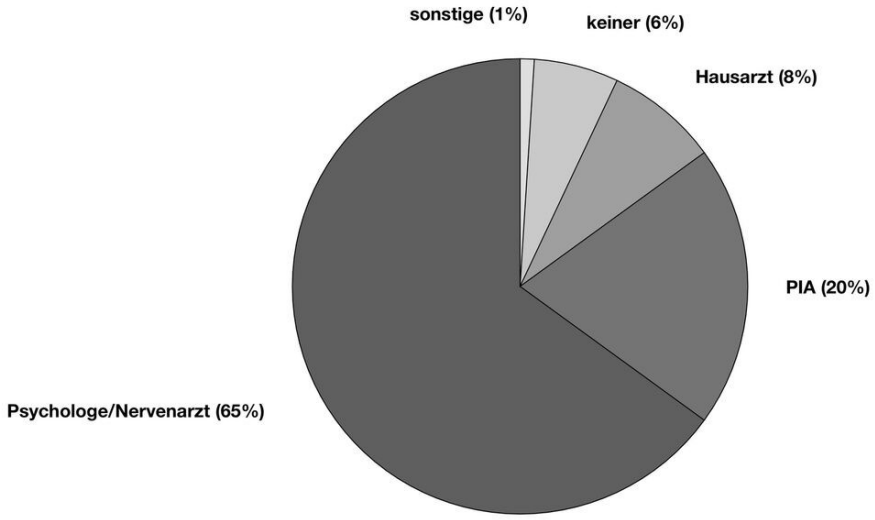


Abbildung 5 Häufigkeit in Prozent: Form der ambulanten ärztlichen Behandlung der befragten Schizophreniepatienten beziehungsweise Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten ohne ambulante ärztliche Behandlung (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

3.4.3. Zufriedenheit mit der ambulanten Betreuung

In Abbildung 6 wird der Mittelwert der Bewertung der ambulanten Betreuung durch die Studienteilnehmer dargestellt. Die Teilnehmer waren mit der ihnen dargebotenen ambulanten Betreuung durchschnittlich zufrieden. Der Mittelwert beträgt 4,66 und liegt damit zwischen den Kategorien ‚eher zufrieden' und ‚zufrieden'.



Abbildung 6 Mittelwert der Bewertungen der befragten Schizophreniepatienten in Bezug auf die ambulante Versorgung (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

3.4.4. Arbeitsförderungsstrukturen

Im nachfolgenden Abschnitt wird auf die Form der Unterstützung in Bezug auf die Beschäftigungssituation und berufliche Rehabilitation der Befragten eingegangen.
Abbildung 7 zeigt, wie viele Studienteilnehmer bereits Hilfe in diesem Bereich in Anspruch genommen hatten. Unter allen Studienteilnehmern hatten 4% bisher keine Hilfe in Bezug auf die berufliche Situation gewollt, 30% gaben an, in diesem Bereich bisher keine Hilfe nötig gehabt zu haben. Eine Unterstützung in Bezug auf das Arbeitsleben hatten 66% der Probanden bereits einmal erhalten.

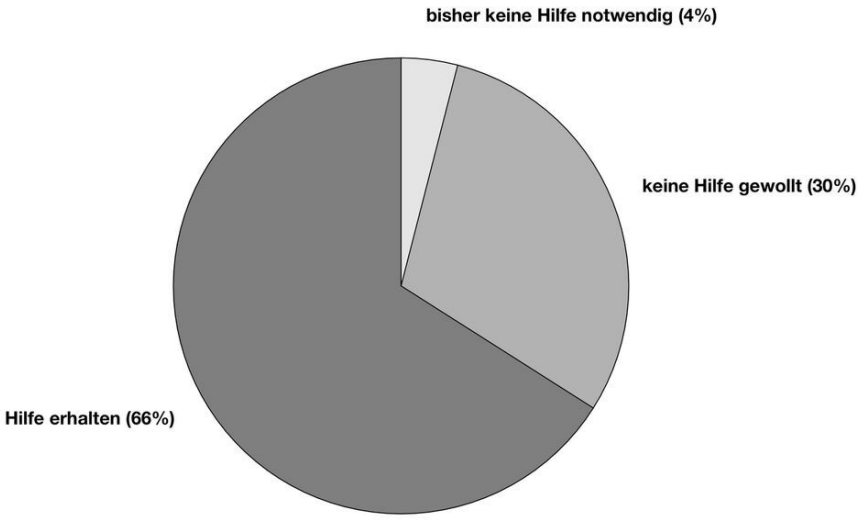


Abbildung 7 Häufigkeit in Prozent: Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten, die Hilfe beziehungsweise keine Hilfe (weil nicht notwendig oder nicht gewollt) in Bezug auf Arbeit erhalten haben (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

Die Abbildung 8 zeigt die Häufigkeit der Unterstützungsformen in Bezug auf Arbeit. Von den Befragten gaben 40% an, im Bereich der beruflichen Rehabilitation eine Unterstützung in Form einer Arbeitstherapie oder einer Belastungserprobung im geschützten Arbeitsbereich erhalten zu haben. Ebenfalls 40% gaben an, im Zuge der beruflichen Rehabilitation im WfbM-Arbeitsbereich gearbeitet zu haben. Eine Unterstützung in Form einer RPK-Maßnahme hatten 17% der Befragten bereits erhalten. Jeweils 4% hatten eine Unterstützung

in Form einer Belastungserprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder einer stufenweisen Wiedereingliederung in den Beruf erhalten. Ebenfalls jeweils 4% waren eine Rehabilitation im beruflichen Bildungsbereich (WfbM) oder eine Unterstützung bei der Ausbildung zuteil geworden. Eine Unterstützung durch das ‚Supported-Employment'-Konzept konnten 2% der Befragten vorweisen. Von den Teilnehmern gaben 2% an, eine sonstige Rehabilitationsmaßnahme in Bezug auf die Unterstützung bei einer beruflichen Tätigkeit erhalten zu haben. Keinem der Studienteilnehmer wurde die Möglichkeit eines Ausbildungsabschlusses geboten.

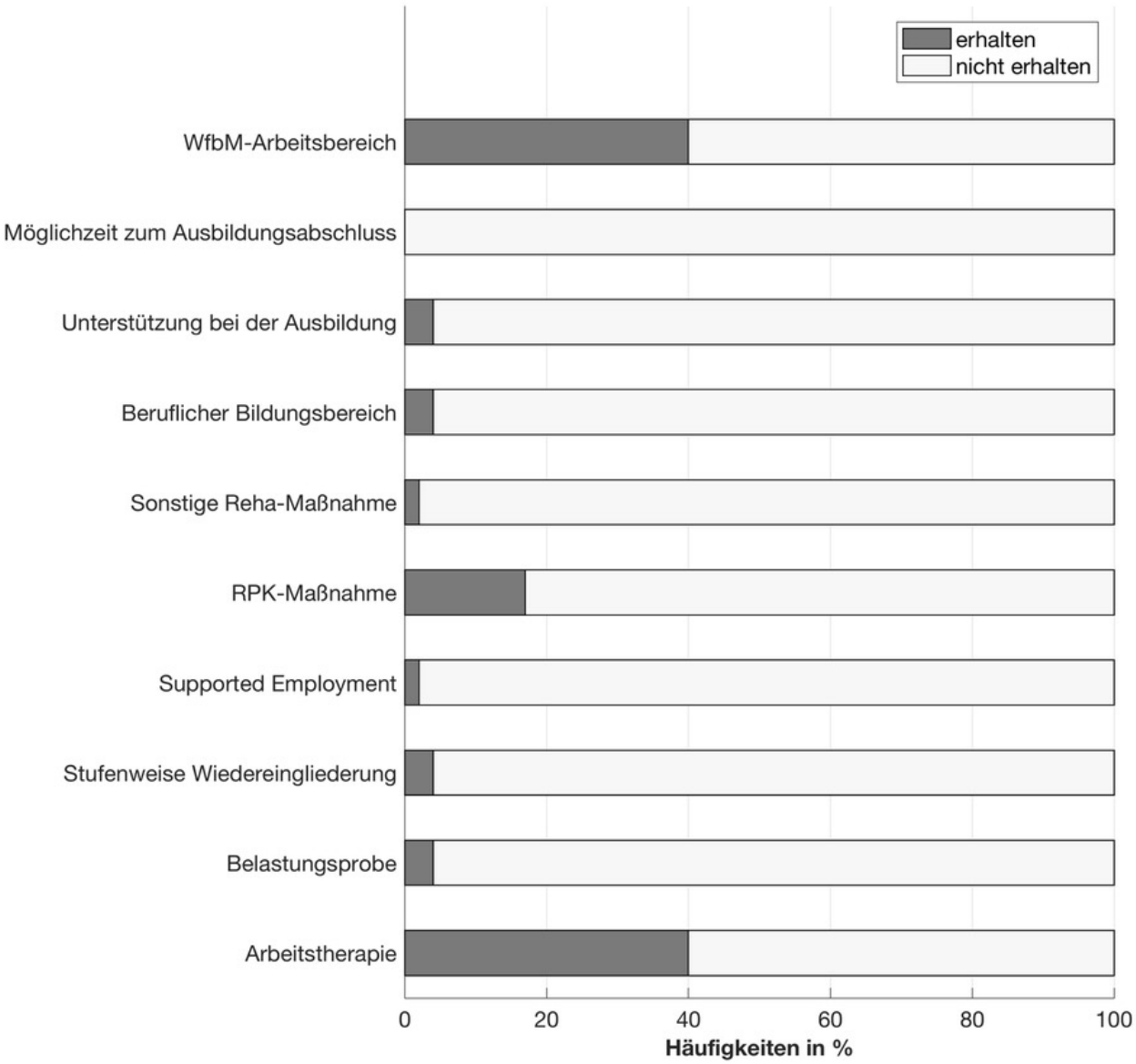


Abbildung 8 Häufigkeit in Prozent: Form der Unterstützung in Bezug auf berufliche Beschäftigung, die die befragten Schizophreniepatienten erhalten beziehungsweise nicht erhalten haben (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

Die Studienteilnehmer, welche Hilfe in Bezug auf Beschäftigung erhalten hatten, empfanden diese meist als hilfreich. In Abbildung 9 ist der Mittelwert (4,84) dargestellt, dieser befindet sich zwischen den Kategorien ‚eher hilfreich' und ‚hilfreich', mit starker Tendenz zur Kategorie ‚hilfreich'.

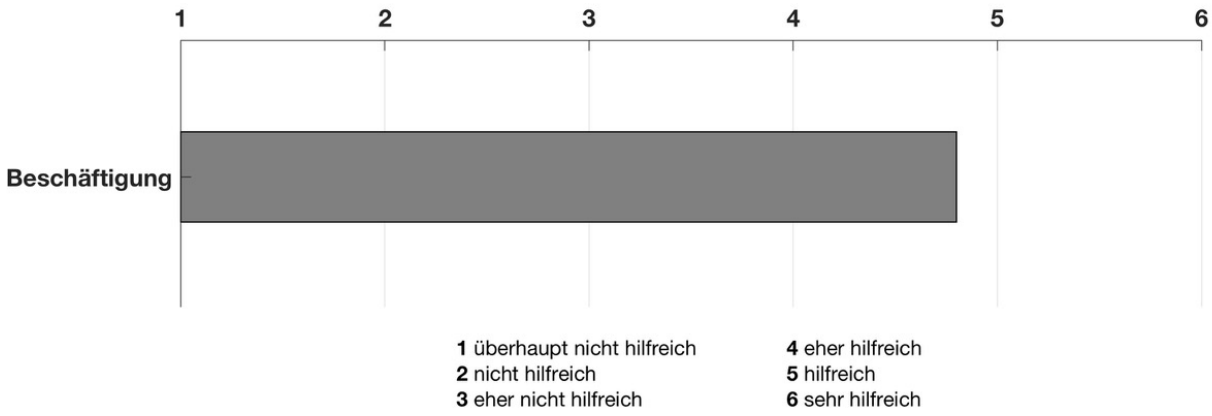


Abbildung 9 Mittelwert der Bewertungen der Therapieteilnehmer bezüglich der Unterstützung im Bereich der beruflichen Beschäftigung (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

3.4.5. Wohnformen

Im nachfolgenden Textteil wird auf die Form der Unterstützung im Bereich des Wohnens eingegangen.

Unter allen Studienteilnehmern gaben 60% an, dass sie noch nie Hilfe im Bereich des Wohnens benötigt hatten. Im Rahmen eines Wohnheims erhielten 14% der Probanden eine Unterstützung in diesem Bereich, durch eine professionell betreute Wohneinrichtung bereits 27%. Eine Unterstützung hinsichtlich des Wohnens erfuhren 6% der Teilnehmer durch das Wohnen in einer Wohngruppe. Das Wohnen in einer Gastfamilie erhielten 4% der Studienteilnehmer (vgl. Abb. 10).

Von den Befragten gaben 10% an, dass sie bzw. ein Vertreter schon einmal an einer Hilfeplankonferenz teilgenommen hatten. Die Hilfeplankonferenz ist ein Gremium, in dem über Eingliederungshilfe zum Wohnen aber auch zum Arbeiten beraten wird.

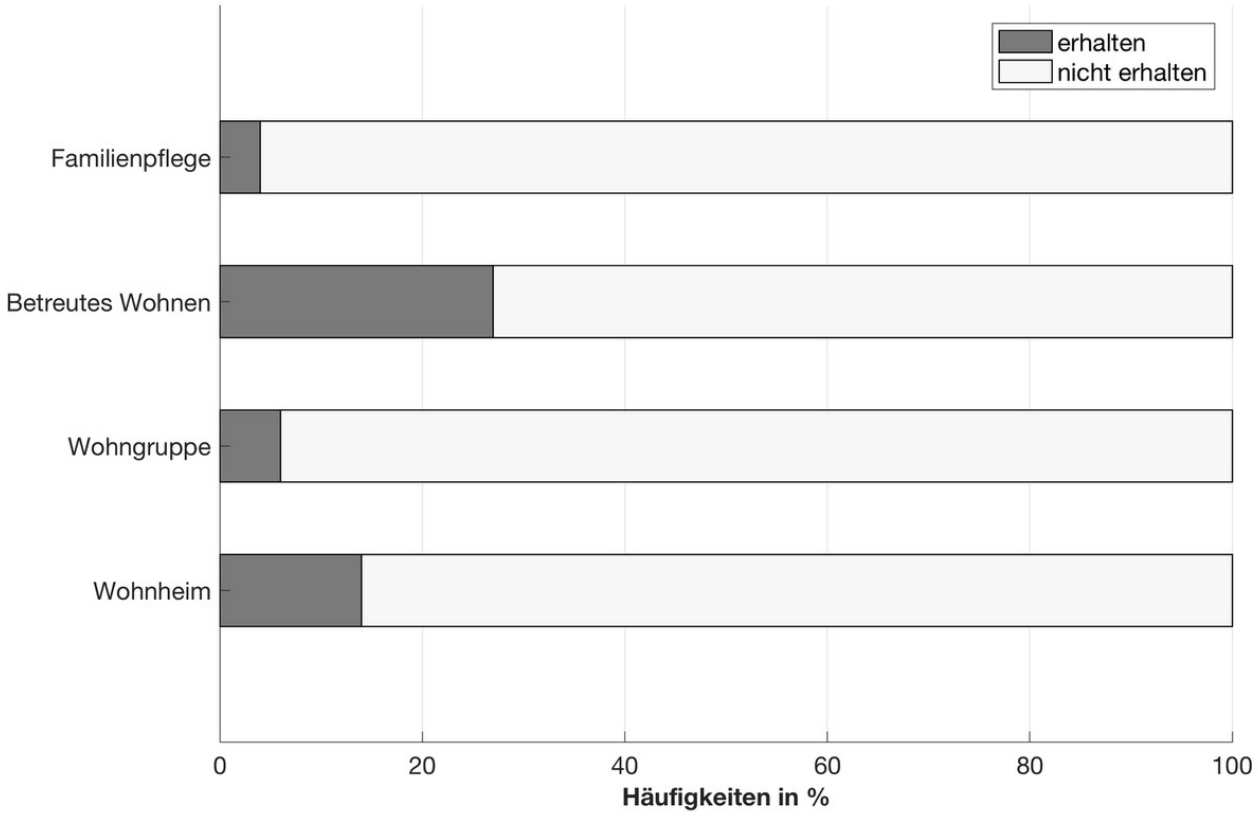


Abbildung 10 Häufigkeit in Prozent: Form der Unterstützung in Bezug auf die Wohnsituation, die die befragten Schizophreniepatienten erhalten beziehungsweise nicht erhalten haben (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

Diejenigen unter den Befragten, welche eine Unterstützung in Bezug auf die Wohnsituation erhalten hatten, empfanden diese meist als hilfreich. Abbildung 11 zeigt den Mittelwert der Bewertungen. Der Wert liegt bei 5,02, dies entspricht der Kategorie ‚hilfreich'.

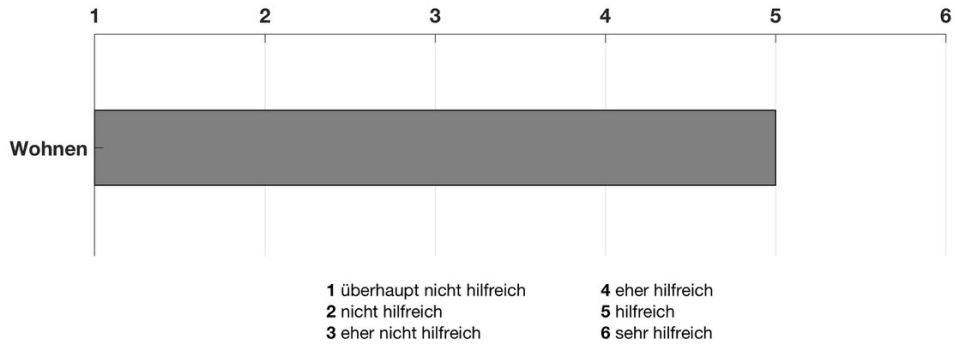


Abbildung 11 Mittelwert der Bewertungen der Therapieteilnehmer bezüglich der erhaltenen Unterstützung im Bereich des Wohnens (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

3.4.6. Rehabilitationsprogramme

Von den Teilnehmern gaben 22% an, bereits eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme erhalten zu haben. Der Mittelwert der Bewertungen beträgt hier 4,0 (vgl. Abb. 12). Die Teilnehmer empfanden die Rehabilitationsprogramme also im Durchschnitt als ‚eher hilfreich'.



Abbildung 12 Mittelwert der Bewertungen der Therapieteilnehmer bezüglich der erhaltenen Rehabilitationsmaßnahme (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013)

4. Diskussion

4.1. Vorgehen

Das Vorgehen der Diskussion wird im Folgenden kurz dargelegt.

Zunächst wird auf die Methoden eingegangen, vor allem auf das verwendete Forschungsinstrument des Interviews, sowie auf die Rekrutierung der Teilnehmer. Danach wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten in Kapitel 3 dargestellten Ergebnisse gegeben. Anschließend werden diese mit der Behandlungsleitlinie Schizophrenie verglichen. Hierbei folgt die Reihenfolge, ebenso wie bereits im Ergebnisteil, der Gliederung der Leitlinie.

Zunächst wird jeweils die Empfehlung der Leitlinien dargelegt. Es werden drei Empfehlungsgrade verwendet, A, B und C. Der Grad wird jeweils aus der Stärke der vorhandenen Evidenz abgeleitet, wobei A für die stärkste Evidenzgrundlage steht und C die am schwächsten ausgeprägte. Es folgen wissenschaftliche Belege, auf deren Grundlage die jeweiligen Empfehlungen fußen. Dies geschieht teilweise anhand der Evidenzsichtung der Leitlinien, es wird auch auf die neueren Forschungsarbeiten des jeweiligen Bereichs eingegangen, um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu geben. In manchen Fällen wird aufgrund der unzureichenden Forschungslage hierauf verzichtet. Nach der Evidenzsichtung wird jeweils darauf eingegangen, inwiefern die Leitlinienvorgaben erfüllt wurden. In wenigen Fällen gibt es Arbeiten, die mit den hier vorliegenden Ergebnissen verglichen werden können. Am Ende des Kapitels erfolgt eine Schlussfolgerung.

4.2. Diskussion der Methoden

4.2.1. Untersuchungsdesign und Erhebungsinstrument

Das Querschnittsdesign der hier vorliegenden Datenerhebung eignet sich nur in Bezug auf eine kurze Zeitspanne (Diekmann 2007). Einige retrospektive Fragen umfassen aber einen Zeitrahmen von mehreren Jahren (z.B. das Item ‚Letzter Interventionszeitpunkt'). Es kann aufgrund von möglicherweise fehlendem oder fehlerhaftem Erinnerungsvermögens der Studienteilnehmer also kein Anspruch auf Vollständigkeit bezüglich der Retrospektivfragen erhoben werden. Um eine vollständige Erhebung aller Interventionen, welche die Teilnehmer über ihre gesamte Lebenszeit erhalten hatten, zu gewährleisten, wäre eine

Panelerhebung (Diekmann 2007) mit kurzen Intervallen zwischen den Untersuchungszeitpunkten notwendig. Da es aber bei der hier vorliegenden Datenerhebung primär um die Feststellung des gegenwärtigen Zustands der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen im Bereich der nicht-medikamentösen Therapie der Schizophrenie ging, wurde das Querschnittsdesign gewählt. Dementsprechend muss bei der Interpretation der Ergebnisse von Retrospektivfragen diese Einschränkung berücksichtigt werden.

Die Daten der vorliegenden Arbeit wurden mit Hilfe eines fragebogengestützten Interviews erhoben. Das Forschungsinstrument des Interviews kann zu Antwortverzerrungen führen, deswegen wird im Folgenden auf mögliche Fehlerquellen hingewiesen.
Durch den ‚Effekt sozialer Erwünschtheit' kann eine systematische Verzerrung der Antwortreaktionen entstehen. Dieser Effekt beschreibt die Tendenz der Befragten, Fragen so zu beantworten, dass sie die an sie gestellten sozialen Erwartungen erfüllen (Diekmann 2007). Das Problem der sozialen Erwünschtheit tritt verstärkt bei subjektiven Beurteilungen auf, bei denen es keine objektiv richtig oder falsche Lösung gibt. In dieser Datenerhebung ist das vor allem bei der Beurteilung der Interventionen anhand der 6-Punkte-Ratingskala der Fall. Bislang gibt es keine wirkungsvollen Methoden, um den Effekt der sozialen Erwünschtheit vollständig zu umgehen (Schütz/Markus 2005).
Um den Effekt sozialer Erwünschtheit so gering als möglich zu halten, wurde die Vertraulichkeit der Angaben betont und auf eine neutrale Gesprächsführung geachtet. Den Teilnehmern der Studie wurde im Zuge einer Einwilligungserklärung (siehe Anhang) eine anonyme Datenverarbeitung ohne Namensnennung zugesichert.

Ein weiteres Problem der gewählten Erhebungsmethode können Frageeffekte sein. Dies bezieht sich auf den Einfluss der Frageformulierung auf die Antwortreaktion (Diekmann 2007). Um diesem Effekt und auch dem ‚Effekt sozialer Erwünschtheit' entgegenzuwirken, wurden die gestellten Fragen möglichst neutral formuliert. Auf wertbesetzte Begriffe wurde soweit als möglich verzichtet. Trotz der hier genannten Schwächen war das gewählte Instrument bei der Datenerhebung das geeignetste, vor allem um Verständnisproblemen vorzubeugen. Während des Interviews konnten so beispielsweise die verschiedenen Therapieformen genauer erläutert werden, da die Namen der Therapieformen in vielen

Fällen nicht oder nicht mehr bekannt waren. Diese Erklärungen stellten sich als notwendig heraus. Trotz der Bemühung, die verschiedenen Therapieformen exakt zu erklären, kann es durchaus sein, dass bestimmte Maßnahmen nicht erkannt oder erinnert wurden. Die Kombination aus externen Daten und fragebogengestützten Interviews würde in diesem Fall eine Lösung bieten.

Eine weitere Quelle der Verzerrung sowie der unkorrekten und unvollständigen Antworten könnte durch die Selbstauskunft der Patienten über die erhaltenen Interventionen entstehen. Wie bereits oben angemerkt, kann es hierbei zu unvollständigen Datensätzen aufgrund von Erinnerungslücken oder ähnlichem kommen. Da aber auch eine Bewertung der Interventionen durch die Patienten eine maßgebliche Rolle spielt, kam eine Fremdauskunft nicht in Frage. Eine Alternative wäre hier eine Kombination aus Selbst- und Fremdbefragung. Mittels Fremdbefragung oder anhand von Klinikdaten könnte die Teilnahme an den einzelnen Interventionen erhoben werden. Anschließend könnte eine Bewertung der Teilnehmer eingeholt werden. Mittels einer Fremdbefragung könnten auch Frageeffekte und Effekte sozialer Erwünschtheit ausgeschlossen werden. Beurteilungen durch die Patienten wären dann nicht möglich. Ein weiterer Nachteil dieser kombinierten Erhebungsform ist der gesteigerte Zeit- und Kostenaufwand.

Der Aufbau des hier konzipierten Fragebogens kann verbessert werden. Der erste Fragebogenblock bezieht sich auf die soziodemographischen Angaben der Patienten. In der Regel werden sozialstatistische Angaben am Ende des Fragebogens aufgeführt (Diekmann 2007). Bei der vorliegenden Befragung war dies nicht der Fall. Die Aufteilung des Fragebogens könnte dahingehend verbessert werden, dass dieser Frageblock zur Soziodemographie am Ende des Fragebogens steht. Da die Aufmerksamkeitskurve bei Befragungen zunächst steigt und dann mit zunehmender Fragedauer absinkt (Diekmann 2007), könnte die Zeit mit der höchsten Aufmerksamkeit auch auf die Beantwortung der Forschungsfrage verwendet werden.

4.2.2. Fragebogenkonstruktion

Im dritten Frageblock des Fragebogens wurden Fragen zu Psychotherapeutischen und Psychosozialen Interventionen gestellt. Eine besondere Herausforderung bei der Entwicklung des Fragebogens war es, die Leitlinienempfehlungen in einheitliche Items zu überführen. Die Empfehlungen der Leitlinien sind individuell auf die jeweiligen Interventionen zugeschnitten. So gibt es beispielsweise nicht für alle Interventionen, die von den Leitlinien für die breite Routineversorgung vorgeschlagen werden, Empfehlungen bezüglich der Dauer oder Frequenz. Um einen möglichst verständlichen und einheitlichen Fragebogen zu entwickeln, wurden die von der Leitlinie besprochenen Interventionen mit gleich strukturierten Items in den Fragebogen mitaufgenommen. Eine aufwendigere Möglichkeit für die Konzeption und Auswertung des Fragebogens wäre die individuelle Anpassung der Fragen an die jeweiligen Interventionen gewesen. So hätte für jede einzelne Intervention ein bestimmtes Filterfragensystem mit auf die Interventionen abgestimmten Items konstruiert werden können. Da es jedoch zu Beginn der Fragebogenentwicklung als Ziel gesetzt wurde, eine übermäßig komplizierte Fragebogenführung möglichst zu vermeiden, wurden für alle Interventionen einheitliche Items entworfen. Für alle Interventionen, die von den Teilnehmern besucht wurden, liegen somit gleich strukturierte Datensätze vor.

Bei einer Neuauflage des Fragebogens könnten auch bestimmte Antwortmöglichkeiten vereinfacht werden. Die Antwortmöglichkeiten des Items ‚Teilnahme an der Intervention' lauteten: teilgenommen, nicht teilgenommen/kein Interesse, noch nie davon gehört. Mit der Antwortmöglichkeit ‚nicht teilgenommen/kein Interesse' wurde versucht, zwei Kategorien (Teilnahme an der Therapie/Grund für die Nichtteilnahme) zu erfassen. Empfehlenswert wäre, aus der einen Fragestellung zwei zu machen. Um hier eine Vereinfachung zu erzielen, könnten die Antwortmöglichkeiten hier beispielsweise ‚teilgenommen' und ‚nicht teilgenommen' sein.

Bei geschlossenen Fragen sollten die Antwortmöglichkeiten disjunkt, also nicht überlappend sein (vgl. Diekmann 2007). Bei der sechs Punkte-Ratingskala ist die Trennschärfe zwischen den vorgegebenen Kategorien in manchen Fällen gering. Die Kategorien ‚überhaupt nicht hilfreich' und ‚nicht hilfreich' sind sich sehr ähnlich und überlappen sich in ihrer

Aussage. Bei der sechs Punkte-Ratingskala sollten sich die Probanden entscheiden, ob sie die Therapie im Bereich des Hilfreichen einstuften oder nicht. Deswegen wurde auf eine klassische 5-Punkte-Likert-Skala mit Möglichkeit zu einer mehrdeutigen Mittelkategorie (z.B. ‚weiß nicht' oder ‚teils/teils') verzichtet. Um dem Problem der überlappenden Kategorien entgegenzuwirken, könnten auch nur vier Kategorien verwendet werden (z.B. ‚nicht hilfreich', ‚eher nicht hilfreich', ‚eher hilfreich', ‚hilfreich'). Allerdings könnten dann besonders hilfreiche Interventionen nicht mehr erfasst werden.

Offene Fragen, die aber bei der Auswertung ohnehin in Kategorien eingeteilt werden (z.B. bzgl. der Items ‚Häufigkeit der Intervention' und ‚Letzter Interventionszeitpunkt'), könnten als geschlossene Fragen gestellt werden. Beim Item ‚Häufigkeit der Intervention' könnten beispielsweise die Antwortkategorien ‚mehrmals die Woche', ‚wöchentlich', ‚monatlich', ‚seltener' verwendet werden. So könnte Zeit bei der Auswertung der Daten eingespart werden, das Ergebnis bliebe unverändert.

Insgesamt könnten die Fragen bei einer Überarbeitung des Fragebogens einheitlicher gestaltet werden. Der hier vorliegende Fragebogen beinhaltet offene, geschlossene sowie halboffene Fragen. Die Antwortmöglichkeiten unterschieden sich oftmals stark. Eine einheitlichere Gestaltung würde bei der Auswertung der Ergebnisse Zeit einsparen.

4.2.3. Rekrutierung der Teilnehmenden

Wie bereits im zweiten Kapitel ‚Material und Methoden' beschrieben, erfolgte keine randomisierte Auswahl der Teilnehmer dieser Datenerhebung. Eine Zufallsstichprobe bietet den Vorteil, dass „die statistische Theorie, die induktive Statistik des Schließens von der Stichprobe auf die Population, […] anwendbar [ist]" (Diekmann 2007, S. 380). Dies gestaltete sich aufgrund der besonderen Kriterien der gesuchten Studienteilnehmer als nicht möglich. So mussten die Teilnehmer ein gewisses Maß an Belastbarkeit aufgrund der Länge des Interviews aufweisen. Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte demnach gezielt. Neben der Belastbarkeit waren die Vorselektion durch die Station, das Beherrschen der deutschen

Sprache und die Teilnahmebereitschaft weitere Auswahlkriterien. Mögliche Selektionseffekte aufgrund dieser Auswahlkriterien sind also zu berücksichtigen.
Um dennoch eine Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Datenerhebung zu gewährleisten, wurde die elektronische Basisdokumentation (BADO) der Klinik herangezogen. Anhand ausgewählter soziodemographischer und klinischer Merkmale wurden Untersuchungsteilnehmer und Nichteilnehmer miteinander verglichen.

4.3. Überblick über die Ergebnisse

Es folgt eine Zusammenfassung der relevantesten Ergebnisse.
Insgesamt wurden 93 Probanden in die Stichprobe eingeschlossen, 51% davon waren männlich, 49% weiblich. Rekrutiert wurden stationäre Patienten in den Niederlassungen der ZfP Südwürttemberg in Weissenau, Friedrichshafen, Zwiefalten, Bad Schussenried und Wangen. Die Befragten waren durchschnittlich 43,8 Jahre alt. Hinsichtlich der Erkrankung kann zusammengefasst werden, dass 70% der Studienteilnehmer die Diagnose Schizophrenie vorwiesen (F20.X), 30% die einer schizoaffektiven Störung (F25.X).
Um die Repräsentativität der Stichprobe zu überprüfen, wurden Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer anhand der elektronischen BADO der Klinik verglichen. Die Studienteilnehmer wohnten im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern häufiger in selbstständigen Wohnformen, hatten eine geringere Zahl an Voraufenthalten und hatten weniger häufig einen gesetzlichen Betreuer. Im Durchschnitt war der aktuelle Klinikaufenthalt der Studienteilnehmer länger als der der Nicht-Teilnehmer. Obwohl beide Gruppen vergleichbar krank waren, waren die Teilnehmer im Schnitt etwas mehr selbstständig als die Nicht-Teilnehmer.
Über die gesamte Lebenszeit hin betrachtet, erhielten die Probanden am häufigsten folgende Therapieformen: Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Musiktherapie und Psychoedukation. Hinsichtlich des aktuellen Klinikaufenthaltes waren die Ergotherapie, die Sport- und Bewegungstherapie, die Kunsttherapie und die Entspannungstherapie die am häufigsten vorkommenden Therapieformen. Eine Verzahnung der stationären und ambulanten Therapieangebote fand nur selten statt. Die Befragten schätzten die Sport- und Bewegungstherapie, das Training von Alltagsfähigkeiten, die Kunsttherapie und die Ergotherapie als am hilfreichsten ein.

Eine aufsuchende Behandlung in akuter Krankheitsphase wurde nur äußerst selten angeboten. In nicht akuter Krankheitsphase hatte fast die Hälfte der Befragten bereits eine aufsuchende Behandlung erhalten, vor allem in nicht-ärztlicher Form. Ein Großteil der Befragten war in fachärztlicher ambulanter Behandlung. Mehr als die Hälfte der Befragten hatte bereits eine Hilfestellung im Bereich der Arbeitsförderung erhalten, die am häufigsten erhaltene Form der Unterstützung war die Arbeitstherapie. Diese Unterstützung wurde mehrheitlich als hilfreich angesehen. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, bisher keine Hilfe im Bereich des Wohnens benötigt zu haben. Ein Großteil der Befragten, die betreute Wohnformen kennengelernt hatten, schätzte diese als hilfreich ein. Ein Fünftel der Befragten hatte bereits an einem Rehabilitationsprogramm teilgenommen, dies wurde in den meisten Fällen als hilfreich eingestuft.

4.4. Diskussion Psychotherapien

4.4.1. Psychoedukation ohne/mit Angehörigen

Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie sieht die Psychoedukation als eine sehr wichtige Intervention an, „um Betroffene in die Lage zu versetzen, an Therapieentscheidungen mitwirken zu können“ (DGPPN 2006, S. 112). Eine adäquate Informationsvermittlung ist demnach das Recht eines jeden an Schizophrenie Erkrankten. Die Leitlinie setzt die Informiertheit des Patienten als Grundlage voraus, um kooperativ an einer Entscheidungsfindung mitwirken und eine gesundungsförderliche Haltung entwickeln zu können. In der Leitlinie wird hierbei keine Empfehlung ausgesprochen, der Einsatz von Psychoedukation wird als ‚Good Clinical Practice‘ beschrieben, also als „Standard in der Behandlung, der im Konsens erreicht wurde und bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist“ (DGPPN 2006, S. 14). Im Bereich der Psychoedukation spielt die Partizipation der Familien des jeweiligen Betroffenen eine wichtige Rolle, da laut Leitlinie die Therapie der Psychoedukation nur dann einer Standardbehandlung klar überlegen ist, wenn familientherapeutische Interventionen in der Psychoedukation mit inbegriffen sind (DGPPN 2006, S. 113f.). Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stimmt mit den oben genannten Empfehlungen der Behandlungsleitlinie Schizophrenie überein und bezieht sich teilweise auf diese (DGPPN 2013, S. 107). Beim Einbezug von Angehörigen in die Psychoedukation findet sich in der Leitlinie

Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine konkrete Empfehlung: „Angehörigen sollen in die psychoedukative Behandlung mit einbezogen werden. Sowohl separate Angehörigengruppen als auch bifokale Gruppen haben sich dabei als wirksam erwiesen“ (DGPPN 2013, S. 126).

Die Evidenz, auf welche sich die Verfasser der Behandlungsleitlinie Schizophrenie stützen, entspringt unter anderem eines systematischen Cochrane-Reviews von Eila Pekkala und Lars Merinder aus dem Jahr 2002. Die Daten der Metaanalyse wurden 2012 von Xia et al. aktualisiert und belegten, dass durch eine psychoedukative Intervention die Rückfallwahrscheinlichkeit sowie das Risiko einer Wiedereinweisung signifikant gesenkt werden. Als positiver Effekt der Psychoedukation stellte sich die verbesserte Medikamentencompliance heraus. Die vorliegende Metaanalyse lieferte außerdem Anhaltspunkte, dass psychoedukative Interventionen zur Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus und zur Steigerung der Lebensqualität führen können (Xia et al. 2012).
Der Effekt einer Psychoedukation mit Angehörigen in Bezug auf die Rückfallquote von Patienten wurde unter anderem von Pitschel-Walz et al. in einer Metaanalyse aus dem Jahr 2001 untersucht. Die Untersuchung ergab, dass eine psychoedukative Intervention, welche die Familienangehörigen des Betroffenen miteinbezieht, die Wahrscheinlichkeit einer Rückfälligkeit sowie einer Wiedereinweisung senkt. Die Intervention mit Angehörigen zeigte sich so der herkömmlichen Behandlungsweise überlegen. Pitschel-Walz et al. kamen zu der Empfehlung, dass eine Psychoedukation für Patienten und deren Angehörige allen Betroffenen der Schizophrenie als grundlegende Behandlungsmaßnahme zustehen sollte (Pitschel-Walz et al. 2001).
Die Ergebnisse der Metaanalyse von Pfammatter et al. sind hinsichtlich der Rückfall- und Wiedereinweisungsquoten ähnlich wie die Ergebnisse der Pitschel-Walz Studie von 2006. Pfammatter et al. fanden zusätzlich noch Hinweise darauf, dass psychoedukative Interventionen unter Einbezug von Familienangehörigen zu einer positiven Entwicklung der Familienatmosphäre führen können, dass sich das soziale Funktionsniveau der Patienten verbessern und die stationäre Behandlungszeit verkürzen kann (Pfammatter et al. 2006).
Die Implementierung von psychoedukativen Behandlungsformen untersuchten Rummel-Kluge et al. im Jahr 2003 mittels einer postalischen Umfrage in Deutschland, Österreich und

der Schweiz. Von den an der Untersuchung teilnehmenden Einrichtungen für Schizophrenie gaben 84% an, eine psychoedukative Behandlung anzubieten, die Teilnahmequote der Patienten lag bei 21%, die der Angehörigen bei 2% (Rummel-Kluge et al. 2006).

In Bezug auf die Therapieform der Psychoedukation kann gesagt werden, dass die Vorgaben der Leitlinie nur in geringem Maße erfüllt wurden. Im Bereich der Psychoedukation und vor allem im Bereich der Psychoedukation mit Angehörigen gibt es erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten. Insgesamt hatten nur 63% aller Befragten Erfahrungen mit einer Psychoedukation ohne Angehörige gesammelt. Während des aktuellen Aufenthaltes lag der Anteil der Teilnehmenden bei 13%. Da die Leitlinie eine adäquate Informationsvermittlung als das „Recht“ (DGPPN 2006, S. 112) eines jeden an Schizophrenie Erkrankten ansieht und eine Psychoedukation als „Grundlage kooperativer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundungsförderlichen Verhaltens“ (DGPPN 2006, S. 112), kann geschlussfolgert werden, dass es noch Verbesserungsmöglichkeiten in diesem Bereich gibt. Ähnliches gilt für den Bereich der Psychoedukation mit Angehörigen. Unter allen Befragten gaben 6% an, dass ihre Angehörigen bereits mit dieser Therapieform Erfahrungen gesammelt hatten, keiner von ihnen jedoch während des aktuellen Aufenthaltes. Diese Ergebnisse sind den Ergebnissen von Rummel-Kluge et al. (s.o.) ähnlich. In beiden Fällen wird deutlich, dass eine Psychoedukation mit Angehörigen weniger häufig als eine Psychoedukation ohne Angehörige durchgeführt wird. Auch zeigen beide Datenerhebungen auf, dass eine Psychoedukation nicht von der breiten Masse der Patienten besucht wird. Rummel-Kluge et al. kamen auf eine Teilnehmerquote von 21%. Im Vergleich dazu gaben in der hier vorliegenden Datenerhebung 13% an, während des aktuellen Klinikaufenthaltes eine Psychoedukation zu besuchen. Allerdings wurde hierbei nicht erfragt, ob eine Psychoedukation angeboten, aber abgelehnt wurde.

Die Einschätzung der Befragten über den Nutzen von Psychoedukation spiegelt die Ergebnisse der oben aufgeführten Studien nur teilweise wieder. Der Mittelwert der Beurteilung Psychoedukation ohne Angehörige betrug 4,59, befand sich also zwischen den Kategorien ‚eher hilfreich‘ und ‚hilfreich‘. Bei der Psychoedukation mit Angehörigen belief sich der Mittelwert der Bewertung auf 3,52, lag also zwischen den Kategorien ‚eher nicht hilfreich‘ und

‚eher hilfreich'. Im Vergleich mit der Bewertung der anderen Interventionen fielen die der Psychoedukation mit beziehungsweise ohne Angehörige eher schlechter aus.

4.4.2. Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie wird von der Behandlungsleitlinie Schizophrenie mit Empfehlungsstärke A bei Prodromalphasen der Psychose empfohlen, um eine „Besserung der Symptomatik und Verzögerung oder Verhinderung der ersten schizophrenen Episode" (DGPPN 2006, S. 116) zu bewirken. Patienten in der Prodromalphase mit einem hohen Übergangsrisiko in eine Schizophrenie sollten demnach möglichst eine kognitive Verhaltenstherapie besuchen, um dieses Risiko zu minimieren. Bei einer medikamentös behandlungsresistenten Ausprägung der Schizophrenie und bei persistierenden psychotischen Symptomen empfiehlt die Leitlinie ebenfalls die Durchführung einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention (Empfehlungsstärke A). Zur Verbesserung der Therapiecompliance und zur Verbesserung der Einsicht in das psychotische Erleben von Halluzination und Wahn kann eine kognitive Verhaltenstherapie nach Leitlinienangaben ebenfalls in Betracht gezogen werden (Empfehlungsstärke B). Hinsichtlich der Rezidivprophylaxe wird mit der Empfehlungsstärke A die Intervention der kognitiven Verhaltenstherapie empfohlen. Um positive Ergebnisse zu erzielen, sollte die kognitive Verhaltenstherapie laut Leitlinie über einen Zeitraum von mindestens neun Monaten in mindestens zwölf Sitzungen stattfinden (Empfehlungsstärke C) (DGPPN 2006).

Um die Empfehlungen zu untermauern, greifen die Verfasser der Leitlinie unter anderem auf eine Studie von Morrison et al. aus dem Jahr 2004 zurück. Diese fanden in ihrer Studie eindeutige Hinweise darauf, dass eine Behandlung in Form von kognitiver Verhaltenstherapie das Risiko einer Psychose signifikant reduzieren kann. Außerdem kamen die Forscher zu dem Ergebnis, dass mithilfe einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Maßnahme die Dringlichkeit einer medikamentösen antipsychotischen Behandlung sinkt (Morrison et al. 2004).

Sarin et al. kamen 2011 in ihrer Metaanalyse zu der Schlussfolgerung, dass eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention im Vergleich zu anderen psychologischen

Behandlungen die Positivsymptomatik, die Negativsymptomatik sowie generelle Symptome während des Behandlungszeitraums positiv beeinflussen kann. Nach Behandlungsende ist laut Sarin et al. ein positiver, aber nicht signifikanter Trend bei den Patienten zu erkennen, die eine kognitive Verhaltenstherapie erhalten hatten (Sarin et al. 2001).
Klingberg et al. konnten 2010 belegen, dass eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahme das Rückfallrisiko eines Patienten in den ersten sechs Monaten nach Entlassung senkt. Hierzu wurde die kognitive Verhaltenstherapie mit einer herkömmlichen Behandlung verglichen (Klingberg et al. 2010).
Ein im Jahr 2014 veröffentlichtes Review von Christopher Jones et al. verglich die kognitive Verhaltenstherapie mit anderen psychosozialen Ansätzen. Insgesamt wurden 20 Studien in das Review miteinbezogen. Die Forscher kamen zu der Schlussfolgerung, dass eine kognitive Verhaltenstherapie keine überzeugenden Vorteile im Vergleich mit anderen psychosozialen Therapieformen bietet (Jones et al. 2014).
Ein 2015 von Velthorst et al. veröffentlichtes Review beschäftigte sich mit der Auswirkung von kognitiver Verhaltenstherapie auf Negativsymptome. Sie gelangten zu dem Ergebnis, dass ältere Studien im Gegensatz zu neueren Untersuchungen einen Effekt der kognitiven Verhaltenstherapie auf die Negativsymptome nachweisen konnten (Velthorst et al. 2015).

In Bezug auf die kognitive Verhaltenstherapie können nicht alle Empfehlungen der Leitlinie mit den vorliegenden Daten verglichen werden. Da alle Studienteilnehmer bereits mindestens eine psychotische Episode im Verlauf ihrer Krankheit vorweisen konnten, kann bezüglich des Einsatzes der kognitiven Verhaltenstherapie in der präpsychotischen Prodromalphase kein Vergleich mit der Leitlinie stattfinden. Allerdings lag bei über 40% derjenigen, die bereits eine solche Therapieform erhalten hatten, der letzte Therapiezeitpunkt länger als ein Jahr zurück, was auf eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention in der präpsychotischen Prodromalphase hindeuten könnte. Eine Evidenz hierfür ist mit den vorliegenden Daten jedoch nicht möglich. Nach den hier erhobenen Daten kann die Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie noch ausgebaut werden, da nur 22% aller Befragten angaben, diese Therapieform schon einmal erhalten zu haben. Nur zwei Prozent aller hier Befragten gaben an, während des aktuellen Aufenthaltes eine solche Therapie zu erhalten.

Der niedrige Wert ist mit dem Ergebnis der Studie von Haddock et al. vergleichbar. Haddock et al. untersuchten 2014, inwiefern die NICE-Guidelines in Bezug auf die kognitive Verhaltenstherapie implementiert wurden. Die Stichprobenauswahl erfolgte randomisiert, ist jedoch auf den nordwestlichen Bereich Englands beschränkt. Die Forscher stellten fest, dass nur 6,9% ihrer Probanden eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten bekommen hatten, 5,3% der Studienteilnehmer erhielten eine solche Therapieform (Haddock et al. 2014).
Über die Hälfte der Teilnehmer der hier vorliegenden Datenerhebung gab an, die Therapieform der kognitiven Verhaltenstherapie in ambulanter Form erhalten zu haben. Nach Angabe der Befragten wurden stationäre kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen jedoch selten ambulant weitergeführt. Die Therapie fand bei 90% der Therapieteilnehmer wöchentlich statt; dies lässt auf eine leitlinienkonforme Durchführung bezüglich der Häufigkeit schließen. In der Beurteilung der Teilnehmer spiegeln sich die oben aufgeführten Studien größtenteils wieder. Der errechnete Mittelwert der Bewertung lag bei 4,7, also zwischen den Kategorien ‚eher hilfreich' und ‚hilfreich'. Im Vergleich mit der Bewertung der anderen Interventionen ist dieser Wert eher im Mittelfeld angesiedelt: Von den Therapien, die mehr als 20% der Studienteilnehmer schon einmal erhalten hatten, wurden sechs besser bewertet als die kognitive Verhaltenstherapie und sechs schlechter.
Die Ergebnisse decken sich mit denen von Moritz et al.. In der 2016 veröffentlichten Studie wurden die Studienteilnehmer ebenfalls bezüglich der Teilnahme an Interventionen und deren Bewertung befragt. Von allen Befragten hatten 38% bereits einmal eine kognitive Verhaltenstherapie erhalten, bewertet wurde diese ähnlich: Der Mittelwert lag zwischen den Kategorien ‚somewhat helpful' und ‚helpful'. Die Ergebnisse der hier erhobenen Datenerhebung bekräftigen also die Ergebnisse von Moritz et al.. Die Forscher kamen anhand eines Online-Fragebogens zur Schlussfolgerung, dass Therapien, die sich als wirkungsvoll erwiesen haben, von den Patienten nicht immer auch als wirkungsvoll empfunden werden und häufig auch weniger gut besucht sind, als Therapien, deren Wirkung nicht eindeutig nachgewiesen ist (Moritz et al. 2016).
In Bezug auf den aktuellen Aufenthalt kann die Anwendung der kognitiven Verhaltenstherapie noch ausgebaut werden. Da kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen wie oben beschrieben die Rückfallquote verringern können, sollte eine intensivere Anwendung der Therapie in Betracht gezogen werden.

4.4.3. Familienintervention und Angehörigengruppe

Den Angehörigen und Familienmitgliedern von an Schizophrenie Erkrankten wird in der Behandlungsleitlinie Schizophrenie eine besondere Rolle zugeschrieben. Einerseits sind sie durch den Krankheitsverlauf des Betroffenen ebenso „hochgradig belastet“ (DGPPN 2006, S. 118). Andererseits kann laut Leitlinie besonders bei einem gemeinsamen Wohnumfeld der Verlauf der Schizophrenie durch die Angehörigen maßgeblich beeinflusst werden. Der Betroffene könne hierbei vermehrter Kritik und übermäßiger Fürsorge ausgesetzt sein, dies könne zu einer erhöhten Zahl an Krankheitsepisoden führen. Allerdings sind Angehörige ebenso „die wichtigste Quelle sozialer Unterstützung für die Patienten“ (DGPPN 2006, S. 119). Deshalb empfiehlt die Leitlinie, die Familienmitglieder von Betroffenen in alle Stadien der Erkrankung miteinzubeziehen (GCP). In der Leitlinie wird mit der Empfehlungsstärke A geraten, zur Reduktion der Rückfallquote Interventionen durchzuführen. Bei stark Rückfallgefährdeten wird demnach eine Familienintervention sehr empfohlen. Außerdem wird die Teilnahme des Betroffenen an einer solchen Intervention von der Leitlinie mit Empfehlungsstärke B befürwortet. Die Behandlung sollte sich nach Leitlinienempfehlung mindestens über einen Zeitraum von neun Monaten erstrecken und dabei ein- bis zweiwöchentlich stattfinden (Empfehlungsstärke B). Die Verfasser der Leitlinie merken außerdem an, dass eine Familienintervention die Behandlungs- und Medikamenten-Compliance von Patienten verbessern kann und somit auch zur Entlastung der Familie des Betroffenen führt (DGPPN 2006,).

Die Leitlinie untermauert ihre Aussagen mit Hilfe einer Metaanalyse von Pilling et al. aus dem Jahr 2002. Die Ergebnisse des Reviews zeigten deutlich, dass Familieninterventionen eine vorbeugende Wirkung in Bezug auf das Rückfallrisiko sowie auf das Risiko einer erneuten Einweisung haben. Pilling et al. zeigten außerdem auf, dass eine Familienintervention die Medikamenten-Compliance verbessern kann (Pilling et al. 2002). Eine weitere Studie, welche die Verfasser der Leitlinie als Beleg anführen, ist eine aus dem Jahr 1999 von Pharoah et al.. In der aktualisierten Version von 2010 kamen sie zu einem ähnlichen Ergebnis wie die oben aufgeführte Studie von Pilling et al.. Auch Pharoah et al. kamen zu dem Schluss, dass das Risiko eines Rückfalls oder einer Wiederaufnahme durch

Familieninterventionen stark gesenkt werden kann (Pharoah et al. 2010). Die oben bereits in Bezug auf die Psychoedukation mit Angehörigen erwähnte Metaanalyse von Pitschel-Walz et al. kann ebenso als Beleg für die positive Wirkung von Therapieformen, welche Angehörige einschließen, gezählt werden, da eine exakte Unterscheidung zwischen Familieninterventionen und psychoedukativen Therapien mit Angehörigen nicht möglich ist (Pitschel-Walz et al. 2001).
Eine von McFarlane durchgeführte und 2016 veröffentlichte Metaanalyse kam zu dem Ergebnis, dass Familieninterventionen die Rückfallrate um bis zu 40% senken können. Die in der Metaanalyse berücksichtigten Familieninterventionen enthielten psychoedukative, verhaltenstherapeutische, kognitive sowie rehabilitative Elemente (McFarlane 2016).

Da Familieninterventionen nach Leitlinienempfehlung ein Teil der Routineversorgung sein sollten, kann der Umfang der Umsetzung hier noch ausgeweitet werden. Von den hier Befragten gaben 26% an, schon einmal an einer Familienintervention teilgenommen zu haben. Drei Prozent gaben an, aktuell eine Familienintervention zu bekommen. Nur 5% gaben an, dass ihre Angehörigen bereits einmal eine Angehörigengruppe besucht hätten. Während des aktuellen Klinikaufenthaltes war dies nie der Fall. Haddock et al. kamen in der oben bereits erwähnten Studie zu ähnlichen Ergebnissen. In der von ihnen untersuchten Stichprobe erhielten nur 1,1% eine Therapie in Form einer Familienintervention. Die Vergleichbarkeit wird allerdings durch unterschiedliche Erhebungsorte sowie die jeweiligen zugrunde gelegten Leitlinien eingeschränkt (Haddock et al. 2014).
Auch Krupnik et al. beschäftigten sich mit Familieninterventionen und Schizophrenie. Das Datenmaterial wurde in London erhoben. Die Forschergruppe fand heraus, dass nur fünf Prozent der von ihnen Befragten eine Therapie in Form einer Familienintervention erhalten hatten (Krupnik et al. 2005). Die Ergebnisse sind denen von Haddock und Kollegen und den hier erhobenen Daten sehr ähnlich.
Bezüglich der Therapiefrequenz der hier erhobenen Daten kann festgehalten werden, dass 40% der Therapieteilnehmer, welche Erfahrungen mit Angehörigengruppen sammelten, diese wöchentlich besuchten, 60% taten dies seltener. Teilnehmer einer Familienintervention gaben zu 96% an, diese Therapieform weniger als einmal die Woche besucht zu haben. In diesem Bereich kann eine verbesserte Umsetzung der Leitlinienempfehlungen

angestrebt werden. Im ambulanten Bereich finden Familieninterventionen nach Angaben der Befragten kaum bis gar nicht statt. Da in der Forschung eine Einigkeit über die positive Wirkung dieser Therapieformen besteht, sollten, wenn nicht bereits vorhanden, mehr Angebote geschaffen und die Betroffenen und ihre Angehörigen ermuntert werden, die Therapieangebote wahrzunehmen. Die Familie spielt wie oben bereits aufgezeigt in allen Phasen der Krankheit eine entscheidende Rolle. Die Beurteilung der in dieser Erhebung befragten Patienten bestätigt die Bedeutsamkeit von Familieninterventionen und Angehörigengruppen. Der Mittelwert der Beurteilung der Familienintervention beträgt 4,74, befindet sich also zwischen den Kategorien ‚eher hilfreich' und ‚hilfreich'. Bei der Beurteilung der Angehörigengruppe lag dieser Wert bei 5,2, lag also knapp über der Kategorie ‚hilfreich'.

Verglichen mit den Bewertungen der anderen Therapien ist der Mittelwert der Beurteilung der Familienintervention eher im Mittelfeld angesiedelt. Von den Therapien, die mehr als 20% der Studienteilnehmer bereits einmal erhalten hatten, wurden fünf besser bewertet und sieben schlechter. In der oben bereits erwähnten Studie von Moritz et al. wurde die Therapieform der Familienintervention als ähnlich hilfreich bewertet. Der Mittelwert lag hier zwischen den Kategorien ‚somewhat helpful' und ‚helpful', 11% aller Befragten hatten bereits einmal an einer Familienintervention teilgenommen (Moritz et al. 2016). Auch hier lässt sich die Gemeinsamkeit zwischen der Studie von Moritz et al. und der hier vorliegenden Datenerhebung feststellen: Therapieformen, deren Wirkung nachgewiesen ist, werden von den Patienten nicht immer dementsprechend eingeschätzt und nicht so häufig besucht.

4.4.4. Social Skills Training und Life Skills Training

Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie beschreibt Beeinträchtigungen im sozialen Bereich als eine der größten Herausforderungen für Schizophreniepatienten, denn „die Verbesserung der sozialen Funktionen soll […] den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und […] die Lebensqualität erhöhen" (DGPPN 2006, S. 121). Nach Einschätzung der Verfasser ist dies eine Voraussetzung um „am sozialen und beruflichen Leben teilzunehmen und Freizeitaktivitäten […] genießen [zu können]" (DGPPN 2006 S. 121). Da aber ein Social-Skills-Training (SST) weder die Rezidivquote noch die Quote einer Wiederaufnahme senke, wird SST

nicht für die breite Routineversorgung empfohlen. Abgesehen von dieser Therapieform nimmt jedoch die Verbesserung sozialer Fähigkeiten nach Leitlinienangaben einen „hohen Stellenwert“ (DGPPN 2006, S. 122) ein und sollte „bei jeder Therapie angestrebt werden“ (DGPPN 2006, S. 122).

Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen schließt sich der Empfehlung der Behandlungsleitlinie Schizophrenie nicht uneingeschränkt an. Es wird darauf eingegangen, dass die „Befunde dazu [Beeinflussung Negativsymptomatik durch Fertigkeitentraining…] nicht konsistent [sind]“ (DGPPN 2013, S. 143), hinsichtlich des Trainings sozialer Fertigkeiten wird jedoch empfohlen, dass dies „als Intervention bei Vorhandensein sozialer Beeinträchtigungen mit dem Ziel der Verbesserung sozialer Kompetenzen durchgeführt werden [soll]“ (DGPPN 2013, S. 143).

Auf die Therapieform des Life-Skills-Trainings wird in der Behandlungsleitlinie Schizophrenie nicht eingegangen. Auch in der Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird auf das Life-Skills-Training nicht explizit eingegangen, da es in der Forschungsliteratur und dem klinischen Alltag keine genaue Trennung beider Begriffe gibt und bisher wenige Studien zur Wirksamkeit des Life-Skills-Trainings durchgeführt wurden (DGPPN 2012, S. 133).

Die Verfasser der Behandlungsleitlinie Schizophrenie stützen sich bei ihrer Empfehlung auf eine Metaanalyse von Pilling et al. aus dem Jahr 2002. Das Forscherteam um Pilling kam zu dem Ergebnis, dass der Einsatz eines SST weder das Rückfallrisiko senkt, noch das soziale Funktionsniveau, die Lebensqualität oder die Behandlungs-Compliance verbessert. Die Verfasser der Metaanalyse schlussfolgerten, dass der Einsatz der Therapieform nicht für den klinischen Alltag zu empfehlen ist (Pilling et al. 2002).

Eine im Jahr 2002 von Glynn et al. durchgeführte Studie wird von den Autoren der Leitlinie als Hinweis aufgeführt, dass SST das soziale Funktionsniveau verbessern kann (Glynn et al. 2002).

Die 2006 erschienene und oben bereits erwähnte Metaanalyse von Pfammatter et al. lieferte Hinweise darauf, dass die Therapieform SST durchaus positive Effekte hervorrufen kann. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass SST die sozialen Fertigkeiten und das

soziale Funktionsniveau der Patienten verbessern kann. Außerdem fanden die Forscher Hinweise dafür, dass SST das Selbstbewusstsein stärken kann und psychopathologische Symptome durch SST reduziert werden können. Auch die Rückfallrate kann laut dem Ergebnis der Metaanalyse durch SST gesenkt werden (Pfammatter et al. 2006).

Diese Ergebnisse finden in der wissenschaftlichen Literatur jedoch keine einheitliche Zustimmung.

In ihrer Metaanalyse untersuchten Kurtz et al. die Wirksamkeit von SST in Abhängigkeit von den Trainingsinhalten. Das Forscherteam gelangte zu dem Ergebnis, dass die Probanden Fähigkeiten, welche sie in der Therapie gezielt trainiert hatten, auch in Situationen außerhalb der Therapie Anwendung fanden. Je größer der Unterschied zwischen der getesteten Fähigkeit und dem Trainingsinhalt war, desto geringer war dieser Effekt. Einen Einfluss auf psychische Symptome oder die Rückfallwahrscheinlichkeit konnte nur in sehr geringem Ausmaß nachgewiesen werden (Kurtz/Mueser 2008).

Bezüglich des Life-Skills-Trainings kam eine Metaanalyse von Tungunkom und Nicol aus dem Jahr 2008 zu dem Ergebnis, dass es zwischen einer Standardbehandlung und einer Behandlung mit einem Life-Skills-Training keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Leistungen im Bereich der Alltagsfähigkeiten (‚performance of life skills') gibt. Allerdings wurden in der Metaanalyse auch Studien miteinbezogen, die den Fokus nicht auf die Erkrankung der Schizophrenie legten, sondern auf chronisch-psychische Erkrankungen im Allgemeinen (Tungpunkom/Nicol 2008).

Patterson et al. kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass ein ‚Functional Adaption Skills Training' im Vergleich mit einer herkömmlichen Behandlung signifikante Verbesserungen im Bereich von Alltagsfähigkeiten (‚everyday living skills') und sozialen Fähigkeiten (‚social skills') aufweist. Keine Verbesserung wurde im Bereich des Medikationsmanagements festgestellt (Patterson et al. 2006).

In ihrer 2014 veröffentlichten Metaanalyse kamen Turner et al. zu dem signifikanten Ergebnis, dass ein Social Skills Training Negativsymptome leicht reduzieren kann. Die Signifikanz des Ergebnisses hielt Sensitivitätsanalysen zum Verzerrungsrisiko (‚risk of bias') jedoch nicht stand (Turner et al. 2014).

Elis et al. fassten in einem 2013 erschienenem Review die Ergebnisse von sieben Studien bezüglich Social Skills Training und dessen Wirkung auf Negativsymptome von Schizophrenieerkrankten zusammen. Insgesamt kamen die Forscher zu der Schlussfolgerung, dass

Social Skills Training Negativsymptome kurzfristig (‚short-term') verbessern kann (Elis et al. 2013).

Ein von Morin und Franck im Jahr 2017 veröffentlichtes Review beschäftigte sich unter anderem mit Social Skills Training als rehabilitatives Element. Insgesamt wurden im Fall von SST mehr als 23 kontrollierte Studien und mehrere Reviews berücksichtigt. Die Auswertung lieferte den Forschern widersprüchliche Ergebnisse, auch aufgrund von methodologischen Inkonsistenzen bei miteinbezogenen Studien. Die Forscher gelangen aber dennoch zu der Schlussfolgerung, dass SST Auswirkungen auf die Reduktion von Negativsymptomen haben kann (Morin/Frank 2017).

Obwohl ein SST von der Leitlinie nicht für die breite Routineversorgung empfohlen wird, kann festgestellt werden, dass sehr viele der Studienteilnehmer diese Therapieform bereits erhalten haben. Von den hier Befragten gaben 45% an, schon einmal SST besucht zu haben, 41% gaben an, bereits Erfahrungen mit einem Life-Skills-Training oder einem Training von Alltagsfähigkeiten gesammelt zu haben. SST fand ausschließlich in stationärer Form statt, das Life-Skills-Training fand zu 79% im stationären Bereich statt. Aktuell an SST teilzunehmen, gaben 17% der Befragten an, bei der Therapieform des Life-Skills-Trainings betrug der Teilnahmeanteil während des aktuellen Therapieaufenthaltes 16%. Die Beurteilung der Patienten spiegelt die Ergebnisse der Forschungsliteratur nicht unbedingt wieder. Der Mittelwert der Beurteilung des Life-Skills-Training (auch: Training von Alltagsfähigkeiten) betrug 5,33, lag also entsprechend zwischen den Kategorien ‚hilfreich' und ‚sehr hilfreich'. Im Vergleich mit den anderen Therapieformen ist diese Bewertung sehr gut, nur eine Therapieform wurde besser beurteilt. Bei SST betrug der Mittelwert 4,36 und befand sich somit zwischen den Kategorien ‚eher hilfreich' und ‚hilfreich'.

Vor allem die Bewertung des Life-Skills-Trainings bekräftigt die Ergebnisse der oben bereits erwähnten Studie von Moritz und Kollegen. Die Studie zeigte auf, dass Patienten eher Therapien erhalten, die sie für ihre subjektiven Beschwerden angemessen halten, deren Wirksamkeit aber nicht uneingeschränkt anerkannt ist. Die Forscher kommen zu der Empfehlung, dass bei der Behandlung von psychotischen Patienten mehr nachweislich effektive Interventionen zum Einsatz kommen sollten, als solche, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden konnte (Moritz et al. 2016).

Zum Social Skills Training und zum Training von Alltagsfähigkeiten (Life Skills Training) kann festgehalten werden, dass ausgerechnet die Therapien, die von der Behandlungsleitlinie Schizophrenie nicht zur Routineversorgung empfohlen werden, von den Teilnehmern sehr oft erhalten wurden. In Anbetracht der Tatsache, dass die Wirksamkeit nicht uneingeschränkt nachgewiesen ist, kann man sich hier der Schlussfolgerung von Moritz et al. anschließen: Um die vorhandenen Ressourcen an Therapien effizient einzusetzen, sollten vermehrt Therapien zum Einsatz kommen, deren Wirksamkeit nachgewiesen wurde.

4.4.5. Metakognitives Training und Neuropsychologische Therapieformen

Nach Angaben der Behandlungsleitlinie Schizophrenie wurde hinsichtlich der Schizophrenieerkrankung die „Beeinträchtigung kognitiver Funktionen […] in etlichen Studien nachgewiesen“ (DGPPN 2006, S. 122). Neben der medikamentösen Behandlung mit atypischen Antipsychotika gibt es hinsichtlich der Behandlung kognitiver Defizite auch kognitive Trainings und neuropsychologische Funktionstrainings. Die Leitlinienverfasser sehen die wissenschaftliche Evidenz bezüglich der Therapieformen jedoch als nicht ausreichend an, deshalb, so die Empfehlung mit der Stärke A, „können Therapien zur kognitiven Rehabilitation […] nicht für die breite klinische Praxis empfohlen werden“ (DGPPN 2006, S. 124). Neuropsychologische Therapieformen, welche den Schwerpunkt auf die „Wiederherstellung, Verbesserung oder Kompensation von Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs- und Gedächtnisleitungen“ (DGPPN 2006, S. 123) legen, können nach Einschätzung der Leitlinienverfasser bei klar definierten Zielkriterien oder zur Vorbereitung auf die Rehabilitation angewendet werden (Empfehlungsstärke C).

Pilling et al. kamen in einer 2002 erschienenen Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass ein kognitives Training in Form einer ‚cognitive remediation‘ keinerlei positive Effekte auf folgende Bereiche hat: Aufmerksamkeit, verbales Gedächtnis, visuelles Gedächtnis, Planung, kognitive Flexibilität, mentale Verfassung. Die Autoren kommen zu der Schlussfolgerung, dass die Therapieform ‚cognitive remediation‘ nicht für die klinische Praxis geeignet ist (Pilling et al. 2002).

Die von Wykes et al. durchgeführte Metaanalyse untersuchte ebenfalls die Therapieform ‚cognitive remediation‘. In der Metaanalyse wurden 40 unabhängige Studien mit insgesamt

2104 Schizophreniepatienten einbezogen. Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigten, dass kleine bis mittlere Wirkungen von ‚cognitive remediation' auf die kognitive Leistung bei Nachbehandlungen und Follow-up-Beurteilungen nachweisbar sind (Wykes et al. 2011).

Cella et al. veröffentlichten 2014 eine randomisierte kontrollierte Studie, in der sie eine Behandlung mit ‚cognitive remediation' und eine herkömmliche Behandlung verglichen. Cella et al. fanden heraus, dass ‚cognitive remediation' bei Schizophreniepatienten zu einer Verbesserung der Negativsymptomatik führen kann (Cella et al. 2014).

Ein 2017 veröffentlichtes Review von Morin und Franck beschäftigte sich mit rehabilitativen Interventionen, unter anderem mit ‚cognitive remediation'. Insgesamt wurden zwei Metaanalysen und mehrere Einzelstudien in das Review miteinbezogen. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass ‚cognitive remediation' die Auswirkungen kognitiver Beeinträchtigungen von Schizophrenieerkrankten verbessern kann (Morin/Frank 2017).

Eine ebenfalls 2017 veröffentlichte Metaanalyse von Cella et al. untersuchte den Zusammenhang von ‚cognitive remediation' und Negativsymptomen. Insgesamt beinhaltete die Analyse 45 unabhängige Studien. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass ‚cognitive remediation' einen kleinen bis moderaten Effekt auf die Negativsymptomatik hat. Dieser Effekt blieb nach Angaben der Forscher auch bei Follow-up-Untersuchungen erhalten (Cella et al. 2017).

Moritz et al. veröffentlichten 2014 ein narratives Review zu metakognitivem Training bei Schizophreniepatienten. Sie gelangten zu dem Ergebnis, dass die meisten der von ihnen untersuchten Studien die Wirksamkeit von metakognitivem Training zur Behandlung von positiven Symptomen sowie die Verbesserung von kognitiven Verzerrungen (‚biases') nachweisen. Die Forscher schlussfolgerten daraus, dass metakognitives Training eine lohnende Ergänzung zur Pharmakotherapie darstellen kann (Moritz et al. 2014).

Ein 2016 erschienenes Review von Pankowski et al. beschäftigte sich mit der Auswirkung von metakognitivem Training auf psychotische Symptome und kognitive Verzerrungen von Schizophreniepatienten. Des Weiteren wurden andere Variablen wie Einsicht und soziales Funktionsniveau untersucht. Das Review beinhaltete 14 Studien, die zwischen 2009 und 2015 veröffentlicht wurden. Pankowski et al. gelangten in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass metakognitives Training effektiv ist, wenn es um die Reduktion von Wahnvorstellungen (‚delusions') und kognitiven Verzerrungen geht. Außerdem fanden die Forscher

Anhaltspunkte, dass metakognitives Training die Einsicht der Schizophreniepatienten verbessern kann (Pankowski et al. 2016).

Die im Zuge dieser Arbeit erhobenen Daten lassen darauf schließen, dass die Leitlinienvorgaben nur teilweise berücksichtigt wurden. Unter allen Befragten gaben 15% an, aktuell ein metakognitives Training zu besuchen, 10% gaben an, an einer neuropsychologischen Therapie im Rahmen des aktuellen Aufenthaltes teilzunehmen. Insgesamt hatten bisher 18% aller Befragten schon einmal Erfahrung mit einem metakognitiven Training gesammelt, 55% aller Studienteilnehmer gaben an, bereits einmal eine neuropsychologische Therapie besucht zu haben. Dafür, dass keine der beiden Interventionsformen von der Leitlinie explizit für die breite Routineversorgung empfohlen wird, haben sehr viele der Teilnehmer bereits eine solche Therapieform erhalten.

Zum zeitlichen Abstand, welcher zwischen den einzelnen Therapiesitzungen liegen sollte, gibt die Behandlungsleitlinie Schizophrenie keine explizite Empfehlung, allerdings erwähnen die Verfasser der Leitlinie, dass kognitive Trainingsverfahren nur dann sinnvoll sind, wenn diese „mit ausreichender Intensität (mehrmals pro Woche) und Dauer über mindestens 3 Monate“ (DGPPN 2006) stattfinden. Da 5% der Befragten, welche schon einmal an einem metakognitiven Training teilgenommen hatten, dieses zum Zeitpunkt der Therapie mehrmals wöchentlich erhalten hatten, kann schlussgefolgert werden, dass die Frequenz hierbei noch erhöht werden könnte.

Im Vergleich mit den anderen Interventionen wurden das metakognitive Training und die neuropsychologischen Therapieformen eher schlecht bewertet. Von den Interventionen, bei denen mehr als 18% aller Befragten bereits einmal teilgenommen hatten, wurde das metakognitive Training am schlechtesten bewertet. Der Mittelwert der Beurteilung betrug 4,29, lag also zwischen den Kategorien ‚eher hilfreich‘ und ‚hilfreich‘. Der Mittelwert der Beurteilung von neuropsychologischen Therapieformen war hier 4,44.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die beiden Interventionsformen relativ häufig zu Anwendung kommen, obwohl diese von der Behandlungsleitlinie Schizophrenie nicht zur flächendeckenden Routineversorgung empfohlen werden. Allerdings hat die Maßnahme des metakognitiven Trainings in den letzten Jahren eine eher positive Beurteilung im Hinblick auf die nicht-medikamentöse Behandlung von Schizophreniepatienten erhalten

(Moritz 2014; Pankowski 2016). Diese neueren Erkenntnisse sind in der Behandlungsleitlinie Schizophrenie noch nicht berücksichtigt.

4.4.6. Psychoanalytische Verfahren

Der Einsatz von psychoanalytischen Verfahren bei Menschen mit Schizophrenie wird von den Verfassern der Behandlungsleitlinie Schizophrenie sehr kritisch beurteilt, da „ein empirischer Wirksamkeitsnachweis […] bisher noch nicht erbracht [wurde]“ (DGPPN 2006, S. 124). Obwohl die Verfasser dem Einsatz von psychotherapeutischen Verfahren bei an Schizophrenie Erkrankten eine lange Tradition attestieren, raten sie mit der Stärke A, dass diese Therapieform der Psychotherapie hier nicht für die Routinebehandlung empfohlen werden kann (DGPPN 2006, S.124).
Da es keine Evidenzgrundlage hinsichtlich der Wirksamkeit von psychoanalytischen Verfahren bei Schizophreniebetroffenen gibt, wird an dieser Stelle auf eine Evidenzsichtung verzichtet.

Die erhobenen Daten lassen deutlich erkennen, dass diese Empfehlung im bisherigen Behandlungsverlauf umgesetzt wurde. Nur zwei Prozent der Befragten gaben an, schon einmal an einem psychoanalytischen Verfahren teilgenommen zu haben. Die Therapieform wurde allerdings von den insgesamt aber nur zwei Teilnehmern als ‚sehr hilfreich‘ (Mittelwert 6,0) eingestuft und war somit die am besten bewertete Interventionsform der hier durchgeführten Datenerhebung. Während des aktuellen Klinikaufenthaltes nahm nach Angaben der Studienteilnehmer keiner an einer solchen Therapieform teil.
Obwohl die Teilnahme an psychoanalytischen Verfahren bei den hier Befragten so gering war, dass die Beurteilungen durch die Studienteilnehmer keinesfalls repräsentativ sind, kann hier trotzdem eine Parallele zur 2016 durchgeführten und oben bereits erwähnten Studie von Moritz et al. gezogen werden. Auch hier wurden psychoanalytische Verfahren (hier: ‚Psychoanalytic Therapy‘) im Vergleich zu den anderen Therapien sehr gut bewertet. Der Mittelwert der Beurteilung lag in Moritz‘ Studie bei 3,08, und entsprach also ziemlich genau der Kategorie ‚helpful‘. Moriz et al. entdeckten in ihrer Studie, dass es für die am

besten bewerteten Therapien oftmals keine breite Evidenzgrundlage hinsichtlich der Wirksamkeit gibt (Moritz et al. 2016).

4.4.7. Gesprächstherapie

Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie sieht die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie im Bereich der Schizophrenie als sehr unzureichend. Von Gesprächstherapie wird „[a]ufgrund unzureichender Evidenz für die Wirksamkeit im Sinne von Symptomreduktion oder Rückfallverhütung“ (DGPPN 2006, S. 125) mit der Empfehlungsstärke C abgeraten.
Die Verfasser der Leitlinie weisen darauf hin, dass es bezüglich des vorliegenden Themenbereichs keine aussagekräftigen Studien gibt. Eine Evidenzsichtung von Seiten der Leitlinie gibt es zu dieser Thematik nicht. Auch an dieser Stelle wird auf das Darlegen des aktuellen Forschungsstandes aus denselben Gründen verzichtet.

Da von den Befragten dieser Erhebung keiner angegeben hatte, während des gesamten bisherigen Therapieverlaufs an einer Gesprächspsychotherapie teilgenommen zu haben, kann die Leitlinien-Vorgabe als ganz klar erfüllt angesehen werden.

4.4.8. Ergotherapie

In der Behandlungsleitlinie Schizophrenie wird die Therapieform der Ergotherapie als eine sehr traditionelle und alte Behandlungsform beschrieben, deren Anwendung im klinischen Alltag meist „auf der Grundlage heuristischer Konzepte“ (DGPPN 2006, S. 125) basiert. Die Ergotherapie wird in der Leitlinie ohne Empfehlung oder Evidenzsichtung besprochen.
In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen findet sich eine Empfehlung hinsichtlich ergotherapeutischer Interventionen. Hier heißt es, „[e]rgotherapeutische Interventionen sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden.“ (DGPPN 2013, S.

163). Aufgrund der uneinheitlichen Studienlage erfolgte diese Empfehlung mit Empfehlungsgrad B (DGPPN 2013, S. 163).

Als einen Anhaltspunkt für die Evidenz bezüglich der Wirksamkeit der Ergotherapie können Studien gesehen werden, welche den Einsatz von Ergotherapie zusätzlich zu einer medikamentösen Behandlung untersuchten.
Eine Studie von Buchain et al. beschäftigte sich mit behandlungsresistenten Schizophreniepatienten. Untersucht wurde, welchen Effekt eine Ergotherapie hervorruft, wenn diese zusätzlich zu einer pharmakologischen Behandlung mit Clozapin Anwendung findet. Die Forschergruppe kam zu dem Ergebnis, dass der zusätzliche Einsatz einer Ergotherapie einen positiven Effekt hat, vor allem in den Bereichen ‚Handlungsperformanz' und ‚persönliche Beziehungen' (Buchain et al. 2003).
Eine 2011 erschienene Studie von Tatsumi et al. lieferte Hinweise darauf, dass der Einsatz von Ergotherapie die Fähigkeit von Patienten, persönliche Beziehungen aufzubauen, stärken könnte. Außerdem wurden Anhaltspunkte dafür gefunden, dass ergotherapeutische Interventionen die Negativsymptomatik positiv beeinflussen können (Tatsumi et al. 2011).
Eine Einzelstudie von Foruzandeh und Parvin aus dem Jahr 2013 beschäftigte sich mit den Outcomeparametern der Positiv- und Negativsymptomatik im Hinblick auf die Ergotherapie. Die Forscher fanden Hinweise darauf, dass eine Ergotherapie in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung in beiden Bereichen Verbesserungen hervorrufen kann (Foruzandeh & Parvin 2013).
Zur Forschungslage bezüglich der Ergotherapie kann festgestellt werden, dass es bisher keine „größere(n) aussagekräftige(n), kontrollierte(n) Studien zur Wirksamkeit psychiatrischer Ergotherapie und ihrer Behandlungsverfahren [gibt]" (DGPPN 2013, S. 163). Die Schlussfolgerungen aus den Forschungsergebnissen aller hier zitierten Studien sind sehr vorsichtig. In den meisten Fällen wird darauf hingewiesen, dass weitere Untersuchungen notwendig sind, um zu belastbaren Schlussfolgerungen zu kommen.

Die hier erhobenen Daten zeigen, dass die Ergotherapie im klinischen Bereich sehr häufig angewendet wird. Von den Befragten gaben 82% an, schon einmal in ihrem Leben eine Ergotherapie besucht zu haben. Während des aktuellen Klinikaufenthaltes nahmen 61%

der Studienteilnehmer an einer solchen Therapieform teil. Die Empfehlung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, ergotherapeutische Interventionen anzubieten, kann demnach als größtenteils erfüllt angesehen werden. Ob und inwiefern sich die Intervention wie von der Leitlinie empfohlen an die „individuellen Bedürfnisse und Präferenzen […] [der] Patienten [orientiert]“ (DGPPN 2013, S. 163), kann im Rahmen dieser Datenerhebung nicht festgestellt werden, hierfür ist die Betrachtung des jeweiligen Einzelfalls notwendig. Allerdings zeigt die Beurteilung der Therapieform durch die Studienteilnehmer, dass die Ergotherapie größtenteils als hilfreich empfunden wurde. Der Mittelwert der Beurteilung betrug 5,02 und entsprach somit ziemlich genau der Kategorie ‚hilfreich‘.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Ergotherapie, wie von der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen empfohlen, sehr häufig in den Behandlungsplänen berücksichtigt wurde und von den Patienten durchschnittlich als hilfreich eingestuft wurde.

4.4.9. Kreativtherapien

Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie versteht unter dem Überbegriff der ‚Kreativtherapien‘ folgende Therapieformen: gestaltende Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Dramatherapie sowie Bewegungstherapie. Als Zielsetzung dieser Therapieformen wird in der Leitlinie unter anderem die Stärkung der Ich-Funktion sowie die Wiedergewinnung des Selbst- und Realitätsbezugs beschrieben. Nach Einschätzung der Leitlinienverfasser liegen „hochwertige Untersuchungen zur Wirksamkeit von Kreativtherapien bei der Schizophrenie“ (DGPPN 2006, S. 126) nicht vor. Eine Empfehlung bezüglich der Kreativtherapien gibt es von Seiten der Leitlinie aufgrund der unzureichenden Evidenz nicht.

Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen geht auf diesen Bereich umfassender ein und kommt zu der Empfehlung (Stärke B), dass künstlerische Therapien „im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen insbesondere zur Verbesserung von Negativsymptomen angeboten werden“ (DGPPN 2013, S. 152) sollten. Da es von Seiten der dem Vergleich zugrunde gelegten Leitlinie aufgrund der unzureichenden

Forschungslage keine Evidenzsichtung gibt, wird auch an dieser Stelle nicht auf den Forschungsstand im Bereich der Kreativtherapien eingegangen.

Die Angaben der Studienteilnehmer lassen darauf schließen, dass Kreativtherapien oftmals Bestandteil von Behandlungsplänen sind. Vor allem mit Musik- und Kunsttherapie wurden schon Erfahrungen gesammelt, 66% gaben an, bereits an einer Musiktherapie teilgenommen zu haben, bei der Kunsttherapie waren es 55%. Erfahrungen im Bereich von Tanz- oder Dramatherapie konnten die Befragten kaum vorweisen. Fünf Prozent gaben an, bereits einmal eine Dramatherapie besucht zu haben, bei der Tanztherapie lag der Wert bei 16%. Während des aktuellen Aufenthaltes erhielten 28% der Befragten eine Kunsttherapie, 22% eine Musiktherapie. Keiner der Befragten erhielt während des aktuellen Aufenthaltes eine Dramatherapie. Ein Prozent der Befragten gab an, zum besagten Zeitpunkt eine Tanztherapie zu erhalten.
Von allen Therapien, deren Teilnahme bei über 10% lag, wurden nur zwei Therapieformen von den Befragten besser als die Kunsttherapie eingestuft. Der Mittelwert der Beurteilung der Kunsttherapie lag bei 5,12, lag also zwischen den Kategorien ‚hilfreich' und ‚sehr hilfreich'.). Auch die Musiktherapie wurde im Vergleich mit den anderen Therapien gut bewertet, der Mittelwert der Beurteilung betrug 4,81, lag also zwischen den Kategorien ‚eher hilfreich' und ‚hilfreich'. Von den Therapieformen, an denen mehr als 10% der Befragten bereits einmal teilgenommen hatten, wurden nur vier besser bewertet. Die Tanztherapie lag bei der Bewertung von den Therapien, die bereits mehr als 10% der Teilnehmer erhalten hatten, eher im Mittelfeld. Der Mittelwert der Beurteilung betrug hier 4,59, lag also zwischen den Kategorien ‚eher hilfreich' und ‚hilfreich'. Die Tanztherapie war unabhängig vom Anteil der Teilnehmer die am zweitbesten bewertete Interventionsform. Der Mittelwert betrug hier 5,60, dieser Wert liegt zwischen den Kategorien ‚hilfreich' und ‚sehr hilfreich'.
Die Ergebnisse hinsichtlich der Bewertung sind, mit Ausnahme der Bewertung der Kunsttherapie, vergleichbar mit den Ergebnissen der oben bereits erwähnten Studie von Moritz et al.. Auch hier war die Kunsttherapie eine der am besten bewerteten Therapieformen, hier hatte fast die Hälfte bereits einmal Erfahrungen mit der Kunsttherapie gemacht. Diese Parallele bekräftigt die Schlussfolgerungen von Moritz et al., dass Therapien, deren

Wirkung nicht nachgewiesen ist, von den Patienten oftmals hilfreicher eingestuft werden, als nachweislich wirksame Therapien (Moritz et al. 2016).

Zusammengefasst kann hinsichtlich der Kreativtherapien festgehalten werden, dass diese, wie von der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen empfohlen, in den Behandlungsplan integriert wurden. Inwiefern dies zur individuellen Verbesserung der Negativsymptomatik und gemessen an den Bedürfnissen und Präferenzen der Patienten geschah, lässt sich anhand der hier erhobenen Daten nicht feststellen. Allerdings kann festgehalten werden, dass die Bewertungen der Kreativtherapien mit Ausnahme der Tanztherapie im Vergleich mit anderen Interventionsformen gut ausfallen.

4.4.10. Sport- und Bewegungstherapien

Die Therapieform der Sport- und Bewegungstherapie wird in der Behandlungsleitlinie Schizophrenie nicht explizit erwähnt, es findet eine Zuordnung der Bewegungstherapien zu den Kreativtherapien statt (DGPPN 2006, S. 126). Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen beinhaltet ebenfalls eine Empfehlung bezüglich Bewegungsinterventionen bei Schizophreniepatienten, außerdem wird die bestehende Forschungslage dargelegt (DGPPN 2013, S. 163-178). Es wird mit Grad B empfohlen, dass bei „Menschen mit einer Schizophrenie […] je nach Beschwerdebild und Neigung sowie unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit […] Bewegungsinterventionen als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzeptes zur Anwendung kommen [sollten].“ (DGPPN 2013, S. 181).

Die Verfasser dieser Leitlinie beziehen sich unter anderem auf ein Review von Gorczynski und Faulkner. Das 2010 veröffentlichte Review, welches drei Studien einschließt, lieferte Hinweise darauf, dass eine Bewegungstherapie bei Schizophreniepatienten einen positiven Effekt auf den psychischen Zustand haben kann. Die Autoren kamen aber zu dem Schluss, dass größer angelegte, randomisierte Studien notwendig sind, um eindeutige Folgerungen hinsichtlich des Einsatzes der Sport- und Bewegungstherapie ziehen zu können (Gorczynski & Faulkner 2010).

Eine weitere Studie, welche von der Leitlinie aufgeführt wird, ist eine 2006 erschienene von Röhricht und Priebe. Diese Studie kam zu dem Ergebnis, dass eine Bewegungstherapie im

Vergleich zu einer herkömmlichen Behandlung einen positiven Effekt auf die Negativsymptomatik bei chronischen Schizophreniepatienten haben kann. Allerdings verwiesen die Forscher auch hier darauf, dass größer angelegte Studien notwendig sind, um diesen Zusammenhang aussagekräftig herauszuarbeiten (Röhricht & Priebe 2006).
Scheewe et al. untersuchten in ihrer 2013 erschienenen Studie den Effekt von Sporttherapie (‚exercise therapy') im Vergleich zur Ergotherapie. Untersuchte Zielgrößen waren hierbei die psychische und physische Gesundheit der Schizophreniepatienten. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass ein- bis zweimal pro Woche erhaltene Sporttherapie im Vergleich zur Ergotherapie einen signifikanten Effekt auf die kardiovaskuläre Fitness hat. Außerdem fanden Scheewe et al. Hinweise darauf, dass Sporttherapie die Pflegebedürftigkeit bei Schizophreniepatienten reduziert (Scheewe et al. 2013).

Im Hinblick auf das hier erhobene Datenmaterial kann festgehalten werden, dass die Sport- und Bewegungstherapie eine sehr breite Anwendung im Bereich der Schizophrenie findet. Insgesamt 80% aller Befragten gab an, schon einmal eine Sporttherapie erhalten zu haben, 48% erhielten während des aktuellen Aufenthaltes eine Sport- und Bewegungstherapie. Dementsprechend wurde, wie von der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen gefordert, bei einem Großteil eine Bewegungsintervention in den Gesamtbehandlungsplan integriert. Unter den Interventionsformen, an denen mehr als 20% der Befragten angaben, bereits einmal teilgenommen zu haben, war die Sport- und Bewegungstherapie die am besten bewertete. Der Mittelwert der Bewertung betrug 5,42 und lag somit zwischen den Kategorien ‚hilfreich' und ‚sehr hilfreich'.

4.5. Diskussion der Patienteneinschätzungen

Wenn die Präferenz und Einschätzung der Patienten explizit in den Empfehlungen der Leitlinie eine Rolle spielen, wurden diese im oberen Textteil der Diskussion im jeweiligen Bereich bereits mit einbezogen. Im Durchschnitt wurden alle Maßnahmen, deren Teilnahme über 10% lag, als mindestens teilweise hilfreich eingestuft. Ein genaues Muster hinsichtlich der Einschätzung lässt sich allerdings nicht erkennen. Ein Problem hierbei ist, dass nur die Probanden, welche bereits Kontakt mit der jeweiligen Therapieform hatten, diese auch

einschätzen konnten. Demnach variierte die Stichprobengröße hinsichtlich der jeweiligen Therapieformen stark. Oftmals waren die Stichproben sehr klein. Dennoch wurde in manchen Fällen eine Gemeinsamkeit zwischen dem Ergebnis einer Studie von Steffen Moritz und Kollegen sowie den hier erhobenen Daten gefunden. Bei den betreffenden Interventionsformen wurde bereits in den Unterkapiteln der Diskussion auf die Gemeinsamkeiten eingegangen.

Moritz et al. untersuchten in ihrer 2016 veröffentlichten Studie ebenfalls die Einschätzung von Schizophreniepatienten. Hier wurden die Gesprächstherapie, psychoanalytische Verfahren, Kunsttherapie und das metakognitive Training als am hilfreichsten eingestuft. Moritz et al. kamen zu dem Schluss, dass es für die von den Patienten als am hilfreichsten eingestuften Therapien zwar Hinweise auf die Wirksamkeit, jedoch keine breite Evidenzgrundlage gibt (Moritz et al. 2016).

Dieses Prinzip kann auf die hier erhobenen Daten übertragen werden. Hier wurden die Sport- und Bewegungstherapie, die Tanztherapie, die Ergotherapie und die Kunsttherapie als am hilfreichsten bewertet. Für diese Therapieformen gibt es auch Hinweise auf die Wirksamkeit, jedoch keine breite Evidenzgrundlage. Es ist möglich, dass die Befragten Therapien, deren Besuch ihnen Freude bereitete, als hilfreicher einschätzten als andere Therapieformen, die zwar effektiv waren, aber weniger Freude bereiteten.

Bei den Patienteneinschätzungen ist außerdem zu beachten, dass Patienten im Gegensatz zur Leitlinie nicht unbedingt heterogene Ziele hinsichtlich der zu behandelnden Symptome zugrunde legen. Moritz und Kollegen fanden heraus, dass Patienten die Behandlung affektiver und kognitiver Probleme als wichtiger empfinden, als die Behandlung positiver Symptome (Moritz et al 2016).

4.6. Hilfesysteme und soziotherapeutische Interventionen

4.6.1. Integrierte gemeindenahe Versorgungsstrukturen

4.6.1.1. Multiprofessionelle Gemeindepsychiatrische Teams

Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie unterscheidet bezüglich der Versorgungstruktur teambasierte und auf Schlüsselpersonen konzentrierte Ansätze wie das ‚Case Management'. Zu den teambasierten Ansätzen zählen ‚Multiprofessionelle Gemeindepsychiatrische Teams', in der englischsprachigen Forschungsliteratur ‚Community Mental Health Teams' (CMHT) genannt, sowie ‚Aufsuchende Gemeindespsychiatrische Teams' (‚Assertive

Community Treatment', ACT). Die Behandlungsform ACT ist eine primär aufsuchende Behandlung, wohingegen CMHT nicht primär aufsuchend funktionieren (DGPPN 2006).
Die Verfasser der Leitlinie empfehlen mit der Stärke A die Etablierung von „teambasierten und gemeindenahem Versorgungsstrukturen, […] [die] zur Gewährleistung therapeutischer Kontinuität und zur Reduktion der Krankenhausaufnahmen [beitragen]" (DGPPN 2006, S. 131). Das Aufgabengebiet erstreckt sich auf „psychiatrische Standartbehandlung, die Gewährleistung von Hausbesuchen und die gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche als auch die soziale Versorgung der Betroffenen" (DGPPN 2006, S. 131).

Die Leitlinienverfasser stützen sich in Bezug auf ‚Community Mental Health Teams' auf eine 1998 veröffentlichte Studie von Tyrer et al.. Diese Metaanalyse wurde 2007 von Malone et al. aktualisiert. Hierbei wurden nicht nur Studien mit Schizophreniepatienten mit einbezogen, sondern auch Studien, die sich mit depressiven und bipolaren Erkrankungen beschäftigten. Der Anteil der Schizophreniepatienten war jedoch am höchsten. Die Forscher testeten, inwiefern eine Behandlung im Rahmen von CMHT sich von einer herkömmlichen Standartbehandlung unterscheidet. Die Forschergruppe um Malone kam zu dem Ergebnis, dass durch CMHT die Wiedereinweisungsrate gesenkt und die Patientenzufriedenheit erhöht werden kann, dies kann demnach die Akzeptanz der Behandlung verbessern (Malone et al. 2007).
Insgesamt ist die Befundlage bezüglich CMHT nicht sehr ausgeprägt, die untersuchten CMHT Formen stammen allesamt aus dem englischsprachigen Raum und sind nicht immer auf das deutsche Versorgungssystem übertragbar (DGPPN 2013).

Die aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Teams und die Versorgung im Rahmen von Assertive Community Treatment (ACT) unterliegen derselben Empfehlung wie CMHT (DGPPN 2006).
Die Verfasser der Behandlungsleitlinie Schizophrenie stützen sich außerdem auf die Evidenz eines 1998 erschienenen Reviews von Marshall und Lockwood, welches allerdings zurückgezogen und ersetzt wurde. Hierbei wurden die Fragestellungen, sowie die Auffassung des Bereichs ACT maßgeblich verändert, sodass diese Metaanalyse für die Evidenzsichtung bezüglich ACT nicht mehr geeignet ist (DGPPN 2013).

Zygmunt et al. fanden in ihrer Metaanalyse aus dem Jahr 2002 Hinweise darauf, dass ACT einen positiven Einfluss auf die Medikamentencompliance von Schizophreniepatienten haben könnte. Die Evidenz reicht hierbei jedoch nicht aus, um eine gesicherte Schlussfolgerung daraus zu ziehen (Zygmunt et al. 2002).

Das ‚Lambeth Early Onset Team', zu welchem Craig et al. zählen, untersuchte 2004 Rückfallraten und Wiedereinweisungsraten von Londoner Schizophreniepatienten, welche sich in einem frühen psychotischen Stadium befanden. Hierbei wurde ACT mit einer herkömmlichen Behandlung verglichen. Die Forscher sahen eine limitierte Evidenz dafür, dass ACT im Vergleich zu einer herkömmlichen Behandlung die Wiedereinweisungsrate senken und zur Aufrechterhaltung des Kontakts zu psychiatrischen Diensten beitragen kann. Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnte nach Angaben des Forscherteams jedoch keine belastbare Schlussfolgerung gezogen werden (Craig et al. 2004).

Tempier et al. untersuchten in ihrer 2012 erschienenen Studie den Einfluss von ACT auf Aspekte des sozialen Bereichs. Hierzu verwendeten sie die vom ‚Lambeth Early Onset Team' erhobenen Daten. Es handelte sich hierbei also auch um Schizophreniepatienten im frühen psychotischen Stadium, welche im Londoner Bezirk ‚Lambeth' wohnhaft waren. Die Forscher fanden Hinweise darauf, dass eine ACT-Intervention im Vergleich zu herkömmlichen Interventionsformen den Kontakt der Betroffenen zu Familie, Freunden und Bekannten positiv beeinflussen könnte (Tempier et al. 2012).

Da es sich hier um denselben Datensatz handelt, gelten hierbei auch die bereits oben aufgeführten Einwände bezüglich der Stichprobengröße. Lambert et al. untersuchten im Jahr 2010 die Anwendung von ACT im Vergleich mit herkömmlichen Interventionen. Die Forscher untersuchten dies anhand von zwei vergleichbaren Hamburger Stadtteilen, der untersuchte Interventionszeitraum erstreckte sich über ein Jahr. Die Forscher fanden Hinweise, dass ACT die Symptomatik, Lebensqualität, Unabhängigkeit und persönliche Zufriedenheit der Patienten positiv beeinflussen kann. Außerdem fanden die Forscher Anhaltspunkte dafür, dass ACT eine berufliche Beschäftigung wahrscheinlicher macht (Lambert et al. 2010).

Bezüglich der Forschungslage von ACT kann festgehalten werden, dass es viele Studien über die Wirksamkeit dieses Ansatzes gibt, jedoch sind die Ergebnisse und

Schlussfolgerungen nicht immer einheitlich (DGPPN 2013). Außerdem ist in diesem Forschungsgebiet zu beachten, dass ein Großteil der hier vorgestellten Studien im englischsprachigen Raum durchgeführt wurde und sich die Versorgungsstrukturen oftmals von denen im mitteleuropäischen Raum unterscheiden.

Die Leitlinienvorgaben können im Bereich der teambasierten gemeindepsychiatrischen Behandlungen als teilweise erfüllt angesehen werden. Im Einzugsbereich der ZfP Südwürttemberg wird für psychisch erkrankte Menschen das ‚Projekt Integrierte Versorgung' angeboten. Das Projekt stellt ein Bindeglied zwischen stationärem und ambulantem Bereich dar. Im vertrauten Umfeld des Patienten werden flexibel kombinierbare Behandlungsformen in den Alltag der Patienten integriert (Integrierte Versorgung ZfP Südwürttemberg, 2018). Dieses Projekt erfüllt die Empfehlungen der Leitlinie, „gemeindenahe Versorgungsstrukturen […] zur Gewährleistung therapeutischer Kontinuität und zur Reduktion der Krankenhausaufnahmen" (DGPPN 2006, S. 131). Allerdings ist dieses Projekt nicht für alle Patienten zugänglich, sondern nur für Patienten bestimmter Versicherungen.

Bezüglich der aufsuchenden Behandlung kann festgehalten werden, dass 43% aller Befragten schon einmal eine Intervention dieser Art erhalten haben. Bei einem Prozent wurde eine aufsuchende Behandlung in akuter Krankheitsphase angeboten. 10% aller Befragten gaben an, dass die erhaltene aufsuchende Behandlung von mehreren Professionen durchgeführt wurde, also einer möglichen Kombination aus Arzt, Sozialdienst und Pflegedienst.

Es kann zusammenfassend gesagt werden, dass eine von der Leitlinie empfohlene teambasierte, gemeindepsychiatrische Behandlung in Form des ‚Projekt Integrierte Versorgung' angeboten wird. Außerhalb dieses Projekts kann der Aspekt der teambasierten Versorgung noch verbessert werden. Allerdings gibt es in diesem Bereich momentan einige Entwicklungen, wie beispielsweise die vom ZfP neu eingeführte Möglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung, bei der Menschen auch in Krisen zu Hause behandelt werden können (ZfP Südwürttemberg, 2018 b).

4.6.1.2. Case Management/Soziotherapie

Wie bereits oben beschrieben ist das Case Management kein teambasierter Ansatz. Die Verantwortung wird hier auf eine Schlüsselperson konzentriert. In Deutschland ist die ambulante Soziotherapie eine Behandlungsform, welche den Rahmenvorgaben des Case

Managements folgt. Die Verfasser der Behandlungsleitlinie Schizophrenie raten ab von einer „Etablierung von Strukturen des Case Management oder der Soziotherapie, die auf eine […] Schlüsselperson zentriert sind“ (DGPPN 2006, S. 131). Diese Empfehlung erfolgt mit der Empfehlungsstärke A.

Die Evidenzsichtung bezüglich des Case Managements bringt einige Probleme mit sich, da die Definitionen und Rahmenbedingungen des Ansatzes in vielen Studien und Analysen vollkommen unterschiedlich aufgefasst werden (DGPPN 2013).
Die bereits oben erwähnte Studie von Ziguras und Stuard verglich das Case Management mit anderen Versorgungsansätzen. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass das Case Management die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Behandlung, sowie die Familienbelastung positiv beeinflussen kann. Krankenhausaufenthalte waren im Vergleich mit einer herkömmlichen Behandlung häufiger, allerdings konnte die Länge des jeweiligen Aufenthaltes verkürzt werden. So waren die gesamten Klinikaufenthaltstage bei den Patienten mit Case Management geringer als bei denen mit einer herkömmlichen Behandlung. Ziguras und Stuard fanden außerdem Hinweise darauf, dass eine Versorgung durch das Case Management die Symptomschwere von Menschen mit Schizophrenie lindern kann (Ziguras/Stuard 2000).
Mas-Expósito et al. verglichen in ihrer 2014 veröffentlichten Studie Case Management mit herkömmlichen Standardbehandlungsprogrammen (‚standard treatment programme‘) für Schizophreniepatienten. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass Case Management dem Standartbehandlungsprogramm nicht überlegen ist (Mas-Expósito et al. 2014).

Da nur 2% aller im Zuge dieser Datenerhebung Befragten angaben, schon einmal eine ambulante Soziotherapie erhalten zu haben, kann hier die Leitlinienvorgabe als vollständig erfüllt angesehen werden. Die Leitlinienverfasser empfehlen den Einsatz dieser Behandlung „nicht für die breite Routineversorgung“ (DGPPN 2006, S. 131).

4.6.2. Facharztzentrierte ambulante Behandlung

Die Leitlinie sieht eine facharztzentrierte ambulante Behandlung bei einer „eindeutigen Diagnose einer Schizophrenie“ (DGPPN 2006, S. 132) als notwendig an. Nach Einschätzung der Leitlinienverfasser „ist regelmäßig[e] fachärztliche[e] psychiatrische Behandlung“ (DGPPN 2006, S. 132) bei einer voll entwickelten Psychose unerlässlich. Der Empfehlungsgrad entfällt an dieser Stelle, die Empfehlung fällt hier in die Kategorie ‚Good Clinical Practice‘ (GCP). Dies bedeutet, dass die vorliegende Empfehlung „Standard in der Behandlung [ist]“ (DGPPN 2006, S. 14) und hierzu „keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist“ (DGPPN 2006, S. 14). Es findet in der Leitlinie demnach keine Evidenzsichtung bezüglich der facharztzentrierten ambulanten Behandlung statt. Auch an dieser Stelle wird aus diesen Gründen auf die Darlegung der wissenschaftlichen Evidenz zum Thema verzichtet.

Die oben beschriebenen Vorgaben der Leitlinie können, in Bezug auf die hier erhobenen Daten, größtenteils als erfüllt angesehen werden. Von allen Befragten gaben 65% an, bei einem niedergelassenen Psychiater oder einem Nervenarzt in ambulanter medizinischer Behandlung zu sein. In einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) in ambulanter medizinischer Betreuung zu sein, gaben 20% aller Befragten an. Hierbei handelt es sich um eine Einrichtung, die psychisch kranken Menschen die Möglichkeit bietet, langfristig kontinuierliche Therapieleistungen einer psychiatrischen Klinik zu nutzen, ohne ihr gewohntes Lebensumfeld zu verlassen (ZfP Reichenau, 2018 a). Lediglich 8% der Studienteilnehmer waren bei einem Hausarzt in ambulanter medizinischer Behandlung, 6% gaben an, keinen Arzt im ambulanten Bereich aufzusuchen. Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass mindestens 85% aller hier Befragten eine facharztzentrierte ambulante Behandlung erhalten haben und die Empfehlung der Leitlinie hier größtenteils als erfüllt angesehen werden kann.

4.6.3. Arbeitsförderungsstrukturen

Die Verfasser der Leitlinie nehmen hinsichtlich der Arbeitsförderungsstrukturen eine Grobunterteilung der beruflichen Rehabilitation in zwei Untergruppen vor. Das ‚prevocational

training‘ (PVT), einem berufsvorbereitenden Training, wird von ‚supported employment‘ (SE), eine Unterstützung der Erkrankten an normalen Arbeitsplätzen unterschieden. Von der Leitlinie werden „Programme mit einer raschen Beschäftigungsförderung direkt auf einem Arbeitsplatz (supported employment)“ (DGPPN 2006, S. 140) als besser wirksam beschrieben, als „die schrittweise Heranführung an eine Beschäftigung im Rahmen langfristiger Programme“ (DGPPN 2006, S. 140). Außerhalb dieser beruflichen Rehabilitationsstrategien wird auch auf die Förderung von Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM/WfB) eingegangen. Diese werden dem komplementären Arbeitsbereich zugeordnet und „sollen den Erkrankten eine langjährige Teilnahme an der Arbeitswelt ermöglichen, von der sie ohne WfB ausgeschlossen wären“ (DGPPN 2006, S. 139). Allerdings verweisen die Verfasser der Leitlinie darauf, dass die Wirksamkeit von Arbeitsförderungsstrukturen dieser Art wenig erforscht ist und deswegen oft ungeklärt bleibt, „welche Komponenten […] unterschiedliche Patientengruppen am besten [fördern]“ (DGPPN 2006, S. 139). Auch Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) „mit dem Ziel der Berufsberatung, -vorbereitung und Umschulung“ (DGPPN 2006, S. 139) werden in der Leitlinie erwähnt. Problematisch wird gesehen, dass diese „nur einer eng begrenzten Klientel zur Verfügung stehen“ (DGPPN 2006, S. 139).

Eine Empfehlung im Bereich der Arbeitsförderungsstrukturen gibt es nur bezüglich SE. Die Leitlinienverfasser empfehlen hier mit der Stärke A, dass „[zur] beruflichen Rehabilitation bei schizophrenen Menschen, die arbeiten möchten, […] Programme mit einer raschen Beschäftigungsförderung direkt auf einem Arbeitsplatz und unterstützendem Training (supported employment) genutzt und ausgebaut werden [sollten]“ (DGPPN 2006, S. 140).

Hierbei stützt sich die Leitlinie unter anderem auf die Evidenz eines 2001 veröffentlichten Review von Crowther et al.. In diesem Review wurden sowohl Probanden mit Schizophrenien, bipolaren Störungen und Depressionen einbezogen. Die Untersuchung ist hier also nicht auf den Bereich der Schizophrenie begrenzt. Die Forscher kamen zu der Schlussfolgerung, dass im Hinblick auf einen festen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt SE effektiver ist als PVT. Nach Angaben der Forschergruppe gab es keine Hinweise auf die Effektivität von PVT (Crowther et al. 2001).

Eine weitere Evidenz im Hinblick auf die Wirksamkeit von SE ist ein systematisches Review von Twamley et al. aus dem Jahr 2003. Im Review werden SE und ‚Individual Placement and Support' (IPS) mit anderen Arbeitsrehabilitationsprogrammen verglichen. SE und IPS sind beides Strategien, bei denen der Betroffene eine Arbeit auf dem sogenannten ersten Arbeitsmarkt sucht und hierbei unterstützt wird. Das Prinzip lautet hier: „Place the client quickly and train them on the job" (Twamley et al. 2003). IPS ist eine Form des SE, welches anhand eines Manuals durchgeführt wird. Die Forscher bezogen in ihre Stichprobe Menschen mit verschiedenen psychischen Störungen ein, ein Großteil der Probanden wies psychotische Störungen auf. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass IPS und SE anderen herkömmlichen Arbeitstherapien weit überlegen sind. Insgesamt 51% der Probanden, welche an IPS oder SE teilnahmen, hatten während des jeweiligen Durchführungszeitpunkts eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Bei den Probanden, welche eine herkömmliche Form der Arbeitstherapie erhielten, lag dieser Wert bei 18% (Twamley et al. 2003).

Campbell et al. kamen in ihrer 2011 veröffentlichten Metaanalyse zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Forscher verglichen die Wirksamkeit des IPS mit einem herkömmlichem ‚Prevocational Training" (PVT). Bei allen Probanden der in der Metaanalyse mit einbezogenen Studien lag eine psychische Störung vor. Campbell et al. kamen hier ebenfalls zu dem Ergebnis, das IPS dem herkömmlichen PVT überlegen ist. Die Forscher teilten die Probanden außerdem in Subgruppen ein, um herauszufinden, ob sich IPS nur für bestimmte Zielgruppen als hilfreich erweist. Doch auch für die jeweiligen Subgruppen, welche nach demographisch, klinischen und am Arbeitsmarkt orientierten Kriterien gebildet wurden, erwies sich IPS als effektiv (Campbell et al. 2011).

Ein 2013 erschienenes Review von Kinoshita et al. untersuchte die Wirksamkeit von SE. Das Review schließt nicht nur Studien mit an Schizophrenie erkrankten Probanden ein, sondern allgemein Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Insgesamt wurden 14 randomisierte und kontrollierte Studien berücksichtigt. Kinoshita et al. schlussfolgerten, dass SE die beruflichen Ergebnisse der Probanden verbessern kann. Allerdings wiesen die Forscher darauf hin, dass ein Verzerrungsrisiko aufgrund der Qualität einzelner ins Review miteinbezogener Studien besteht (Kinoshita et al. 2013).

Marshall et al. untersuchten in ihrer 2014 veröffentlichten Arbeit Metaanalysen, Reviews und Einzelstudien im Hinblick auf die Wirksamkeit von SE. Hierbei griffen die Forscher auf

Arbeiten aus dem Zeitraum zwischen 1995 und 2012 zurück. Die Probanden der jeweiligen Studien hatten verschiedene psychische Störungen. Marshall und Kollegen fanden ein hohes Level an Evidenz bezüglich der Effektivität von SE (Marshall et al. 2014).

Eine genaue Einschätzung, inwiefern die Empfehlungen der Leitlinie im Bereich der arbeitsfördernden Strukturen erfüllt werden, ist an dieser Stelle schwierig. Da nur 2% aller Befragten angaben, bereits einmal Unterstützung in Form von SE erhalten zu haben, kann festgehalten werden, dass SE nur selten angewandt wird. Anhand einer Patientenbefragung lassen sich hier keine Schlussfolgerung ziehen, da jeweils im Einzelfall entschieden werden muss, wie sinnvoll SE ist. Ein möglicher Grund für den geringen Einsatz von SE ist die im Schnitt höhere Selbstständigkeit der hier Befragten (s.o. 3.2. Repräsentativität der Stichprobe); so gaben 30% der Befragten an, vor Aufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt gearbeitet zu haben. Eine weitere Schwierigkeit bei der Bewertung der Erfüllung der Leitlinienvorgaben im Bereich der Arbeitsförderungsstrukturen ist der Anteil von 27% Rentnern unter den hier Befragten. Außerdem wird SE im Versorgungsgebiet des ZfP Südwürttemberg gerade erst richtig etabliert, somit wären die Zahlen in einigen Jahren vielleicht schon deutlich höher.
Ein auffallend großer Anteil von 40% unter den Befragten gab an, schon einmal Erfahrungen mit einer Arbeitstherapie oder Belastungserprobung im beschützten Arbeitsbereich gesammelt zu haben. Die Arbeitstherapie ist ein Teilbereich der Ergotherapie, bei dem Arbeit an sich als Therapiemittel eingesetzt wird. Das Ziel ist hierbei unter anderem die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt (ZfP Südwürttemberg, 2018 b). Die Leitlinie beschreibt zwar SE-Ansätze als „besser wirksam als die schrittweise Heranführung an eine Beschäftigung im Rahmen langfristiger Programme“ (DGPPN 2006, S. 56), jedoch gibt es keine Empfehlung, die von dem Einsatz des Ansatzes explizit abrät. Insgesamt kann gesagt werden, dass bereits 66% der Befragten bereits einmal Unterstützung im Bereich der Arbeitsförderung erhalten hatten, 30% gaben an, bisher keine Hilfe gewollt zu haben, 4% gaben an, bisher keine Hilfe notwendig gehabt zu haben. Der Mittelwert der Beurteilung der Arbeitsförderungsstrukturen durch die Teilnehmer betrug 4,84, lag also zwischen den Kategorien ‚eher hilfreich‘ und ‚hilfreich‘. In Bezug auf die Arbeitsförderungsstrukturen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass SE in den hier erhobenen Daten keine

große Rolle spielt, es bleibt abzuwarten, ob sich die Strukturen in den nächsten Jahren verbessern.

4.6.4. Wohnformen

In Bezug auf die Wohnformen stellen die Verfasser der Behandlungsleitlinie Schizophrenie fest, dass ebenso wie in anderen Rehabilitationsmaßnahmen oftmals ungeklärt bleibt, „welche Komponenten von Rehabilitationseinrichtungen wie […] betreute[m] Wohnformen, […] die Wiedereingliederung bei unterschiedlichen Patientengruppen am besten fördern“ (DGPPN 2006, S. 139). Eine explizite Empfehlung bezüglich bestimmter Wohnformen gibt es in der Leitlinie allerdings nicht. Mit der Stärke C wird empfohlen, dass für „Patienten, die nicht selbstständig leben können, […] akzeptable Wohnformen gefunden werden [sollten]“ (DGPPN 2006, S. 140). Eine Evidenzsichtung wird in diesem Bereich nicht vorgenommen, jedoch wird angemerkt, dass „Programme zur Wohn- und sozialen Rehabilitation […] in unkontrollierten Studien positive Auswirkungen auf die Integration von Menschen mit Schizophrenie [zeigten]“ (DGPPN 2006, S. 149). Die Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beschäftigt sich ebenfalls mit Wohnangeboten für psychisch kranke Menschen. Bezüglich der Evidenzsichtung kommt diese Praxisleitlinie zu dem Schluss, dass die bisherigen Ergebnisse des vorliegenden Forschungsgegenstandes in Bezug auf die untersuchten Zielparameter inkonsistent sind (DGPPN 2013). Auf eine Evidenzsichtung wird an dieser Stelle deshalb, ebenso wie in der S3-Leitlinie für Schizophrenie, verzichtet.

Da die Empfehlung der Behandlungsleitlinie beinhaltet, dass „für sie, [die Patienten] akzeptable Wohnformen gefunden werden [sollten]“ (DGPPN 2006, S. 140), spielt die Einschätzung der Patienten eine große Rolle. Im Hinblick auf die hier erhobenen Daten kann die Leitlinienvorgabe als überwiegend erfüllt angesehen werden, da die Betroffenen die Unterstützung in Bezug auf ihre Wohnsituation sehr positiv bewerten. Die Befragten, welche bereits Hilfe im Bereich des Wohnens erhalten hatten, schätzten diese durchschnittlich als ‚hilfreich‘ (Mittelwert 5,02) ein. Außerdem lassen die erhobenen Daten darauf schließen, dass es ein vielfältiges Angebot in Bezug auf die Wohnsituation gibt. So gaben 14% der Befragten an, schon einmal eine Unterstützung in Form eines Wohnheims erhalten zu

haben, bei einer betreuten Wohneinrichtung betrug dieser Wert 27%, bei Unterstützung in Form einer Wohngruppe 6% und bei der Familienpflege 4%. Diese Angaben spiegeln ein durchaus breites Angebot an Wohnformen wieder.

Dass die Form des professionell betreuten Wohnens sehr häufig das Mittel der Wahl bezüglich der Unterstützung im Hinblick auf die Wohnsituation ist, wird durch die Wohnsituation vor dem aktuellen Klinikaufenthalt der Probanden bekräftigt: Von den Befragten gaben knapp dreißig Prozent der Teilnehmer an, vor der Aufnahme in einem professionell betreuten Wohnen gelebt zu haben.

Bezüglich der Unterstützung im Bereich des Wohnens kann zusammengefasst werden, dass die Leitlinienvorgabe vor allem die Zufriedenheit der Patienten in den Fokus stellt. Die hier Befragten schätzen die Unterstützung sehr positiv ein, 76% derjenigen, welche bereits Hilfe in diesem Bereich erhalten hatten, empfanden diese als hilfreich. Somit kann die Leitlinienvorgabe als größtenteils erfüllt angesehen werden. An dieser Stelle soll noch erwähnt werden, dass der Bereich des Wohnens im Hinblick auf psychisch Kranke noch viele offene Forschungsfelder bietet.

4.6.5. Rehabilitationsprogramme

Im Hinblick auf Rehabilitationsprogramme verweist die Behandlungsleitlinie Schizophrenie, ebenso wie zuvor im Bereich des Wohnens und der Arbeitsförderung, darauf, dass „[d]ie Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen bei Schizophrenie […] bisher wenig erforscht [ist]“ (DGPPN 2006, S. 139). Bezüglich der Rehabilitationsprogramme empfehlen die Verfasser der Leitlinie mit der Stärke C, dass „Menschen mit schizophrener Psychose […] nach der Akutbehandlung in Rehabilitationsprogramme eingeschlossen werden [sollten], wenn sie dies wünschen und dies für ihre Rehabilitation notwendig erschient“ (DGPPN 2006, S. 140).

Da der Forschungsbereich der Rehabilitationsprogramme, wie oben bereits erwähnt, bisher kaum erforscht ist, wird an dieser Stelle ebenso wie in der Leitlinie auf eine Evidenzsichtung verzichtet.

Anhand der hier erfolgten Datenerhebung kann nicht abschließend festgestellt werden, inwiefern die Empfehlung umgesetzt wurde. Rehabilitationsprogramme nach der akuten psychotischen Episode werden, wie bereits erwähnt, von der Leitlinie dann empfohlen, wenn dies „notwendig“ (DGPPN 2006, S. 140) erscheint. Von den hier Befragten gaben 22% an, bereits eine Rehabilitationsmaßnahme erhalten zu haben, im Durchschnitt wurde diese als ‚eher hilfreich‘ (Mittelwert 4,0) eingeschätzt. Die Entscheidung über eine solche Maßnahme sollte nach gründlicher Betrachtung des jeweiligen Einzelfalls entschieden werden. Eine Datenerhebung, welche sich fragebogenbasiert ausschließlich an die Patienten selbst wendet, kann dieses Kriterium nicht evaluieren.

4.6.6. Selbsthilfe

Laut Behandlungsleitlinie Schizophrenie können bei der Verbesserung der sozialen Integration auch „Netzwerke wie Selbsthilfegruppen zur Stabilisierung und Verbesserung der sozialen Integration beitragen“ (DGPPN 2006, S. 141). Der in der Selbsthilfe in den Fokus gerückte Erfahrungsaustausch trage außerdem dazu bei, dass die Bewältigung psychosozialer Krisen und Konflikten besser gelingt. In der Leitlinie wird im Zuge der Empfehlung mit der Stärke C darauf hingewiesen, dass Selbsthilfegruppen beim „Aufspüren der eigenen Frühwarnzeichen durch Erfahrungsaustausch und im Aufbau eines individuellen Krisennetzes eine bedeutende Rolle spielen“ (DGPPN 2006, S. 141). Nach Empfehlung der Leitlinie sollte zumindest eine Ermutigung im Hinblick auf den Besuch von Selbsthilfegruppen stattfinden. Außerdem wird ein „Einbezug von Selbsthilfegruppen in die Behandlungspläne, in psycho-, sozio-, und ergotherapeutische Behandlungen und […] die Erarbeitung von individuellen Warnzeichen zur frühen Erkennungen von Rückfall-Symptomen“ (DGPPN 2006, S. 141) als sinnvoll beschrieben. Die S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beschreibt die Forschungslage bezüglich Selbsthilfegruppen folgendermaßen: „Obwohl der Nutzen von Selbsthilfe unumstritten ist, ist die Effektivität von Selbsthilfegruppen bisher nicht hinreichend belegt“ (DGPPN 2013, S. 189). Aus diesem Grund wird der aktuelle Forschungsstand im Folgenden nicht dargelegt.

Da die Berücksichtigung von Selbsthilfegruppen im Gesamtbehandlungsplan von der Praxisleitlinie empfohlen wird, kann bezüglich dieser Datenerhebung festgestellt werden, dass es in diesem Bereich noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Bei der Befragung gaben 6% der Probanden an, bereits Erfahrungen mit einer Selbsthilfegruppe gesammelt zu haben. Im Zuge des aktuellen Klinikaufenthaltes gab keiner der Befragten an, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. Diese geringen Werte können zum einen auf die schwache Empfehlungsstärke der Leitlinie zurückgeführt werden. Zum anderen sieht die Leitlinie lediglich eine Ermutigung der Betroffenen vor. Diejenigen, die bereits eine solche Interventionsform besuchten, schätzten diese durchschnittlich als ‚eher nicht hilfreich' (Mittelwert 3,05) ein. Es sollte demnach geprüft werden, inwiefern auf Selbsthilfegruppen im Zuge des Behandlungsplan hingewiesen und eingegangen wird. Falls hier festgestellt wird, dass Selbsthilfegruppen keine oder eine geringe Rolle spielen, sollten diese mehr als bisher berücksichtigt werden.

4.7. Sektorenübergreifende Behandlung

Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie erwähnt die Relevanz der „Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten, Kliniken und komplementären Eingriffen" (DGPPN 2006, S.127). Unter der Kennzeichnung ‚Good Clinical Practice' wird die „Ressourcenkoordination im psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemein medizinischen und rehabilitativen Bereich" (DGPPN 2006, S. 128) sowie die „Partizipation der Betroffenen und aller am Versorgungssystem Beteiligten" (DGPPN 2006, S. 128) beschrieben. Die Leitlinie fordert die allgemeine Therapie, einen Gesamtbehandlungsplan und eine multiprofessionelle Therapie: „[…] [D]ie Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes unter Partizipation der Betroffenen und aller am Behandlungsprozess Beteiligten […] die Koordination und Kooperation der Behandlungsinstitutionen […] [ist] notwendig. Alle Behandlungsschritte sollten in diesen Gesamtbehandlungsplan integriert werden sowie individuell und phasenspezifisch im Rahmen einer multiprofessionellen […] Behandlung abgestimmt werden" (DGPPN 2006, S. 38). Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen schließt sich diesem ‚Good Clinical Practice' an und bezieht sich auf zuletzt genanntes Zitat der ‚Behandlungsleitlinie Schizophrenie' (DGPPN 2012).

Nach Fritze ist eine integrierte, sektorenübergreifende Behandlung vor allem bei psychisch Kranken notwendig, deren Krankheitsverlauf wie bei der Schizophrenie zu Chronifizierung und Rezidiven neigt (Fritze 2005).

Lambert et al. untersuchten in ihrer 2015 erschienenen Studie die Wirksamkeit eines Modells zur integrierten, sektorenübergreifenden Versorgung. Das ‚Hamburger Modell' zeichnet sich durch eine langfristige, multiprofessionelle Behandlung aus, bei der eine settingübergreifende Kontinuität gegeben ist. Die Forscher untersuchten einen Zeitraum von drei Jahren, die Stichprobengröße belief sich auf 158 Patienten. Lambert et al. stellten in diesem Zeitverlauf signifikante Verbesserungen in folgenden Bereichen fest: Psychopathologie, Krankheitsschwere, Funktionsniveau, Lebensqualität. Außerdem ging die Zahl der Zwangseinweisungen zurück und die medikamentöse Compliance nahm zu. Die Teilnehmer der Studie hatten hochfrequente ambulante Behandlungskontakte und einen hohen Anteil an Psychotherapien. Aus ihrer Studie zogen die Forscher die Schlussfolgerung, dass durch eine integrierte Versorgung auch bei schwer erkrankten Psychosepatienten eine multidimensionale Verbesserung und Stabilisierung erreicht werden kann (Lambert et al. 2015).

Im Zuge der Einführung von sektorenübergreifender Behandlung bei der Versorgung von Schizophreniepatienten wurden unter anderem Behandlungspfade diskutiert. Salize et al. beschäftigten sich in ihrem Paper mit der Vielfalt des oftmals unscharf abgegrenzten Begriffs. Sie fassen in ihrem Paper alles unter dem Begriff ‚Behandlungspfad', was homogene Behandlungsketten in der Behandlung sicherstellt und uneinheitlichen Behandlungssettings vorbeugt (Salize et al. 2015).

Steinacher et al. untersuchten die Wirksamkeit eines Behandlungspfades in der Pharmakotherapie von 114 schizophrenen Patienten. Es sollte untersucht werden, inwiefern die Behandlung durch Einführung eines Behandlungspfades im Sinne der Leitlinie verbessert werden kann. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass zuvor vernachlässigte diagnostische Schritte eher zum Einsatz kamen und medikamentöse Über- oder Unterdosierungen weniger häufig vorkamen. Allerdings nahm die subjektiv empfundene Lebensqualität ab und die psychopathologischen Krankheitsverläufe waren nach Einführung des Behandlungspfades weniger zufriedenstellend als zuvor (Steinacher et al. 2012).

Die vorliegende Datenerhebung hat ergeben, dass die wenigsten stationär begonnenen Interventionen im ambulanten Bereich fortgesetzt wurden. Von den Teilnehmern, die während ihrem stationärem Aufenthalt eine Ergotherapie erhalten hatten, gaben 8% an, dass diese ambulant fortgesetzt wurde. Beim metakognitiven Training betrug dieser Wert 6%, beim Training von Alltagsfähigkeiten und beim kognitiven Verhaltenstraining waren es jeweils 5%.

Ein Prozent der Teilnehmer nahm bereits einmal am ‚Projekt Integrierte Versorgung' des ZfP Südwürttemberg teil. Das ‚Projekt Integrierte Versorgung' hat sich zum Ziel gesetzt, die Trennung von ambulanten, teil- und vollstationären Sektoren zu überwinden. Das Projekt ist allerdings nicht für alle Schizophreniepatienten frei zugänglich, sondern nur für Patienten bestimmter Versicherungen (Integrierte Versorgung ZfP Südwürttemberg, 2018).

Von den Befragten gaben 10% an, dass sie bzw. ein Vertreter schon einmal an einer Hilfeplankonferenz teilgenommen hatten. Die Hilfeplankonferenz ist ein Gremium, in dem über Eingliederungshilfe zum Wohnen aber auch zum Arbeiten beraten wird.

Bei einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) in ambulanter medizinischer Betreuung waren bereits 20% aller Teilnehmer. Eine PIA richtet sich an Patienten, für die eine langfristige, kontinuierliche Behandlung notwendig erscheint. Die Patienten erhalten die Möglichkeit in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu bleiben, können jedoch alle Therapieleistungen einer psychiatrischen Klinik nutzen (ZfP Südwürttemberg, 2018 a).

Zusammenfassend kann für die sektorenübergreifende Behandlung festgehalten werden, dass stationär begonnene Therapien im ambulanten Bereich eher selten fortgeführt werden. Jedoch gibt es etablierte Strukturen, die eine Vernetzung zwischen den beiden Bereichen darstellen. Diese Strukturen, wie beispielsweise PIA, werden teilweise genutzt. Patienten sollten vermehrt auf diese bestehenden Möglichkeiten zur sektorenübergreifenden Behandlung hingewiesen werden und ermutigt werden, diese zu nutzen.

4.8. Limitationen

Bei der Beurteilung der Ergebnisse dieser Datenerhebung sind bestimmte Einschränkungen zu Berücksichtigen. Zum Teil wurden diese bereits zu Beginn der Diskussion (Unterpunkt 4.2 Diskussion der Methoden) angesprochen, ohne dass dort explizit genannt wurde, dass

dies die Aussagkraft einschränkt. Im nachfolgenden Textteil werden die wichtigsten Limitationen erneut aufgeführt.

Eine Einschränkung bei der Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist die relativ geringe Stichprobengröße. Die Zielgröße von 100 Teilnehmern wurde nicht erreicht, es nahmen lediglich 93 Personen an der Befragung teil. Da nicht alle Teilnehmer die verschiedenen Interventionsformen erhalten hatten, war die Stichprobengröße bei der Beurteilung der Therapieformen sehr gering. Aufgrund dieser relativen geringen Stichprobengröße sind die Ergebnisse nicht generell auf Schizophreniepatienten übertragbar.

Außerdem erfolgte die Auswahl der Stichprobe nicht randomisiert. Die Teilnehmer wurden nach bestimmten Kriterien ausgewählt, hierzu zählten Belastbarkeit, Muttersprache Deutsch, Teilnahmebereitschaft sowie die Vorselektion durch die Station. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde mit der Basisdokumentation der Kliniken verglichen. Allerdings bezog sich diese auch ausschließlich auf das Einzugsgebiet des ZfP Südwürttemberg.

Das ZfP deckt einen sehr großen Einzugsbereich ab und behandelt sehr viele Patienten. Für die vorliegende Datenuntersuchung wurden mehrere Standorte mit einbezogen. Allerdings kann auf Basis der Daten keine Generalisierung der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Schizophreniebehandlung allgemein vorgenommen werden. Einschränkend sind die ländlichen Strukturen des hier untersuchten Einzugsgebietes zu beachten. Die Ergebnisse in Großstädten könnten stark von den hier erhobenen Daten abweichen. Außerdem können sich lokale Behandlungsgepflogenheiten des untersuchten Einzugsgebietes von anderen Regionen unterscheiden.

Aufgrund der hier genannten Einschränkungen kann festgestellt werden, dass die für diese Datenerhebung herangezogene Stichprobe nicht für alle behandelten Patienten im Bereich der Schizophrenie repräsentativ ist.

Eine weitere Einschränkung dieser Datenerhebung ist die fragliche Validität der Angaben, welche von den Patienten während der Befragung gemacht wurden. Es ist möglich, dass trotz des Bestrebens im Interview, die Therapieformen so gut wie möglich zu erklären, bestimmte Maßnahmen nicht als solche erkannt wurden. Außerdem ist einschränkend ein möglicher recall bias zu beachten. Die Daten beruhen aus retrospektiven Patientenauskünften mit teilweise sehr langem Zeitrahmen, hier kann es zu fehlenden oder fehlerhaften Erinnerungen kommen.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die hier vorliegende Erhebung keinesfalls repräsentativ für alle behandelten Schizophreniepatienten ist. Weitere Limitationen der Datenerhebung sind die geringe Stichprobengröße, die fragliche Validität der Patientenangaben sowie die möglichen Erinnerungslücken.

4.9. Schlussfolgerung

Hinsichtlich der Psychotherapien kann geschlussfolgert werden, dass die von der Leitlinie empfohlenen therapeutischen Maßnahmen in vielen Fällen, jedoch nicht immer eine konsistente Anwendung finden.

Therapieformen, welche von der Leitlinie als nicht empfehlenswert oder nicht für die Routineversorgung geeignet eingestuft werden, finden auch keine große Anwendung. Hierzu zählen beispielsweise psychoanalytische Verfahren oder die Gesprächstherapie. Aus den erhobenen Daten ging hervor, dass nur wenige der hier Befragten diese nicht für die breite Routineversorgung empfohlenen Therapieformen erhalten hatten. Anhand einer Patientenbefragung konnte jedoch nicht herausgefunden werden, inwiefern die Teilnehmer dieser Therapieformen dieser potentiellen Zielgruppe zugehörig waren. Es kann aber festgehaltenwerden, dass in diesem Bereich eine größtenteils konforme Umsetzung der Leitlinienempfehlungen stattfindet.

Verbesserungsmöglichkeiten bei der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen gibt es vor allem hinsichtlich des Einbezugs von Familienangehörigen in psychoedukative Interventionen oder andere Maßnahmen, welche sich an Familie und Angehörige richten. Diese Maßnahmen werden von der Leitlinie und der Forschung als sehr hilfreich eingeschätzt. Da der Einbezug von Familienangehörigen in die Psychoedukation als GCP gesehen wird, sollte in diesem Bereich verstärkt auf eine leitlinienkonforme Umsetzung geachtet werden. Auch bei der kognitiven Verhaltenstherapie sollte eine vermehrte Anwendung in Betracht gezogen werden. Diese Therapieform hat in den letzten Jahren eine positive Beurteilung hinsichtlich der Therapie schizophrener Denkmuster erhalten und wird von der Leitlinie unter anderem zur Reduktion des Rückfallrisikos empfohlen. Eine konsistentere Anwendung der von der Leitlinie empfohlenen therapeutischen Maßnahme ist also im Bereich der Familieninterventionen sowie im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie wünschenswert.

Es kann außerdem schlussgefolgert werden, dass eine Verzahnung von stationären und ambulanten Therapieangeboten nur sehr selten stattfindet. Verbindende Strukturen zwischen stationärem und ambulanten Bereich sind vorhanden (z.B. PIA), werden allerdings von den hier Befragten größtenteils nicht wahrgenommen. Auch hier können, wenn möglich und sinnvoll, Verbesserungen vorgenommen werden.

Im Bereich der Hilfesysteme und soziotherapeutischen Interventionen ist eine einheitliche Schlussfolgerung hinsichtlich der konsistenten Anwendung der Leitlinienempfehlungen nicht möglich. Hinsichtlich der integrierten gemeindenahen Versorgung kann festgehalten werden, dass die von der Leitlinie empfohlenen teambasierten Ansätze (ACT, CMHT) häufiger zum Einsatz kommen als Ansätze, für die es keine Leitlinienempfehlung gibt (z.B. Soziotherapie). Die Umsetzung facharztzentrierter ambulanter Behandlung geschieht größtenteils leitlinienkonform. Bei den Arbeitsförderungsstrukturen liegt der Fokus noch sehr auf berufsvorbereitenden Maßnahmen vor der Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt (z.B. PVT). Hier sollte eine Schwerpunktverschiebung zugunsten einer direkten Beschäftigungsförderung auf dem ersten Arbeitsmarkt (z.B. SE) stattfinden. Im Bereich des Wohnens sowie im Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen spielen die Wünsche und Einschätzungen der jeweiligen Patienten eine große Rolle, eine genaue Beurteilung hinsichtlich der Umsetzung der Leitlinienvorgaben ist in diesen Bereichen nicht möglich. Da die Befragten, welche im Bereich des Wohnens Unterstützung erhielten, diese größtenteils positiv bewerten, kann hier geschlussfolgert werden, dass die Wünsche und Bedürfnisse der jeweiligen Patienten berücksichtig wurden.

Die Einschätzungen der Patienten, inwiefern die jeweiligen Therapieformen hilfreich waren, stimmen nicht immer mit der Einschätzung in der Leitlinie überein. Alle erhaltenen Maßnahmen wurden im Durchschnitt mindestens als teilweise hilfreich bewertet.

5. Zusammenfassung

Die hier vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit der Fragestellung, inwiefern die Leitlinienempfehlungen im Bereich der nicht-medikamentösen Therapie der Schizophrenie umgesetzt werden. Grundlage hierfür war die Behandlungsleitlinie Schizophrenie, welche zu den S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie gehört. Die Fragestellung bezog sich auf den stationären und ambulanten Rahmen sowie auf die Verzahnung der beiden Bereiche. Im stationären Bereich lag der Fokus des Forschungsinteresses vor allem auf den Psychotherapien. Im ambulanten Bereich lag der Schwerpunkt auf den integrierten Versorgungsstrukturen sowie auf Arbeitsförderungsstrukturen und der Unterstützung im Bereich des Wohnens. Außerdem wurde die Einschätzung der Patienten hinsichtlich der erhaltenen Maßnahmen erhoben.

Das Forschungsdesign dieser Arbeit war eine multizentrische Querschnittsuntersuchung an fünf Standorten des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg. Zur Datenerhebung wurden halbstrukturierte, fragebogengestützte Interviews geführt. Die Stichprobenauswahl erfolge bewusst, alle Studienteilnehmer waren zum Zeitpunkt der Befragung in stationärer psychiatrischer Behandlung. Um die Repräsentativität der bewussten Auswahl zu überprüfen, wurden die Daten mit der vorliegenden elektronischen Basisdokumentation der Klinik verglichen. Mit Hilfe eines zu diesem Zweck entwickelten Fragebogens wurden die Inanspruchnahme sowie die Erfahrungen mit den verschiedenen Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen erfasst, außerdem wurden Fragen zu Soziodemographischem und der Krankheitsgeschichte gestellt.

Die Studienteilnehmer wohnten im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern häufiger in selbstständigen Wohnformen, hatten eine geringere Zahl an Voraufenthalten und hatten weniger häufig einen gesetzlichen Betreuer. Im Durchschnitt war der aktuelle Klinikaufenthalt der Studienteilnehmer länger als der der Nicht-Teilnehmer. Obwohl beide Gruppen vergleichbar krank waren, waren die Teilnehmer im Schnitt etwas mehr selbstständig als die Nicht-Teilnehmer.

Über die gesamte Lebenszeit hin betrachtet waren die Therapieformen der Ergotherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie und Psychoedukation am häufigsten. Bezogen auf den aktuellen Aufenthalt, wurden die Ergotherapie, die Sport- und Bewegungstherapie, die Kunsttherapie, die Entspannungstherapie sowie die Musiktherapie am häufigsten besucht.

Fast alle Therapien fanden im stationären Rahmen statt, eine Ausnahme war hier die kognitive Verhaltenstherapie. Eine Verzahnung der stationären und ambulanten Therapieangebote gab es nur in seltenen Fällen. Die Sport- und Bewegungstherapie, das Training von Alltagsfähigkeiten, die Kunsttherapie und die Ergotherapie wurden von den Teilnehmern am häufigsten als hilfreich empfunden. Eine integrierte Versorgung in Form einer aufsuchenden Behandlung war insgesamt eher selten. Die medizinische Betreuung im ambulanten Bereich erfolgte in den meisten Fällen durch einen Facharzt. Über die Hälfte der Befragten erhielten bereits einmal Unterstützung im Bereich des Arbeitens, am häufigsten durch eine Arbeitstherapie. Über die Hälfte der Befragten gab an, bisher keine Hilfe im Bereich des Wohnens benötigt zu haben, die häufigste Form der Unterstützung war hierbei das betreute Wohnen.

Bei dem Vergleich der Ergebnisse mit den Empfehlungen der Leitlinie wurde deutlich, dass die empfohlenen therapeutischen Maßnahmen nicht immer eine konsistente Anwendung finden. Therapieformen, welche ausdrücklich nicht für die breite Routineversorgung empfohlen werden, finden auch keine breite Anwendung. Die Empfehlungen der Leitlinie werden vor allem bei Maßnahmen, welche den Einbezug von Familienangehörigen vorsehen, nur unzureichend umgesetzt. Angehörige von Patienten werden beispielsweise kaum in die Psychoedukation mit einbezogen. Auch bei der Häufigkeit der Umsetzung von kognitiver Verhaltenstherapie gibt es noch Verbesserungsmöglichkeiten. Alle therapeutischen Maßnahmen wurden im Durchschnitt als mindestens teilweise hilfreich bewertet, allerdings stimmt die Patienteneinschätzung nicht immer mit der Einschätzung der Leitlinie überein. Hinsichtlich der Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich kann festgehalten werden, dass es zwar Angebote gibt, diese aber nur selten wahrgenommen werden. Der Schwerpunkt der Arbeitsförderungsstrukturen liegt nicht, wie in der Leitlinie empfohlen, auf einem unterstützenden Training direkt am Arbeitsplatz (supported employment). Bei der Leitlinienempfehlung hinsichtlich der akzeptablen Wohnformen stehen die Wünsche und Bedürfnisse der jeweiligen Patienten im Vordergrund. Da die Bewertung der Unterstützung in diesem Bereich sehr positiv ausfiel, kann die Leitlinienvorgabe als größtenteils umgesetzt gesehen werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Adams CE, Fenton MK, Quraishi S, David AS: Systematic metareview of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. Br Psychiatry 179: 290–299 (2001).
2. Auquier P, Lanc C, Rouillon F, Lader M, Holmes C: Mortality in schizophrenia. Pharmacoepidemiol Drug Saf 15: 873–879 (2006).
3. Barnes TR, Curson DA: Long-term depot antipsychotics. A risk– benefit assessment. Drug Saf 10: 464–479 (1994).
4. Blanchard JJ, Cohen AS: The Structure of Negative Symptoms Within Schizophrenia: Implications for Assessment. Schizophr Bull 32: 238–245 (2006).
5. Brown S: Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. Brit J Psychiat 171: 502–508 (1997).
6. Brown S, Inskip H, Barraclough B: Causes of the excess mortality of schizophrenia. Brit J Psychiat 177: 212-217 (2000).
7. Buchain PC, Vizzotto ADB, Neto JH, Elkis H: Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. Rev Bras Psiquiatr 25: 26-30 (2003).
8. Campbell K, Bond GR, Drake RE: Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. Schizophr Bull 37: 370-380 (2011).
9. Cella M, Preti A, Edwards C, Dow T, Wykes T: Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: A network meta-analysis. Clin Psychol Rev 52: 43-51 (2017).
10. Cella M, Reeder C, Wykes T: It is all in the factors: effects of cognitive remediation on symptom dimensions. Schizophr Res 156: 60-62 (2014).
11. Craig TK, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, Dunn G: The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. BMJ 329: 1067 (2004).
12. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ: Stigmatisation of people with mental illnesses. Br J Psychiatry 177: 4–7 (2000).
13. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P: Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2001: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003080/full (18.02. 2019) (2001).
14. Davis JM, Andriukaitis S: The natural course of schizophrenia and effective maintenance drug treatment. J Clin Pharmacol 6: 2-10 (1986).
15. DIMDI (Hrsg.): ICD-10-GM. Version 2017. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm (13.01. 2017) (2017).

16. DGPPN (Hrsg.): Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Reihe: S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1. Springer, Berlin Heidelberg, S. 21-141 (2006).

17. DGPPN (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer, Berlin Heidelberg, S. 107-192 (2013).

18. Diekmann, A: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowolt, Reinbek bei Hamburg, S. 200-495 (2007).

19. Elis O, Caponigro JM, Kring AM: Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. Clin Psychol Rev 33: 914-928 (2013).

20. Fallon P, Dursun S, Deakin B: Drug-induced supersensitivity psychosis revisited: characteristics of relapse in treatment-compliant patients. Ther Adv Psychopharmacol 2: 13–22 (2012).

21. Foruzandeh N, Parvin N: Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: A pilot randomized controlled trial. Jpn J Nurs Sci 10: 136-141 (2013).

22. Fritze J: Integrierte Versorgung: Was ist das? Wie funktioniert das? In: Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C, Vorderholzer U: Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Springer, Heidelberg, S. 73 - 76 (2005).

23. Gaebel W, Baumann A, Witte M: Einstellungen der Bevölkerung gegenüber schizophrenen Erkrankten in sechs bundesdeutschen Großstädten. Nervenarzt 73: 665-670 (2002).

24. Galbusera L, Finn MT, Fuchs T: Interactional synchrony and negative symptoms: An outcome study of body-oriented psychotherapy for schizophrenia. Psychother Res 28: 457-513 (2016).

25. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Mintz J: Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 159: 829-837 (2002).

26. Gorczynski P, Faulkner G: Exercise Therapy for Schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2010: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004412.pub2/full (18.02. 2019) (2010).

27. Haddock G, Eisner E, Boone C, Davies G, Coogan C, Barrowclough C: An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. J Ment Health 23: 162–165 (2014).

28. Häfner H, Nowotny B, Löffler W, an der Heiden W, Maurer K: When and how does schizophrenia produce social deficits? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 246: 17-28 (1995).

29. Integrierte Versorgung ZfP Südwürttemberg: http://www.zfp-iv.de/integrierte-versorgung/ (04.06.2018) (2018).

30. Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irvine C: Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2012: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008712.pub2/abstract (18.02. 2019) (2012).

31. Khan M, Boileau I, Kolla N, Mizrahi R: A systematic review of the role of the nociceptin receptor system in stress, cognition, and reward: relevance to schizophrenia. Transl Psychiatry 8: 38-40 (2018).

32. King E, Baldwin D, Sinclair J, Baker N, Campbell M, Thompson C: The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, I. Brit J Psychiat 178: 531-536 (2001).

33. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, Bond GR, Huxley P, Amano N, Kingdon D: Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2013: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008297.pub2/full (18.02. 2019) (2013).

34. Klingberg S, Wittorf A, Fischer A, Jakob-Deters K, Buchkremer G, Wiedemann G: Evaluation of a cognitive behaviourally oriented service for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 121: 340–350 (2010).

35. Krupnik Y, Pilling S, Killaspy H, Dalton J: A study of family contact with clients and staff of community mental health teams. Schizophr Bull 29: 174-176 (2005).

36. Kuhnigk O, Slawik L, Meyer J, Naber D, Reimer J. Valuation and Attainment of Treatment Goals in Schizophrenia: Perspectives of Patients, Relatives, Physicians, and Payers. J Psychiatr Pract 18: 321-328 (2012).

37. Kurtz MM, Mueser KT: A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. J Consult Clin Psychol 76: 491-504 (2008).

38. Lambert M, Naber D, Bock T, Meigel-Schleif C, Orton HD: Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen, das Hamburger Modell. In: Amelung E, Bergmann F, Hauth I, Jaleel E, Falkai P, Meier U, Reichmann H, Roth- Sackenheim C (Hrsg.): Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS Patienten. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 113- 137 (2010).

39. Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F, Lüdecke D, Sarikaya G, Schulte-Markwort M, Gallinat J, Karow A: Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. Bundesgesundheitsbl 58: 408–419 (2015).

40. Liebermann JA, Alvir J, Geisler S, Ramos-Lorenzi J, Woerner M, Novacenko H, Cooper T, Kane JM: Methylphenidate Response, Psychopathology and Tardive Dyskinesia as Predictors of Relapse in Schizophrenia. Neuropsychopharmacol 11: 107-118 (1994).

41. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P: Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database Syst Rev 2007: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000270.pub2/abstract (18.02. 2019) (2007).

42. Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, George P, Delphin-Rittmon ME: Supported Employment: Assessing the Evidence. Psychatr Serv 65: 16-23 (2014).

43. Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Mauri-Mas L, Lalucat-Jo L: Clinical Case Management for Patients with Schizophrenia with High Care Needs. Community Ment Health J 51: 165–170 (2015).

44. McFarlane WR: Family Interventions for Schizophrenia and the psychoes: A Review. Fam Proc 55:460–482 (2016).

45. McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield AC: Compliance therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2006: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003442.pub2/epdf/abstract (18.02. 2019) (2006).

46. Mitra S, Mahintamani T, Kavoor AR, Nizamie SH: Negative symptoms in schizophrenia. Ind Psychiatry J 25: 135-144 (2016).

47. Möller HJ. Antipsychotic agents. Gradually improving treatmentfrom the traditional oral neuroleptics to the first atypical depot. Eur Psychiatry 20: 379-385 (2005).

48. Morin L, Franck N: Rehabilitation interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. Front Psychiatr 8: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2017.00100/full (18.02. 2019) (2017).

49. Moritz S, Andreou C, Schneider BC, Wittekind CE, Menon M, Balzan RP, Woodward TS: Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. Clin Psychol Rev 32: 358-366 (2014).

50. Moritz S, Berna F, Jaeger S, Westermann S, Nagel M: The customer is always right? Subjective target symptoms and treatment preferences in patients with psychosis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 267: 335-340 (2016).

51. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, Parker S, Bentall RP: Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 185: 291-297 (2004).

52. Nordentoft M, Jepperson P, Abel M, Kassow P, Peterson L, Thorup A, Kararup G, Hemmingsen R, Jorgensen P: OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 43: 98-106 (2002).

53. Pankowski D, Kowalski J, Gawęda L: The effectiveness of metacognitive training for patientswith schizophrenia: a narrative systematic reviewof studies published between 2009 and 2015. Psychiatr Pol 50: 787–803 (2016).

54. Patterson TL, Mausbach BT, McKibbin C: Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. Schizophr Res 86: 291-299 (2006).

55. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2002: https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002831/full (18.02. 2019) (2002).

56. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD: Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. Schizophr Bull 32: 64-80 (2006).

57. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2010: https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000088.pub3/abstract (18.02. 2019) (2010).

58. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, Orbach G, Morgan C: Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. Psychol Med 32: 783-791 (2002).

59. Pitschel-Walz G, Bäuml J: Psychotherapie bei Schizophrenien - Ergebnisse von Metaanalysen zur Wirksamkeit. Psychiat Prax 34: 28-32 (2007).

60. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR: The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia -a meta-analysis. Schizophr Bull 27: 73-92 (2001).

61. Priebe S, Savill M, Wykes T, Bentall RP, Reininghaus U, Lauber C, Bremner S, Eldridge, Röhricht F: Effectiveness of group body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry 209: 54-61 (2016).

62. Röhricht F, Priebe F: Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. Psychol Med 36: 669-678 (2006).

63. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W: Psychoeducation in Schizophrenia - Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. Schizophr Bull 32: 765-775 (2006).

64. Salize HJ, Rössler W: Steigen die Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie überproportional? Nervenarzt 70: 817-822 (1999).

65. Salize HJ, Voß E, Werner A, Falkai P, Hauth I: Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. Der Nervenarzt 86: 1358–1370 (2015).

66. Sarin F, Wallin L, Widerlöv B: Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta analytical review of randomized controlled trials. Nord J Psychiatry 65: 162–174 (2011).

67. Scheewe TW, Backx FJG, Takken T, Jörg F, van Strater ACP, Kroes AG, Kahn RS, Cahn W: Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. Acta Psychiatr Scand 127: 464-473 (2013).

68. Scheid TL, Anderson C: Living with chronic mental illness: understanding the role of work. Community Ment Health J 31: 163-176 (1995).

69. Schütz A, Marcus B: Psychologische Diagnostik. In: Schütz A, Selg H, Lautenbacher S (Hrsg.) Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder 3. Aufl. Kohlhammer, S.285-305.

70. Steinacher B, Mausolff L, Burkhard G: Effekte eines klinischen Behandlungspfads „Schizophrenie “. Eine Prä-/Post-Untersuchung an 114 Patienten. Dtsch Arztebl 109: 788-794 (2012).

71. Tatsumi E, Yotsumoto K, Nakamae T, Hashimoto T: Effects of Occupational Therapy on Hospitalized Chronic Schizophrenia Patients with Severe Negative Symptoms. Kobe J Med Sci 57: 145-154 (2011).

72. Tattan TM, Creed FH: Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. Schizophr Bull 27: 149–155 (2001).

73. Tempier R, Balbuena L, Garety P, Craig TJ: Does assertive community outreach improve social support? Results from the Lambeth Study of early-episode psychosis. Psychiatr Serv 63: 216-222 (2012).

74. Tungpunkom P, Nicol M: Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2008: https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000381.pub3/full (18.02. 2019) (2008).

75. Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P: Psychological Interve tions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. Am J Psychiatry 171: 523–538 (2014).

76. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF: Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Nerv Ment Dis 8: 515-523 (2003).

77. Velthorst E, Koeter MM, van der Gaag M, de Haan L: Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: Meta-analysis and meta-regression. Psychol Med 45: 453-465 (2015).

78. Walsh E, Harvey K, White I, Higgitt A, Fraser J, Murray R: Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomized controlled trial of case management. Brit J Psychiat 178: 255-260 (2001).

79. Ward MC, White DT, Druss BG: A meta-review of lifestyle interventions for cardiovascular risk factors in the general medical population: lessons for individuals with serious mental illness. J Clin Psychiatry 76: 477–486 (2015).

80. Wölfle M, Onnen V, Vollmer E, Steinert T: Wissenschaftlicher Standard der Schizophreniebehandlung und Psych-PV. Psychiat Prax 26: 238-241 (1999).

81. World Health Organization: World Health Report. World Health Organization, Genf (2001).

82. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P: A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J Psychiatry 168: 472–485 (2011).

83. Xia J, Merinder L, Belgamwar M: Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2011: https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002831.pub2/full (18.02. 2019) (2011).

84. ZfP Reichenau: https://www.zfp-reichenau.de/einrichtungen/kliniken/klinik-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie/ambulanzen/pia-konstanz/ (04.06.2018) (2018 a).

85. ZfP Reichenau: https://www.zfp-web.de/fachgebiete/arbeit-und-rehabilitation/ (04.06. 2018) (2018 b).

86. ZfP Südwürttemberg: https://www.zfp-web.de/einrichtungen/ambulanzen/ (04.06. 2018) (2018 a).

87. ZfP Südwürttemberg: https://www.zfp-web.de/unternehmen/kommunikation/pressemitteilungen/detail/news/aufsuchende-psychiatrie/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=e68225bbaa88b3a0b8e441ba1bc32460 (04.06.2018) (2018 b).

88. Ziguras SJ, Stuart GW: A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management over 20 Years. Psychiatr Serv 51: 1410-1421 (2000).

89. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D: Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. Am J Psychiatry 159: 1653-1664 (2002).

7. Abbildungsverzeichnis

7.1. Tabellen

Tabelle 1 Vergleich der personenbezogenen Daten von Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern (ermittelt aus den Daten der elektronischen Basisdokumentation im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013 auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg); Prüfung auf unabhängige Verteilung mittels Mann-Whitney-U-Test (korrigiert um verbundene Ränge, z- und p-Werte sind korrigiert) beziehungsweise Chi-Quadrat-Test (χ2 nach Pearson) 15

Tabelle 2 Häufigkeit in Prozent: Anteil an Schizophreniepatienten, die die jeweiligen Therapieformen erhielten; Anteil an erhaltenen Therapieformen, die stationär durchgeführt wurden; Anteil an stationär erhaltenen Therapieformen, die ambulant weitergeführt wurden (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 20

Tabelle 3 Häufigkeit in Prozent: Häufigkeit der Sitzungen der von den Therapieteilnehmern besuchten Therapien; unterschieden wird hierbei zwischen mehrmaligen Sitzungen in der Woche, wöchentlichen Sitzungen und monatlichen (beziehungsweise seltener) Sitzungen (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) ... 22

Tabelle 4 Häufigkeit in Prozent: Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten, die die jeweiligen Therapieformen (in Bezug auf den Befragungszeitpunkt) aktuell, im letzten Jahr oder vor mehr als einem Jahr besuchten; zur Steigerung der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit wird außerdem der Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten angegeben, die die jeweiligen Therapieformen zu keinem Zeitpunkt erhielten (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 24

7.2. Abbildungen

Abbildung 1 Boxplot: Altersverteilung der befragten Schizophreniepatienten in Jahren, dargestellt sind Median (rote Linie), oberes und unteres Quartil (die untere und obere Begrenzung der Box, die 50% der Daten umfasst) sowie die Whiskers (strichförmige Gebilde ober- und unterhalb der Box), welche das Maximum/Minimum der Altersverteilung anzeigen (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 14

Abbildung 2 Mittelwerte der Bewertungen der Therapieteilnehmer bezüglich der erhaltenen Therapieformen; zur Steigerung der Vergleichbarkeit wird der prozentuale Anteil der Therapieteilnehmer unter den befragten Schizophreniepatienten in Klammern hinter der jeweiligen Therapieform aufgeführt; Therapieformen, die von weniger als 10 % der befragten Schizophreniepatienten besucht wurden, werden im unteren Bereich der Abbildung gesondert aufgeführt (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 26

Abbildung 3 Häufigkeit in Prozent: Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten, die eine aufsuchende Behandlung durch einen Arzt und/oder Pflegedienst und/oder Sozialdienst erhielten beziehungsweise keine aufsuchende Behandlung erhielten (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) ... 27

Abbildung 4 Häufigkeit in Prozent: Form des Hauptansprechpartners/Koordinators der befragten Schizophreniepatienten im ambulanten Bereich beziehungsweise Anteil der befragten Schizophreniepatienten ohne Hauptansprechpartner/Koordinator im ambulanten Bereich (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 28

Abbildung 5 Häufigkeit in Prozent: Form der ambulanten ärztlichen Behandlung der befragten Schizophreniepatienten beziehungsweise Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten ohne ambulante ärztliche Behandlung (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 29

Abbildung 6 Mittelwert der Bewertungen der befragten Schizophreniepatienten in Bezug auf die ambulante Versorgung (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 29

Abbildung 7 Häufigkeit in Prozent: Anteil unter den befragten Schizophreniepatienten, die Hilfe beziehungsweise keine Hilfe (weil nicht notwendig oder nicht gewollt) in Bezug auf Arbeit erhalten haben (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 30

Abbildung 8 Häufigkeit in Prozent: Form der Unterstützung in Bezug auf berufliche Beschäftigung, die die befragten Schizophreniepatienten erhalten beziehungsweise nicht erhalten haben (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 32

Abbildung 9 Mittelwert der Bewertungen der Therapieteilnehmer bezüglich der Unterstützung im Bereich der beruflichen Beschäftigung (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 33

Abbildung 10 Häufigkeit in Prozent: Form der Unterstützung in Bezug auf die Wohnsituation, die die befragten Schizophreniepatienten erhalten beziehungsweise nicht erhalten haben (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 34

Abbildung 11 Mittelwert der Bewertungen der Therapieteilnehmer bezüglich der erhaltenen Unterstützung im Bereich des Wohnens (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 35

Abbildung 12 Mittelwert der Bewertungen der Therapieteilnehmer bezüglich der erhaltenen Rehabilitationsmaßnahme (Befragung auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Zeitraum zwischen zweitem Halbjahr 2012 und Mitte April 2013) 35

8. Anhang

8.1. Fragebogen

Datum der Untersuchung:

Fragebogen zur nicht-medikamentösen Behandlung der Schizophrenie

Soziodemographisches:

Patienten-ID:_____ Alter:_____

Geschlecht: O männlich

O weiblich

Familienstand: O ledig

O verheiratet/ in Partnerschaft lebend

O geschieden/ getrennt lebend

O verwitwet

Kinder: O Nein

O Ja (Anzahl_____)

Höchster Schulabschluss:

O noch in der Schule
O Sonderschulabschluss
O Hauptschulabschluss
O Realschulabschluss
O Abitur
O sonstiger Abschluss: _____
O kein Schulabschluss

Höchster Berufsabschluss:

O noch in Berufsausbildung, Student
O Lehre abgeschlossen
O Meister
O Fachhochschul- oder Universitätsabschluss
O sonstiger Abschluss: _____

O ohne abgeschlossene Ausbildung

Wie war Ihre Beschäftigungssituation vor Aufnahme?

O erwerbstätig (*Vollzeit*)
O erwerbstätig (*Teilzeit / Stundenweise*)
O geschützte Tätigkeit (*z. B. WFBM, welcher Arbeitsbereich*)
O arbeitslos, seit ca. Jahren
O in Ausbildung
O berentet, seit ca. Jahren
O Hausfrau / Hausmann
O anderweitig ohne berufliche Beschäftigung (*z. B. Elternzeit*)
O in Rehabilitation/in einer Bildungsmassnahme (z.B. stufenweise Wiedereingliederung *WBFM beruflicher Bildungsbereich, RPK-Massnahme, BeRePK*)
O Sonstiges:_____

Wie war ihre Wohnsituation vor Aufnahme?

O selbstständiges Wohnen, allein
O selbstständiges Wohnen, mit Partner/eigener Familie
O selbstständiges Wohnen, in einer Wohngemeinschaft
O bei Eltern/Angehörigen
O ohne festen Wohnsitz
O professionell betreute Wohnform (z.B. ambulant betreutes Wohnen, dezentrale Wohngruppe, Wohnheim …), Betreuung O 24h O täglich O seltener als täglich
O betreutes Wohnen in Familien („Familienpflege“)
O Sonstiges: _____

Migrationshintergrund: O Nein

O Ja, selbst zugewandert

O Ja, mind. Ein Elternteil zugewandert

Muttersprache: O deutsch O andere

Wenn andere Muttersprach, deutschkenntnisse: O gut O mittel O schlecht

Zur Erkrankung:

Diagnose:_____

Nebendiagnosen: _____

_____

Wie alt waren Sie als Ihre Erkrankung zum ersten mal diagnostiziert wurde?_____

Wie häufig waren Sie bisher wegen Ihrer Erkrankung in stationärer Behandlung?
_____

Wie häufig waren Sie deswegen in einer Tagesklinik (in teilstationärer Behandlung)?_____

Waren Sie schon einmal in einer Soteria in Behandlung? O Nein O Ja, ca. mal

Waren Sie schon einmal zur Behandlung auf einer Suchtstation? O Nein O Ja, ca. mal

Psychotherapeutische und Psychosoziale Interventionen:

Stationärer Aufenthalt:

Wurde eine der folgenden Therapien schon einmal bei Ihnen durchgeführt?

Therapie	Teilgenommen =1, nicht teilgenommen/kein Interesse=2 Noch nie davon gehört=3	Wie oft fand die Therapie statt?	Wann haben sie zuletzt teilgenommen?	Wie hilfreich war die Therapie? (1-6)*
Psychoedukation				
Psychoedukation Mit Angehörigen				
Kognitive Verhaltenstherapie				

Metakognitives Training				
Neuropsychologische Therapien (z.B.: Cog-Pack)				
Social Skills Training (z.B.: GKS, SST, IPT, Problemlösetraining)				
Ergotherapie				
Training von Alltagsfähigkeiten (z.B.: Selbstpflege, Selbstversorgung, Freizeitgestaltung, Behörden)				
Psychoanalytische Verfahren				
Entspannungsverfahren				
Gesprächstherapie				
Familienintervention				
Kunsttherapie				
Tanztherapie				
Musiktherapie				
Dramatherapie				
Sport/Bewegungstherapie				
Infomaterialien (Computer, Internet)				
KIP (Projekt zur Entlastung und Unterstützung von Kindern)				

An welche Therapien haben Sie ambulant teilgenommen?

Therapie	Teilgenommen =1, nicht teilge-nommen/kein Interesse=2 Noch nie davon gehört=3	Wie oft fand die Therapie statt?	Wann haben sie zuletzt teilge-nommen?	Wie hilfreich war die Therapie? (1-6)*
Ambulante Soziothe-rapie				
Selbsthilfegruppen				
Angehörigengruppen				

*Wie hilfreich war die Therapie?

überhaupt nicht hilfreich	nicht hilfreich	eher nicht hilf-reich	eher hilfreich	hilfreich	sehr hilfreich
1	2	3	4	5	6

Systeminterventionen: Medizinische/Soziale Versorgung

Bei welchem Arzt sind Sie wegen Ihrer Erkrankung in ambulanter medizinischer Behandlung?

O PIA O niedergelassener Psychiater/Nervenarzt

O Hausarzt O sonstiger O keine

Nehmen Sie am Projekt Integrierte Versorgung teil?

O Nein O Ja, seit ca. Jahren

Wer ist Ihr Hauptansprechpartner bzw. Koordinator Ihrer Therapien wenn Sie nicht in stationärer Behandlung sind?

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? O Ja O Nein

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ambulanten Versorgung?

überhaupt nicht zufrieden	nicht zufrieden	eher nicht zufrieden	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5	6

Was würden Sie verbessern?

_____
__

Wurde Ihnen die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung angeboten?

O Ja O Nein

Wenn Ja, in akuter Krankheitsphase ?

O Ja O Nein

Wenn nicht in akuter Krankheitsphase, In welcher Form?

O Arzt

O Sozialdienst

O Pflegedienst

O Sonstige Hilfestellung

Wie hilfreich fanden Sie die aufsuchende Behandlung?

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

Würden Sie sich eine solche Behandlungsform wünschen?

O Ja O Nein

Systeminterventionen: Berufliche Rehabilitation, Unterstützung von Beschäftigung

Welche Unterstützung in Hinblick auf Ihre berufliche Situation haben Sie erhalten (z.B. Reha-Maßnahme, stufenweise Wiedereingliederung)?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Arbeitstherapie / Belastungserprobungen im beschützenden Arbeitsbereich	RPK-Massnahme	Unterstützung bei der Ausbildung
Belastungserprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	sonstige Rehabilitationsmassnahme	Möglichkeit zum Ausbildungsabschluss
stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf	Beruflicher Bildungsbereich (WfbM)	WfbM-Arbeitsbereich
Supported employment		

Wie hilfreich waren die angebotenen und von Ihnen in Anspruch genommenen Rehabilitationsmaßnahmen?

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

Haben Sie oder jemand, der Sie vertritt, schon einmal an einer Hilfeplankonferenz teilgenommen?

O Ja O Nein

Welche Unterstützung haben Sie bis jetzt in Hinblick auf Ihre Wohnsituation erhalten?

_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____

Wie hilfreich war diese Unterstützung für Sie?

überhaupt nicht hilfreich	nicht hilfreich	eher nicht hilf-reich	eher hilfreich	hilfreich	sehr hilfreich
1	2	3	4	5	6

Was würden Sie verändern?

Haben Sie an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?

O Ja O Nein

Wenn Ja, wo?

_____
__

Wie hilfreich war diese Maßnahme für Sie?

überhaupt nicht hilfreich	nicht hilfreich	eher nicht hilf-reich	eher hilfreich	hilfreich	sehr hilfreich
1	2	3	4	5	6

8.2. Teilnehmerinformation

zfp
Südwürttemberg

Versorgungsforschung Weissenau

[redacted]

[redacted]

ZfP Südwürttemberg • Weingartshofer Straße 2 • 88214 Ravensburg

[redacted]

Weissenau, 15. November 2012

Teilnehmerinformation

Studie: Nicht-medikamentöse Behandlung von Schizophrenie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Medikamente spielen bei der Behandlung von Schizophrenie eine wichtige Rolle. Zusätzlich werden auch nicht-medikamentöse Therapien und Unterstützungsmaßnahmen empfohlen (z.B. Psychoedukation, Ergotherapie, Hilfen in Bezug auf Arbeit und Wohnen). Mit dieser Studie möchten wir uns einen Überblick verschaffen, wie gut unsere Patienten mit solchen Therapien und Maßnahmen versorgt werden. Dazu benötigen wir Ihre Mithilfe.

Was kommt auf Sie zu?

In einem Gespräch mit unserem Mitarbeiter, Herrn Wachter, geht es darum, welche Therapien und Unterstützungsmaßnahmen Sie im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung bisher bekommen haben und wie hilfreich Sie diese empfunden haben.

Das Gespräch wird insgesamt ca. 30 bis 45 Minuten in Anspruch nehmen. Falls es Ihnen zu anstrengend wird, können Sie das Gespräch gerne unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen.

Schweigepflicht und Datenschutz

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie selbst bleiben vollständig anonym. Ihre Daten werden so weiterverarbeitet, dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können.

Alle Personen, die Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet. Dies gilt natürlich auch für unseren studentischen Mitarbeiter von der Universität Würzburg, Herrn Wachter, der im Rahmen dieser Untersuchung seine Doktorarbeit im Fach Medizin schreiben möchte.

Über die Doktorarbeit hinaus sollen die Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Freiwilligkeit

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Alle bis dahin erhobenen Daten werden vernichtet.

Erreichbarkeit der Projektleiter

Sollten Sie noch Fragen zum Forschungsprojekt haben, so können Sie die Projektleiter, Frau Dr. Susanne Jaeger bzw. Herrn Prof. Dr. Tilman Steinert, unter folgenden Telefonnummern erreichen:

[redacted]

....

Datum Name des/der aufklärenden Mitarbeiters/Mitarbeiterin

Ein Unternehmen der ZfP-Gruppe Baden-Württemberg

[redacted]

8.3. Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung

Studie: Nicht-medikamentöse Behandlung von Schizophrenie

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir Herr Wachter ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....

(Name des Teilnehmers)

.....

Ort, Datum (Unterschrift des Teilnehmers)

Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....

Ort, Datum (Unterschrift des Teilnehmers)

Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.